

Toimittaneet
Anja Noro &
Hanna Alastalo

Vanhuspalvelulain 980/2012 toimeenpanon seuranta

Tilanne ennen lain voimaantuloa
vuonna 2013

RAPORTTI



Raportti 13/2014

Anja Noro & Hanna Alastalo (toim.)

**Vanhuspalvelulain 980/2012
toimeenpanon seuranta**

Tilanne ennen lain voimaantuloa vuonna 2013



TERVEYDEN JA
HYVINVOINNIN LAITOS

© Anja Noro & Hanna Alastalo (toim.) ja Terveiden ja hyvinvoinnin laitos

Kansikuva Mikko Suonio/Vastavalo.fi

Taitto Raili Silius

ISBN 978-952-302-168-6 (painettu)

ISSN 1798-0070 (painettu)

ISBN 978-952-302-169-3 (verkkojulkaisu)

ISSN 1798-0089 (verkkojulkaisu)

<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-169-3>

Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy
Tampere 2014

Esipuhe

Eettisesti, sosiaalisesti ja taloudellisesti kestävä palvelujärjestelmä rakentuu ikätasa-arvon, oikeudenmukaisuuden, iäkkäiden osallisuuden sekä järjestelmällisesti käytettävissä olevaa tietoa hyödyntävän päätöksenteon ja toiminnan perustalle. Lisäksi tarvitaan vahva tulevaisuusnäky niin palveluiden rakenteesta kuin niiden sisällöstäkin: on rohkeasti uudistettava vanhat rakenteet ja kehitettävä palveluiden sisältöä perustalle, joka kantaa tulevaisuuteen.

Haasteisiin vastaamiseksi on ohjausta kehitetty niin, että lainsäädäntö, informaatio- ja resurssiohjaus sekä valvonta muodostavat mahdollisimman yhtenäisen, toimivan ja vaikuttavan ohjauskokonaisuuden. Tavoitteena on terveen ja toimintakykyisen ikääntymisen turvaaminen sekä palveluiden laadun ja vaikuttavuuden paraneminen.

Ohjausympäristö muuttui vuonna 2013 olennaisella tavalla nk. vanhuspalvelulain voimaantumisen myötä. Muutos on merkittävä niin kansallisessa kuin kansainvälisessäkin katsannossa. Lain toimeenpano suunniteltiin erityisellä huolella tavoitteena sen järjestelmällinen vahvistuminen. Ohjauksen työkalupakki rakentuu monimuotoisesta viestinnästä, koulutuksesta, sisältöalueiden toimeenpanoa edistävien hankkeiden tukemisesta sekä järjestelmällisestä seuranta- ja arviointitiedon tuottamisesta keskeisten sisältöjen toteutumisessa.

Tämä raportti on merkittävä osa lain toimeenpanoa, sen seuranta- ja arviointia. Raportti kokoaa yhteen useiden eri aineistojen analyysien tulokset tuottaen ainutlaatuisen ja perusteellisen kuvan iäkkäiden palvelujen tilanteesta Suomessa ennen vanhuspalvelulain voimaantumista. Raportin sisältämä tieto on erityisen tarpeen tilanteessa, jossa koko sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäminen muuttuu ja hallituksen rakennepoliittisen ohjelman linjaukset edellyttävät muutoksia palvelujen rakenteissa.

Muutosten toimeenpanon erityinen haaste liittyy asennemuutokseen. Muutosten keskiössä on iäkäs ihminen, ikääntyvä yhteiskunta. Muutosten ainoana kestäväenä lähtökohtana ja ajurina on ymmärrys siitä, että iäkkäät ihmiset eivät ole yhtenäinen ryhmä – kuten ei mikään muukaan ikäryhmä. Joukossa on hyvin eri-ikäisiä (65–109-vuotiaita) ja erilaisia miehiä ja naisia. Osa on varsin terveitä ja hyväkuntoisia; vain joka neljäs on säännöllisten palvelujen piirissä. On aktiivisia ”harmaita panttereita” ja niitä ikäihmisiä, jotka eivät toimintakykynsä rajoitteiden vuoksi pysty osallistumaan yhteisönsä ja yhteiskunnan toimintoihin ilman tukea. On hyväosaisia ja syrjäytyneitä ja myös etniseltä taustaltaan erilaisia: kaikki eivät ole valkoihoisia eivätkä puhu Suomea. Ikäystävällinen yhteiskunta huomioi erilaisuuden toiminnassaan. Se tarkoittaa yhteiskuntaa, joka pystyy tarjoamaan iäkkäilleen mahdollisimman terveen ja toimintakykyisen ikääntymisen mahdollisuuksia sekä turvaamaan elämän loppuvaiheessa tarvittavan turvan ja huolenpidon.

Kohti ikäystävällistä yhteiskuntaa – tietoa hyödyntävän päätöksenteon ja toiminnan kautta!

Päivi Voutilainen, TtT, dosentti, johtaja

Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö/Sosiaali- ja terveystieteiden osasto

Sisällys

Esipuhe	3
Tiivistelmä	7
Sammandrag	9
Abstract	11

Johdanto

<i>Anja Noro & Hanna Alastalo</i>	15
---	----

1 Ikäihmisten palvelut murroksessa 19

1.1 Ikäihmisten palveluiden kehityslinjoja 2000-luvulla <i>Anja Noro, Matti Mäkelä, Teppo Jussmäki & Harriet Finne-Soveri</i>	19
1.2 Muistisairaudet vanhuspalveluissa <i>Harriet Finne-Soveri, Rauha Heikkilä, Teija Hammar, Kristiina Saari- kalle, Paula Andreasen, Matti Mäkelä, Britta Sohlman, Janne Asikainen, Anja Noro</i>	31
1.3 Iäkkään väestön terveyden ja toimintakyvyn kehityslinjoja <i>Päivi Sainio, Seppo Koskinen, Ari-Pekka Sihvonen, Tuija Martelin, Arpo Aromaa</i>	37
1.4 Ikääntyneiden palvelujen käytön ja kustannusten kehityslinjoja <i>Hanna Rättö, Ismo Linnosmaa, Satu Kapiainen</i>	42
1.5 Mitä on huomioitava vanhusten laitoshoidtoa vähennettäessä <i>Harriet Finne-Soveri, Rauha Heikkilä, Matti Mäkelä, Janne Asikainen, Anni Vilkkö, Sirpa Andersson, Teija Hammar, Sari Jokinen, Anja Noro</i> . .	56

2 Kuntien haasteet vuonna 2013 71

2.1 Vanhuspalvelulain haasteet kunnille <i>Hanna Alastalo, Riitta Aemejelaeus, Anja Noro</i>	71
2.2 Iäkkään väestön hyvinvointia edistävät palvelut <i>Matti Mäkelä, Hanna Alastalo</i>	80
2.3 Ikääntyneen väestön hyvinvointi, terveys, toimintakyky ja palveluiden saanti – ATH-tutkimuksen tuloksia <i>Jukka Murto, Päivi Sainio, Oona Pentala, Timo Koskela, Minna-Liisa Luoma, Päivikki Koponen, Risto Kaikkonen ja Seppo Koskinen</i>	86

3	Toimintayksikköjen haasteet vuonna 2013.	119
3.1	Julkisten ja yksityisten toimintayksikköjen vertailua ympärivuorokautisessa hoidossa ja kotihoidossa <i>Teppo Jussmäki, Matti Mäkelä</i>	119
3.2	Palvelutarpeen ja toimintakyvyn arviointi <i>Matti Mäkelä, Hanna Alastalo, Anja Noro, Harriet Finne-Soveri</i>	131
3.3	Analyysiä ympärivuorokautisen hoidon henkilöstömitoituksista <i>Anja Noro, Matti Mäkelä, Harriet Finne-Soveri.</i>	141
3.4	Henkilöstömitoituksen ja -rakenteen yhteys ympärivuorokautisen hoidon laatuun <i>Anja Noro, Harriet Finne-Soveri, Matti Mäkelä.</i>	147
3.5	Koettu hoidon laatu itsemääräämisoikeuden näkökulmasta <i>Harriet Finne-Soveri, Rauha Heikkilä, Sirpa Andersson, Paula Andreasen, Teija Hammar, Janne Asikainen, Matti Mäkelä, Anja Noro</i>	158
4	Valvonnan haasteet vuonna 2013	171
4.1	Vanhuspalvelulain valvonnan haasteet <i>Riitta Aejmelaeus, Hanna Ahonen ja Elina Uusitalo</i>	171
4.2	Itsemääräämisoikeus ja osallisuus sekä niihin kohdistuvat rajoitukset vanhuspalveluissa <i>Henna Vidén, Hanna Ahonen, Elina Uusitalo.</i>	181
	Pohdinta	189
	Vanhuspalvelut 2013 – Tilanne ennen vanhuspalvelulain 980/2012 voimaantuloa <i>Anja Noro, Harriet Finne-Soveri, Matti Mäkelä, Hanna Alastalo</i>	189
Liite 1	Laki 980/2012.	197
Liite 2	STM:n kirje 24.1.2013	205
Liite 3	Vanhuspalvelulain seurantatutkimus, erilliskyselyjen aineistonkuvaus	208

Tiivistelmä

Anja Noro, Hanna Alastalo (toim.). Vanhuspalvelulain 980/2012 toimeenpanon seuranta – Tilanne ennen lain voimaantuloa vuonna 2013. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Raportti 13/2014, sivuja 214.

ISBN 978-952-302-168-6 (painettu); ISBN 978-952-302-169-3 (verkkojulkaisu)

Vuoden 2013 heinäkuussa tuli voimaan laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista (980/2012) eli vanhuspalvelulaki. Laki antaa selvän suunnan vanhuuseläkeiässä olevien ja toimintakyvyn heikentämien iäkkäiden henkilöiden vanhuspalveluiden parantamiselle. Vanhuspalvelulain kulmakivenä on pyrkimys muokata kunnan palvelurakenteita niin, että iäkkäiden henkilöiden pitkäaikainen hoito ja huolenpito voitaisiin toteuttaa pääosin kotona tai kodinomaisissa asuinympäristöissä. Kokonaiskuvan saaminen kuntien järjestämistä ikäihmisten palveluista tai yksittäisten palveluntuottajien toiminnasta on vaikeaa, koska vertailtavaa tietoa on vähän. Sosiaali- ja terveysministeriön (STM) pyynnöstä Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL) ja Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto (Valvira) ovat selvittäneet ikäihmisten palvelujen tilannetta kunnissa ja toimintayksiköissä sekä väestön palvelutarvetta.

Raportissa julkaistavat artikkelit perustuvat ennen vanhuspalvelulain voimaan tuloa toukokuussa 2013 suoritettuihin kunta- ja toimintayksikkökyselyihin, valtakunnallisiin rekisteritietoihin sekä valtakunnallisiin väestötutkimustietoihin.

Tulokset osoittavat, että ikääntyneen väestön terveys ja toimintakyky ovat kohentuneet, mutta toimintarajoitteet ovat edelleen yleisiä. Ikävakioidut luvut osoittavat laitoshoidon, kotihoidon ja tukipalveluiden vähentyneen. Huolimatta tästä suotuisasta muutoksesta, ikääntyneiden henkilöiden lukumäärän kasvu johtaa kasvavaan palveluiden tarpeeseen. Tehostettu palveluasuminen on lisääntynyt painottuen vanhempiin ikäryhmiin. Myös omaishoidon tuen asiakkaiden määrä on kasvanut. Tulokset kustannus seurannasta osoittavat samaa kehityssuuntaa. Muistisairaudet ja kognition vaje aiheuttavat lisääntyvää ja vaikeasti korvattavaa ympärivuorokautisen hoidon tarvetta. Jatkossa kotiin järjestettävät palvelut edellyttävät uudenlaisia tapoja kohdentaa osaamista ja voimavaroja palvelutarpeiden mukaan, erityisesti uusia tapoja tukea omaishoitajia. Suurin osa laitoshoidon asiakkaista olisi hoidettavissa tehostetun asumispalvelun ympäristöissä, osalle nykyisistä tehostetun asumispalvelun asiakkaista avun voisi järjestää kotona, ja osa kotihoidon asiakkaista saattaisi selviytyä ilman säännöllistä ammatillista apua.

Iäkkään väestön hyvinvoinnin turvaaminen on kunnan velvollisuus. Vanhuspalvelulaki velvoittaa kuntia nyt laatimaan tästä suunnitelman. Haasteena on luoda seurantajärjestelmät iäkkään väestön palvelutarpeiden ja riskiväestöjen arviointiin. Tämä työ oli kuntakyselyn mukaan jo käynnissä noin joka toisessa kunnassa. Useimmissa kunnissa järjestettiin myös iäkkäiden hyvinvointia edistäviä palveluita, ja etenkin suurissa kunnissa toiminta oli järjestelmällistä ja laaja-alaista perustuen iäkkään henki-

lön palvelutarpeiden selvittämisessä toimintakyvyn moniulotteiseen ja järjestelmälliseen arviointiin.

Toimintayksiköiden vastausten perusteella järjestelmällinen ja moniulotteinen toimintakyvyn arviointi liittyi kuntoutumista edistävien hoito- ja palvelusuunnitelmien kattavuuteen. Samaan suuntaan vaikutti myös kuntoutumista edistävä hoitotyön johtaminen. Ympäri vuorokautisen hoidon yksiköissä henkilöstömitoituksen ja laadun keskinäiset suhteet olivat monimuotoisia, eikä niiden välillä voitu osoittaa riippuvuutta. Esimerkiksi pitkä yöaikainen paasto ei ollut yleisempää yksiköissä, joissa henkilöstömitoitus oli alle 0.50. Jos mitoitus oli suunniteltu matalaksi, se toteutui matalana, ja tuloksista saattoi päätellä, että näissä yksiköissä asiakkaiden tarpeet olivat keskimääräistä vähäisempiä. Toimintayksiköiden henkilöstön koulutustaso oli pääasiassa hyvä ja vastaajien mielestä asiakkaiden tarpeiden mukainen, erityisesti julkisella sektorilla.

Hyvä ja ammattitaitoinen valvonta on olennainen osa asiakas- ja potilasturvallisuutta. Haasteena on toteuttaa valvonta niin, että asiakkaiden oikeudet varmistuvat, mutta palvelujen kehitys, joustavuus ja uusien innovaatioiden käyttöönotto eivät vaarannu. Viranomaisvalvonnan näkökulmasta asiakkaiden itsemääräämisoikeus ja osallisuus nähdään kaiken vanhuspalveluiden toteutumisen perustana. Vanhuspalvelulain osalta valvonnan tehtävänä on varmistaa vähimmäistason palvelut ja valvoa asiakkaan oikeuksia ja potilasturvallisuutta. Valvonnan rajoitustoimenpiteiden käyttöön vaikuttaa toimintayksiköiden hoitokulttuuri ja toimintayksiköiden suhtautuminen asiakkaiden itsemääräämisoikeuden ja osallisuuden toteutumiseen.

Kunnilla ja palveluntuottajilla, joilla toimintatapoja on jo ryhdytty kehittämään, on muita paremmat edellytykset selviytyä väestön ikääntymiseen liittyvistä haasteista. Kuntien ja palveluntuottajien kesken on kuitenkin suuria eroja toimintatavoissa ja onnistumisen edellytyksissä. Palvelutarpeiden selvittäminen ja palveluiden koordinaation kehittäminen ovat todellinen haaste. Iäkkäiden muistisairaiden mahdollisuus saada tarpeidensa mukaiset toimintakykyä tukevat palvelut kotiin on laitoshoidon vähentämisen tärkein edellytys.

Avainsanat: Vanhuspalvelulaki, Ikääntynyt väestö, ikääntyneiden palvelut, toimintakyky, muistisairaudet, henkilöstömitoitus, koettu hoidon laatu, itsemääräämisoikeus, valvonta

Sammandrag

Anja Noro, Hanna Alastalo (red.). Uppföljningen av äldreomsorgslagens 980/2012 verkställande – Läget innan äldreomsorgslagen trädde i kraft i 2013 [Vanhuspalvelulain 980/2012 toimeenpanon seuranta – Tilanne ennen lain voimaantuloa vuonna 2013.] Institutet för hälsa och välfärd (THL). Rapport 13/2014, 214 sidor. Helsingfors, Finland 2014.

ISBN 978-952-302-168-6 (tryckt); ISBN 978-952-302-169-3 (nätpublikation)

Lagen om stödjande av den äldre befolkningens funktionsförmåga och om social- och hälsovårdstjänster för äldre (980/2012), den så kallade äldreomsorgslagen, trädde i kraft i juli 2013. Lagen ger en klar riktning till förbättring av servicen för ålderspensionerade och äldre personer med nedsatt funktionsförmåga. Hörnstenen i äldreomsorgslagen är en eftersträvan till att anpassa de kommunala servicestrukturerna så att långvarig vård och omsorg för äldre personer kunde huvudsakligen utföras i hemmet eller i hemlika boendemiljöer. Det är svårt att skapa en helhetsbild om kommunernas tjänster eller om enskilda serviceproducenters verksamhet, eftersom mängden jämförbar information är liten. Institutet för hälsa och välfärd (THL) och Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården (Valvira) har på uppdrag av Social- och hälsovårdsministeriet (STM) utredat situationen för den äldre befolkningens tjänster i kommunerna och i verksamhetsenheterna samt befolkningens servicebehov.

Artiklarna i rapporten baserar sig på enkäterna för kommun- och verksamhetsenheterna, på landsomfattande registeruppgifter och på uppgifter av landsomfattande befolkningsundersökningar. Materialet utreder läget för äldreomsorgen innan äldreomsorgslagen trädde i kraft.

Resultaten visar att den äldre befolkningens hälsa och funktionsförmåga har förbättrats, men att funktionshinder är fortfarande vanliga. De ålderstandardiserade siffrorna inom äldreomsorgen visar en nedgång i institutionsvården, hemvården och stödtjänsterna. Trots denna gynnsamma förändring leder det ökande antalet äldre personer till ett ökat servicebehov. Effektiverat serviceboende har ökat med betoning på de äldre åldersgrupperna. Även klienter inom stöd för närståendevården har ökat. Resultaten av kostnadsuppföljningen tyder på samma utvecklingsriktning. Minnessjukdomar och försämrad kognition förorsakar ett ökat behov av dygnetruntvård, vilket är svårt att ersätta. I fortsättningen hemtjänsterna förutsätter nya sätt att fokusera kunnandet och resurser enligt servicebehovet, framför allt på närståendevårdarens stödjande. Den största delen av klienterna i institutionsvård kunde vårdas i effektiviserat serviceboende, en del av klienterna inom det effektiviserade serviceboendet kunde vårdas hemma och en del av hemvårdens klienter kunde möjligen klara sig utan regelbunden professionell hjälp.

Kommunens plikt är att garantera den åldrande befolkningens välbefinnande. Äldreomsorgslagen förpliktigar kommunerna att nu göra upp en plan för detta ändamål. Utmaningen är att skapa uppföljningssystem för utvärderingen av den äldre

befolkningens servicebehov och för riskbefolkningarna. Enligt resultaten från kommunenkäten hade det här arbetet redan inletts i nästan varannan kommun. I de flesta kommunerna arrangerade man också tjänster som främjar äldre personers välbefinnande. Framför allt i stora kommuner var denna verksamhet systematisk och vidsträckt. Den baserade sig på den mångsidiga och systematiska utvärderingen av funktionsförmågan som var gjord i samband med utvärderingen av en äldre persons servicebehov.

Enligt svaren från verksamhetsenheterna hängde en systematisk och mångsidig utvärdering av funktionsförmågan ihop med det hur omfattande rehabiliteringsfrämjande vård- och serviceplanerna gjorts. Åt samma håll påpekade även ledandet av det rehabiliterande vårdarbetet. I enheterna för dygnetruntvård var personaldimensioneringen inte direkt relaterad till vårdkvaliteten. Exempelvis var en lång nattfasta inte vanligare i de enheter vars personaldimensionering var under 0,50. Om dimensioneringen var planerad låg den också förverkligades som låg, och av resultaten man kunde dra den slutsatsen att klienternas behov i dessa enheter var lägre än medeltalet. Personalens utbildningsnivå var huvudsakligen bra och enligt de som besvarade enkäten var den i nivå med klienternas behov, framför allt inom den offentliga sektorn.

Bra och professionell tillsyn är en viktig del av klient -och patientsäkerheten. Utmaningen är att genomföra tillsynen så att klienternas rättigheter garanteras, men så att tjänsternas utveckling, flexibilitet och införandet av nya innovationer inte riskeras. Ur myndigheternas tillsynsperspektiv ses klienternas självbestämmanderätt och delaktighet som en grund för genomförandet av all äldreservice. Från äldreomsorgslagens perspektiv ska tillsynen säkerställa tjänsternas miniminivå, samt övervaka kundens rättigheter och patientsäkerhet. Tillsynens användning av begränsningsåtgärder påverkas av verksamhetsenheternas vårdkultur samt av enheternas attityd gentemot förverkligandet av klienternas självbestämmanderätt och delaktighet.

De kommuner och serviceproducenter som redan börjat utveckla sina tillvägagångssätt har bättre förutsättningar att klara av de utmaningar som berör den åldrande befolkningen. Trots det finns det stora skillnader i tillvägagångssätten och framgångsförutsättningarna mellan olika kommuner och serviceproducenter. Den verkliga utmaningen är att bedöma servicebehoven och utveckla koordineringen av tjänsterna. Den viktigaste förutsättningen för att minska på institutionsvård är möjligheterna för äldre personer med minnessjukdomar till att få till hemmet nödvändiga tjänster som stöder funktionsförmågan.

Nyckelord: Äldreomsorgslag, äldre befolkning, äldreomsorg, funktionsförmåga, minnessjukdomar, personaldimensionering, upplevd vårdkvalitet, självbestämmanderätt, övervakning

Abstract

Anja Noro, Hanna Alastalo (ed.). Implementation of the Act for Elderly Care and Services in Finland (980/2012) – The situation before the law came into force in 2013. National Institute for Health and Welfare (THL). Report 13/2014 214 pages. Helsinki, Finland 2014.

ISBN 978-952-302-168-6 (printed); ISBN 978-952-302-169-3 (online publication)

The Act on Supporting the Functional Capacity of the Ageing Population and on Social and Health Care Services for Older People (980/2012), also known as the Act for Elderly Care and Services, came into force in July 2013. The law defines a clear direction how to improve services for the people who are of pension age and whose functional capacity is impaired. The main goal of the Act for Elderly Care and Services is to modify the ways municipalities organize their services for the elderly, so that the long-term care for the elderly could mainly be provided at home or in home-like residential environments. Because comparable data is sparse, it is difficult to form an overall picture of the performance of the municipalities and service providers in Finland. The Institute for Health and Welfare, together with the National Supervisory Authority for Welfare and Health - at the request of the Ministry of Social Affairs and Health - has explored the service needs in the population and the situation regarding the services for elderly population in the municipalities and among the service providers.

The articles on this report are based on a national survey carried out in May 2013, before the Act for Elderly Care and Services came into force, in all municipalities and all service providers delivering home care and residential care for the aged, information on national statistics of care, and national population surveys.

According to the results, the health and functional capacity of the aged population has improved, but functional limitations are still common. Age-adjusted statistics show that residential care, home care and supporting services have all declined. Notwithstanding this positive trend, the increased numbers of elderly lead to an overall increase in the need for services. Assisted living with 24/7 care has increased especially among the oldest age groups. Also, the prevalence of subsidized informal care has increased. The trends in costs are in the same direction. Memory disorders and cognitive impairments are the cause of increased need of 24/7 services, for which it is difficult to find alternatives. In the future, home-based services will require new ways to allocate skills and resources, based on the client's assessed needs. Most of the clients in institutional care could be managed in assisted living settings with 24/7 care. Many clients currently in assisted living settings have needs that could be provided for in home care, and some home care clients could be stepped down to non-regular care.

Ensuring the wellbeing of the aged population is the responsibility of the municipalities. The Act for Elderly Care and Services requires that the municipalities have plan for this. The challenge is to create an assessment and follow-up system for the service needs in the population and its risk groups. According to the survey of munic-

ipalities, this activity had already begun in about half of the municipalities. In most of them, services for promotion of wellbeing were offered, and these were particularly systematic and broad in large municipalities. Also, a systematic approach to needs assessment was associated with systematic promotion of wellbeing.

According to the responses from the service providers, a systematic and multidimensional approach to clients' needs assessment was associated with a good coverage of rehabilitative service plans. Also, units which reported a good, rehabilitation-oriented leadership had a similar good coverage of service plans. In residential care units, the relationships between staffing levels and quality were multifactorial, and no direct correlation could be found. For instance, a long night-time fast was no more common in units with a low staffing level (less than 0.50). When the planned staffing level was low, so was the actual staffing level, and the results indicate that in such units the clients' needs were on the average lower. The training level of the staff in the service provider units was generally good and perceived by the respondents to correspond to the needs of the clients, especially in the public sector.

A good and professionally qualified supervision function is an essential component of client safety. It is a challenge to implement supervision so that the clients' rights are ensured but allowing service development, flexibility and adoption of innovations. From the viewpoint of official supervision, clients' autonomy and participation are seen as the basis for all care and services for the elderly. As to the Act for Elderly Care and Services, the function of supervision is to ensure that no services are below the minimum standard, and that the clients' rights and safety are realized.

Those municipalities and service providers which have already begun to develop good practices, have better preconditions to cope with the challenges presented by the ageing of the population. There is, however, wide variation, between municipalities and service providers in the ways their practices are implemented. A real challenge is the organization of needs assessment and service coordination. The most important requirement for a reduction in institutional care is to find ways to provide needs-adequate care at home for elderly persons with memory disorders.

Keywords: The Act for Elderly Care and Services, older people, older people services, functional ability, the memory disorders, staffing, perceived quality of care, self-determination, supervision

Lyhenteet

Lyhenne	Englanninkielinen selite	Suomenkielinen selite
ADL	Activities of Daily Living	Päivittäisistä perustoimista selviytymistä mittaava asteikko; talouden suunnittelu, kodinhoito, matkustaminen.
ADL-RUG	Activities Daily Living-Resource Utilization Groups	Joukko RUG-III-luokitukseen liittyviä ADL (Activities Daily Living)-mittareita. Mittarit huomioivat päivittäisistä toiminnoista liikkumisen sängyssä, wc:n käytön, siirtymisen ja syömiseen.
ATH		THL:n alueellinen terveys- ja hyvinvointitutkimus
AVI		aluehallintovirasto
Barthelin indeksi	The Barthel Index	Fyysisen toimintakyvyn mittari
BDI	Beck Depression Inventory	Depressiomittari
Bergin tasapainotesti	Berg Balance Scale	lääkäiden toiminnallisen tasapainon kehitystä tarkkaileva ja hoidon vaikutusta arvioiva testi
BMI	Body Mass Index	Kehon painoindeksi
CERAD-tehtäväsarja	The Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease	Alzheimerin tautiin liittyvä hanke ja sen yhteydessä kehitetty kognitiivinen tehtäväsarja
CES-D	The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale	Depressio-oireiden tunnistamiseen ja depression vaikeusasteen arviointiin kehitetty seulontamenetelmä koko väestölle.
CHESS	The MDS-Changes in Health, End-stage disease and Symptoms and Signs	Asiakkaan terveydentilan vakautta ja ennustetta kuvaava asteikko
Cornell		Dementoituneiden henkilöiden masennusta mittaava asteikko
CPS	Cognitive Performance Scale	Kognitiivisten toimintojen asteikko
DEPS		Depressiomittari
DRS	Depression Rating Scale	Vähimmäistietomäärään, joka tarvitaan pitkäaikaisehdon asiakkaan arviointia ja hoidon tarpeen kartoitusta varten (MDS, Minimum Data Set)-tietopohjaan perustuva masennuksen seulontamittari
FIM	Functional Independence Measure	Kuntoutuksen arviointi- ja seurantarjestelmä, toimintakyvyn ja avuntarpeen arvioinnin mittari
GDS, GDS-15	Geriatric Depression Scale	Masennuksen seulontamittari
GHQ-12	12-item General Health Questionnaire	Psykkisen kuormittuneisuuden arviointi mittari
IADL	Instrumental Activities of Daily Living	päivittäisistä välineellisistä toiminnoista selviytymistä mittaava asteikko; peseytyminen, pukeutuminen, liikkuminen tai instrumentaalisissa toiminnoissa.
Katzin ADL-indeksi	Katz Index of ADL	Päivittäisten perustoimintojen (BADL) arviointi niillä henkilöillä, joilla toimintakyky on heikko.
Lawtonin IADL-indeksi	The Lawton Instrumental Activities of Daily Living	Lawtonin avuntarvetta päivittäisistä välineellisistä toiminnoista mittaava asteikko
MAPLe	Method for Assigning Priority Levels	Palveluntarvetta kuvaava asteikko
MMSE	Mini Mental State Examination	Älyllisen toimintakyvyn arvioinnin minitesti

OECD	Organisation for Economic Cooperation and Development	Taloudellisen yhteistyön ja kehityksen järjestö
OR	Odds ratio	Kerroinsuhde
RAI	Resident Assessment Instrument	Asiakkaan arviointimenetelmä
RAI-ADL-H	Resident Assessment Instrument-Activities of Daily Living Hierarchy	RAI-järjestelmään sisältyvä päivittäisten toimintojen hierarkinen asteikko
RAI-CPS	Resident Assessment Instrument-Cognitive Performance Scale	RAI-järjestelmään sisältyvä kognitiivisten toimintojen asteikko
RAI-DRS	Depression Rating Scale	RAI-järjestelmään sisältyvä masennuksen seulontamittari
RAI-järjestelmä	The Resident Assessment Instrument	Minimum Data Set tai sen 2006 uudistettuun inter-RAI-kysymyslomakkeistoon perustuvat kysymyssarjat, käsikirjat, kysymyksistä koostetut mittarit sekä palvelu- ja hoitosuunnitelman apuvälineet.
RaVa™		Ikäihmisen toimintakyvyn ja avuntarpeen mittari
RUG	Resource Utilization Groups	RAI-järjestelmään sisältyvä asiakasrakennetta kuvaava Resource Utilization Groups-luokitus.
RUG-III		RAI-järjestelmään sisältyvän Resource Utilization Groups-luokituksen kolmas versio
RUG-III/18	Resource Utilization Groups	Resource Utilization Groups-luokituksen versio, joka käsittää 18 alaluokkaa.
SOTKAnet		Tilasto- ja indikaattoripankki 2005 - 2013, jossa koottua tilasto-, rekisteri- ja kyselytietoa koskien väestön hyvinvointia ja terveyttä sekä sosiaali- ja terveys -palveluja Suomen kaikista kunnista.
SPPB	Short Physical Performance Battery	Lyhyt fyysisen suorituskyvyn testistö
TEAvisari		Kunnan toimintaa kuntalaisten terveyden edistämisessä kuvaava verkkopalvelu
TUG	Timed Up and Go	Tuoliltanousutesti
95% CI	95% Confidential interval	95% luottamusväli

Johdanto

Anja Noro & Hanna Alastalo

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista (980/2012, jatkossa vanhuspalvelulaki, Liite 1) tuli voimaan 1.7.2013. Laki koskee vanhuuseläkeikäisiä ja iäkkäitä henkilöitä, joiden toimintakyky on heikentynyt. Laissa tarkoitetaan ikääntyneellä väestöllä vanhuuseläkeikäisiä (63 vuotta täytäneitä) ja iäkkäillä henkilöillä niitä ikääntyneeseen väestöön kuuluvia ihmisiä, joiden toimintakyky on heikentynyt korkeaan ikään liittyvien syiden johdosta.

Vanhuspalvelulain (1 §) tarkoituksena on

- tukea ikääntyneen väestön hyvinvointia, terveyttä, toimintakykyä ja itsenäistä suoriutumista
- parantaa iäkkään henkilön mahdollisuutta osallistua elinoloihinsa vaikuttavien päätösten valmistelun ja tarvitsemiensa palvelujen kehittämiseen kunnassa
- parantaa iäkkään henkilön mahdollisuutta saada laadukkaita sosiaali- ja terveyspalveluja sekä ohjausta muiden tarjolla olevien palvelujen käyttöön yksilöllisten tarpeittensa mukaisesti ja riittävän ajoissa silloin, kun hänen heikentynyt toimintakykynsä sitä edellyttää, sekä
- vahvistaa iäkkään henkilön mahdollisuutta vaikuttaa hänelle järjestettävien sosiaali- ja terveyspalvelujen sisältöön ja toteuttamistapaan sekä osaltaan päättää niitä koskevista valinnoista.

Vanhuspalvelulaki painottaa kuntien varautumista väestön ikärakenteen ja sitä kautta palvelutarpeen kasvun muutokseen ja myös täsmentää kuntien velvollisuuksia ja iäkkäiden henkilöiden mahdollisuutta saada tarvitsemansa palvelut. Kunnat voivat omilla päätöksillään vaikuttaa olennaisesti kustannuskehitykseen. Vanhuspalvelulaki edellyttää, että kunnat tukevat ikääntyneen väestönsä hyvinvointia, terveyttä, toimintakykyä ja itsenäistä suoriutumista. Ennaltaehkäisevillä toimenpiteillä pyritään siirtämään kalliiden ympärivuorokautisten palvelujen tarvetta. Vanhuspalvelulain mukaan kunnalla on velvollisuus suunnitella ja toteuttaa hyvää ikääntymispolitiikkaa.

Vanhuspalvelulain tavoitteena on turvata iäkkäille henkilöille yksilöllisten tarpeiden mukainen hyvä hoito ja huolenpito yhdenvertaisesti koko maassa laadukkaiden sosiaali- ja terveyspalvelujen avulla. Iäkkään yksilöllinen palvelujen tarve edellytetään selvitettäväksi viivytyksettä ja monipuolisesti laissa kirjattujen menettelytapojen ja periaatteiden mukaisesti. Hoitoa ja huolenpitoa turvaava palvelukokonaisuus on suunniteltava vastaamaan asiakkaan yksilöllisiä tarpeita. Lisäksi iäkkään henkilön on

voitava vaikuttaa palvelujensa sisältöön ja toteuttamistapaan. Tarvittavat palvelut on järjestettävä viivytyksettä ja niiden pitää olla laadukkaita.

Vanhuspalvelulaki edellyttää, että kunnan palvelurakenne muokataan sellaiseksi, että iäkkäiden henkilöiden pitkäaikainen hoito ja huolenpito voidaan toteuttaa pääosin kotona tai kodinomaisissa asumisympäristöissä. Oikeanlaiset palvelut oikeaan aikaan toteutettuina ovat usein myös kustannustehokkain vaihtoehto.

Vanhuspalvelulaille pyritään myös iäkkäiden osallisuuden vahvistamiseen mm. elinoloja koskevilla kunnan ratkaisulla. Vanhusneuvostot tulivat lain myötä lakisääteiksi. Kunnan on huolehdittava neuvostojen toimintaedellytyksistä ja turvattava niille tosiasialliset vaikutusmahdollisuudet kunnan päätöksenteon valmistelussa.

Vanhuspalvelulain toimeenpanon seuranta

Eduskunta edellytti vanhuspalvelulakiin liittyvässä vastauksessaan hallitukselle joulukuussa 2012 (EV 162/2012 vp), ”että hallitus arvioi henkilöstömitoituksen toteutumisen vanhuspalvelulaissa tarkoitettulla tavalla vuoden 2014 aikana ja mikäli ympärivuorokautisessa hoidossa ei ole saavutettu suositusten mukaista henkilöstömitoitusta (vähintään 0.5), antaa eduskunnalle esityksen lain täsmentämisestä.” Lisäksi eduskunta edellytti, ”että hallitus seuraa ja arvioi lain tavoitteiden toteutumista ja vaikutusta erityisesti ikääntyneen väestön hyvinvointiin, terveyteen ja toimintakykyyn ja sosiaali- ja terveystyöpalvelujen saatavuuteen sekä kunnille aiheutuviin kustannuksiin”.

Tammikuussa 2013 Sosiaali- ja terveysministeriö (STM) lähetti Terveyden ja hyvinvoinnin laitokselle (THL) ja Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirastoon (Valvira) kirjeen, jossa pyydettiin laatimaan suunnitelmat niistä toimenpiteistä, joilla laitokset voisivat asiantuntemuksensa ja toimenkuvansa perusteella parhaiten osallistua vanhuspalvelulain toimeenpanon tukemiseen, seurantaan ja arviointiin (Liite 2). Pyyntönä oli arvioida ikääntymiseen varautuminen kuntatasolla ja ikääntyneiden palveluissa eli toimintayksiköissä sekä ennen vanhuspalvelulain voimaantuloa että sen jälkeen vuonna 2014. Erityisesti vanhuspalvelulain vaikutusten tarkastelu haluttiin kohdistaa ympärivuorokautisen hoidon henkilöstömitoituksiin. Vanhuspalvelulain hengen toteutumista katsottiin voitavan arvioida muutoksina arvoissa ja asenteissa, elinoloissa, ikääntyneen väestön asemassa, tasa-arvossa ja perusoikeuksissa, sukupuolittain ja työllisyys- ja kustannusvaikutuksina.

Vanhuspalvelulain toimeenpanon seurannan tavoitteina on

1. selvittää erilliskyselyin ikääntymiseen varautuminen ja ikäihmisten palvelut ml. palvelutarve, hoidon laatu ja henkilöstömitoitus ennen – jälkeen tilanteessa Suomen kunnissa ja toimintayksiköissä
2. hyödyntää jo olemassa olevaa tilasto- ja tutkimustietoa aluetason väestön riskiprofilointiin (ml. elinotot, terveydentila, toimintakyky, elämänlaatu, eri palve-

lujen koettu tarve ja sen tyydyttäminen) ja tuottaa seurantaosoittimet niiden perusteella

3. arvioida vanhuspalvelulain toimeenpanon kustannuksia
4. luoda malli säännöllisesti koottavaksi ja vertailukelpoista tietoa tuottavaksi vanhuspalvelulain seurantajärjestelmäksi ja julkiseksi raportointijärjestelmäksi, joka palvelee myös valvontaa

Käsillä olevan raportin tavoitteena on ollut erityisesti tarkastella tilannetta ikäihmisten palveluissa ja kunnissa ennen vanhuspalvelulain voimaantuloa. Analyysit perustuvat THL:n ja Valviran toukokuussa 2013 tekemään tiedonkeruuseen kunnilta ja toimintayksiköiltä, valtakunnallisiin rekisteritietoihin sekä valtakunnallisiin väestötutkimustietoihin.

Tilanteesta ennen vanhuspalvelulain voimaantuloa raportoidaan seuraavien aineistojen perusteella:

- Vanhuspalvelulain toimeenpanon erilliset tiedonkeruut (Liitteessä 3 tarkempi kuvaus):
 - Kuntakysely 2013
 - Ympärivuorokautisen hoidon toimintayksikköjen kysely 2013
 - Kotihoidon toimintayksikköjen kysely 2013
- Hoitoilmoitusrekisterit ja asiakaslaskennat, Lähde: Sotkanet
- Väestötiedot: Sotkanet
- Koetun hoidon laadun pilottikysely 2013
- RAI-tietokanta, THL
- Alueellinen terveys- ja hyvinvointi kysely

Vanhuspalvelulain toimeenpanon erillisten tiedonkeruiden ensimmäisen vaiheen tulokset ovat julkisesti nähtävissä osoitteessa www.thl.fi/vanhuspalvelulainseuranta. Kuntakyselyn tulokset ovat näkyvillä koko maan tasolla, aluehallintovirastoittain ja yksittäisen kunnan tasolla. Toimintayksikkökyselyjen tulokset on raportoitu koko maan tasolla, aluehallintovirastoittain ja kuntatasolla toimintayksiköittäin.

Käsillä olevan raportin luvussa 1 vanhuspalveluiden tilannetta taustoitetaan ensin tarkastelemalla jo olemassa olevien aineistojen pohjalta ikäihmisten palveluiden kehityslinjoja 2000-luvulla, muistisairauksien kehitystä, iäkkään väestön terveyden ja toimintakyvyn kehityslinjoja ja palveluiden kustannuksia. Vuoden 2013 lopulla julkistettiin myös hallituksen rakennepoliittinen ohjelma, jossa erityisesti vanhustenhuollon osalta edellytetään laitoshoidon purkamista ja muun palvelurakenteen ja kotihoitopainotteisuuden kehittämistä.

1 Ikäihmisten palvelut murroksessa

1.1 Ikäihmisten palveluiden kehityslinjoja 2000-luvulla

Anja Noro, Matti Mäkelä, Teppo Jussmäki & Harriet Finne-Soveri

Johdanto

Suomalaisen ikäpolitiikan suuntauksena on ollut edistää ikäihmisten kotona asumista edistäviä ratkaisuja ja vähentää pitkäaikaista laitoshoidoa etenkin vanhainkodeissa ja terveyskeskusten vuodeosastoilla. Kesällä 2013 voimaan tullut vanhuspalvelulaki 980/2012 (Liite 1) erityisesti painottaa kotihoidon ja kodinomaisten ratkaisujen ensisijaisuutta ja kuntien vastuuta ottaa suunnitelmissaan huomioon väestönsä ikääntyminen ja siihen liittyvät tekijät. Vanhuspalvelulain rinnalla julkaistiin uudistetut laatusuosituksot, jotka tukevat kotihoidon ensisijaisuutta ja siihen liittyviä ratkaisuja (STM ja Kuntaliitto 2013).

Ikäihmisten palveluiden käyttöä seurataan sekä kansallisten hoitoilmoitusrekisterien että asiakaslaskentojen perusteella. Laatusuosituksissa esitettyjä tavoitetasoja on seurattu tarkasti, etenkin vuodesta 2008 alkaen (STM ja Kuntaliitto 2001, 2008 & 2013, SOTKANet-verkkopalvelu 2014). Vuosille 2008–2012 suositustasot olivat 75 vuotta täyttäneille omaishoidossa 5–6 prosenttia, säännöllisessä kotihoidossa 13–14 prosenttia, pitkäaikaisessa hoidossa tehostetussa palveluasumisessa 5–6 prosenttia, vanhainkodeissa ja terveyskeskussairaaloitten vuodeosastoilla 3 prosenttia. Tilastotiedot 75 vuotta täyttäneiden palveluissa ovat osoittaneet selkeää laskua sekä vanhainkoti-hoidon että terveyskeskusten pitkäaikaishoidon osuuksissa, mutta nousua sekä omaishoidon tukea saavien asiakkaiden ja etenkin tehostetun palveluasumisen osuuksissa.

Vanhuspalvelulain kohderyhmänä on 63 vuotta täyttänyt väestö. Jos väestötason muutoksia halutaan tarkemmin analysoida siten, että otetaan huomioon ikäryhmi-en väliset muutokset ja sukupuolten väliset erot, voidaan analyysimenetelmänä käyttää suoraa ikävakiointia. Aiemmin samalla menetelmällä tehty analyysi vuosien 1981–1991 välillä osoitti suurta muutosta pitkäaikaisen laitoshoidon käytössä. Tuolloin oli nähtävissä eroa sukupuolten välillä siten, että vanhainkodeissa pitkäaikaishoidossa olevien miesten osuus oli vähentynyt 45 prosenttia ja naisten 40 prosenttia. Vastaavana aikana terveyskeskuksissa annettu pitkäaikainen hoito oli lisääntynyt miehillä 14 prosenttia ja naisilla 7 prosenttia. (Aro ym. 1997, Noro 1998).

Tämän artikkelin tavoitteena on analysoida ikäihmisten palveluiden kehityslinjoja tarkastellen ikävakioituja ja sukupuolten välisiä ikäryhmittäisiä eroja palvelujen käytössä vuosien 2001 ja 2012 välisenä aikana.

Ikäihmisten palvelujen rakenne

Ikäihmisten palveluiden rakenne jakautuu kotihoitoon ja pitkäaikaiseen laitoshoittoon. Kotihoidon palveluihin sisältyvät omaishoidon tuki, tukipalvelut, kotihoito sekä tavallinen ja tehostettu palveluasuminen. Laitoshoittoon sisältyvät vanhainkotihoito ja terveyskeskusten vuodeosastohoito. Nämä jakautuvat sekä pitkäaikaiseen että lyhytaikaiseen hoitoon. Puhuttaessa ympärivuorokautisesta hoidosta (ks. myös OECD) mukaan lasketaan tehostettu palveluasuminen, vanhainkotihoito ja terveyskeskusten pitkäaikainen vuodeosastohoito (Kuvio 1). Ympärivuorokautista hoitoa voidaan antaa myös kotona, mutta tässä sillä tarkoitetaan hoitoa, jossa asutaan samassa palveluympäristössä, missä ympärivuorokautinen hoito on tarjolla. Alla on tarkemmat määritellyt palveluista.

1. Omaishoidon tuki

Omaishoidolla tarkoitetaan vanhuksen, vammaisen tai sairaan henkilön hoidon ja huolenpidon järjestämistä kotioloissa omaisen tai muun hoidettavalle läheisen henkilön avulla. Omaishoidon tuki on kokonaisuus, joka muodostuu hoitopalkkiosta, tarvittavista palveluista hoidettavalle sekä omaishoitajan tukemisesta. Omaishoitajalla tarkoitetaan omaista tai muuta hoidettavalle läheistä henkilöä, joka on tehnyt kunnan kanssa omaishoitosopimuksen. Omaishoidon tuki on lakisääteinen sosiaalipalvelu, jonka järjestämisestä vastaa kunta. Omaishoidon tuki on osa kunnan sosiaali- ja terveyspalvelujen kokonaisuutta. Kunta päättää, missä laajuudessa se järjestää omaishoidon tukea ja kuinka paljon se osoittaa talousarviossa voimavaroja hoitopalkkioihin ja palveluihin. Tilastokeskuksen keräämiä omaishoidon tukea saavien henkilöiden lukumääriä on nähtävissä Tilasto- ja indikaattoripankki SOTKANetissä (SOTKANet-verkkopalvelu 2014, www.sotkanet.fi). STM:n ja Kuntaliiton 2008 suositus omaishoidon tuen asiakkaita 75 vuotta täyttäneiden osalta oli 5–6 prosenttia (STM ja Kuntaliitto 2008) ja 2013 suosituksessa on 6–7 prosenttia (STM ja Kuntaliitto 2013).

2. Tukipalvelut

Tukipalveluihin lasketaan mukaan esimerkiksi ateria-, kuljetus-, vaatehuolto-, kylvytys-, saattaja- ja turvapalvelut sekä muut vastaavat palvelut, joiden tarkoituksena on tukea itsenäistä elämää ja arjen sujumista. Tukipalveluja voidaan antaa asiakkaan kotona, palvelu- tai päiväkeskuksissa, laitoksissa tai muissa yksiköissä. Tilastokeskuksen keräämiä tukipalveluja on nähtävissä SOTKANetissä (SOTKANet-verkkopalvelu 2014).

3. Kotihoito

Kotihoito on toimintamuoto, jossa tuotetaan sosiaali- tai terveyspalveluja pääasiassa iäkkäille henkilöille siten, että palvelut tuotetaan palveluntuottajan tiloissa tai iäkkään henkilön yksityiskodissa (Vanhuspalvelulaki 980/2012, 3§). Kotihoito, kotisairaanhoido ja kotipalvelu ovat kaikki kotona annettavaa hoitoa. Kotihoidolla tarkoitetaan sitä, että kotipalvelu ja kotisairaanhoido on yhdistetty. STM:n ja Kuntaliiton 2008 suositus säännöllisen kotihoidon asiakkaita

75 vuotta täyttäneiden osalta oli 12–13 prosenttia (STM ja Kuntaliitto 2008) ja 2013 suosituksessa on 13–14 prosenttia (STM ja Kuntaliitto 2013).

4. Tavallinen palveluasuminen

Tavallinen palveluasuminen tarkoittaa sitä, että iäkäs muuttaa vuokralle toimintayksikön asuntoon, jossa on tarvittaessa tarjolla erilaista palvelua, mutta henkilökuntaa ei ole paikalla ympärivuorokauden kuten tehostetussa palveluasumisessa.

5. Tehostettu palveluasuminen

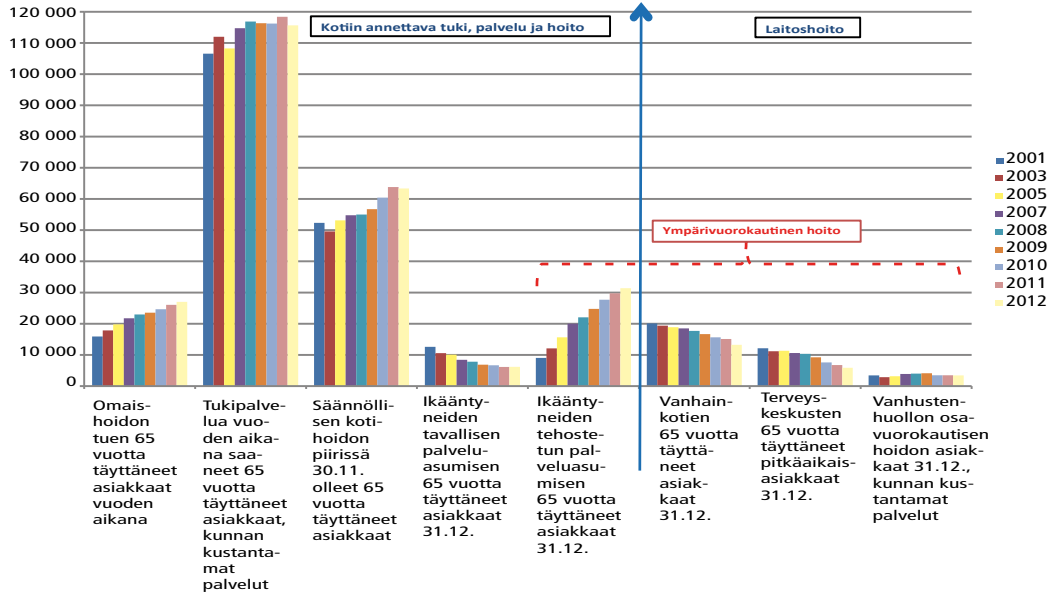
Tehostettu palveluasuminen tarkoittaa sitä, että hoitohenkilökunta on toimintayksikössä paikalla ympärivuorokauden vastaamassa asiakkaiden palvelutarpeisiin. Tehostetussa palveluasumisessa asiakkaat asuvat vuokralla, maksavat omista lääkkeistään ja palveluista, jota saavat. Tehostettu palveluasuminen on kodinomaista hoitoa, mutta lasketaan mukaan myös ympärivuorokautiseen hoitoon. STM:n ja Kuntaliiton 2008 suositus tehostetun palveluasumisen asiakkaista 75 vuotta täyttäneiden osalta oli 5–6 prosenttia (STM ja Kuntaliitto 2008) ja 2013 suosituksessa on 6–7 prosenttia (STM ja Kuntaliitto 2013).

6. Laitoshoido

Vanhainkoti ja terveyskeskuksen pitkäaikainen hoito ovat pitkäaikaista laitoshoidoa. Vanhainkoteissa ja terveyskeskusten vuodeosastoilla pitkäaikaishoitoon sisältyvät asuminen, hoito ja palvelu ja lääkkeet. Asiakkailta peritään hoitomaksu, joka on maksimissaan 85 prosenttia asiakkaan tuloista, ja se harvoin riittää kattamaan laitoshoidosta koituneet menot. Sekä vanhainkoteissa että terveyskeskusten vuodeosastoilla on vaihteleva määrä lyhytaikaisessa ja osavuorokautisessa hoidossa olevia asiakkaita. STM:n ja Kuntaliiton 2008 suositus pitkäaikaisen laitoshoidon asiakkaista 75 vuotta täyttäneiden osalta oli 3 prosenttia (STM ja Kuntaliitto 2008) ja 2013 suosituksessa on 2–3 prosenttia (STM ja Kuntaliitto 2013).

7. Ympärivuorokautinen hoito

Ympärivuorokautisen hoidon palveluihin sisältyvät tehostettu palveluasuminen, vanhainkoti ja terveyskeskuksen pitkäaikaishoittoa antavat osastot.



Kuvio 1. Ikäihmisten palveluiden käsitteitä ja asiakaslukumääriä vuosina 2001–2012. Lähde Sotkanet.

Tutkimusaineistot ja analyysimenetelmät

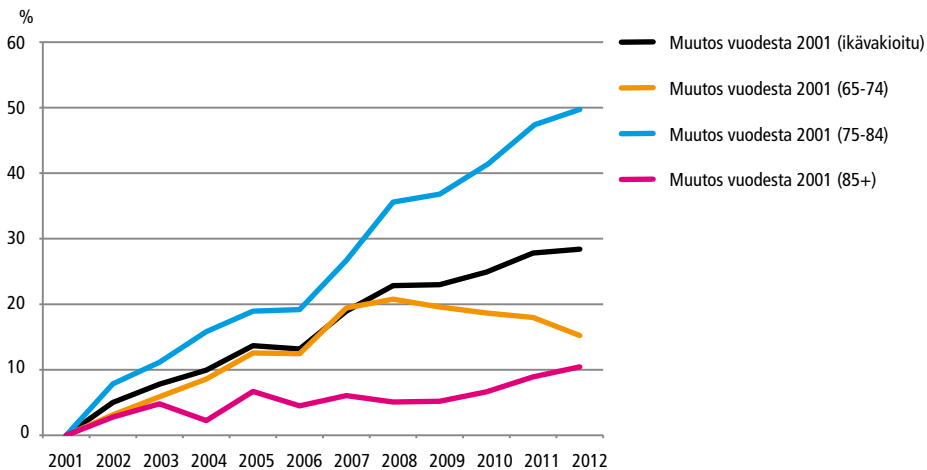
Tarkasteluun valitut ikäihmisten palvelut ovat omaishoito, tukipalvelut, säännöllinen kotihoito, pitkäaikainen hoito tehostetussa palveluasumisessa, vanhainkodeissa ja terveyskeskusten vuodeosastoilla. Nämä tiedot perustuvat THL:n asiakas- ja potilaslaskentoihin aina vuoden vaihteessa. Kotihoidon laskenta on suoritettu aina kunkin vuoden marraskuun tietojen pohjalta marraskuun 30. päivänä. Analyysissä vuodesta 2001 vuoteen 2011, tilastoissa säännöllisen kotihoidon piiriin sisältyy henkilöitä, joilla oli ilman palvelu- ja hoitosuunnitelmaa ollut vain 1–3 kotihoidon käyntiä marraskuun aikana. Vuoden 2012 tilastoraportissa (Kotihoidon laskenta 30.11.2011) aikasarjan vuosien tietoja on korjattu ja tästä johtuen aikasarjan tiedot eivät ole suoraan vertailtavissa aikaisempien vuosien tilastoraporttien kanssa.

Tutkimusaineistoina on käytetty SOTKANetistä saatavia ikäryhmittäisiä (65–74, 75–84 ja 85 vuotta täyttäneet) ja sukupuolen mukaan luokiteltuja kiinnostuksen kohteena palvelujen käyttäjien lukumääriä sekä vastaavien ikäryhmien väestötietoja vuosilta 2001–2012 (SOTKANet-verkkopalvelu 2014). Väestötason muutosta analysoidaan suoralla ikävakiointilla ja arvioidaan millaisia ikäryhmittäisiä muutoksia sukupuolen mukaan on tapahtunut eri palvelujen käytössä. Muutoksen seurannassa vertailuvuotena käytetään vuotta 2001. Omaishoidon tuen asiakkaista ei ole käytettävissä sukupuolen mukaan jaoteltua ikäryhmittäistä tietoa, joten tulokset kerrotaan ikävakiointuna ja ikäryhmittäisinä lukuina. Tukipalveluista on käytettävissä tieto ikäryhmittäin alkaen vuodesta 2006, josta alkaen lasketaan myös ikävakiointu muutos.

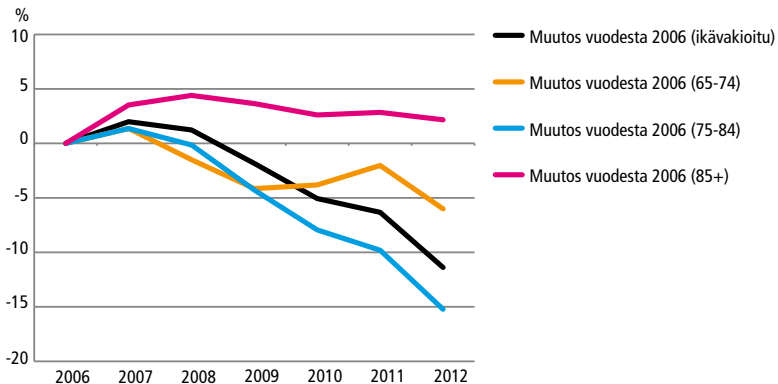
Tulokset

Omaishoidon tukea saavien asiakkaiden ikävakioitu osuus on noussut 29 prosenttia seuranta-ajanjaksolla (Kuvio 2). Ikäryhmittäin tarkastellen 75–84 vuotta täyttäneiden osuuden lisäys on ollut suurinta, melkein 50 prosenttia. Hienoista lisäystä on myös yli 85 vuotta täyttäneiden osuuksissa. Ikäryhmässä 65–74-vuotiaat, osuudet kasvoivat vuoteen 2008 asti, mutta siitä alkaen osuus on vähentynyt.

Tukipalvelujen kehitystä on seurattu ikävakiointuna alkaen vuodesta 2001 (Kuvio 3). Tukipalvelut kunnan omana toimintana on yleisimmin käytössä oleva palvelu 65 vuotta täyttäneillä ikäihmisillä. Lukumäärinä tarkastellen kasvu on suurta 95 000–115 000 tarkasteluajanjaksolla. Ikävakioitu palvelujen kehitys kuitenkin osoittaa 11 prosentin vähentymistä. Ikäryhmittäin tarkastellen tukipalvelujen vähentyminen näyttää kohdentuvan etenkin 75–84-vuotiaille. Tukipalveluissa hienoista lisäystä on ainoastaan ollut 85 vuotta täyttäneiden osuuksissa.



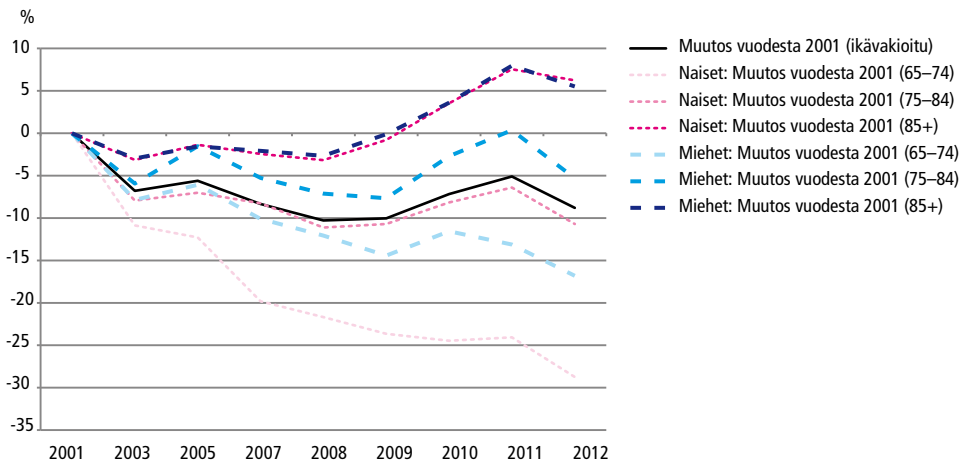
Kuvio 2. Omaishoidon tukea saavien asiakkaiden ikävakioidun ja ikäryhmittäisten osuuksien kehitys vuosina 2001–2012. Vertailuvuosi 2001.



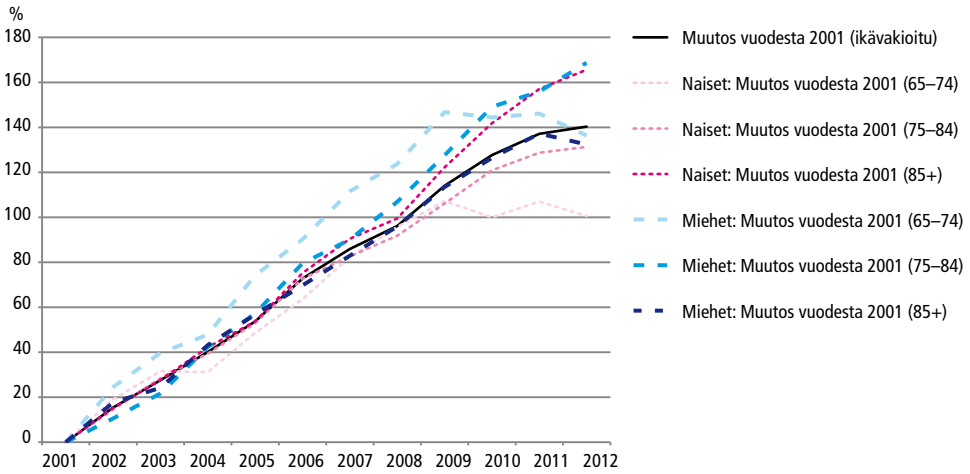
Kuvio 3. Tukipalvelua saavien asiakkaiden ikävakioidun ja ikäryhmittäisten osuuksien kehitys vuosina 2006–2012. Vertailuvuosi 2006.

Säännöllisen kotihoidon asiakkaiden ikävakiointu kehitys on ollut vähenevä vaihdellen suurimmillaan -10 prosentin ja -5 prosentin välillä (Kuvio 4). Vuonna 2011 vähenemä oli pienentynyt -5 prosenttiin, mutta vuonna 2012 vähenemä on lisääntynyt 9 prosenttiin vuoteen 2001 verrattuna (vuonna 2012 kotihoidon asiakkaiden tilastointitapa tiukentui). Säännöllisessä kotihoidossa olevien ikäryhmittäisissä ja sukupuolen mukaisissa ryhmissä on tapahtunut sekä vähentymistä että lisääntymistä. Kotihoidon osuudet lisääntyvät etenkin yli 85-vuotiailla miehillä ja naisilla. Sekä naisten että miesten osuus kotihoidon asiakkaista on reippaasti vähentynyt 65–74-vuotiaiden ryhmissä, suurin vähennys on tapahtunut 65–74-vuotiaiden naisten ikäryhmässä, noin 27 prosenttia. Kaikkien muiden ikäryhmien paitsi 65–74-vuotiaiden naisten osalta havaitaan kotihoidon lisääntymistä vuodesta 2008 vuoteen 2011 asti. Kotihoidon asiakkaiden tilastointitavan muutos aiheuttanee sen, että vuoden 2012 kaikkien ikäryhmi- en osalta osuudet ovat kääntyneet laskusuuntaisiksi.

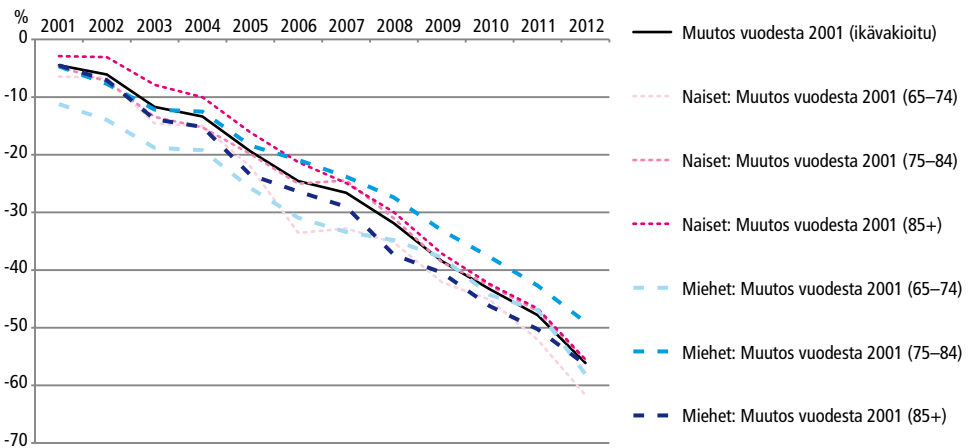
Pitkäaikainen tehostettu palveluasuminen on lisääntynyt voimakkaasti 2000-luvulla, noin 140 prosenttia (Kuvio 5). Kasvua on kaikissa ikäryhmissä, etenkin yli 85-vuotiailla naisilla ja 75–84-vuotiailla miehillä. Kasvuvauhti on tasaantunut vuoden 2008 kohdalla 65–74-vuotiaiden miesten osalta ja vastaavan ikäisten naisten kohdalla vuodesta 2009 alkaen.



Kuvio 4. Säännöllisen kotihoidon asiakkaiden lukumäärien ikävakiointu ja suhteellinen osuus ikäryhmittäin sukupuolen mukaan vuosina 2001–2012. Vertailuvuosi on 2001. Huom! Tilastointitapa tiukentui vuonna 2012.



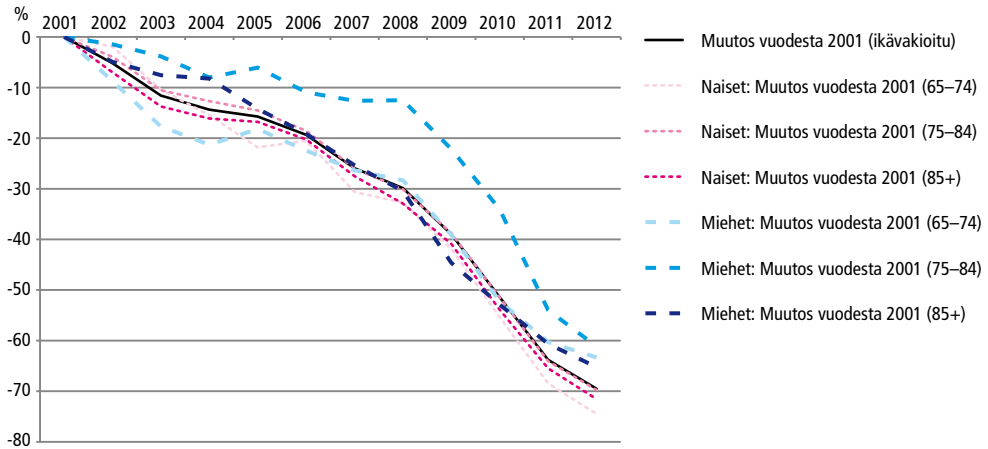
Kuvio 5. Tehostetun palveluasumisen asiakkaiden ikävakioidun ja ikäryhmittäisten osuuksien kehitys vuosina 2001–2012. Vertailuvuosi 2001.



Kuvio 6. Pitkäaikaista vanhainkotihoitoa saavien asiakkaiden ikävakioidun ja ikäryhmittäisten osuuksien kehitys vuosina 2001–2012. Vertailuvuosi 2001.

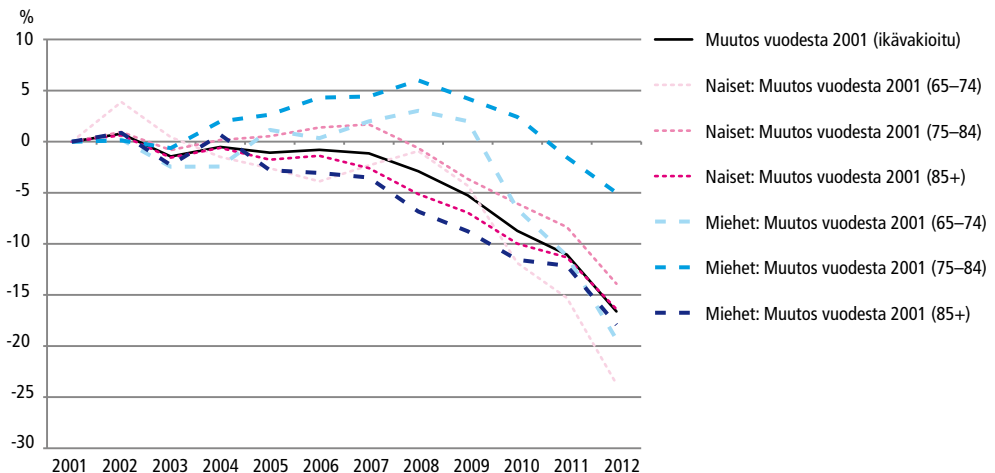
Vanhainkotihoito on vähentynyt kaikissa ikäryhmissä, ikävakioitu vähennys on 55 prosenttia vuoteen 2001 verrattuna (Kuvio 6). Terveyskeskusten pitkäaikainen hoito on vähentynyt eniten, yhteensä 70 prosenttia vuodesta 2001 (Kuvio 7). Ikäryhmittäin tarkasteltuna vähentyminen on kiihtynyt vuodesta 2008 alkaen. Vähentymisen on hieman vähäisempää miehillä ikäryhmässä 75–84 vuotta.

1 Ikäihmisten palvelut murroksessa

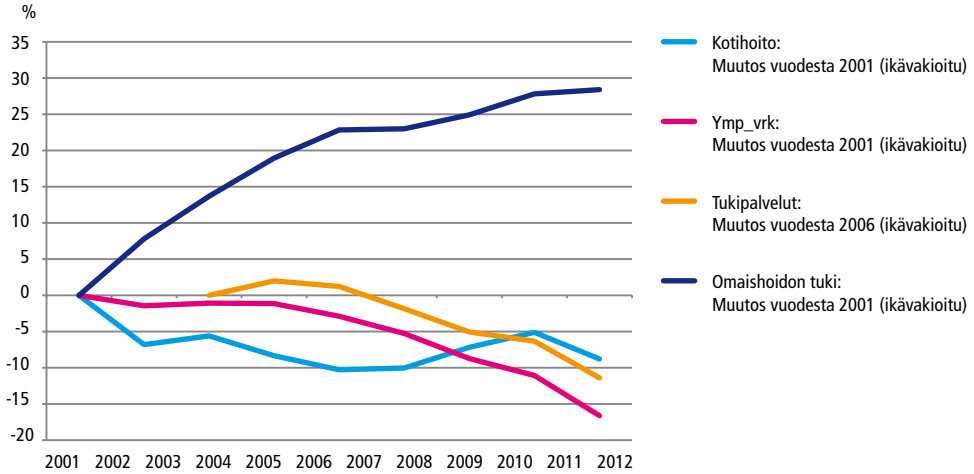


Kuvio 7. Pitkäaikaista hoitoa terveyskeskusten vuodeosastoilla saavien asiakkaiden ikävakioidun ja ikäryhmittäisten osuuksien kehitys vuosina 2001–2012. Vertailuvuosi 2001.

Tarkasteltaessa pitkäaikaista ympärivuorokautisen hoidon kehitystä kokonaisuutena nähdään, että ikävakioitu kokonaisvähennelmä vuonna 2012 vuoteen 2001 verrattuna on yhteensä 17 prosenttia (Kuvio 8). Nopeimmin ympärivuorokautinen hoito on vähentynyt naisten eri ikäryhmissä ja hitaimmin 75–84-vuotiailla miehillä. Muutoksen vauhti kiihtyy vuodesta 2008 alkaen kaikissa ikäryhmissä.



Kuvio 8. Ympärivuorokautisen hoidon ikävakioitu kehitys ja suhteellisten osuuksien kehitys sukupuolen mukaan. Ympärivuorokautiseen hoitoon on laskettu mukaan tehostettu palveluasuminen, vanhainkotihoido ja terveyskeskusten vuodeosastohoito. Vertailuvuosi 2001.



Kuvio 9. Säännöllisen kotihoidon ja ympärivuorokautisen hoidon ikävakioitu kehitys vuosina 2001– 2012. Vertailuvuosi on 2001. Kotihoidon kunnalliset tukipalvelut vuosina 2006– 2012. Vertailuvuosi 2006.

Kuvioon 9 on koottu ikävakioidut kehityslinjat vertailua varten. Kaikki säännölliset ikäihmisille suunnatut palvelut olivat laskusuuntaisia niin ympärivuorokautiset palvelut kuin kotihoito ja tukipalvelut. Ainoana kasvavan kehitystrendinä on omaishoidon tuki asiakkuudet.

Kansallisissa tilastoissa ei ole lyhytaikaisen hoidon osalta aikasarjaa koskien tarkastelussa olevia palvelutyyppisiä, joten muutoksen seuranta ei siltä osin ole mahdollista. Taulukossa 1 on esitetty vanhuspalvelulain seurannassa (Liite 3) toteutetun seurannan perusteella viikolla 22 paikalla olleiden lyhyt ja pitkäaikaisten asiakkaiden lukumäärät. Kotihoidossa oli enemmän tilapäisiä asiakkaita, noin 17 prosenttia, ja korkein tilapäisten asiakkaiden osuus oli terveyskeskuksissa, noin 22 prosenttia.

Taulukko 1. Kotihoidon säännöllisten ja lyhytaikaisten asiakkaiden lukumäärät seurantaviikolla 22 vuonna 2013 palvelutyyppin ja tuottajan mukaan. Lähde: Vanhuspalvelulain toimeenpanon seuranta, kotihoidon toimintayksikkökysely 2013.

	Kotihoito		Tehostettu palveluasuminen		Vanhainkoti		Terveyskeskus		Yhteensä		Yhteensä
	Julkinen	Yksityinen	Julkinen	Yksityinen	Julkinen	Yksityinen	Julkinen	Yksityinen	Julkinen	Yksityinen	
Säännölliset asiakkaat	56 636	6 782	14 517	13 575	9 165	857	3 510	167	83 828	21 381	105 209
Tilapäiset asiakkaat	11 546	634	633	212	326	23	966	5	13 471	874	14 345
Yhteensä	68 182	7 416	15 150	13 787	9 491	880	4 476	172	97 299	22 255	119 554
Tilapäiset %	16,9	8,5	4,2	1,5	3,4	26,0	21,6	29,0	13,8	3,9	12,0

Yhteenveto

Kun väestön ikääntymisen vaikutus on poistettu palvelujen määrien kehityksestä, huomataan säännöllisen kotihoidon, tukipalvelujen ja pitkäaikaisen ympärivuorokautisen hoidon vähentyneen. Ympärivuorokautisen hoidon sisällä etenkin vanhainkotihoito ja terveyskeskusten vuodeosastohoito ovat vähentyneet (55–70 %) ja samaan aikaan tehostettu palveluasuminen on lisääntynyt 140 prosenttia. Tehostetun palveluasumisen lisääntymisestä huolimatta koko ympärivuorokautinen hoito on vähentynyt 17 prosenttia. Ympärivuorokautisen hoidon väheneminen alkoi nopeutua vuonna 2008 ja vähenee edelleen. Vaikka kotihoito on ollut jo pitkään ensisijaisena tavoitteena ikäihmisten palveluissa, säännöllisen kotihoidon kehitysvauhti on ollut hitaampaa kuin ympärivuorokautisen hoidon. Säännöllistä kotihoitoa oli vuonna 2011 5 prosenttia vähemmän (tilastot verrannollisia) ja 9 prosenttia vähemmän vuonna 2012 verrattuna vuoteen 2001. Säännöllisessä kotihoidossa oli havaittavissa lisääntymistä vuoden 2008 jälkeen, mutta vuonna 2012 säännöllisen kotihoidon osuus kääntyi jälleen laskuun mitä todennäköisimmin tilastointitavan tiukentumisen vuoksi. Jos tilastointitavan tiukentuminen ulotetaan myös aiempiin vuosiin, voidaan tulkita, että kotihoidon kehitys on mahdollisesti kulkenut jo aiemmin alemmalla tasolla.

Omaishoidon tuen asiakkaiden osuus on seuranta-ajalla tasaisesti lisääntynyt 28 prosenttia. Tukipalveluiden eriyttäminen kotihoidon perustoiminnasta omaksi kokonaisuudekseen on muuttanut kotihoidon kokonaisprosesseja. Jotta koko kotihoitoa voidaan tarkastella kokonaisuutena, tukipalvelut on otettava huomioon. Vaikka tukipalvelujen vertailukelpoinen tilastointi alkoi vasta vuodesta 2006, muutoksen seuranta osoittaa, että tukipalveluja saavien osuus on 11 prosenttia vähemmän vuonna 2012.

Ikäihmisille suunnattujen palvelujen osuus on vähentynyt enemmän kuin on ennakoitu. Osin syynä siihen voi olla se, että palvelujen piirissä olevien 75 vuotta täyttäneiden vuosittaiseen osuuteen on kiinnitetty enemmän huomiota kuin palvelujen piirissä olevien ihmisten määrään ja suhteessa kaikkiin 65 vuotta täyttäneisiin. Kehitykseen on saattanut ohjata esimerkiksi vuoden 2008 laatusuositus, jonka ikäkohtaisia palveluosuuksia ovat kunnat ja valvontaviranomaiset tulkinneet normiluonteisina. Ikäihmisten määrän lisääntyessä säännöllisen ja pitkäaikaisen hoidon piirissä olevien osuudet ovat pysyneet melko lailla ennallaan, mutta muutosta on tapahtunut palvelujen piirissä olevien lukumäärissä, kun käytetään ikävakiointia analyysissä.

Vaikka säännöllisissä palveluiden asiakasmäärissä on tapahtunut vähentymistä, tämä ei vielä suoraan kerro toimintatapojen muuttumisesta, mutta voi kertoa hoitopääsykriteerien tiukentumisesta. Tarkempi seuranta myös lyhytaikaisen kuntouttavan toiminnan lisäämisestä eri palvelutyypeissä ja kotihoidossa kuvaisi tätä paremmin, mutta valitettavasti sellaista tilastotietoa ei ole käytettävissä.

Mitä tapahtui vuonna 2008?

Taantuma alkoi. Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksat julkaistiin (STM ja Kuntaliitto, 2008). Näiden suositusten voimaan tulo näyttää olevan yhteydessä kehityslinjoihin palveluissa, etenkin säännöllisissä palveluissa. Tilastot eivät kuitenkaan kerro, ovatko lyhytaikaisen, kuntouttavan toiminnan osuudet lähteneet kasvamaan. Voidaan arvelia, että lyhytaikaisen kuntouttavan toiminnan lisääntyminen saattaisi olla yhtenä selittäjänä tekijänä myös ympärivuorokautisen ja etenkin laitoshoidon pitkäaikaisen hoidon vähentymisessä. Koska kansallista kaikkia palvelutuottajia velvoittavaa palvelutarpeen arviointimenetelmää ei ole käytössä, tilastoihin perustuvasta analyysistä ei voi suoraan päätellä, ovatko palvelujen järjestäjät tarkemmin miettineet millä kriteereillä palvelua kohdennetaan ja kuinka kauan, mutta näin on todennäköisesti tapahtunut.

Mitä tapahtui vuonna 2012?

Kuntauudistuksen ja SOTE-uudistuksen suunnittelut käynnistyivät. Taantuma alkoi vaikuttaa myös kuntatalouteen. Säännöllisten palvelujen osuudet kääntyivät laskuun melkein kaikissa palveluissa ja etenkin nuoremmissa ikäryhmissä.

Mitä tulokset tarkoittavat ikäihmisten palvelujen kehityksen kannalta?

Jos arvioidaan kotihoitopainotteisen ikäpolitiikan onnistumista, ikävakioitu muutos osoittaa, että suunta on ollut laitoshoidon vähentämisen osalta oikea, mutta myös tavoiteltavat palvelut kuten säännöllinen kotihoito ja tukipalvelut ovat vähentyneet. Kotihoitopainotteisuuden rinnalla tehostetun palveluasumisen osuuksien kasvu saattaa osin kompensoida pitkäaikaisen laitoshoidon laskua, mutta ei täysin korvaa sitä, kokonaisvähennys oli siis 17 prosenttia vuodesta 2001. Ikäryhmittäiset ja sukupuolen mukaiset kehityslinjat kertovat säännöllisen palvelun käytön siirtyneen myöhempään ikään etenkin naisilla. Omaishoidon tuen piirissä olevien osuus on kasvanut nopeimmin 75–84-vuotiaiden ikäryhmissä. Omaishoito ja tehostettu palveluasuminen ovat selkeästi kasvattaneet osuuttaan säännöllisissä palveluissa. Mikäli omaishoitajana toimivat samanikäiset henkilöt, heidän palvelutarpeensa voi myös lisääntyä, ja lisääntyä etenkin omaishoitosuhteen päättymisen jälkeen.

Mitä kehityslinjoista voidaan päätellä laitoshoidon vähennyksen näkökulmasta?

Yhteenvetona tuloksista voidaan sanoa, että laitoshoidon väheneminen on alkanut jo ennen hallituksen rakennepoliittista ohjelmaa. Vähenemää oli jo huomattavan paljon viime vuosituhannen viimeisinä vuosina (Aro ym. 1997, Noro 1998). Kehitystrendien seurantaan tarvitaan myös uudenlaisia indikaattoreita monimuotoisesta palvelutarjonnasta ja lisäksi kattavaa seurantaä iäkkäiden palvelutarpeesta ja ennaltaehkäisevästä toiminnasta. Jo nyt vanhuspalvelulain toimeenpanon kotihoidon toimintayksikköjen

yhden viikon henkilöstön työajan ja palvelua saavien asiakkaiden seurannan perusteella oli nähtävissä, että etenkin kotihoidossa lyhytaikaisen hoidon osuus on suuri, noin 17 prosenttia kaikista asiakkaista. Iäkkäillä voi tapahtua suuria muutoksia akuuttien sairauksien, tapaturmien tai kroonisten sairauksien vaikeutumisen myötä, jolloin lyhytaikainen kuntouttava työ on tarpeen. Kotihoidon rinnalla on lisääntynyt ja edelleen pyritään lisäämään omaishoidon tukea. Tukipalveluiden määrä on suuri, osin korvaten kotipalveluita, ja siten kompensoiden kotihoidon määrää.

Päätulokset

- ▶ kotihoito, tukipalvelut, vanhainkoti- ja terveyskeskushoito ovat kaikki vähentyneet
- ▶ omaishoidon tuen asiakkaat ja tehostettu palveluasuminen ovat lisääntyneet
- ▶ ympärivuorokautinen hoito on vähentynyt 17 prosenttia tehostetun palveluasumisen lisääntymisestä huolimatta
- ▶ 65–74-vuotiaiden osuus säännöllisten palvelujen käyttäjinä on vähentynyt, etenkin naisilla
- ▶ ikäryhmittäin tarkastellen 85 vuotta täyttäneiden osuudet palveluissa ovat lisääntyneet nopeimmin
- ▶ vuonna 2008 useimmat säännölliset palvelut kääntyivät laskusuuntaisiksi omaishoitoa ja tehostettua palveluasumista lukuun ottamatta
- ▶ laitoshoidon purkamisen vauhti on kiihtynyt
- ▶ kuntouttavasta ja lyhytaikaisista palveluista tarvitaan lisää tietoa.

Lähteet

- Aro S, Noro A, Salinto M. Deinstitutionalization of the elderly in Finland, 1981-91. *Scand J Soc Med* 1997;25:136-143.
- Noro A. Long-term institutional care among Finnish elderly population. Trends and potential for discharge. *Stakes Research Report 87*. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä 1998.
- OECD (Organisation for Economic Cooperation and Development): <http://www.oecd.org/els/health-systems/helpwantedprovidingandpayingforlong-termcare.htm>
- SOTKANet-verkkopalvelu. Tilasto- ja indikaattoripankki 2005 - 2013. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. www.sotkanet.fi [Viitattu 2014-03-26].
- STM ja Kuntaliitto, 2001. Ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskeva laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2001:4. Helsinki 2001. Saatavilla Internetissä: <http://pre20031103.stm.fi/suomi/pao/julkaisut/ikaihminen/ikaihminen.pdf>
- STM ja Kuntaliitto, 2008. Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:3. Helsinki 2008. Saatavilla Internetissä: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-2526-7>
- STM ja Kuntaliitto, 2013. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2013:11. Helsinki 2013. Saatavilla internetissä: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3415-3>

1.2 Muistisairaudet vanhuspalveluissa

Harriet Finne-Soveri, Rauha Heikkilä, Teija Hammar, Kristiina Saarikalle, Paula Andreasen, Matti Mäkelä, Britta Sohlman, Janne Asikainen & Anja Noro

Muistisairauden esiintyvyys ja ilmaantuvuus ovat sitä todennäköisempiä mitä korkeampi on henkilön ikä. Alzheimerin tauti on yleisin muistisairaus ja se ilmenee joka yhdeksännellä 65 vuotta ja noin joka kolmannella 85 vuotta täyttäneellä (Mielke ym. 2014). Muita yleisiä muistisairausten syitä ovat verisuoniperäinen dementia ja Lewyn kappale -tauti, joiden yhdessä arvellaan muodostavan noin kolmanneksen kaikista muistisairauksista. Sekamuotoja esiintyy runsaasti.

Kognition eli älyllisen toimintakyvyn alenema voi johtua myös muista sairauksista kuin etenevistä muistisairauksista mm. masennuksesta, psykooseista tai muista aivojen sairauksista tai oireyhtymistä kuten deliriumista (akuutti sekavuus). Muita aivojen toimintaan vaikuttavia tekijöitä ovat esimerkiksi keskushermostoon vaikuttavat lääkkeet tai jokin somaattinen sairaus kuten infektiot tai pahanlaatuiset kasvaimet.

Kansallinen muistiohjelma 2012–2020 (STM 2012) tunnistaa muistisairaudet merkittäväksi kansantaudiksi, jonka kustannukset syntyvät pääasiallisesti ympärivuorokautisen hoivan ja huolenpidon tarpeesta. Ohjelman tavoitteena on 1) aivoterveystien edistäminen, 2) muistisairauksien varhaiseen diagnosointiin, hoitoon ja kuntoutukseen kohdistuneiden asenteiden korjaaminen, 3) muistisairaiden elämän laadun turvaaminen sekä 4) tutkimustiedon ja osaamisen vahvistaminen. Ohjelma toimeenpannaan nimensä mukaisesti vuosina 2012–2020. Koska ikä on merkittävä tekijä muistisairauksien puhkeamisessa, kansallinen muistiohjelma tulee koskemaan sen kaikilta osin merkittävässä määrin iäkkäitä henkilöitä ja on siten yhdensuuntainen myös vanhuspalvelulain kanssa.

Tässä artikkelissa tarkastellaan vuosien 2008–2013 ajanjaksona vanhuspalveluissa tapahtuneita:

- muistisairauksien muutostrendejä
- kognition vajuksen muutostrendejä
- muistisairaiden asiakkaiden sijoittumista vanhuspalveluissa

Aineistot ja menetelmät

Artikkeliin on käytetty seuraavia THL:n aineistoja

- SOTKANetin (SOTKANet-verkkopalvelu 2014) muistisairaista tuotetut tiedot vuosilta 2008 - 2012

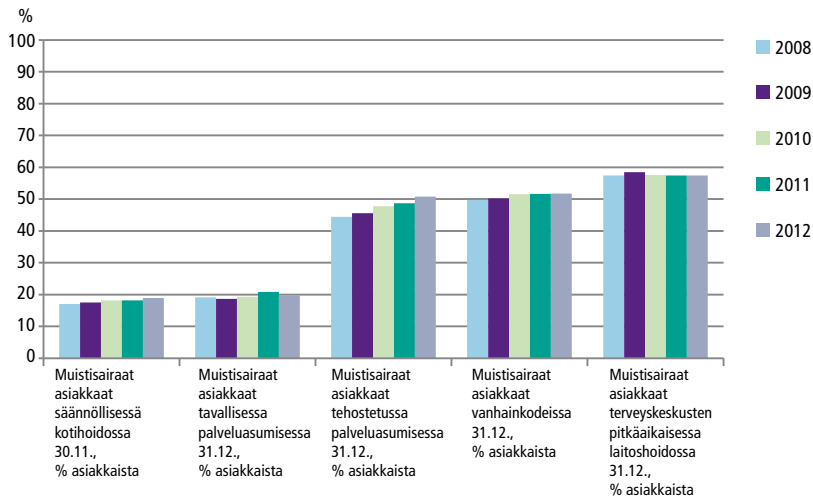
- Vanhuspalvelulain toimeenpanon seuranta varten kootut tiedot vuodelta 2013 (Liite3)
- THL:n RAI-tietokanta vuosilta 2008–2013 ajanjaksoilta 1.4.–30.9. Kognition vajausta kuvataan Cognitive Performance Scale-mittarilla (CPS), missä 0 merkitsee normaalia kognitiota ja 6 vaikeaa vajausta (Morris ym. 1994).

Tulokset

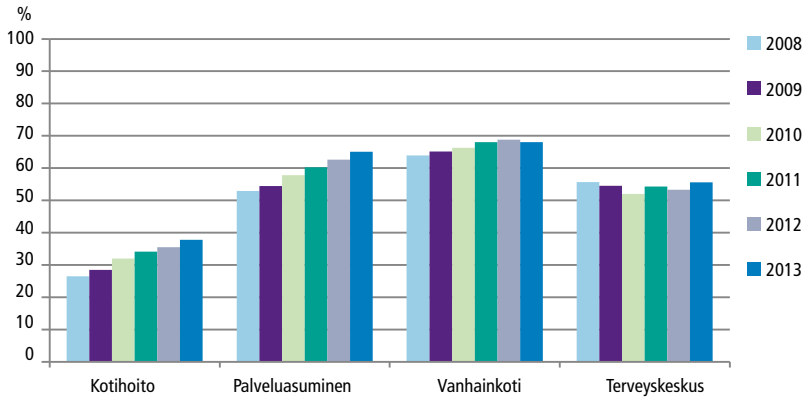
Diagnosoidut muistisairaudet 2008–2013 vanhuspalveluissa

Diagnosoitujen muistisairauksien osuus on lisääntynyt THL:n SOTKANetin mukaan muutamilla prosentilla kotihoidossa, tehostetussa palveluasumisessa ja vanhainko-deissa vuosien 2008–2012 aikana (Kuvio 1). Vuoden 2013 RAI-tietokantaan on merkitty enemmän muistisairauksien diagnooseja ja sieltä ilmenee, että kaikkiaan joka toisella vanhuspalvelujen asiakkaalla oli muistisairauden diagnoosi. Vuonna 2013 muistisairauden diagnoosi löytyi säännöllisen kotihoidon 65 vuotta täyttäneistä asiakkaista 38 prosentilla, tehostetun palveluasumisen vastaavanikäisistä asiakkaista 65 prosentilla, vanhainkotien asukkaista 68 prosentilla ja terveyskeskusten pitkäaikais-hoidettavista 56 prosentilla asukkaista.

Kuvio 2 osoittaa muistisairaiden valikoituneen vuosien 2008–2013 kuluessa yhä useammin säännöllisten palveluiden saajiksi kaikkialla muualla paitsi terveyskeskus-ten pitkäaikaisosastoilla.



Kuvio 1. Muistisairaat asiakkaat vanhuspalveluissa vuosina 2008–2012, % kaikista kunkin palvelutyyppin asiakkaista. Lähde SOTKANet-verkkopalvelu 2014.



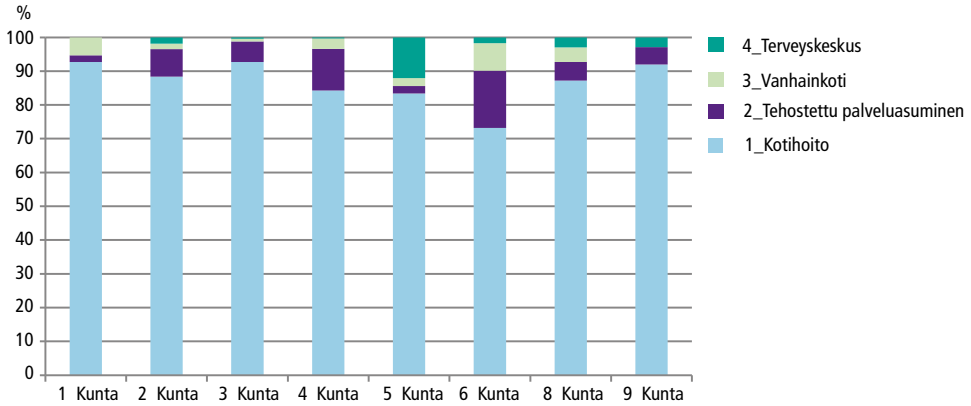
Kuvio 2. Alle 6 kuukautta palveluja saaneet muistisairaant asiakkaat vanhushpalveluissa vuosina 2008 – 2012, % kaikista alle 6 kuukautta palveluita saaneista kunkin palvelutyyppin asiakkaista. Lähde ©; THL, RAI-tietokanta 2008–2013.

Kognition vajuus 2008 - 2013 vanhushpalveluissa

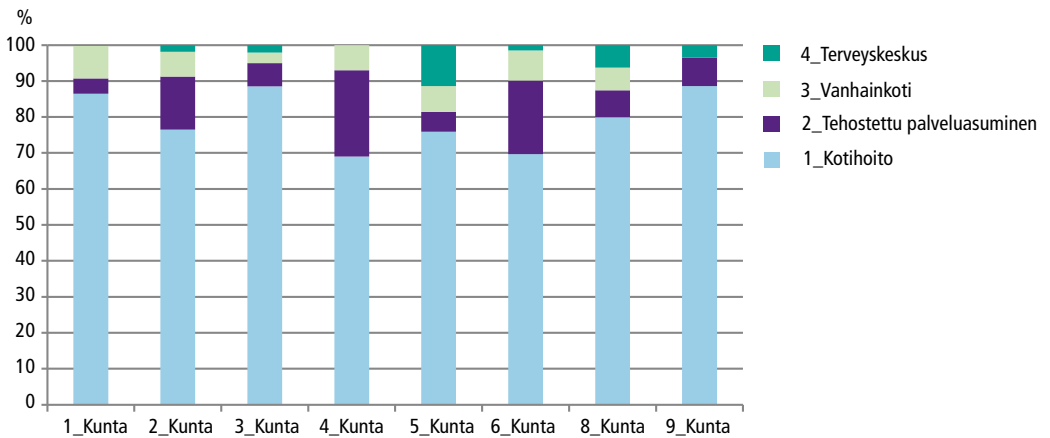
RAI-tietokannan mukaan vuonna 2013 kaikista vanhushpalveluiden asiakkaista yksi kolmesta oli kognitioltaan normaali tai lähes normaali (ei dementiaa), kuitenkin siten, että näistä kognitioltaan normaaleistakin henkilöistä 6 prosenttia oli saanut muistisairaouden diagnoosin. Toisaalta muistisairaouden diagnoosin saaneista vain kaksi prosenttia oli kognitioltaan normaaleja tai lähes normaaleja, joka kolmas oli rajapintaisesti tai lievästi dementoitunut ja kaksi kolmesta vanhushpalvelujen asiakkaista oli vähintään keskivaikeasti dementoitunut.

Kuviosta 3 ilmenee yhdeksän kunnan esimerkin avulla, että kaikista vanhushpalvelujen asiakkaista kognitioltaan normaalit tai lähes normaalit henkilöt asuivat kotona. Kuvio 4 osoittaa, että vanhushpalveluiden asiakkaiden rajapintainen tai lievä kognition alentuminen on useassa kunnassa johtanut useammin tehostettuun palveluasumiseen kuin kognitioltaan normaaleiden asiakkaiden keskuudessa (Kuvio 3). Kuviossa 5 puolestaan on esitetty tilanne silloin kun asiakkaiden kognition alenema on vähintään keskivaikea. Kotihoidon osuus näiden henkilöiden keskuudessa on vähäinen ja palveluasumisen suuri. Kaikissa kuvioissa (3–5) kuntien välillä on jonkin verran eroja.

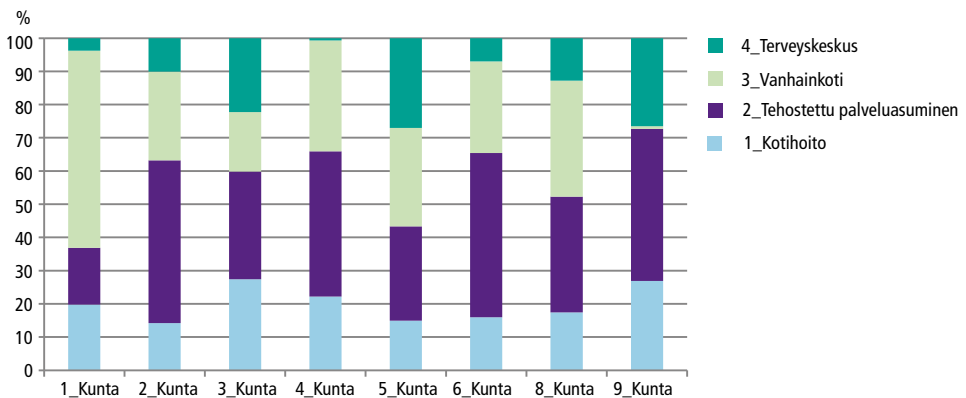
1 Ikäihmisten palvelut murroksessa



Kuvio 3. Vanhuspalvelujen käytön jakauma 9 kunnassa (%). Kognitio on normaali tai lähes normaali vuonna 2013. Lähde ©; THL, RAI-tietokanta 2013.



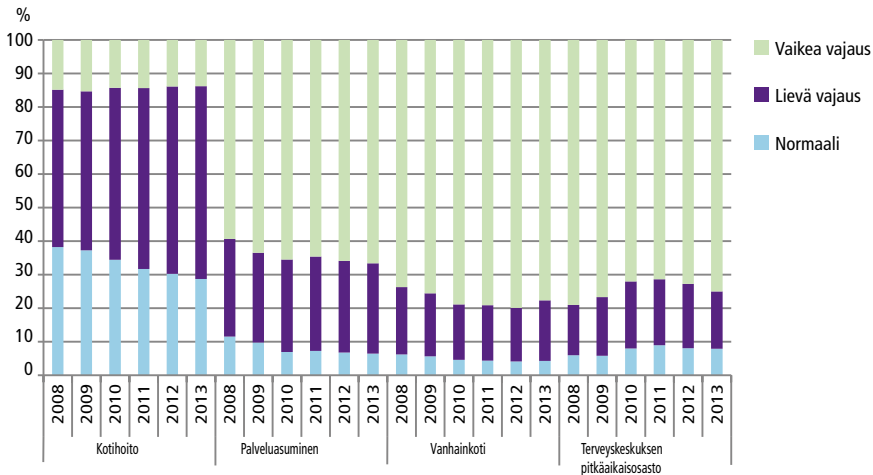
Kuvio 4. Vanhuspalvelujen käytön jakauma 9 kunnassa (%). Kognitio on lievästi alentunut vuonna 2013. Lähde ©; THL, RAI-tietokanta 2013.



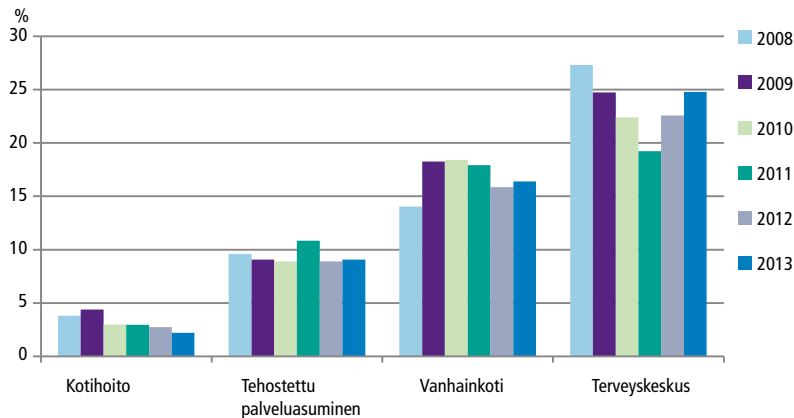
Kuvio 5. Vanhuspalvelujen käytön jakauma 9 kunnassa (%). Kognitio on vähintään keskivaikeasti alentunut vuonna 2013. Lähde ©; THL, RAI-tietokanta 2013.

Kuviosta 6 on nähtävissä, että vanhuspalveluiden asiakkailta dementia on muuttumassa yhä vaikeampiasteiseksi. Samalla kun rajapintaista tai lievää dementiaa sairastavat ovat täyttämässä säännöllisen kotihoidon, keskivaikea tai sitä vaikeampi dementia valtaa tilaa tehostetussa palveluasumisessa ja tilanne terveyskeskusten pitkäaikaisosastoilla aaltoilee.

Muistisairauksia ei todennäköisesti diagnosoida varhain eikä edes riittävän ajoissa, jotta palvelut ennätettäisiin suunnitella kotiin. Kuvio 7 osoittaa, että ainoastaan



Kuvio 6. Kognition vajuksen osuus sen vaikeusasteen ja vanhuspalvelujen tyypin mukaan vuosina 2008–2013.
Lähde ©; THL, RAI-tietokanta 2008–2013.



Kuvio 7. Vähintään keskivaikea kognition vajaus (dementia) ilman muistisairauden diagnoosia alle 6kk palveluja saaneilla, % kaikista alle 6 kk palveluja saaneista 2008–2013.

Lähde ©; THL, RAI-tietokanta 2008–2013.

kotihoitoon tulevilla uusilla asiakkailla (hoitoaika alle 6kk) keskivaikean tai sitä vaikeamman kognition vajauksen taustalta on tunnistettu muistisairaus yhä useammin nykyhetkeä lähestyttäessä. Asumispalveluihin ja jopa laitoshiitoon ohjatuista henkilöistä joka neljännellä on keskivaikea kognition alenema ilman muistisairauden diagnoosia. Oleellista muutosta diagnosoimattomien muistisairauksien osuudessa vanhusten asumispalveluihin ohjatuilla uusilla asiakkailla ei ole tapahtunut viimeksi kuluneiden vuosien aikana.

Yhteenveto ja päätelmät

Kognition vajuus ja muistisairaudet olivat yleisiä ja yleistymässä vanhuspalveluiden asiakkailla. Kuitenkin joka neljännellä asumispalveluihin ohjatulla henkilöllä muistisairautta ei ollut tunnistettu kognition vajauksen taustalta, tai ainakaan sitä ei ollut kirjattu.

- ▶ Muistisairaudet ja niiden liitännäisoireet edellyttävät henkilöstöltä osaamista.
- ▶ Riittävän osaamisen varmistaminen jää puutteelliseksi jos sairausryhmän yleisyyttä ei kyetä tunnistamaan.
- ▶ Palvelutuottajien halu tai kyky hoitaa keskivaikeatakaan dementi-aa kotona on puutteellinen mutta kuntien välillä on eroja.
- ▶ Muistisairaiden kotihoidon kehittäminen on vanhuspalvelulain toimeenpanon yksi suurista haasteista.

Lähteet

- Mielke MM, Vemuri P, Rocca W. Clinical epidemiology of Alzheimer's disease: assessing sex and gender differences. *Clinical Epidemiology* 2014;6 37–48.
- Morris, J.N. & Fries, B.E (1994). MDS Cognitive Performance Scale. *Journal of Gerontology, Medical Sciences* 49(4): M174-82.
- SOTKANet-verkkopalvelu. Tilasto- ja indikaattoripankki 2005 - 2013. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. www.sotkanet.fi [Viitattu 2014-03-24].
- STM 2012. Kansallinen muistiohjelma 2012–2020. Tavoitteena muistiystävällinen Suomi. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2012:10. Saatavilla Internetissä: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3224-1>

1.3 Iäkkään väestön terveyden ja toimintakyvyn kehityslinjoja

Päivi Sainio, Seppo Koskinen, Ari-Pekka Sihvonen, Tuija Martelin & Arpo Aromaa

Johdanto

Vuoteen 2030 mennessä 65 vuotta täyttäneiden määrä kasvaa yli puolitoistakertaiseksi ja 80 vuotta täyttäneiden määrä kaksinkertaistuu (Tilastokeskus 2012). Siksi on entistäkin tärkeämpää kyetä seuraamaan ajantasaisesti ja luotettaviin tietoihin perustuen iäkkäiden terveyttä ja toimintakykyä ja niissä tapahtuvia muutoksia. Muutosten seuranta auttaa hahmottelemaan myös tulevaisuudennäkymiä. Päteviä tietoja kehityksestä tarvitaan terveys- ja hyvinvointipolitiikan tueksi sekä voimavarojen ja toimenpiteiden suuntaamiseen.

Rekistereistä ei saa päteviä tietoja monien kansansairauksien ja toimintakyvyn vajavuuksien yleisyydestä, vaan tarvitaan väestöä edustaville otoksille säännöllisin väliajoin tehtäviä kysely-, haastattelu- ja kliinisiä tutkimuksia. Tämä yhteenveto kolmen viime vuosikymmenen aikana tapahtuneesta terveyden ja toimintakyvyn kehityksestä perustuu kolmeen laajaan väestötutkimusaineistoon: Mini-Suomi-tutkimukseen (1978–80), Terveys 2000 (2000–01)- ja Terveys 2011 (2011–12) -tutkimuksiin (Aromaa ym. 1989, Aromaa ja Koskinen 2002, Koskinen ym. 2012). Tarkemmat ikäryhmittäiset tulokset 65 vuotta täyttäneiden osalta on raportoitu Gerontologia-kirjassa (Sainio ym. 2013). Taulukoiden tulokset perustuvat Terveys 2000- ja Terveys 2011 -tutkimuksiin.

Ikääntyneen väestön terveys ja toimintakyky parantuneet

Suomalaisten iäkkäiden terveys ja toimintakyky näyttävät monin tavoin kohentuneen 1970-luvulta alkaen (Aromaa ja Koskinen 2002, Koskinen ym. 2012). Vajaakuntoisuus ja toiminnan rajoitukset vähenivät huomattavasti jo vuosien 1978–80 ja 2000 välillä ja myönteinen kehitys on jatkunut. Taulukossa 1 kuvataan terveydentilan muutoksia jaksolla 2000–2011 eri osoittimien valossa. Koettu terveys parantui tuntuvasti kaikissa 65 vuotta täyttäneiden ikäryhmissä. Terveytensä keskitasoiseksi tai sitä huomommaksi arvioineiden osuus pieneni lähes kolmanneksen sekä naisten että miesten keskuudessa. Havainto on sopusuunnassa sen kanssa, että 2000-luvun ensimmäisen vuosikymmenen aikana myös monet yleisimmistä sairauksista harvinaistuivat. Sepelvaltimotauti väheni noin neljänneksellä. Merkittävä osa siitä johtuu sydän- ja verisuonisairauksien vaaratekijöiden vähenemisestä. Hengityselintaudeista astma yleistyi 1900-luvun kahden viimeisen vuosikymmenen aikana huomattavasti 65 vuotta täyttäneessä väestössä, mutta yleistyminen näyttää kuitenkin pysähtyneen 2000-luvun ensimmäisellä vuosikymmenellä. Astman aiemmin havaittu yleistyminen lienee johtu-

Taulukko 1. Eräiden sairauksien ikävakioidu yleisyys (%) 65 vuotta täyttäneillä henkilöillä vuosina 2000 ja 2011.

	2000	2011	Muutos ¹⁾
Naiset			
Koettu terveys keskinäinen tai huonompi	64,8	45,0	***
Sydäninfarkti tai sepelvaltimotauti	21,7	14,5	**
Astma	13,9	13,7	
Keuhkoputkien ahtauma (spirometria)	13,9	15,4	
Psyykkinen kuormittuneisuus (GHQ-12)	24,6	18,2	***
Miehet			
Koettu terveys keskinäinen tai huonompi	64,8	43,6	***
Sydäninfarkti tai sepelvaltimotauti	32,0	25,7	**
Astma	12,4	11,3	
Keuhkoputkien ahtauma (spirometria)	26,6	23,4	
Psyykkinen kuormittuneisuus (GHQ-12)	23,6	16,5	**

Lähde: Terveys 2000- ja Terveys 2011 -aineistot

1) Muutoksen tilastollinen merkitsevyys: *** $p < 0,001$; ** $0,001 < p < 0,01$; * $0,01 < p < 0,05$.

nut osin siitä, että astma sairautena yleistyi, ja osin siitä, että astman toteaminen ja hoito paranivat. Tupakointiin liittyvän keuhkoastmataudin yleisyyden muutokset – taudin lisääntyminen naisilla ja harvinaistuminen miehillä – heijastaa tupakoinnin vähenemistä miehillä ja lisääntymistä naisilla. Mielenterveyden ongelmat vähenivät 65 vuotta täyttäneessä väestössä 2000-luvun ensimmäisellä vuosikymmenellä. Tämä myönteinen kehitys on jatkoa jo jaksolla 1980–2000 havaitulle psyykkisen oireilun vähenemiselle eläkeikäisessä väestössä. Suotuisan muutoksen syyt liittyvät elinolojen paranemiseen sekä iäkkäiden terveyden ja toimintakyvyn yleiseen kohenemiseen, jotka parantavat mahdollisuuksia olla sosiaalisesti aktiivinen. Palvelujärjestelmän kannalta haaste on, että iäkkäät käyttävät vähemmän palveluja mielenterveysongelmien takia kuin työikäiset, vaikka iäkkäillä on eniten psyykkisiä oireita.

Väestön toimintakyvyssä on niin ikään tapahtunut myönteisiä muutoksia. Eri-tyisesti se näkyy iäkkäässä väestössä, vaikka kaikkein vanhimpien, 90 vuotta täyttäneiden, keskuudessa ei kohenemistä ole tapahtunut (Jylhä ym. 2009). Terveys 2000- ja Mini-Suomi-tutkimusten tuloksia verrattaessa havaittiin, että mm. vaikeudet pukeutumisessa ja riisuutumisessa tai puolen kilometrin kävelemisessä olivat huomattavasti vähentyneet jaksolla 1980–2000 (Aromaa ja Koskinen 2002). Taulukossa 2 on poimintoja toimintakyvyn eri ulottuvuuksilla tapahtuneista tuoreemmista muutoksista 65 vuotta täyttäneillä henkilöillä. Liikkumiskykyä mittaavien osoittimien valossa iäkkäiden miesten ja naisten fyysinen toimintakyky parantui selvästi 2000-luvun ensimmäisen vuosikymmenen aikana jatkaen siten jo 1970-luvulta alkanutta myönteistä kehitystä. Fyysisen toimintakyvyn kohenemiseen löytyy monia syitä, joista yksi on toi-

mintakykyä heikentävien sairauksien ja tapaturmien väheneminen jo 1970-luvulta alkaen. Myös työn fyysinen kuormittavuus on vähentynyt. Ravitsemuksen monipuolistuminen, tupakoinnin väheneminen ja myös iäkkäillä lisääntynyt liikuntaharrastus ja entistä kattavampi kuntoutus ovat voineet parantaa lihasvoimaa, koordinaatiota ja liikkumiskykyä. Koulutustason kohoamisella on monia terveyden kannalta edullisia vaikutuksia, mitkä voivat näkyä myös toimintakyvyn paranemisena. Kun lisäksi kognitiivinen toimintakyky ja suoriutuminen perustoiminnoista ovat parantuneet, iäkkäiden omatoimisuuden edellytykset ovat aikaisempaa paremmat. Elämänlaadun kannalta on rohkaisevaa myös se, että osallistuminen erilaiseen harrastustoimintaan on lisääntynyt. Sosiaalinen aktiivisuus ja toimeliaisuus luovat edellytyksiä mielenvireyden ylläpitämiselle myös iäkkäänä.

Taulukko 2. Toimintakykyä koskevia ikävakioituja tuloksia 65 vuotta täyttäneillä henkilöillä vuosina 2000 ja 2011.

	2000	2011	Muutos ¹⁾
Naiset			
Vaikeuksia 0,5 km kävelyssä (%)	38,2	29,1	***
Kävelynopeus alle 1,2 m/s (%)	47,4	30,9	***
Luettelujen eläinten lukumäärä	19,0	21,1	***
Opittujen sanojen lukumäärä (0-10)	7,0	7,6	***
Vaikeuksia vuoteeseen asettumisessa/nousemisessa (%)	19,1	12,4	***
Vaikeuksia pukeutumisessa ja riisumisessa (%)	17,5	13,8	*
Osallistuminen kerho- ja yhdistystoimintaan (%)	32,2	37,8	*
Miehet			
Vaikeuksia 0,5 km kävelyssä (%)	32,2	23,1	***
Kävelynopeus alle 1,2 m/s (%)	33,7	18,6	***
Luettelujen eläinten lukumäärä	18,9	20,6	***
Opittujen sanojen lukumäärä (0-10)	6,3	6,9	***
Vaikeuksia vuoteeseen asettumisessa/nousemisessa (%)	17,5	10,5	***
Vaikeuksia pukeutumisessa ja riisumisessa (%)	18,5	13,4	*
Osallistuminen kerho- ja yhdistystoimintaan (%)	25,1	31,4	*

Lähde: Terveys 2000- ja Terveys 2011 -aineistot

1) Muutoksen tilastollinen merkitsevyys: *** $p < 0,001$; ** $0,001 < p < 0,01$; * $0,01 < p < 0,05$.

Päätelmät

Yhdistämällä tiedot kuolleisuudesta, sairastavuudesta ja toimintarajoitteista, voidaan havainnollistaa sairauksien ja toimintakyvyn heikkenemisen vuoksi menetettyjen aktiivisten elinvuosien määrää. Terveys 2000- ja Terveys 2011 -tutkimusten tulosten perusteella terveet ja toimintakykyiset elinvuodet ovat lisääntyneet selvästi (Sihvonen ym. 2013). Se merkitsee omatoimisena ja aktiivisena vietetyn ajan kasvamista. Tällä on myönteiset seuraukset sekä yksilöille että laajat vaikutukset koko yhteiskuntaan.

Vaikka monet terveysongelmat ja toimintarajoitteet ovat vähentyneet, osa niistä on edelleen erittäin yleisiä heikentäen merkittävästi iäkkäiden hyvinvointia ja aiheuttaen sosiaali- ja terveyspalveluiden tarvetta (Koskinen ym. 2012). Luvussa 2.3 kuvataan ikääntyneen väestön tilannetta monipuolisesti vuonna 2013.

Väestön vanhetessa toimintarajoitteisten ja apua tarvitsevien henkilöiden määrä kasvaa toimintakyvyn ja terveyden myönteisestä kehityksestä huolimatta. Toimintakyvyn paraneminen kompensoi ainakin osan väestön vanhenemisen aiheuttamasta avun- ja hoidontarpeen lisääntymisestä. Yhteiskuntamme sosiaalisen ja taloudellisen kestävyuden kannalta toimintakyvyn koheneminen on merkittävä voimavara: se luo edellytyksiä sille, että yhä suurempi osa eläkeikäisistä pystyy paitsi asumaan kotonaan itsenäisesti myös osallistumaan monenlaiseen vapaaehtoistoimintaan ja omaistensa huolenpitoon – ja osa jopa tekemään ansiotyötä.

Iäkkäiden toimintakykyä voidaan kohentaa vaikuttamalla toimintakyvyn keskeisiin määrittäjiin. Sairauksien ja tapaturmien ehkäiseminen, varhainen toteaminen ja hyvä hoito, tarpeen mukainen kuntouttaminen oikea-aikaisesti, tukeminen terveiden elintapojen omaksumiseen ja fyysisen, henkisen ja sosiaalisen toimeliaisuuden edistäminen ovat tärkeitä keinoja pyrittäessä edistämään iäkkäiden toimintakykyä. Myös elinympäristön ja elinolojen muokkaaminen sekä apuvälineet luovat edellytyksiä tavallisista toimista suoriutumiseksi silloinkin kun toimintakyky on huomattavasti heikentynyt. Hyvä toimintakyky ja mahdollisuus osallistua jokaisen itse tärkeänä pitämiin toimintoihin ja tekemisiin yksilöllisistä toimintarajoitteista riippumatta ovat iäkkäiden ihmisten hyvinvoinnin rakennusaineita.

Jatkuuko terveyden ja siihen vaikuttavien tekijöiden myönteinen kehitys myös tulevaisuudessa? Monet terveyden ja toimintakyvyn edellytykset ovat parantuneet eikä kehitys näytä olevan tyrehtymässä: tupakointi vähenee, lääketiede ja kuntoutus edistyvät, sairauksien ehkäisy tehostuu ja työkyvyn ylläpitämiseen kiinnitetään aiempaa enemmän huomiota. Tosin viime vuosina on saatu viitteitä siitä, että keski-ikäisen väestön terveystilanteen heikkeneminen ja vaaratekijät olisivat kääntymässä huonoon suuntaan. Epäedullisia muutoksia voi tapahtua etenkin väestön joissakin osaryhmissä, kuten lyhyen koulutuksen saaneiden, pienituloisten ja työttömien joukossa. Viimeaikaisen kehityksen perusteella voidaan olettaa iäkkäiden ihmisten toimintakykyisen elinajan odotteen lähivuosina edelleen paranevan, mutta seuraavien vuosikymmenten kehitystä on vaikea arvioida.

Lähteet

- Aromaa A, Heliövaara M, Impivaara O, Knekt P, Maatela J, Joukamaa M, Klaukka T, Lehtinen V, Melkas T, Mälkiä E, Nyman K, Paunio I, Reunanen A, Sievers K, Kalimo E, Kallio V. Terveys, toimintakyky ja hoidontarve Suomessa. Mini-Suomi-terveystutkimuksen perustulokset. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja AL:32, Helsinki 1989.
- Aromaa A, Koskinen S (toim.), Terveys ja toimintakyky Suomessa. Terveys 2000 -tutkimuksen perustulokset. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B3/2002, Helsinki 2002. Saatavilla Internetissä:
<http://www.terveys2000.fi/julkaisut/b3.pdf>
- Jylhä M, Vuorisalmi M, Luukkaala T, Sarkeala T, Hervonen A. Elinikä pitenee nopeammin kuin toimintakyky paranee 90-vuotiaiden ja sitä vanhempien toimintakyvyn muutokset vuosina 1996–2007. Suomen Lääkärilehti 2009;25:2285–2290.
- Koskinen S, Lundqvist A-M, Ristiluoma N, toim. Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, raportti 68/2012, Tampere 2012. Saatavilla Internetissä:
<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-769-1>.
- Sainio P, Koskinen S, Sihvonen A-P, Martelin T, Aromaa A. Iäkkään väestön terveyden ja toimintakyvyn kehitys. Teoksessa: Heikkinen E, Jyrkämä J, Rantanen T, toim. Gerontologia. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki 2013, s. 50–65.
- Sihvonen A-P, Martelin T, Koskinen S, Sainio P, Aromaa A. Terveet ja toimintakykyiset elinvuodet. Teoksessa: Heikkinen E, Jyrkämä J, Rantanen T, toim. Gerontologia. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki 2013, s. 66–71.
- Tilastokeskus 2012. Väestöennuste 2012–2060. SVT Väestö 2012, Helsinki 2012. Saatavilla Internetissä:
http://www.stat.fi/til/vaenn/2012/vaenn_2012_2012-09-28_fi.pdf

1.4 Ikääntyneiden palvelujen käytön ja kustannusten kehityslinjoja

Hanna Rättö, Ismo Linnosmaa & Satu Kapiainen

Johdanto

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista (980/2012) eli vanhuspalvelulaki tuli voimaan 1.7.2013 (Liite 1). Lain tavoitteena on tukea ikääntyneen väestön hyvinvointia, terveyttä, toimintakykyä ja itsenäistä suoriutumista, parantaa iäkkään henkilön mahdollisuutta saada laadukkaita sosiaali- ja terveyspalveluja yksilöllisten tarpeidensa mukaisesti sekä lisätä ikääntyneen väestön osallisuutta ikääntyneiden elinoloihin ja heille järjestettäviin palveluihin vaikuttavassa päätöksenteossa.

Vanhuspalvelulain voimaantulo voi vaikuttaa palvelujen järjestämisen kustannuksiin kunnissa, jos palvelurakenne ennen lakia ei ole vastannut ikääntyneen väestön palvelujen tarvetta. Riippuen kuntien tilanteesta, palvelujen järjestämisen kustannukset voivat joko nousta tai laskea. Lain voimaantulo saattaa myös vaikuttaa kuntien kustannuksiin, jos toiminta ei ole vastannut lain pykäläkohtaisia velvoitteita. Esimerkiksi velvollisuus järjestää iäkkäälle henkilölle vastuutyöntekijä (17 §; voimaan 1.1.2015) voi aiheuttaa lisäkustannuksia, jos kuntien käytössä ei ole ollut vastaavaa järjestelyä ennen lain voimaantuloa. THL on arvioinut, että vanhuspalvelulain todennäköisimmät pykäläkohtaiset kustannusvaikutukset olisivat 133 miljoonaa euroa (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, 2012).

Vanhuspalvelulain vaikutuksia tutkitaan THL:ssä meneillään olevassa vanhuspalvelulain toimeenpanon seurantalutkimuksessa, jossa tarkastellaan vanhuspalveluja sekä ikääntyneen väestön terveyttä ja toimintakykyä useista eri näkökulmista ennen ja jälkeen vanhuspalvelulain voimaantulon (Liite 3). Tässä kappaleessa kuvataan vanhuspalvelujen käytön ja kustannusten kehitystä ennen lain voimaantuloa rekisteriaineistojen ja tutkimustietojen avulla. Lisäksi raportoidaan järjestäjien etukäteisarvioita lain vaikutuksesta kuntien kustannuksiin ja budjetoitujen resurssien riittävydestä palvelujen järjestämiseen. Nämä arviot perustuvat arviointitutkimuksen osana toteutettuun kuntakyselyyn.

Ikääntyneiden laitoshoidon ja palveluasumisen kehitys

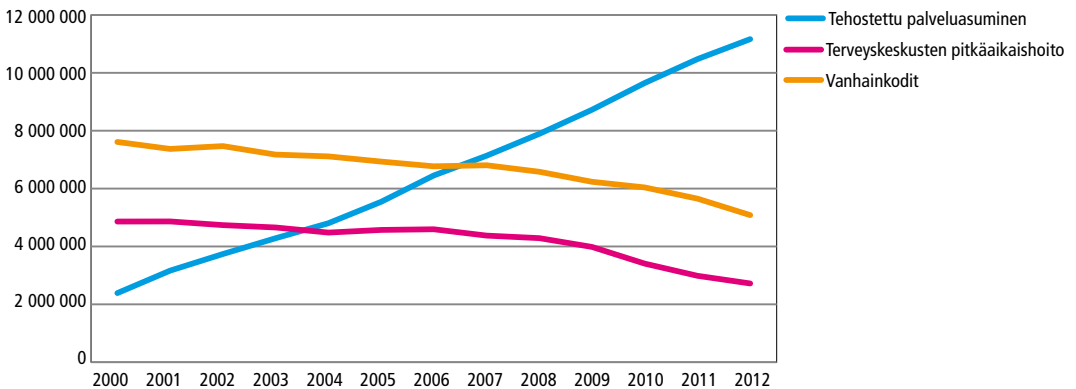
Viimeisten 10–15 vuoden aikana ikääntyneiden palveluiden käytön ja kustannusten kehitykseen on vaikuttanut ikääntyneiden henkilöiden määrän kasvu. Vuonna 2000 yli 65-vuotiaita oli Suomessa Tilastokeskuksen mukaan hieman alle 780 000 ja vuoteen 2012 mennessä 65 vuotta täyttäneitä oli jo yli miljoona. Yli 65-vuotiaiden määrä kasvoi 31 prosenttia tällä ajanjaksolla. Myös ikääntyneiden palveluissa on viime vuosi-

kymmenien aikana tapahtunut muutoksia. Erityisesti ympärivuorokautisessa hoidossa on tapahtunut selkeä rakennemuutos: ikääntyneiden tehostetun palveluasumisen hoitopäivät ovat lisääntyneet, kun taas hoitopäivät vanhainkodeissa ja terveyskeskusten vuodeosastoilla ovat vähentyneet (Kuvio 1).

Kuviosta 1 nähdään, että tehostetun palveluasumisen hoitopäivät ovat lisääntyneet 2000-luvulla huomattavasti: vuonna 2000 hoitopäiviä oli 65 vuotta täyttäneillä 2,4 miljoonaa ja vuoteen 2012 mennessä tehostetun palveluasumisen hoitopäivien lukumäärä oli kasvanut 11,2 miljoonaan. Yli 65-vuotiaiden pitkäaikaishoidon hoitopäivät terveyskeskuksissa ovat vähentyneet vuodesta 2000 vuoteen 2012 noin 45 prosenttia: hoitopäiviä oli vuonna 2000 4,9 miljoonaa ja vuonna 2012 hieman yli 2,7 miljoonaa. Hoitopäivät vanhainkodeissa puolestaan vähenivät vajaat 33 prosenttia vuoden 2000 hieman yli 7,6 miljoonasta hoitopäivästä noin 5,1 miljoonaan hoitopäivään vuonna 2012.

Kuviossa 1 esitettyjen hoitomuotojen lisäksi ikääntyneille tarjotaan myös tavalista palveluasumista, jonka merkitys on ollut vähäisempää kuin laitoshoidon tai tehostetun palveluasumisen. Muistisairauksista kärsiville henkilöille tarjotaan palveluita erityisesti muistisairauksiin erikoistuneissa tehostetun palveluasumisen yksiköissä, joiden hoitopäivät sisältyvät tehostetun palveluasumisen hoitopäiviin.

Omaishoidon tuki, kotipalvelut sekä kotisairaanhoido ovat ikääntyneille kotiin tarjottavia palveluja, joiden tarkoituksena on tehdä mahdolliseksi iäkkäiden henkilöiden kotona asuminen tilanteissa, joissa hoivan tai hoidon tarve on lisääntynyt. Taulukossa 1 on esitetty omaishoidon tuen asiakkaiden osuudet vastaavanikäisestä väestöstä eräissä ikäryhmissä vuosina 2000, 2005, 2010 ja 2012. Omaishoidon tukea saavien asiakkaiden osuudet vastaavanikäisestä väestöstä ovat kasvaneet kaikissa tarkastelluissa ikäryhmissä vuosien 2000 ja 2012 välisenä aikana.



Kuvio 1. 65 vuotta täyttäneiden tehostetun palveluasumisen, terveyskeskusten pitkäaikaishoidon ja vanhainkotien hoitopäivät Suomessa 2000–2012. Lähde: SOTKANet-verkkopalvelu 2014.

Taulukko 1. Yli 65-, 75- ja 85-vuotiaat omaishoidontuen asiakkaat vuosina 2000, 2005, 2010 ja 2012, % vastaavanikäisestä väestöstä.

	2000	2005	2010	2012
65 vuotta täyttäneet	1,8	2,4	2,6	2,7
75 vuotta täyttäneet	3	3,7	4,2	4,5
85 vuotta täyttäneet	5,3	6	6	6,2

(Lähde: SOTKANet-verkkopalvelu 2014)

Taulukko 2. Yli 65-vuotiaiden tehostetun palveluasumisen hoitopäivät maakunnittain.

	2000	2012	Suhde 2012/2000
Keski-Suomi	50 014	642 909	12,85
Pohjois-Savo	71 352	657 905	9,22
Pirkanmaa	99 134	694 720	7,01
Keski-Pohjanmaa	33 679	232 629	6,91
Satakunta	99 898	613 256	6,14
Pohjois-Karjala	86 492	527 455	6,10
Kainuu	48 489	269 414	5,56
Päijät-Häme	75 431	404 356	5,36
Kanta-Häme	69 797	366 131	5,25
Etelä-Pohjanmaa	90 146	472 853	5,25
Kymenlaakso	114 505	568 354	4,96
Pohjois-Pohjanmaa	156 642	750 997	4,79
Etelä-Savo	121 039	505 498	4,18
Uusimaa	600 974	2 279 272	3,79
Etelä-Karjala	73 313	263 189	3,59
Varsinais-Suomi	270 097	921 128	3,41
Lappi	147 296	489 794	3,33
Pohjanmaa	174 152	464 637	2,67

(Lähde: SOTKANet-verkkopalvelu 2014)

Ikääntyneiden palvelujen kehityksen alueellinen vaihtelu

Ikääntyneiden ympärivuorokautisten hoivapalvelujen painottuminen tehostettuun palveluasumiseen on nähtävissä myös maakuntatasolla. Kehityksessä on kuitenkin havaittavissa selkeitä alueellisia eroja. Taulukoissa 2, 3 ja 4 on esitetty 65 vuotta täyttäneiden tehostetun palveluasumisen, vanhainkotien ja terveyskeskusten vuodeosastojen hoitopäivät vuosina 2000 ja 2012 maakunnittain (pl. Ahvenanmaa).

Taulukko 3. Yli 65-vuotiaiden hoitopäivät vanhainkodeissa maakunnittain.

	2000	2012	Suhde 2012/2000
Pohjois-Karjala	218 235	49 556	0,23
Lappi	272 199	77 799	0,29
Keski-Pohjanmaa	97 974	30 534	0,31
Etelä-Savo	284 569	124 770	0,44
Pohjanmaa	337 152	149 217	0,44
Kainuu	78 161	37 645	0,48
Pirkanmaa	953 911	569 829	0,60
Kanta-Häme	330 327	210 469	0,64
Varsinais-Suomi	765 147	490 375	0,64
Satakunta	502 498	342 519	0,68
Pohjois-Savo	274 303	187 935	0,69
Keski-Suomi	465 030	344 602	0,74
Etelä-Pohjanmaa	314 832	241 688	0,77
Etelä-Karjala	177 551	140 099	0,79
Uusimaa	1 716 196	1 359 743	0,79
Päijät-Häme	119 379	102 910	0,86
Kymenlaakso	288 930	253 158	0,88
Pohjois-Pohjanmaa	387 909	340 796	0,88

(Lähde: SOTKAnet-verkkopalvelu 2014)

Taulukosta 2 nähdään, että tehostetun palveluasumisen hoitovuorokausien kasvu vuosien 2000 ja 2012 välisenä aikana oli suurinta Keski-Suomessa, Pohjois-Savossa ja Pirkanmaalla. Vähiten hoitopäivät lisääntyivät Pohjanmaalla, Lapissa ja Varsinais-Suomessa.

Hoitopäivät vanhainkodeissa ovat vähentyneet eniten Pohjois-Karjalassa, Lapissa ja Keski-Pohjanmaalla (Taulukko 3). Vanhainkotien hoitopäivien väheneminen on ollut hitainta Päijät-Hämeessä, Kymenlaaksossa ja Pohjois-Pohjanmaalla.

Taulukossa 4 tarkastellaan hoitopäiviä terveyskeskuksissa. Iäkkäiden hoitopäivät terveyskeskusten pitkäaikaishoidossa ovat vähentyneet voimakkaimmin Kymenlaaksossa, Keski-Pohjanmaalla ja Uudellamaalla. Terveyskeskusten pitkäaikaishoidon hoitopäivien vähentyminen on ollut pienintä Pirkanmaalla, Varsinais-Suomessa ja Lapissa.

Taulukko 4. Yli 65-vuotiaiden hoitopäivät terveyskeskusten pitkäaikaishoidossa maakunnittain.

	2000	2012	Suhde 2012/2000
Kymenlaakso	208 887	62 414	0,30
Keski-Pohjanmaa	38 879	12 213	0,31
Uusimaa	1 070 912	429 315	0,40
Pohjois-Savo	301 324	123 426	0,41
Pohjois-Pohjanmaa	246 669	104 983	0,43
Kainuu	79 234	33 935	0,43
Kanta-Häme	130 141	59 047	0,45
Keski-Suomi	240 735	110 455	0,46
Etelä-Karjala	211 906	110 519	0,52
Etelä-Savo	246 341	136 848	0,56
Etelä-Pohjanmaa	198 994	132 100	0,66
Satakunta	177 436	124 830	0,70
Pohjois-Karjala	237 486	167 696	0,71
Päijät-Häme	324 753	241 608	0,74
Pohjanmaa	212 865	159 301	0,75
Pirkanmaa	374 043	287 498	0,77
Varsinais-Suomi	348 906	269 822	0,77
Lappi	181 146	144 816	0,80

(Lähde: SOTKANet-verkkopalvelu 2014)

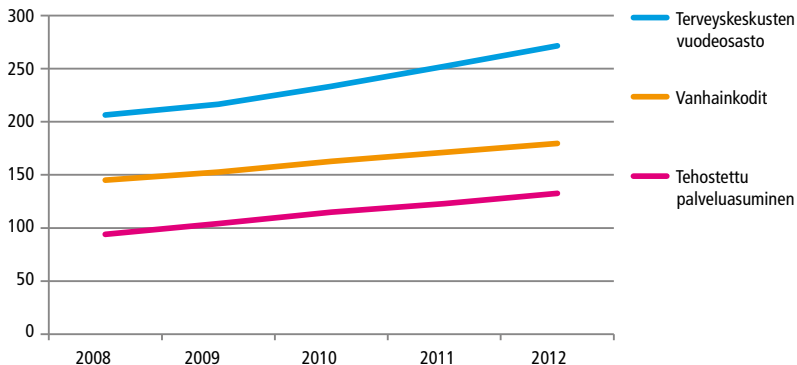
Yksikkökustannusten kehitys vuosina 2008–2012

Taloudellisista tekijöistä erityisesti palvelujen hintojen kehitys voi selittää edellä kuvattua palvelujen rakenteen muutosta. Palvelujen yksikkökustannusten kehityksestä 2000-luvulla on saatavilla vain rajallisesti tietoa, koska tietoa sosiaali- ja terveydenhuollon yksikkökustannusten kehityksestä julkaistaan vain yleisemmällä tasolla. Kattavin tieto sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen yksikkökustannuksista löytyy THL:n Terveys- ja sosiaalitalouden yksikön tuottamasta yksikkökustannusraportista, joka esittelee vain vuoden 2011 tietoja (ks. Kapiainen ym, 2014). Tästä syystä tarkastelemme yksikkökustannusten kehitystä käyttäen hyväksi Kuusikko-työryhmän keräämiä tietoja ikääntyneiden palvelujen kustannuksista.

Kuusi suurta kuntaa, eli niin kutsutut Kuusikko-kunnat (Espoo, Helsinki, Oulu, Tampere, Turku ja Vantaa), keräävät ja julkaisevat tietoja palveluidensa käytöstä sekä kustannuksista. Kuusikko-työryhmän keräämillä tiedoilla voidaan arvioida palvelujen järjestämisestä kunnille aiheutuneita kustannuksia sekä palvelujen yksikkökustannusta ja sen kehitystä. Viimeisimpään Kuusikko-työryhmän vanhuspalveluita koskevaan raporttiin sisältyy tietoja 65 vuotta täyttäneiden palveluiden kokonaiskustannuksista vuosilta 2008–2012 (Vartiainen 2013), joita seuraavaksi hyödynnetään keskeisten vanhuspalvelujen hintakehityksen tarkastelussa.

Kuviossa 2 on esitetty vanhainkotien, terveyskeskuksen vuodeosastohoidon sekä tehostetun palveluasuminen hoitopäivää kohden laskettujen käypähintaisten bruttokustannusten kehitys 2008–2012 Kuusikko-kunnissa. Käyvällä hinnalla tarkoitetaan tietyn ajankohdan rahanarvon mukaista hintaa, eli hintaa, jossa rahanarvon muutosta vuosien välillä ei ole otettu huomioon.

Vuosien 2008 ja 2012 välillä yksikkökustannukset ovat kasvaneet kaikissa kolmessa tarkastellussa hoidon muodossa. Jos hoitopäivää kohden laskettujen kustannusten kehityksessä huomioitaisiin hintojen nousun (inflaation) vaikutus, olisi yksikkökustannusten nousu yhä havaittavissa, vaikkakin jossain määrin lievempänä. Kun Kuusikko-kuntien ilmoittamista kustannus- ja hoitopäivätiedoista laskettujen yksikkökustannusten kehitystä (ts. kustannusta hoitopäivää kohden) verrataan Tilastokeskuksen julkisten menojen sosiaali- tai terveyspalvelujen hintaindeksiin kehitykseen, havaitaan, että vanhuspalvelujen yksikkökustannusten nousu on ollut suurempaa kuin yksikkökustannusten nousu sosiaali- tai terveydenhuollossa keskimäärin (Taulukko 5). Suurinta yksikkökustannusten nousu on ollut tehostetussa palveluasumisessa, missä hoitopäivän yksikkökustannus Kuusikko-kunnissa vuonna 2012 oli 41 prosenttia korkeampi kuin vuonna 2008. Kustannusten noususta huolimatta tehostetun palveluasuminen hoitopäivä oli näissä kunnissa vuonna 2012 halvempi kuin hoitopäivä terveyskeskuksen vuodeosastolla tai vanhainkodissa (vrt. kuvio 2.).



Kuvio 2. Hoitopäivän yksikkökustannus tehostetussa palveluasumisessa, terveyskeskuksessa ja vanhainkodissa Kuusikko-kunnissa käyvin hinnoin 2008–2012,€
(Lähde: Kuusikko-raportti 2012 vanhuspalveluista (ks. Vartiainen 2013)).

Taulukko 5. Terveydenhuollon, sosiaalitoimen ja Kuusikko-kuntien ikääntyneiden palvelujen hintakehitys vuosina 2008–2012, indeksiluku.

	Terveydenhuolto, hintaindeksi	Sosiaalitoimi, hintaindeksi	Vanhainkodit, Kuusikko	Terveyskeskus-sairaala, Kuusikko	Tehostettu palveluasuminen, Kuusikko
2008	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
2009	1,01	1,02	1,05	1,05	1,11
2010	1,03	1,05	1,12	1,13	1,22
2011	1,07	1,09	1,18	1,22	1,31
2012	1,11	1,12	1,24	1,32	1,41

(Lähde: Tilastokeskus ja Kuusikko-raportti 2012 vanhustalvuluista (ks. Vartiainen 2013))

Ikääntyneiden sosiaali- ja terveydenhuollon menot vuonna 2011

Hintojen ja käytön kehityksen lisäksi on tarpeen arvioida palvelujen käytöstä syntyviä menoja. Tällä tavoin saadaan kokonaiskuva siitä, kuinka paljon palvelujen käyttö aiheuttaa menoja sekä järjestäjille että asiakkaille. Ikääntyneiden hoivan menoja eri ikäryhmissä ennen vanhustalvululain voimaantuloa on mahdollista kattavimmin arvioida vuoden 2011 tietojen perusteella: Kapiaisen ja Eskelisen (2014) tutkimus ikä- ja sukupuoliryhmittäisistä menoista sisältää eri ikäryhmien osuudet terveydenhuollon ja ikääntyneiden hoivan bruttomenoista, eli niin järjestäjille kuin asiakkaillekin kohdistuvista menoista.

Yli 65-, 75- ja 85-vuotiaiden menoja sosiaali- ja terveystalvuihin kuvataan Taulukoissa 6, 7 ja 8. Kotihoidon osalta on otettava huomioon, että ainoastaan kotisairaanhoidon menot sisältyvät taulukossa esitettyihin lukuihin, sillä kotitalvuluiden (kotiin tarjotut muut kuin terveydenhuollon talvulut) kustannuksista ei ole saatavilla koko maan kattavaa tietoa. Tämä vääristää jonkin verran kuvaa laitoshoidon ja kotona tarjottavan hoidon menojen suhteesta, sillä kotitalvuluiden osuus kotihoidosta on todellisuudessa varsin suuri. Vain kotisairaanhoidon huomioon ottaminen siis aliarvioi kotona annettavien talvuluiden määrää ja kustannuksia.

Kotisairaanhoidon menojen kohdentamisessa eri ikä- ja sukupuoliryhmiin on käytetty sekä kotitalvulut että kotisairaanhoidon sisältäviä kotihoidon tietoja, sillä kotisairaanhoidosta ei ole saatavilla ikä- ja sukupuoliryhmittäisiä tietoja. Tämä todennäköisesti vääristää jonkin verran menojen kohdentumista eri ryhmiin, sillä on todennäköistä, että kotisairaanhoidon ja kotitalvuluiden käyttö jakaantuu väestössä eri tavalla.

Sukupuoliryhmittäisiä menoja tarkasteltaessa on otettava huomioon, että tarkasteltavana olevissa vanhemmissa ikäryhmissä naisten osuus on huomattava, mistä syystä naisten menojen osuus kokonaismenoista on suuri useissa talvuluissa.

Erikoissairaanhoidon kustannukset olivat selkeästi suurin menoerä yli 65-vuotiaiden osalta (Taulukko 6). Myös perusterveydenhuollon ja erityisesti naisilla palveluasumisen osuudet olivat ikäryhmässä suuret. Perusterveydenhuollon kohdalla on erityisesti otettava huomioon, että perusterveydenhuollon vuodeosastohoito sisältyy kokonaisuudessaan perusterveydenhuollon kustannuksiin. Myös kotisairaanhoidon ja lääkkeiden kustannukset muodostavat merkittävät menoerät yli 65-vuotiaille henkilöille. Palveluasumisessa huomattava osuus kustannuksista kohdistui tehostettuun palveluasumiseen.

Verrattuna 65 vuotta täyttäneisiin, yli 75-vuotiaiden kohdalla perusterveydenhuollon kustannukset ovat nousseet erikoissairaanhoidon kustannuksia suuremmaksi eräksi naisilla, miehillä erikoissairaanhoidon kustannukset ovat yhä edelleen suurin menoerä (Taulukko 7). Palveluasuminen on edelleen merkittävä menoerä kuitenkin niin, että naisilla palveluasumisen osuus kokonaismenoista on edelleen suurempi kuin miehillä.

Taulukko 6. Yli 65-vuotiaiden terveydenhuollon ja ikääntyneiden hoivan menot vuonna 2011, miljoonaa euroa.

	Miesten kustannukset	Naisten kustannukset	Yhteensä	Osuus kustannuk- sista, %
1. Erikoissairaanhoido	11 06,9	1 250,2	2 357,1	29,1
1.1 Somaattinen erikoissairaanhoido	10 14,6	1 128,2	2 142,8	26,4
1.2 Psykiatrinen hoito	28,0	49,1	77,1	1,0
1.3 Erikoissairaanhoidon ostopalvelut	64,3	72,9	137,2	1,7
2. Perusterveydenhuolto *	700,7	1 272,3	1 973,0	24,3
2.1. Perusterveydenhuollon vuodeosastohoito	375,3	679,2	1 054,5	13,0
2.1.1 Pitkäaikaishoito (vähintään 90 vrk)	96,4	225,4	321,8	4,0
2.1.2 Lyhytaikainen vuodeosastohoito	278,9	453,8	732,7	9,0
2.2 Perusterveydenhuollon avohoito **	325,4	593,1	918,5	11,3
3 Suun terveydenhuolto	94,5	127,3	221,8	2,7
4 Vanhusten laitoshoido	272,0	671,4	943,3	11,6
5 Lääkkeet ja muut lääkinnälliset kulutus- tavarat	340,2	418,0	758,1	9,3
6 Omaishoidon tuki	31,6	66,4	98,1	1,2
7 Palveluasuminen	384,7	1 049,8	1 434,5	17,7
7.1 Tavallinen palveluasuminen	39,6	104,8	144,5	1,8
7.2 Tehostettu palveluasuminen	273,3	723,0	996,3	12,3
7.3 Dementia (tehostettu) palveluasuminen	71,8	221,9	293,7	3,6
8 Kotisairaanhoido	93,2	231,4	324,6	4,0
Yhteensä	3 023,8	5 086,8	8 110,6	100,0

*pl. työterveys-, opiskelu- ja hammashuolto

**pl. hammashuolto

Taulukko 7. Yli 75-vuotiaiden terveydenhuollon ja sosiaalipalveluiden menot vuonna 2011, miljoonaa euroa.

	Miesten kustannukset	Naisten kustannukset	Yhteensä	Osuus kustannuk- sista, %
1. Erikoissairaanhoito	548,9	746,2	1 295,2	22,7
1.1 Somaattinen erikoissairaanhoito	498,1	677,2	1 175,2	20,6
1.2 Psykiatrinen hoito	9,2	20,8	30,0	0,5
1.3 Erikoissairaanhoidon ostopalvelut	41,7	48,3	90,0	1,6
2. Perusterveydenhuolto *	467,9	1 014,1	1 482,0	26,0
2.1. Perusterveydenhuollon vuodeosastohoito	280,8	594,4	875,1	15,3
2.1.1 Pitkäaikaishoito (vähintään 90 vrk)	77,1	206,9	284,0	5,0
2.1.2 Lyhytaikainen vuodeosastohoito	203,7	387,5	591,2	10,4
2.2 Perusterveydenhuollon avohoito **	187,1	419,7	606,9	10,6
3 Suun terveydenhuolto	35,9	57,0	92,9	1,6
4 Vanhusten laitoshoido	225,4	621,6	847,0	14,8
5 Lääkkeet ja muut lääkinnälliset kulutus- tavarat	145,8	219,8	365,7	6,4
6 Omaishoidon tuki	21,7	55,3	77,0	1,3
7 Palveluasuminen	308,3	962,7	1 270,9	22,3
7.1 Tavallinen palveluasuminen	31,8	96,0	127,8	2,2
7.2 Tehostettu palveluasuminen	217,6	663,4	881,0	15,4
7.3 Dementia (tehostettu) palveluasuminen	58,8	203,3	262,1	4,6
8 Kotisairaanhoito	71,7	207,2	278,9	4,9
Yhteensä	1 825,7	3 883,9	5 709,7	100,0

*pl. työterveys-, opiskelu- ja hammashuolto

**pl. hammashuolto

85 vuotta täyttäneillä palveluasuminen on suurin yksittäinen menoerä (Taulukko 8). Erityisesti tehostetun palveluasumisen osuus on suuri. Myös perusterveydenhuollon osuus kustannuksista on edelleen suuri, kun taas erikoissairaanhoidon osuus on laskenut verrattuna 65 ja 75 vuotta täyttäneisiin. Sukupuolten väliset erot erityisesti erikoissairaanhoidon menoissa ovat suuret.

Kun tarkastellaan eri palvelukohtaisten menojen osuuksia kokonaismenoista, nähdään, että vanhemmissa ikäryhmissä käytetään vähemmän erikoissairaanhoidon ja enemmän perusterveydenhuollon (erityisesti vuodeosastohoito) sekä palveluasumisen (erityisesti tehostettu palveluasuminen) palveluita kuin nuorempien ikääntyneiden ryhmissä. Naisten osuus kustannuksista on myös huomattava kaikissa tarkastelluissa ikäryhmissä, mikä johtuu naisten keskimäärin korkeammasta eliniästä.

Taulukko 8. Yli 85-vuotiaiden terveydenhuollon ja sosiaalipalveluiden menot vuonna 2011, miljoonaa euroa.

	Miesten kustannukset	Naisten kustannukset	Yhteensä	Osuus kustan- nuksista, %
1. Erikoissairaanhoido	130,7	246,1	376,7	14,4
1.1 Somaattinen erikoissairaanhoido	108,4	222,0	330,4	12,7
1.2 Psykiatrinen hoito	1,4	4,2	5,6	0,2
1.3 Erikoissairaanhoidon ostopalvelut	20,8	19,8	40,7	1,6
2. Perusterveydenhuolto *	159,5	521,1	680,5	26,1
2.1. Perusterveydenhuollon vuodeosastohoito	101,6	329,9	431,5	16,5
2.1.1 Pitkäaikaishoito (vähintään 90 vrk)	29,0	127,8	156,8	6,0
2.1.2 Lyhytaikainen vuodeosastohoito	72,6	202,1	274,6	10,5
2.2 Perusterveydenhuollon avohoito **	57,9	191,2	249,1	9,5
3 Suun terveydenhuolto	7,3	14,4	21,7	0,8
4 Vanhusten laitoshoido	109,9	403,6	513,5	19,7
5 Lääkkeet ja muut lääkinnälliset kulutus- tavarat	28,4	63,5	91,9	3,5
6 Omaishoidon tuki	7,9	29,3	37,2	1,4
7 Palveluasuminen	145,1	594,1	739,2	28,3
7.1 Tavallinen palveluasuminen	16,9	57,3	74,2	2,8
7.2 Tehostettu palveluasuminen	100,9	417,3	518,2	19,8
7.3 Dementia (tehostettu) palveluasuminen	27,3	119,5	146,8	5,6
8 Kotisairaanhoido	30,6	120,0	150,7	5,8
Yhteensä	619,4	1992,1	2611,5	100,0

*pl. työterveys-, opiskelu- ja hammashuolto

**pl. hammashuolto

Järjestäjien arvioita lain vaikutuksesta kuntien menoihin

Yllä on kuvattu palvelujen käyttöä, hintojen kehitystä ja menojen rakennetta ennen vanhuspalvelulain voimaantuloa. Tarkastelemme lopuksi järjestäjien arvioita vanhuspalvelulain vaikutuksista palvelujen järjestämiseen kohdennettuihin voimavaroihin.

Vanhuspalvelulain 9 §:n mukaan kunnalla tulee olla riittävät voimavarat ikääntyneen väestön toimintakyvyn ja itsenäisen suoriutumisen tukemiseen sekä sosiaalipalvelujen järjestämiseen. Terveydenhuoltolaissa säädetään erikseen voimavarojen kohdentamisesta terveyden edistämiseen ja terveystalvelujen järjestämiseen. Palvelujen järjestäjille lähetetyssä kyselyssä vastaajia pyydettiin arvioimaan sekä vanhuspalvelulain vaikutuksia palvelujen järjestämisestä kunnalle aiheutuviin menoihin että budjetoitujen voimavarojen riittävyyttä palvelujen järjestämiseen (Vanhuspalvelulain seuranta, Liite 3).

Kun järjestäjiltä kysyttiin vanhuspalvelulain vaikutuksista ikääntyneille palveluiden järjestämisestä aiheutuviin menoihin, enemmistö (63 %) vastaajista (N = 208)

Taulukko 9. Menojen kasvua ennustaneiden järjestäjätahojen osuudet aluehallintovirastoittain.

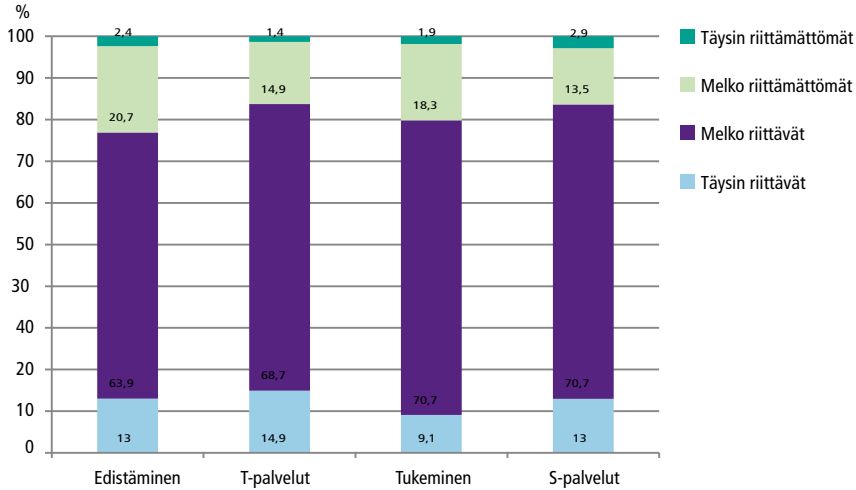
	N	Keskiarvo	Keskihajonta
Etelä-Suomen aluehallintovirasto	40	0,6	0,5
Itä-Suomen aluehallintovirasto	37	0,62	0,49
Lapin aluehallintovirasto	20	0,7	0,47
Lounais-Suomen aluehallintovirasto	39	0,64	0,49
Länsi- ja Sisä-Suomen aluehallintovirasto	53	0,69	0,46
Pohjois-Suomen aluehallintovirasto	19	0,42	0,51
Koko maa (pl. Ahvenanmaa)	208	0,63	0,48

(Lähde: THL, www.thl.fi/vanhuspalvelulainseuranta)

arvioi, että vanhuspalvelulaki tulee nostamaan kuntien menoja (Taulukko 9). Kysymykseen, nostaako laki järjestämisen kustannuksia, annettujen myönteisten vastausten lukumäärän suhde kaikkien vastaajien lukumäärään poikkeaa tilastollisesti merkittävästä arvosta 0.5

Kun asiaa tarkasteltiin aluehallintovirastoittain, vastauksissa ei havaittu merkittäviä eroja. Länsi- ja Sisä-Suomen aluehallintoviraston alueella toimivista järjestäjistä 69 prosenttia arvioi menojen nousevan. Pohjois-Suomen aluehallintoviraston alueella kasvua ennakoivien järjestäjien osuus oli pienin, siellä vain 42 prosenttia vastaajista arvioi vanhuspalvelulain nostavan menoja. Kun testattiin ”kyllä”-vastausten osuuk-sien erotusta Pohjois-Suomen ja Länsi- ja Sisä-Suomen aluehallintovirastojen välillä, havaittiin, että Pohjois-Suomessa ”kyllä”-vastausten osuus alittaa Länsi- ja Sisä-Suomen kyllä-vastausten osuuden 5 prosentin merkitsevyystasolla kaksisuuntaisessa testissä ($p = 0.016$). Pohjois-Suomen aluehallintoviraston ja muiden aluehallintovirastojen välillä ei havaittu tilastollisesti merkitseviä eroja.

Järjestäjiltä kysyttiin myös budjetoitujen voimavarojen riittävydestä palvelujen järjestämiseen. Erityisesti oltiin kiinnostuneita järjestäjien arvioista budjetoitujen voimavarojen riittävydestä hyvinvointia ja terveyttä edistävien palvelujen, terveyspalvelujen, iäkkäille järjestettävien sosiaalipalvelujen järjestämiseen sekä ikääntyneen väestön toimintakyvyn ja itsenäisen suoriutumisen tukemiseen. Kaikkien näiden palvelujen osalta suurin osa järjestäjistä ($N = 208$) vastasi, että budjetoidut voimavarat olivat joko täysin tai melko riittäviä palvelujen järjestämiseen (Kuvio 3). Vain muutama prosentti vastaajista arvioi, että budjetoidut varat ovat täysin riittämättömiä palvelujen järjestämiseen.



Kuvio 3. Järjestäjien (N = 208) arvioita budjetoitujen voimavarojen riittävydestä palvelujen järjestämiseen; Edistäminen = Terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen, T-palvelut = Terveyspalvelut, Tukeminen = Ikääntyneen väestön toimintakyvyn ja itsenäisen suoriutumisen tukeminen ja S-palvelut = läkkäille järjestettävät sosiaalipalvelut. Lähde: THL, www.thl.fi/vanhuspalvelulainseuranta

Taulukoissa 10–13 kuvataan resurssien riittävyyteen liittyvää alueellista vaihtelua kunkin palvelun osalta. Riittävillä resursseilla tarkoitetaan tilannetta, missä järjestäjän arvion mukaan resurssit olivat joko täysin riittävät tai melko riittävät. Vastaavasti riittämättömillä resursseilla viitataan tilanteeseen, jossa vastaaja arvioi budjetoitujen resurssit joko melko tai täysin riittämättömiksi. Yli puolet vastaajista kaikissa aluehallintovirastossa ja jokaisen palvelun kohdalla arvioi, että budjetoitujen voimavarat riittävät palvelujen järjestämiseen. Tässä suhteessa tilanne näyttää olevan varsin hyvä. Budjetoitujen voimavarojen riittämättömyyttä esiintyy eniten Itä-Suomen aluehallintoviraston alueella. Sosiaalipalvelujen osalta tilanne on jossakin määrin ongelmallinen Pohjois-Suomen aluehallintoviraston alueella, missä taas budjetoitujen voimavarojen riittävyys terveyden ja toimintakyvyn edistämiseen ja terveyspalvelujen järjestämiseen näyttäisi olevan melko hyvä.

Taulukko 10. Resurssien riittävyys aluehallintovirastoittain: Terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen.

	N	Riittävät	Riittämättömät
Etelä-Suomen aluehallintovirasto	40	28 (67 %)	22
Itä-Suomen aluehallintovirasto	37	26 (54,0 %)	11
Lapin aluehallintovirasto	20	16 (60,0 %)	4
Lounais-Suomen aluehallintovirasto	39	33 (64 %)	6
Länsi- ja Sisä-Suomen aluehallintovirasto	53	40 (66,0 %)	13
Pohjois-Suomen aluehallintovirasto	19	17 (89 %)	2

(Lähde: THL, www.thl.fi/vanhuspalvelulainseuranta)

Taulukko 11. Resurssien riittävyys aluehallintovirastoittain: Terveyspalvelut.

	N	Riittävät	Riittämättömät
Etelä-Suomen aluehallintovirasto	40	34 (80 %)	6
Itä-Suomen aluehallintovirasto	37	28 (62,2 %)	9
Lapin aluehallintovirasto	20	18 (70,0 %)	2
Lounais-Suomen aluehallintovirasto	39	34 (71,8 %)	5
Länsi- ja Sisä-Suomen aluehallintovirasto	53	44 (66,0 %)	9
Pohjois-Suomen aluehallintovirasto	19	16 (89 %)	3

(Lähde: THL, www.thl.fi/vanhuspalvelulainseuranta)

Taulukko 12. Resurssien riittävyys aluehallintovirastoittain: Toimintakyvyn ja itsenäisen suoriutumisen tukeminen.

	N	Riittävät	Riittämättömät
Etelä-Suomen aluehallintovirasto	40	30 (72,5 %)	10
Itä-Suomen aluehallintovirasto	37	29 (67,6 %)	8
Lapin aluehallintovirasto	20	17 (75,0 %)	3
Lounais-Suomen aluehallintovirasto	39	33 (71,8 %)	6
Länsi- ja Sisä-Suomen aluehallintovirasto	53	41 (69,8 %)	12
Pohjois-Suomen aluehallintovirasto	19	16 (68,4 %)	3

(Lähde: THL, www.thl.fi/vanhuspalvelulainseuranta)

Taulukko 13. Resurssien riittävyys aluehallintovirastoittain: Sosiaalipalvelut.

	N	Riittävät	Riittämättömät
Etelä-Suomen aluehallintovirasto	40	31 (70,0 %)	9
Itä-Suomen aluehallintovirasto	37	30 (64,9 %)	7
Lapin aluehallintovirasto	20	19 (75,0 %)	1
Lounais-Suomen aluehallintovirasto	39	31 (66,7 %)	8
Länsi- ja Sisä-Suomen aluehallintovirasto	53	47 (79,3 %)	6
Pohjois-Suomen aluehallintovirasto	19	16 (63,2 %)	3

(Lähde: THL, www.thl.fi/vanhuspalvelulainseuranta)

Yhteenveto

Tässä raportissa on kuvattu iäkkäiden palvelujen ja kustannusten kehitystä ennen vanhuspalvelulain voimaantuloa heinäkuussa 2013. Palvelujen rakenteessa on tapahtunut selkeä rakennemuutos viimeisen vuosikymmenen aikana, kun hoitopaikkojen määrää vanhainkodeissa ja terveyskeskuksen vuodeosastoilla on vähennetty ja iäkkäitä henkilöitä on sijoitettu enenevässä määrin tehostetun palveluasumisen yksiköihin. Tässä kehityksessä on havaittavissa maakunnittaisia eroja ja se on jatkunut aivan viime vuo-

siin saakka, vaikka hoitopäivien hinnat tehostetussa palveluasumisessa ovatkin kalliituneet enemmän kuin vanhainkodeissa tai terveyskeskusten vuodeosastoilla.

Kun tarkasteltiin yli 65-vuotiaiden sosiaali- ja terveystalouden palvelumenoja, havaittiin, että merkittävimmät menoerät olivat vuonna 2011 erikoissairaanhoito, perusterveydenhuolto, palveluasuminen ja vanhusten laitoshoidot. Kun tarkastelua laajennettiin 75 ja 85 vuotta täyttäneiden menoihin, havaittiin, että vanhemmissa ikäryhmissä erikoissairaanhoito osuus kokonaismenoista pienenee ja erilaisten ympärivuorokautisten hoitomuotojen osuudet kasvavat.

Kun palvelujen järjestäjiä pyydettiin arvioimaan vanhuspalvelulain vaikutuksia palvelujen järjestämisen kustannuksiin, enemmistö vastaajista arvioi lain nostavan kustannuksia. Tässä suhteessa ei havaittu merkittäviä alueellisia eroja muutoin kuin, että Pohjois-Suomen aluehallintoviraston alueella vastaajista alle puolet arvioi lain lisäävän järjestämisen kustannuksia.

Keskeiset johtopäätökset:

- ▶ **Hoitopäivät ovat lisääntyneet merkittävästi tehostetussa palveluasumisessa ja vähentyneet terveyskeskusten vuodeosastoilla ja vanhainkodeissa, vaikka hoitopäivän hinta tehostetussa palveluasumisessa näyttäisi nousseen nopeammin kuin terveyskeskuksen vuodeosastolla tai vanhainkodeissa.**
- ▶ **Yli 65-vuotiailla erikoissairaanhoito, perusterveydenhuolto, palveluasuminen ja laitoshoidot muodostivat merkittävimmät menoerät. Vanhemmissa ikäryhmissä perusterveydenhuollon ja palveluasumisen osuudet kokonaismenoista kasvavat.**
- ▶ **Enemmistö järjestäjistä arvioi ennen lain voimaantuloa, että vanhuspalvelulaki tulee nostamaan palvelujen järjestämisen kustannuksia. Näissä havainnoissa ei havaittu merkittäviä alueellisia eroja.**

Lähteet

- Kapiainen S, Väisänen A, Haula T, 2014. Terveystalouden ja sosiaalihuollon yksikkökustannukset Suomessa vuonna 2011, Terveystalouden ja hyvinvoinnin laitos, Raportti 3/2014, Helsinki.
- Kapiainen S, Eskelinen J, 2014. Miesten ja naisten terveysmenot 2011, THL-raportti, painossa.
- SOTKANet-verkkopalvelu. Tilasto- ja indikaattoripankki 2005–2013. Terveystalouden ja hyvinvoinnin laitos. www.sotkanet.fi [Viitattu 2014-03-30].
- Terveystalouden ja hyvinvoinnin laitos, 2012. Lausunto lakiesityksen HE 160/2012 taloudellisista vaikutuksista.
- THL, 2013. Vanhuspalvelulain seurannan projektisivu. www.thl.fi/vanhuspalvelulainseuranta
- Vartiainen, A. (2013) Kuuden suurimman kaupungin vanhusten sosiaali- ja terveystalouden palvelujen ja kustannusten vertailu vuonna 2012. Kuusikko-työryhmän julkaisusarja 4/2013. Edita Prima Oy. Helsinki 2013. Luettavissa Internetissä: http://www.hel.fi/hel2/tietokeskus/julkaisut/pdf/13_08_09_Kuusikko_vanhp_4_2013.pdf

1.5 Mitä on huomioitava vanhusten laitoshoidon vähennettäessä

Harriet Finne-Soveri, Rauha Heikkilä, Matti Mäkelä, Janne Asikainen, Anni Vilkkö, Sirpa Andersson, Teija Hammar, Sari Jokinen & Anja Noro

Johdanto ja artikkelin tavoite

Hallitus teki 29.11.2013 päätöksen vähentää vanhusten laitoshoidon osana valtion rakennepoliittista ohjelmaa, missä tämän toimenpiteen tavoitteena oli päästä 300 ME arvoiseen kustannusten hillintään vuoteen 2017 mennessä.

Vanhuspalvelulaki velvoittaa kuntia toteuttamaan pitkäaikainen hoito ja huolenpito ensisijaisesti henkilön kotona. Laitoshoidon pitäisi turvautua vain, jos siihen on lääketieteelliset perusteet tai jos se on iäkkään henkilön arvokkaan elämän ja turvallisen hoidon kannalta muuten perusteltua.

Laitoshoidolla tarkoitetaan vanhainkotien ja terveyskeskusten pitkäaikaisosastojen toimintaa. Vaikka tehostettu palveluasuminen turvaa ympärivuorokautisen hoidon ja huolenpidon asukkailleen seitsemänä päivänä viikossa, sitä ei luokitella laitoshoidoksi palvelujen järjestämistavan ja maksuperusteiden vuoksi.

Vuonna 2012 noin kaksi prosenttia 65 vuotta täyttäneistä henkilöistä (n=20 000) asui laitoshoidossa. Jotta laitoshoidon voitaisiin purkaa turvallisesti ja vanhuspalvelulain mukaisessa hengessä asiakkaiden tarpeisiin vastaten, tulee tietää perusasiat laitoshoidon tarpeista. Lisäksi kannattaa muodostaa käsitys siitä, minkälaisia asiakkaita kyetään hoitamaan siellä, minne nykyisin laitoksissa asuvat tulevat todennäköisesti muuttamaan ja vastaisuudessa asumaan. Oleellista on, onko näillä palvelutyypeillä mahdollisuutta vastata laitostasoisten asiakkaiden hoidosta ja huolenpidosta.

Tämän artikkelin tavoitteena on arvioida:

- vanhuspalveluiden asiakasrakennetta laitoshoidon vähentämisen näkökulmasta
- paljonko asiakkaita voitaisiin nykyisellään kotiuttaa tai hoitaa kevyemmällä palvelurakenteen tasolla
- millaisia korvaavia toimia, henkilöstöä ja osaamista laitoshoidon merkittävä vähentäminen edellyttää muuta palvelurakenteelta – erityisesti kotihoidolta – jotta vanhuspalvelulain edellyttämä tarpeisiin vastaaminen toteutuu
- käytännön näkökulmia

Aineistot ja menetelmät

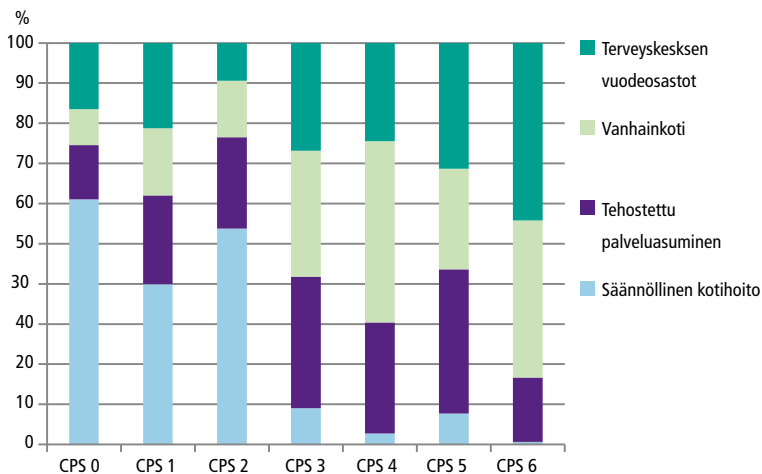
Artikkelin aineistona on käytetty seuraavia THL:n aineistoja: 1) Sotkanet, THL 2) Vanhuspalvelulain toimeenpanon seuranta 2013, ympärivuorokautinen hoito ja kotihoito, 3) RAI-tietokanta, THL. Tulokset on raportoitu prosenttiosuuksina ja luokit-
tain. Yhteyksiä on tarkasteltu ristiintaulukoimalla ja logistisella regressioanalyysillä.

Tulokset

Asiakasrakenne

Vanhuspalveluiden asiakasrakennetta tarkastellaan tässä artikkelissa asiakassegmen-
toinnin ja erityisesti kognition vajauksen kautta. Kuviosta 1 ilmenee, että valtaosa van-
huspalveluita saaneista 63 vuotta täyttäneistä kognitioltaan normaaleista tai korkein-
taan lievää dementiaa sairastavista on kotihoidon saajia. (CPS 0–2). Loppuvaiheen
dementiaa sairastavat asuivat äärimmäisen harvoin kotona (CPS 5–6). Muistioiretta
aiheuttavien aivosairauksien eteneminen tuo tullessaan arjessa suoriutumisen ongel-
mia kuten eksyilyä sekä kyvyttömyyttä suoriutua henkilökohtaisen hygienian hoidos-
ta, peseytymisestä, pukeutumisesta ja WC-käynneistä. Lisäksi tasapainon heikentymi-
nen huonontaa liikkumiskykyä.

Taulukossa 1 on esitetty vanhuspalvelujen asiakassegmentointi RUG-III/18 luo-
kittelun avulla (Fries ym. 1994, Heikkilä ym. 2012) ja se paljastaa, että jo nyt tehoste-
tussa palveluasumisessa hoidetaan samoja ja samankaltaisia asukkaita kuin terveys-
keskuksen pitkäaikaisosastoilla. Painopisteet ovat jossain määrin erilaiset siten, että



Kuvio 1. Vanhuspalvelujen asiakkaiden sijoittuminen palvelurakenteessa muistioireen vaikeusasteen mu-
kaan vuonna 2013. Selite: Cognitive Performance Scale (CPS), asteikko 0–6, missä 0 merkitsee kognitiol-
taan normaalia henkilöä ja 6 erittäin vaikeaa kognition vajausta (Morris ym. 1994).

perushoidon tarve painottuu arjessa suoriutumisen avustamiseen palvelutaloissa useammin kuin kotihoidossa ja vanhainkodeissa useammin kuin palvelutaloissa.

Asiakasrakenteen segmentointitapa RUG-luokituksen avulla on hierarkkinen. Ensimmäiseen pääluokkaan luokituvat henkilöt ovat monialaista kuntoutusta saavia henkilöitä, eli niitä, joille yleensä kohdennetaan eniten henkilöstön aikaa ja osaamista, Se tarkoittaa yleensä kalleimpia asiakkaita. Viimeiseen pääluokkaan luokitutaan silloin kun muiden luokkien kriteerit eivät täyty. Pääluokkien sisällä fyysinen toimintakyky ratkaisee mihin alaryhmään asiakas kuuluu. Näin tapahtuu kaikissa muissa luokissa paitsi luokassa ”Erittäin vaativa hoito”. Tämän pääluokan sisällä alaryhmiin jakautumisen peruste on sairaanhoidollinen vaativuus, eli vaativat hoidot.

Taulukko 1. RUG-III luokituksen mukainen asiakassegmentointi palvelutyypin mukaan vuonna 2013.

Alaluokan ryhmittelykriteerit		Kotihoito %	Tehostettu palveluasuminen %	Vanhainkoti %	Terveyskeskus, pitkäaikaisosasto %
Pääluokka I Monialainen kuntoutus					
RA	ADL-RUG 4-10	0,5	1,1	2,0	0,7
RB	ADL-RUG 11-15	0,2	0,4	2,0	0,5
Pääluokka II Erittäin vaativa hoito					
SE1	HOIDOT 0-1	0,4	0,4	0,3	0,4
SE2	HOIDOT 2-3	0,2	0,5	2,5	0,9
SE3	HOIDOT 4-5	0,0	0,1	1,2	0,1
Pääluokka III Erityishoito					
SSA	ADL-RUG 7-13	4,7	2,9	3,4	3,1
SSB	ADL-RUG 14-15	0,3	2,9	6,6	5,4
Pääluokka IV Kliinisesti monimuotoinen					
CA	ADL-RUG 4-5	9,7	1,9	6,1	1,0
CB	ADL-RUG 6-10	1,3	1,9	3,4	1,30
CC	ADL-RUG 11-15	1,3	7,5	16,5	14,1
Pääluokka V Kognitiivisten toimintojen heikentyminen					
IA	ADL-RUG 4-5	19,7	16,5	4,6	4,4
IB	ADL-RUG 6-10	2,9	16,0	6,9	9,3
Pääluokka VI Käytöshäiriöt					
BA	ADL-RUG 4-5	5,7	3,2	1,5	1,4
BB	ADL-RUG 6-10	0,3	1,1	0,5	0,9
Pääluokka VII Heikentynyt fyysinen toimintakyky					
PA	ADL-RUG 4-5	48,7	11,0	3,1	4,1
PB	ADL-RUG 6-8	1,8	2,8	1,0	2,31
PC	ADL-RUG 9-10	0,4	0,7	0,6	0,6
PD	ADL-RUG 11-15	2,1	29,3	40,2	49,6
Yhteensä		100	100	100	100

Luokat II–IV edellyttävät klassista sairaanhoidollista osaamista, mutta muistiongelmaisia löytyy näistäkin luokista. Luokkiin II–IV kuuluvien muistisairaiden avun tarvetta määrittää ensisijaisesti somaattinen sairaus tai oireyhtymä, ei muistioireet. Viides pääluokka käsittää liikuntakykyiset muistisairaat, joiden oirekuvassa vallitsevana on muistisairaus ja, joilla ei ole vaativia sairaanhoidollisia tarpeita. Kuudenteen pääluokkaan luokittuneet henkilöt ovat liikuntakykyisiä psykiatrisia sairauksia sairastavia henkilöitä, joilla ei ole muistisairautta. Viimeiseen, eli seitsemänteen pääluokkaan luokituttavat ovat perushoidettavia. He ovat joko hyväkuntoisia, keskikuntoisia tai saattohoitovaiheessa olevia dementiaa sairastavia henkilöitä.

Taulukon 1 perusteella voidaan todeta, että määrällisesti suurin kotihoidon luokka oli PA, eli kevyttä perushoitoa tarvitsevat henkilöt. Sekä vanhainkotien että terveyskeskuksen suurin luokka oli PD, eli erittäin runsaasti perushoitoa tarvitsevat henkilöt. Palvelutalojen asiakaskunnassa korostuu pääluokka V (IA ja IB yhteensä), eli liikuntakykyiset muistisairaat, mutta suurin yksittäinen alaryhmä tehostetussa palveluasumisessakin on PD, eli lähes tai kokonaan toimintakyvyttömät perushoidettavat. Taulukossa 1 esitetyistä alaryhmistä hoidon vaativuuden perusteella uloskirjattavaksi laitoshoidosta kannattaa suunnitella ensisijaisesti alaryhmiä PA, IA CA ja BA, joiden arjessa suoriutuminen on itsenäisintä ja sairaanhoidollisen avun tarve pienin. Heitä on yhteensä laitoshoidon asukkaista 12 prosenttia.

Palvelurakennetta muutettaessa ja erityisesti terveyskeskussairaaloiden pitkäaikaishoitoa purettaessa yksi oleellisista ydinkysymyksistä on asiakkaiden lääketieteellisen avun tarve.

Taulukkoon 2 on laskettu eräiden sairaustilojen vaikean asteen esiintyvyydet, missä lääkärin usein toistuva kannanotto saattaa olla tarpeen. Sairauksien ja niiden vaikeusasteen listaus on yhden suuren suomalaisen kaupungin sairaalalääkäreiden konsensusarvio sellaisista pitkäaikaisosastoilla hoidettavien potilaiden sairauksista ja niiden vaikeusasteesta, jotka lääkäreiden mielestä edellyttävät terveyskeskustasoista hoitoa.

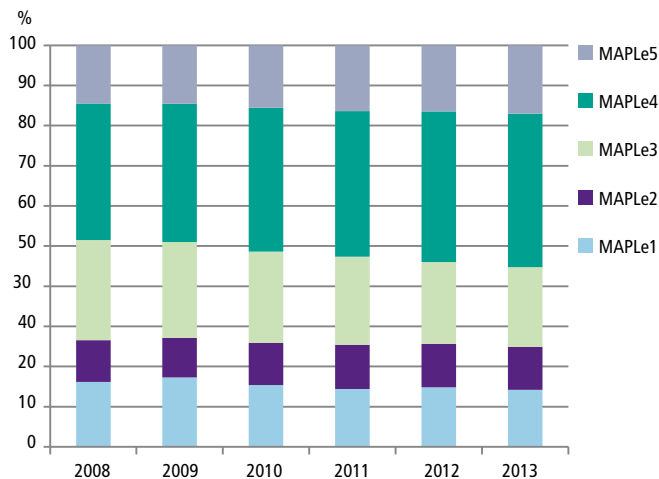
Taulukko 2. Lääkärin toistuvaa kannanottoa edellyttäviä sairauksia ja tiloja vanhushoito-osastoissa.

Sairaus ja vaikeusaste	Tehostettu palveluasuminen %	Vanhainkoti %	Terveyskeskus, pitkäaikaisosasto %
Vaikea-asteinen MS-tauti	0,4	0,8	0,8
Pitkälle edennyt Parkinsonin tauti (vaikeine) tilan vaihteluineen	2,6	2,9	2
Aivovamma, hengityshalvaus ja hengityskoneen tarve	0	0,1	0,1
Sydämen vajaatoiminta, hengenahdistus, happi	0,8	1,1	1,5
Vaikea sepelvaltimotauti, toistuvat rintakivut	0,9	0,7	1
Vaikeat rytmihäiriöt	0,9	1,1	0,8
Vaikea astma ja keuhkohtaumatauti, happi ja lääkkeenanto spiralla, kortisoni-injektiot tarvittaessa	0,3	0,4	1,6

Laitoshoidon otoksessa yksi tai useampi taulukossa 2 kuvattu tautitila esiintyi yhteensä 6,8 prosentilla asukkaista. Lääkäri oli tavannut näistä henkilöistä 38 prosenttia vähintään kerran ja 15 prosenttia kahdesti kahden viikon seuranta-aikana. Lääkkeitä oli muutettu näistä henkilöistä 39 prosentilla vähintään kerran ja 10 prosentilla vähintään kahdesti.

Säännöllisen kotihoidon asiakaskunnasta 49 prosenttia kuului kevythoitoisten perushoidettavien joukkoon. Näiden henkilöiden siirtyminen kevyemmälle palvelurakenteen tasolle merkitsisi joko siirtymistä muun väestön tavoin terveyskeskuksen avovastaanoton asiakkaaksi, toistuvasti kotihoidon tilapäisasiakkaaksi tai senioritalon (tai vastaavan) asukkaaksi, minne yleensä arjessa suoriutumiseen liittyvää apua ei ole tarjolla. Tällöin nämä henkilöt tekisivät valintojaan toiveidensa ja varallisuutensa mukaan ilman kunnan tai valtion tukea.

Säännöllisen kotihoidon asiakkaiden palvelun tarvetta voidaan tarkastella myös RAI-järjestelmään kuuluvalla MAPLe-luokituksella (Hirdes ym. 2008). Kuvio 2 osoittaa, että säännöllisen kotihoidon asiakkaista joka kuudennen palvelujen tarve oli erittäin vähäinen ja joka viidennen vähäinen tai erittäin vähäinen. Kuvion 2 kaksi kevyintä luokkaa (MAPLe1 ja MAPLe2) merkitsevät sitä, että asiakkaista kaikki ovat itsenäisiä päivittäisten toimintojen suhteen ja heidän kognitionsa on korkeintaan rajapintaisesti alentunut. Toiseksi kevyimpään luokkaan kuuluvilla saattaa olla avun tarvetta yhdessä tai useammassa välinetoiminnossa.

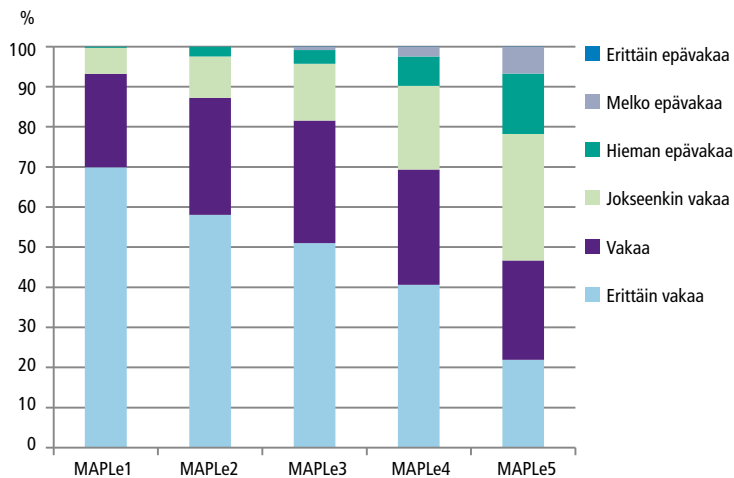


Kuvio 2. Kotihoidon asiakkaat vuosina 2008–2013 MAPLe palveluntarve luokituksen mukaan. Selite: MapLe-luokitus kuvaa palvelujen tarvetta ja sen asteikko 1–5, missä MAPLe-1 merkitsee erittäin vähäistä ja MAPLe-5 erittäin runsasta palveluntarvetta.

Säännöllisen kotihoidon henkilöstöön kohdistuva avun saanti oli keskimäärin 2,1 tuntia viikossa kevyimmässä (MAPLe1) ja 5,5 tuntia viikossa toiseksi kevyimmässä luokassa (MAPLe2). Osa tästä avuntarpeesta voisi olla katettavissa muillakin kuin kotihoidon palveluilla esim. kuljetus- ja kauppapalvelut, apteekin palvelut, palveluseteli, terveyskeskuksen avovastaanotto asiakasvastaavan turvin (Kanste ym. 2012).

Kuvio 2 osoittaa kotihoidon asiakasrakenteen vähittäistä muutosta suuremman palvelutarpeen suuntaan viimeksi kuluneiden 6 vuoden aikana siten että kahden raskaimman luokan osuus on noussut 48–55 prosenttiin ja kevyimmän luokan osuus vähentynyt kaksi prosenttiyksikköä. Kevytoitoisimpien MAPLe-luokituksella arvioitujen säännöllisen kotihoidon asiakkaiden terveyden tila oli keskimäärin erittäin vakaa tai vakaa (Kuvio 3).

Yhteenvetona vähennettävän laitoshoidon asiakasrakenteesta voidaan todeta karkeasti ottaen joka toisen asiakkaan olevan perushoidettava, millä tarkoitetaan, että henkilöllä on arjessa suoriutumisen eriasteisia vaikeuksia lievistä toiminnanvaijauksesta aina täydelliseen toimintakyvyttömyyteen asti, mutta ei lääketieteellisiä tai sairaanhoidollisia erityisongelmia. Joka toisella henkilöllä perushoidon tarpeeseen yhdistyy joukko eriasteista sairaanhoidollista tai lääketieteellistä perusosaamista edellyttäviä oireita tai oireyhtymiä. Usein toistuvaa lääketieteellistä erityisosaamista tarvitsevien joukko oli laitoshoidossa seitsemän prosentin luokkaa ja noin puolet tästä joukosta tarvitsee lääkärin kannanottoa kahden viikon aikana.



Kuvio 3. Kotihoidon asiakkaiden terveydentilan vakaus CHES-asteikon avulla MAPLe -luokituksen mukaan. Selite: MAPLe-luokitus kuvaa palvelujen tarvetta ja sen asteikko 1-5, missä MAPLe-1 merkitsee erittäin vähäistä ja MAPLe-5 erittäin runsasta palveluntarvetta. CHES-luokitus kuvaa asiakkaan terveydentilan vakautta ja ennustetta. Sen asteikko on 0–5, missä 0 merkitsee erittäin vakaata ja 5 erittäin epävakaata tilannetta (Hirdes ym, 2003).

Asiakassegmentointi paljasti lisäksi muutamien sairaanhoidollisesti erittäin vaativien alaryhmien (pääluokka II kokonaan ja SSB) asiakaskunnan erittäin pieneksi avohoidossa – erityisesti kotihoidossa. Toisaalta kotihoidon asiakaskunnasta noin viidennes voitaisiin todennäköisesti hoitaa turvallisesti myös terveyskeskuksen avovastaanotoilla esimerkiksi asiakasvastaavatoiminnan turvin (Kanse ym. 2012).

Hoitoaika vanhuspalveluissa

Noin 40 prosentilla kotihoidon asiakkaista ja tehostettua hoitoa tarjoavien palvelutalojen asukkaista asiakkuuden aika oli kolme vuotta tai kauemmin. Vastaavan pituinen asumisaika oli vanhainkodeissa 36 prosentilla ja terveyskeskusten vuodeosastoilla 27 prosentilla. Keskimääräinen asumisaika oli 2,7 vuotta siten, että pisin asumisaika oli 49 vuotta. Joka kuudennen säännöllisen kotihoidon ja tehostetun palveluasumisen asiakkaan tai asukkaan asiakkuuden kesto oli seitsemän vuotta tai kauemmin. Vanhainkodeissa yhtä pitkään asuneita oli 14 ja terveyskeskusten pitkäaikaisosastoilla 10 prosenttia (Taulukko 3).

Asiakassegmentointi paljasti, että lähes joka kolmannella nykyisin tehostetussa palveluasumisessa asuvista olisi potentiaalia asua alkuperäisessä kodissaan. Hoitoaikoja kuvaavat luvut merkitsevät myös sitä, että nämä henkilöt, joiden terveydentila on vakaa ja palvelun tarve vähäinen tulevat asumaan tehostetussa palveluasumisessa pidempään kuin laitoksessa asuttaisiin. Samalla vapautuvien paikkojen määrä jää pienemmäksi kuin silloin jos palveluasumiseen muutetaan vasta elämän loppuvaiheessa. Mikäli tehostetun palveluasumisen kevythoitaisille kohdennetut paikat saataisiin laitoshoidon purettaessa käyttöön, vuoden 2012 tasolta laskettuna vapautuisi tehostetusta palveluasumisesta arviolta 10 000 paikkaa. Tämä on puolet siitä volyymistä, mikä laitoshoidosta pitäisi vähentää. Kustannusvaikuttavuutta arvioitaessa tällöin olisi huomioitava palveluasumiseen kohdennettavat sairaanhoidollisen ja lääketieteellisen osaamisen lisävoimavarat

Taulukko 3. Hoitoaika vanhuspalveluissa vuonna 2013.

Hoitoaika	Kotihoito		Tehostettu palveluasuminen		Vanhainkoti		Terveyskeskuksen pitkäaikaisosastot	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Alle 6 kk	2 503	14,1	1 401	13,8	1 037	17,7	807	31,5
6–12 kk	1 810	10,2	1 176	11,5	805	13,7	345	13,5
2–3 vuotta	6 089	34,4	3 535	34,7	1 931	33,0	704	27,4
4–6 vuotta	4 524	25,6	2 483	24,4	1 260	21,5	454	17,7
7–9 vuotta	1 838	10,4	973	9,6	499	8,5	174	6,7
yli 9 vuotta	930	5,3	602	6,0	329	5,6	83	3,2
	17 694	100,0	10 170	100,0	5 861	100,0	2 567	100,0

Nykyisestä hoitopaikasta muualle asumaan siirtymisen mahdollisuus

Asiakkaan oman toiveen huomioon ottaminen (16 §) on erityisen oleellista suunniteltaessa muuttoa kotoa palvelutaloon tai laitokseen sekä päinvastoin.

Taulukkoon 4 on koottu laitoshoidon ja tehostetun palveluasumisen asukkaiden toiveita ja mahdollisuuksia kirjautua ulos hoitopaikastaan. Taulukon luvuissa ei ole mukana kuntoutus- tai lyhytaikaisosastoja. Halukkuutta muuttaa pois laitoshoidosta oli 14 prosentilla ja tehostetusta palveluasumisesta 10 prosentilla.

Koska hoidon ja avun tarpeessa tapahtunut myönteinen muutos oli harvinaista, pois hoitopaikasta muuttaminen edellyttäisi huolellista asiakkaan tarpeiden arviointia ja palvelujen asiakkaan tarpeisiin perustuvaa räätälöintiä. Kotiin siirryttäessä tämä edellyttäisi monissa tapauksissa myös omaisten tai läheisten sitoutumista auttamaan (mikäli tällainen henkilö on olemassa) erityisesti silloin kun asiakkaalla on muistisairaus. Myönteisesti uloskirjaukseen suhtautuva tukiverkosto oli kuitenkin varsin harvalla (Taulukko 4).

Turvallinen siirtyminen laitoksesta tai tehostetusta palveluasumisesta kotiin

Ne laitosasukkaista, joilla ei ollut välitöntä uloskirjauspotentiaalia (88 % kaikista laitosasukkaista, Suomessa yhteensä noin 17 600 henkilöä), olivat jatkuvan tai lähes jatkuvan avun tarpeessa, mikä edellyttää arjessa avustamista kaikkina viikonpäivinä ja vuorokauden aikoina. Koska heistä kuitenkin noin puolet oli perushoidettavia, tehostetun palveluasumisen osaamisen voidaan arvioida riittävän näiden henkilöiden osalta. Kevythoitoisten perushoitoa saavien asukkaiden uloskirjauksen jälkeen jäljelle jääneistä muista perushoitoa tarvitsevista asukkaista lähes joka toisen henkilön hoidon tarpeen syynä oli pitkälle tai loppuvaiheeseen edennyt dementia (43 %). Näiden henkilöiden hoito ja huolenpito terveyskeskusten vuodeosastoilla ei ole lainkaan tarkoituksenmukaista ja on kyseenlaista onko se tarkoituksenmukaista vanhainkodissakaan. Asiakassegmentoinnin perusteella tehostetussa palveluasumisessa kyetään hoitamaan

Taulukko 4. Uloskirjauksen ilmaisuja ja edellytyksiä tehostetun palveluasumisen ja laitoshoidon asiakkailla vuonna 2013.

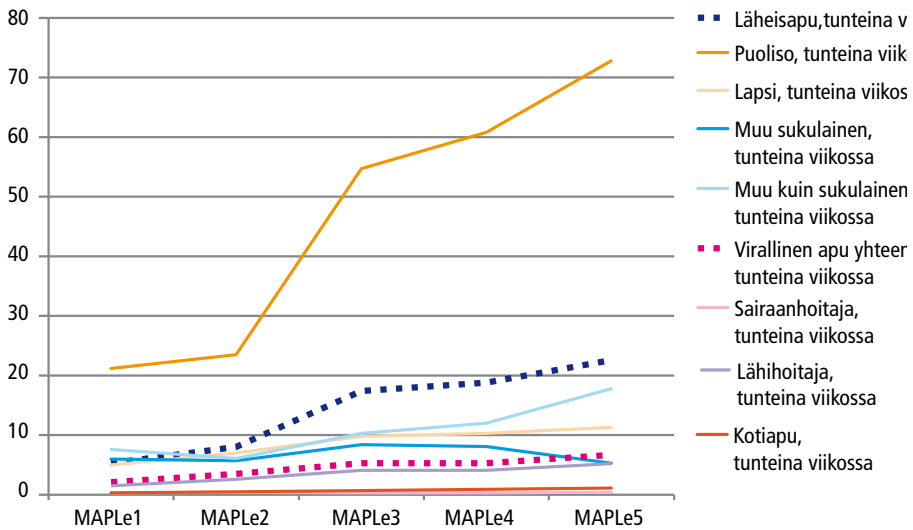
	Tehostettu palveluasuminen	Vanhainkoti	Terveyskeskuksen pitkäaikaisosasto	Yhteensä
	%	%	%	%
Ilmaisee haluavansa pois nykyisestä hoitopaikasta	10,1	10,1	21,6	12
Asiakkaalla on myönteisesti uloskirjaukseen suhtautuva tukihenkilö tai tukipalvelu	1,9	4,5	16,1	5,2
Uloskirjaus suunniteltu seuraavan 90 vrk aikana	0,8	3,8	12,1	3,7
Myönteinen muutos hoidon tarpeessa, avun tarve aiempaa vähäisempi	3,7	3,9	6,9	4,3

vastaavia henkilöitä vähintään yhtä hyvin ja nykyistä kustannusvaikuttavammin vaikka perushoitajien lukumäärää lisättäisiin.

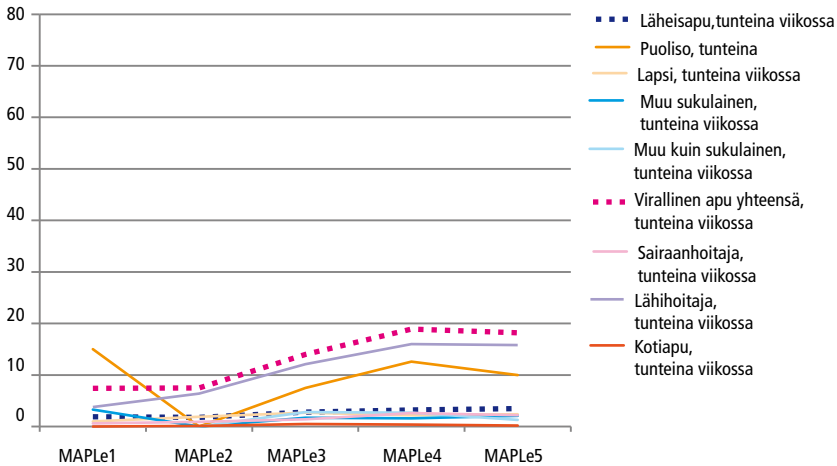
Kuvio 4 osoittaa säännöllisen kotihoidon omaisten ja läheisten antaman hoidon ja avun tuntimäärän ylittävän virallisen kotihoidon henkilöstön asiakkaille kohdentaman ajan. Ero virallisen tahon ja läheisauttajien kohdentaman ajan välillä oli suurin eniten apua ja huolenpitoa tarvitsevien ryhmässä. Puolisot kohdensivat eniten aikaa asiakkaille riippumatta asiakkaan palvelutarpeen laajuudesta, mutta lisäksi puolison kohdentama aika oli sitä suurempi mitä suurempi oli asiakkaan palvelun tarve. Näin oli asian laita myös muun läheisavun suhteen.

Kotihoidon henkilöstöstä ainoastaan perus- tai lähihoitajien aika kohdentui asiakkaiden palvelutarpeiden mukaan.

Kuvio 5 osoittaa tehostetun palvelutalon työntekijöiden työajan kohdentuvan kotihoitoa tehokkaammin asiakkaan tarpeiden mukaisesti ja samalla omaisten tai läheisten työaika ei lisääntynyt asiakkaan palvelutarpeen kasvaessa toisin kuin säännöllisen kotihoidon asiakkailla (Kuvio 4).



Kuvio 4. Säännöllisen kotihoidon asiakkaille allokoitu hoito, huolenpito ja apu tunteina viikossa auttajan ammatin tai sukulaisuussuhteen mukaan vuonna 2013.



Kuvio 5. Tehostetun palveluasumisen asukkaille kohdennettu hoito, huolenpito ja apu tunteina viikossa auttajan ammatin tai sukulaissuhteen mukaan vuonna 2013.

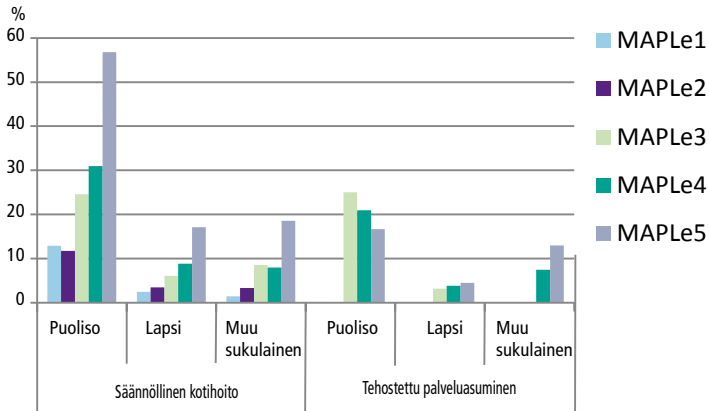
Kuvio 6 osoittaa läheisauttajien olevan sitä kuormittuneempia mitä suurempi on asiakkaan huolenpidon ja palveluiden tarve riippumatta siitä asuuko autettava kotonaan vai tehostetussa palvelutalossa. On huomionarvoista, että säännöllisessä kotihoitossa useampi kuin joka toinen puoliso oli kuormittunut silloin kun asiakkaan palvelutarve oli erittäin runsas, mutta tehostetun palveluasumisen asiakkaiden puolisoilla kuormittuneisuus väheni palvelutarpeen lisääntyessä. Kuormittuneiden osuus oli kuitenkin kaiken kaikkiaan pienempi tehostetussa palveluasumisessa kuin säännöllisessä kotihoitossa.

Läheisauttajan kuormittumiseen liittyvien tekijöiden ja erityisesti heidän antamansa avun ja hoidon sitovuuden ja vaativuuden huomioonottaminen arjessa tulee olemaan aiempaakin tärkeämpää, jotta laitoshoidon vähentäminen ei johtaisi läheisauttajien kuormittumisen vuoksi sairaala- tai vanhainkotihakuisuuteen. Iäkkäiden puolisoitten tai sisarusten kuormittuminen on myös fyysinen varteenotettava vaaratekijä, joka voi johtaa uupumiseen ja sairastumiseen.

Seuraavan sukupolven eli lapsien keskimääräisesti läheisapuun kohdentama aika jäi puolisoitten rinnalla vähäiseksi ja tämän läheisauttajaryhmän auttamisedellytysten selvittely ansaitsee jatkossa tarkempaa huomiota.

Jotta laitoshoidoa voisi purkaa kotona tapahtuvan hoidon suuntaan ilman ”pyöröovi”-ilmiötä sairaalaan ja takaisin, kannattaa tarkastella, minkälainen asiakkaiden tarveprofiili liittyy kotihoiton asiakkaiden tai heidän läheisauttajiensa haluun pyrkiä kotihoitosta pois.

Kotoa pois muuttamisen painetta oli joka kuudennella säännöllisen kotihoiton asiakkaalla. Kotihoiton asiakkaista 8 prosenttia oli itse sitä mieltä, että muualla kuin kotona asuminen olisi parasta. Lisäksi 8 prosenttia läheisauttajista oli kotoa poismuut-



Kuvio 6. Säännöllisen kotihoidon asiakkaiden läheisauttajien kuormittuneisuus auttajan sukulaisuussuhteen ja asiakkaan palvelun tarpeen mukaan

tamisen kannalla silloinkin, kun asiakkaan oma näkemys oli vastakkainen tai asiakas ei itse osannut ilmaista näkemystään.

Taulukosta 5 ilmenee niiden säännöllisen kotihoidon asiakkaiden asiakasprofiili, jotka olivat itse tai joiden läheishoitaja on sitä mieltä, että asiakkaan olisi parasta asua muualla kuin kotona. On merkille pantavaa, että asiakkaan kokemus yksinäisyys lähes kolminkertaistaa asiakkaan kotoa pois muuttamisen tarpeen. Toimintakyvyn eri osa-alueiden vajeiden osuus on huomattava, samoin terveydentilan vakauden. Turvallisuusnäkökohdat korostuvat erityisesti kaatuilun ja epävarman kävelyn kautta. Palveluita suunniteltaessa kannattaa huomioida, että läheisapua antavan omaisen kuormittuminen on itsenäinen laitoshoidon toivomisen selittäjä.

Laitoshoidon vähentäminen edellyttää yhteiskunnallisesti tuetun omais- ja läheishoidon kehittämistä. Kahdella kolmasosalla säännöllisen kotihoidon asiakkaista on joku tai useampia hoitoon osallistuvia omaisia tai läheisiä, yhdellä kolmanneksella ei tällaista henkilöä ollut. Säännöllisen kotihoidon asiakkaiden hoitoon osallistuvista omaisista ja läheisistä 18 prosentilla oli virallinen omaishoitajan status (toimeksiantosopimus omaishoidosta kunnan kanssa). Säännöllisen kotihoidon asiakkaista tällainen hoitaja oli 12 prosentilla.

Taulukko 5. Asiakkaan ja/tai hänen läheisensä mielestä asiakkaan olisi parasta asua muualla kuin kotona. Logistinen regressioanalyysi, missä selitettävänä tekijänä on kotoa pois muuttamisen halukkuus.

Selittävä muuttuja	OR	95% luottamusväli	
		Alaraja	Yläaraja
Yksinäisyys	2,6	2,192	2,982
Kognitio on huonontunut viimeisen 3 kk aikana	1,9	1,531	2,371
Arjessa suoriutuminen (ADL) on huonontunut viimeisen 3 kk aikana	1,8	1,501	2,055
Asiakkaan huonoksi kokema terveydentila	1,7	1,485	2,037
Terveydentila on epävaka	1,4	1,256	1,709
Virtsanpidätyskyvyttömyys	1,4	1,195	1,615
Epävarma kävelykyky	1,4	1,129	1,690
Masennus (DRS>2)	1,4	1,158	1,648
Muistisairauden diagnoosi	1,3	1,143	1,554
Kaatonut kolmen kuukauden aikana vähintään kerran	1,3	1,119	1,534
Mitkä tahansa käytösoire	1,3	1,072	1,541
Omaisien kuormittuminen	1,3	1,105	1,553
c statistics 0,779			

Selite: Depression Rating Scale (DRS), asteikko 0–14, missä 0–2 merkitsee ettei masennusepäilyä ole ja kolme pistettä tai enemmän merkitsee kliinisen masennuksen epäilyä.

Henkilöstönäkökulma

Analyyssi laitoshoidon henkilöstömitoitusten suhteesta hoidon laatuun on esitetty tämän raportin artikkelissa Noro ym., luvu 3.4. Vaikka henkilöstömitoituksen ja hoidon laadun suhteet näyttävät olevan monitekijäisiä, palveluasumiseen liittyvät matalat, alle 0.5 suhdeluvun saaneet henkilöstömitoitukset liittyivät tässä analyysissä asiakkaiden hallitsemattomaan kipuun.

Mikäli kotihoidon ja tehostetun palveluasumisen asiakaskunta muuttuu laitoshoidon vähentämisen seurauksena enemmän hoitoa ja henkilöstön aikaa tarvitseväksi, hoidon laatu saattaa vaarantua, mikäli mitoituksia ei korjata jossain määrin suuremmiksi. Aiemmat RAI-aineiston analyysit ovat osoittaneet vähäisenkin henkilöstön ”venyvän” tarvittaessa yhtä hyviin laatusuorituksiin kuin suuri henkilöstö. Tällöin kuitenkin henkilöstön kuormittuneisuus heijastuu työhyvinvointiin, mikä puolestaan voi johtaa sairasteluun, vähäiseen työmotivaatioon, ja alan heikkoon imagoon esimerkiksi työnhakijoiden ja opiskelijoiden silmissä (Finne-Soveri 2011).

Henkilöstön palkat ovat vanhuspalveluiden suurin kustannuserä. Tämän vuoksi henkilöstön vähentämisen voi toivoa johtavan kustannuksia hillitsevään vaikutukseen. Tällainen vaikutus saavutetaan kuitenkin vain jos henkilöstömitoitus toisaalta on riittävä estämään asiakkaiden vältettävissä olevan toiminnanvajauksen sekä muut vältettävissä olevat kalliit ilmiöt ja oireyhtymät kuten lonkkamurtumat ja painehaa-

vat. Lisäksi riittävä henkilöstömitoitus mahdollistaa kuntoutumista edistävän hoitotyön ja estää tarpeettoman toiminnanvajauksen ja sairaalapalvelujen käytön.

Laitoshoidon merkittävän vähentämisen yhteydessä vanhushpalveluiden henkilöstön työpanoksen kohdentaminen on harkittava uudelleen, jotta asiakkaiden tarpeet tulisivat huomioon otetuiksi. Apuna on hyvä käyttää RUG-III luokituksen asiakassegmentointia ja palvelutarpeen tasoja kuvaavaa MAPLe luokitusta.

Muita laitoshoidon vähentämisen yhteydessä tarpeellisia tietoja

Säännöllisen kotihoidon asiakkaista joka neljännen (27 %) kotiympäristöön liittyi jokin seuraavista rakenteellisista ongelmista; puutteellinen valaistus (5 %), epätasainen tai esteitä muodostava lattiapinta (10%), puutteellinen wc/kylpyhuone (7 %), puutteellinen keittiö (2 %), puutteellinen lämmitys tai jäähdytys (ilmastointi) (3 %), puutteellinen turvallisuus kodin ulkopuolella (1 %), kotiin pääsy esteellinen tai vaikeutunut (14 %), pääsy kodissa eri huoneisiin esteellinen tai vaikeutunut (3 %).

Säännöllisen kotihoidon asiakkaista joka kolmannella ei ollut minkäänlaista läheisauttajaa (33 %) ja tehostetun palveluasumisen asiakkaista sama tilanne oli useammalla kuin joka toisella (57 %). Vanhainkodeissa asioiden hoitajaksi oli merkitty omainen 82 prosentissa ja terveyskeskusten vuodeosastoilla 80 prosentissa, joten vähintään joka viidennellä laitosasukkaalla ei ollut tukihenkilöä. Tarkempaa tietoa ei kuitenkaan ole esimerkiksi näiden asioiden hoitajien samalla paikkakunnalla asumisesta tai heidän mahdollisuuksistaan auttaa arjessa.

Yhteenveto ja päätelmät

Laitoshoidon vähentäminen ja purkaminen on mahdollista. Se on alkanut jo vuosia ennen hallituksen rakennepoliittisen ohjelman toimeenpanon julkistamista (29.11.2013), Tätä muutosta on tarkasteltu erikseen tämän raportin artikkelissa Noro ym., luku 1.1.

Kustannusvaikuttavuuden kannalta katsoen laitoshoidon merkittävän vähentämisen tulee tervehdyttää palveluasumisen ja kotihoidon asiakasrakennetta sekä terveyskeskusten avopalvelujen käyttöä iäkkäiden asiakkaiden osalta. Lisäksi sen tulee vaikuttaa toimeksiantosopimuksen kunnan kanssa tehneiden omaishoitajien lukumäärään, jaksamiseen ja kotien esteettömyyteen ja turvallisuuteen. Se ei kuitenkaan saisi lisätä sairaalapalvelujen tai päivystyspoliklinikoiden tarpeetonta käyttöä vaan parhaassa tapauksessa hillitä niitä.

Laitoshoidon vähentäminen ja purkaminen kannattaa suunnitella kokonaisvaltaisesti. Sisällyttämällä se vanhushpalvelulain kunnilta edellyttämään kuntasuunnitelmaan ja sen seurantaan (5 §) sekä suorittamalla se asiakkaan näkökantaa kuunnellen (16 §). Samalla kannattaa huomioida asiakkaiden tulevan ympäristön muutostarpeet aineellisten ja aineettomien voimavarojen osalta.

Laitoshoidon vähentäminen kannattaa huomioida myös SOTE-uudistuksen ja kansallisen muistiohjelman toimeenpanon (STM 2012) näkökulmista.

Vanhuspalvelulain edellyttämää kotihoidon ensisijaisuutta (14 §) kehitettäessä kuntasuunnitelmiin tarvitaan myös suunnitelmat ilman läheisauttajaa olevien henkilöiden tarpeista sekä siitä miten toimintoja aiotaan kehittää muistisairaiden kotona asumisen edistämisen suuntaan.

Laitoshoidon merkittävä vähentäminen on mahdollista kolmen vuoden aikana toteuttamalla seuraavat askelet:

- ▶ suunnittelu aloitetaan heti
- ▶ kotihoidon palveluita ryhdytään kehittämään muistioireiselle paremmin sopiviksi
- ▶ tehostetun palveluasumisen hukkapasiteetti (kolmasosa tehostetusta palveluasumisesta) puretaan tavallisen palveluasumisen ja kotihoidon suuntaan
- ▶ erityisesti muistisairaiden, mutta myös muiden iäkkäiden palveluohjausta tehostetaan
- ▶ laitoshoidon uloskirjauspotentiaalin realisoiminen
- ▶ laitoshoidon muuntaminen palveluasumiseksi
- ▶ terveyskeskusten pitkäaikaisosastojen vähentämisen ja käyttöön otto kuntoutuspalveluihin, kotisairaalan tai tehostetun kotihoidon tueksi sekä saattohoidon tueksi kehittämällä liikkuvia palveluita
- ▶ ottamalla terveyskeskusvastaanotoilla käyttöön asiakasvastaavamalli.

Vanhuspalvelulain voimaantulo ja laitoshoidon merkittävä vähentäminen heijastuvat koko palvelujärjestelmän suunnitteluun ja seurantaan mm seuraavin tavoin:

- ▶ kokonaisvaltainen arviointi ja suunnittelu sekä hoitoketjujen merkitys korostuu
- ▶ yksilön tarpeiden systemaattisen arvioinnin merkitys korostuu ja samalla yksilön tarpeisiin kohdennettujen voimavarojen suunnittelun merkitys korostuu.
- ▶ henkilöstön osaamiseen ja lukumäärää varten tarvitaan asiakkaiden tarpeisiin ja hoitoisuuteen perustuva kerroin (esimerkiksi RAI-järjestelmään kuuluva kustannuspaino)
- ▶ tarvitaan tilastointia 63 vuotta täyttäneiden tarpeista nykyisen 75- tai 80-vuotiaisiin perustuvien tilastointikäytäntöjen lisäksi tai sijasta

- ▶ **kustannuksien hillintä voi merkitä vanhuspalveluiden kriteerien kiristämistä apua tarvitsevien lukumäärän lisääntyttyä vähintään kolmasosalla nykyisestä**

Laitoshoidon merkittävä vähentäminen voidaan toteuttaa kustannuksia hillitsevästi ja aiempaa laadukkaammin mikäli muutos toteutetaan vanhuspalvelulain mukaisesti yksilön palvelutarpeen arviointiin perustuen.

Lähteet

- Finne-Soveri H. Riippuuko asukkaan toimintakyvyn heikkeneminen asumispalvelujen tuottajan tyypistä tai rahoituspohjasta? Kirjassa Ikäihmisten asumispalvelujen järjestäminen. Yksityisen ja kunnallisen tuotannon vertailua sekä kokemuksia kilpailuttamisesta (toim Taimio H ja Sinervo T). THL raportti 2011;9:37-54.
- Fries, B.E. & Schneider, D.P. & Foley, W.J. & Gavazzi, M. & Burke, R. & Cornelius, E. (1994), Refining a Case Mix Measure for Nursing Homes: Resource Utilization Groups (RUG-III). *Medical Care*, 327,668-685.
- Heikkilä, Rauha; Gerasin, Aleksandr; Sakki, Joonas; Nieminen, Jutta; Björkgren, Magnus; Noro, Anja; Mäkelä, Matti; Finne-Soveri, Harriet. Ikäihmisten palvelut yli palvelurakenteen - Yhtenäisellä RUG-III/18-luokituksella palvelut ja kustannusarviointi samalle viivalle. Raportteja THL 2012. Saatavissa Internetissä: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-730-1>
- Hirdes JP, Poss JW, Curtin-Telegdi N. The Method for Assigning Priority Levels (MAPLe): a new decision support system for allocating home care resources. *BMC Med*. 2008 Mar 26;6:9. doi: 10.1186/1741-7015-6-9.
- Hirdes JP, Frijters DH, Teare GF (2003). The MDS-CHESS scale: a new measure to predict mortality in institutionalized older people, *J Am Geriatr Soc*. 51(1):96-100.
- Kanste O, Timonen O, Vuorinen A, Ylitalo-Katajisto K. Asiakasvastaavatoiminta tehostaa palveluita terveyskeskuksissa. *Yleislääkäri* 2012;27(2):9-12.
- Morris, J.N. & Fries, B.E (1994). MDS Cognitive Performance Scale. *Journal of Gerontology, Medical Sciences* 49(4): M174-82.
- Rakennepoliittinen ohjelma talouden kasvuedellytysten vahvistamiseksi ja julkisen talouden kestävyysvajeen umpeen kuromiseksi 2013. Saatavilla Internetissä: <http://www.valtioneuvosto.fi/etusivu/rakennuudistus395285/tiedostot/rakennepoliittinen-ohjelma-29082013/fi.pdf>
- SOTE-uudistus. Suomen malli Sosiaali- ja terveydenhuolto viidelle sote-alueelle. STM 2014. Saatavilla Internetissä: http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=10386860&name=DLFE-29731.pdf
- STM 2012. Kansallinen muistiohjelma 2012-2020. Tavoitteena muistiystävällinen Suomi. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2012:10. Saatavilla Internetissä: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3224-1>

2 Kuntien haasteet vuonna 2013

2.1 Vanhuspalvelulain haasteet kunnille

Hanna Alastalo, Riitta Aemejelaeus & Anja Noro

Vanhuspalvelulaki (980/2012) asettaa kunnalle velvollisuuksia tukea ikääntyneen väestönsä hyvinvointia ja iäkkäiden henkilöiden sosiaali- ja terveyspalvelujen saantia (Liite 1). Kunnan on tehtävä valtuustokausittain suunnitelma edellytyksistä, joiden avulla palvelujen saanti voidaan turvata. Palvelujen riittävyttä ja laatua on lisäksi arvioitava vuosittain. Kunnan on varattava riittävät voimavarat ikääntyneen väestön hyvinvoinnin tukemiseen ja iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluihin. Näihin tarkoituksiin kunnan käytettävissä on oltava riittävästi monipuolista asiantuntemusta. Kunnan on myös järjestettävä ikääntyneen väestön hyvinvointia tukevia neuvontapalveluja sekä tarjottava hyvinvointia tukevia terveystarkastuksia, vastaanottoja tai kotikäyntejä erityisesti riskiryhmiin kuuluville ikääntyneille asukkailleen ja kunnalla on myös velvollisuus nimetä vastuutyöntekijä palvelujen toteuttamiseen apua tarvitseville iäkkäille henkilöille. Palvelujen laadun varmistamiseksi on kunnan laadittava omavalvontasuunnitelma.

Tutkimusaineisto

Tutkimusaineistona toimii vanhuspalvelulakiin liittyvän, toukokuussa 2013 THL:n ja Valviran yhteistyönä toteutetun, kuntien, kuntayhtymien ja yhteistoiminta-alueiden (myöhemmin kunta) vastaaville viranhaltijoille lähetetty kysely, jolla arvioitiin kuntien keskeisiä haasteita (Liite 3). Kuntakyselyaineistosta esitetään vain Manner-Suomen tuloksia (n = 208). Selitettäväksi muuttujaksi on otettu kunnalle laissa (5 §) määritelty velvollisuus tehdä suunnitelma ikääntyneen väestön hyvinvoinnin tukemiseksi. Selittäjinä käytettiin kuntakyselyssä kysytyjä lain lukuun 2 kunnan yleisistä velvollisuuksista kuuluvia kunnassa muodostettua hyvinvointikertomusta, säännöllistä tiedonkeruuta, ikääntyneiden palvelutarpeiden vaatimaa erityisosaamista ja ikääntyneen väestön hyvinvointia ja itsenäistä suoriutumista tukevia terveystarkastuksia, lukuun 3 palvelutarpeista ja niihin vastaamiseen kuuluvia palvelutarpeen arviointiin pääsemistä ei-kiireellisissä tapauksissa, iäkkään palvelusuunnitelman sisältöä, tehdyn palvelusuunnitelman yhteistä käytettävyyttä ja vastuutyöntekijän nimeämistä, lukuun 4–5 palvelujen laadun varmistamisesta ja erinäisistä säännöksistä kuuluvia arviota omavalvontasuunnitelmasta ja viranomaisvalvonnan toteutumista ostopalveluiden osalta. Analyysimenetelmänä käytettiin logistista regressioanalyysiä, jossa vakioitiin vastaaja-alueen vuoden 2013 alussa 63 täyttäneellä väestöllä. Selitävien muuttujien jakaumat esitetään prosentteina.

Kunnan yleiset velvollisuudet

Kunnan suunnitelma ikääntyneen väestön hyvinvoinnin tukemiseksi

Suunnitelmassa ikääntyneen väestön tukemiseksi on käytävä ilmi tavoitteet, toimenpiteet, tarvittavien voimavarojen arviointi, eri toimialojen vastuut ja yhteistyö kunnassa toimivien julkisten tahojen, yritysten, järjestöjen ja yleishyödyllisten yhteisöjen kanssa. Suunnitelman toimenpiteet sisältävät menetelmät, joilla kunta pyrkii tukemaan ikääntyneen väestön hyvinvointia, terveyttä, toimintakykyä ja itsenäistä suoriutumista, mutta myös toimenpiteet iäkkäiden henkilöiden tarvitsemien palveluiden järjestämiseksi ja kehittämiseksi. Kuntakyselyn mukaan suunnitelma ikääntyneen väestön tukemiseksi oli ennen vanhuspalvelulain voimaantuloa olemassa 57 prosentilla kunnista. Taulukosta 1 nähdään, että suunnitelma oli etenkin vastaaja-alueella, jossa vuoden 2013 alussa 63 täyttäneitä oli 3 001–10 000. Niissä kunnissa, joissa vuoden 2013 alussa 63 täyttäneitä väestöä oli alle 1 000, todennäköisemmin puuttui vielä suunnitelma ikääntyneen hyvinvoinnin tukemiseksi (95 % luottamusväli [CI]= 1.14–0.99, $p = 0.048$).

Kunnilla, joilla suunnitelma oli jo tehtynä, vastaaja-alueen koko ei ollut yhteydessä suunnitelmassa tehtyihin arvioihin ikääntyneen väestön hyvinvoinnin tilasta tai ikääntyneille tarjolla olevien palvelujen riittävydestä ja laadusta, ikääntyneiden asumiseen ja asumistarpeiden ennakointiin liittyvistä ja kuntoutumista edistävästä tekijöistä. Ero näkyi ikääntyneiden palvelutarpeeseen vaikuttavien tekijöiden arvioinnissa, jossa kaikki vastaaja-alueet, joissa oli vuoden 2013 alussa 63 täyttäneitä yli 10 000, tekivät arvioita julkisten tilastotietojen perusteella. Suunnitelman pohjaksi kunnalla on kunnan tekemä hyvinvointikertomus, joka antaa kuvan kunnan hyvinvointipolitiikasta, väestön terveydestä ja hyvinvoinnista ja niissä tapahtuvista muutoksista, mutta myös palvelujärjestelmien toimivuudesta ja niiden palvelutarpeisiin vastaamiskyvystä. Kuntakyselyn perusteella, ne kunnat, joilla oli jo suunnitelma, 67 prosentilla oli muodostettu myös hyvinvointikertomus kun taas niillä kunnilla, joilla ei suunnitelmaa vielä ollut hyvinvointikertomus oli 48 prosentilla (95 % CI = 1.17–3.91, $p = 0.014$).

Taulukko 1. Vastaaja-alueen 63 täyttänyt väestö 2013 alussa ikääntyneen väestön tukemiseksi tehdyn suunnitelman mukaan.

Vastaaja-alueen 63 täyttänyt väestö 2013 alussa	Suunnitelma ikääntyneen väestön tukemiseksi				
	Ei n = 89	Kyllä n = 119	OR	(95% CI)	P
alle 1 000	31.5 %	12.6 %	0.37	(0.14–0.99)	0.048
1 001–3 000	29.2 %	33.6 %	1.06	(0.42–2.63)	0.90
3 001–10 000	27.0 %	40.3 %	1.37	(0.55–3.42)	0.49
yli 10 000	12.4 %	13.4 %	1.00		

Suunnitelmalle tarvitaan pohjatietoja, jotta saadaan toimiva ja riittävän kauaskantoinen suunnitelma palvelurakenteen pohjaksi. Kuntakyselyn mukaan kunnilla, joilla suunnitelma oli jo tehtynä, oli jo hyvin määritelty suunnitelman eri osa-alueiden kuten kotona asumisen edistämiseksi ja mahdollistamiseksi ja tarvittavien palveluiden järjestämiseksi ja kehittämiseksi tarvittavat tavoitteet ja toimenpiteet. Erityisesti suunnitelman toimeenpano-osa vaatii huomiota, koska kuntakyselyn perusteella ne kunnat, joilla oli jo suunnitelma tehtynä, toimintasuunnitelmien toimeenpanosuunnitelmat (arvio voimavaroista, vastuun jakamisesta eri toimialojen kesken ja yhteistyöstä kunnassa eri toimijoiden kesken) olivat puutteellisia tai niitä ei ollut. Vastaaja-alueen koolla ei ollut yhteyttä suunnitelmassa oleviin voimavara-arviointeihin, vastuiden jakamiseen eikä suunnitelmaan yhteistyöstä kunnassa toimivien eri tahojen kanssa.

Säännöllinen tiedonkeruu

Säännöllinen tiedonkeruu erilaisista iäkkäiden palveluiden ja iäkkäiden tukemisen voimavaroista sekä henkilöstön määrästä vaikuttavat tietoisuuteen ikääntyneiden palvelujen riittävydestä ja laadusta. Taulukossa 2 nähdään, niillä joilla oli suunnitelma ikääntyneen väestön tukemiseksi tekivät enemmän säännöllistä tiedonkeruuta iäkkäiden palveluihin käytetyistä taloudellista voimavaroista (Kerroinsuhde; Odds ratio [OR] = 2.71, 95 % CI = 1.19–6.17) sekä iäkkäiden toimintakyvyn ja itsenäisen suoriutumisen tukemiseen kohdennetuista voimavaroista (OR = 2.19, 95 % CI = 1.23–3.90).

Taulukko 2. Säännöllinen tiedonkeruu ja ikääntyneiden palvelutarpeiden vaatima erityisosaaminen ikääntyneen väestön tukemiseksi tehdyn suunnitelman mukaan.

	Suunnitelma ikääntyneen väestön tukemiseksi*				
	Ei n = 89	Kyllä n = 119	OR	(95 % CI)	P
Säännöllinen tiedonkeruu					
iäkkäiden palveluihin käytetyistä taloudellisista voimavaroista	78.7%	89.9%	2.71	(1.19 – 6.17)	0.018
Kohdennetuista voimavaroista iäkkäiden toimintakyvyn ja itsenäisen suoriutumisen tukemisessa	41.6%	63.0%	2.19	(1.23 – 3.90)	0.008
Henkilöstön määrästä ja koulutuksesta iäkkäiden palveluissa	91.0%	97.5%	5.24	(1.32 – 20.89)	0.019
Ikääntyneiden palvelutarpeiden vaatima erityisosaaminen					
Gerontologisesta hoitotyöstä	69.7%	86.6%	2.74	(1.32 – 5.68)	0.007
Monialaisesta kuntoutuksesta	70.8%	87.4%	2.96	(1.39 – 6.30)	0.005
Ikääntyneen väestön hyvinvointia ja itsenäistä suoriutumista tukevat terveystarkastukset tai kotikäynnit	79.8%	92.4%	2.99	(1.24 – 7.20)	0.015

*Vakioitu vastaaja-alueen 2013 alussa 63 täyttäneellä väestöllä

Kuntakyselyssä kunnat kokosivat säännöllisesti tietoa myös henkilöstömääristä ja henkilöstön koulutuksesta iäkkäiden palveluissa, kuten tehostetussa palveluasumisessa, vanhainkotihoitossa, terveyskeskuksissa ja kotihoidossa. Taulukosta 2 nähdään, että säännöllistä tiedonkeruuta henkilöstön määrästä ja koulutuksesta iäkkäiden palveluissa tekivät todennäköisemmin ne, joilla oli suunnitelma ikääntyneen väestön tukemiseksi (OR = 5.24, 95 % CI = 1.32–20.89). Tulos nostaa esiin kysymyksen siitä, miten hyvin todellisen henkilöstörakenteen seuraaminen onnistuu, etenkin kun kuntakyselyssä ainoastaan 60 prosentilla kunnista oli jonkinlainen seurantajärjestelmä suunniteltujen ja toteutuneiden vakanssien seuraamiseen. Seurantajärjestelmän käytössä ei ollut eroja niiden välillä, joilla oli suunnitelma ikääntyneen väestön tukemiseksi ja niiden, joilla suunnitelmaa ei ollut. Molemmilla sekä suunnitelman omaavilla kunnilla että kunnilla, joilla suunnitelma puuttui, ilmeni samanlainen huoli koulutetun työvoiman riittävydestä vastata ikääntyneiden palvelutarpeeseen.

Ikääntyneiden palvelutarpeiden vaatima erityisosaaminen

Ikääntyneiden palvelutarpeiden vaatima erityisosaamista on kuntakyselyn mukaan jo iäkkäiden hyvinvoinnin ja terveyden edistämisestä, läikehoidosta ja suun terveydenhoidosta sekä kunnilla, joilla oli suunnitelma ikääntyneen väestön tukemiseksi että kunnilla, joilla ei suunnitelmaa vielä ollut. Ero erityisosaamisessa näkyi gerontologiassa hoitotyössä (OR = 2.74, 95 % CI = 1.32–5.68) ja monialaisessa kuntoutuksessa (OR = 2.96, 95 % CI = 1.39–6.30), joita oli enemmän suunnitelman omaavissa kunnissa (taulukko 2). Suunnitelman yhteys gerontologisen sosiaalityön kanssa oli suunta antava, siten että gerontologista sosiaalityötä oli enemmän suunnitelman jo omaavissa kunnissa verrattuna kuntiin, joilla suunnitelmaa ei vielä ollut (58.8 % versus 43.8 %, X^2 -testi 0.032).

Ikääntyneiden hyvinvointia tukevat terveystarkastukset

Ikääntyneiden palvelutarpeisiin sisältyy huolehtiminen ikääntyneen väestön hyvinvoinnista ja itsenäistä suoriutumista tukevista terveystarkastuksista tai kotikäynneistä. Taulukosta 2 nähdään, että kunnat, joilla oli suunnitelma ikääntyneen väestön tukemiseksi osoittivat heillä tehtävän enemmän ikääntyneen väestön hyvinvointia ja itsenäistä suoriutumista tukevia terveystarkastuksia tai kotikäyntejä kuin kunnissa, joissa suunnitelmaa ei vielä ollut (OR = 2.99, 95 % CI = 1.24–7.20). Vaikka suunnitelman omaavat kunnat näyttivät tekevän enemmän terveystarkastuksia tai kotikäyntejä, ei niiden kohdistamisessa riskiryhmille ollut eroa verrattuna kuntiin, joilla suunnitelmaa ei vielä ollut.

Ikääntyneiden palvelutarpeet ja niihin vastaaminen

Palvelutarpeen arviointiin pääseminen

Ikääntyneen henkilön palvelutarpeen selvittämisessä tarkastellaan kokonaisvaltaisesti sosiaali- ja terveyspalvelujen ja iäkkään henkilön hyvinvointiin, terveyteen, toimintakykyyn ja itsenäiseen suoriutumiseen tukevien palvelujen tarvetta. Ei-kiireellisissä tapauksissa kunta on vanhuspalvelulain mukaan velvollinen järjestämään 75 vuotta täyttäneelle pääsyn sosiaalipalvelujen arviointiin viimeistään seitsemäntenä arkipäivänä siitä, kun kuntaan on otettu yhteyttä. Kuntakyselyn mukaan iäkkään mahdollisuus päästä ei-kiireellisissä tapauksissa palvelutarpeen arviointiin viimeistään 7 arkipäivän aikana toteutui 52 prosentilla kunnista aina. Taulukosta 3 nähdään, että kunnilla, joilla oli suunnitelma ikääntyneen väestön tukemiseksi, iäkäs henkilö pääsi viimeistään 7 arkipäivän aikana aina palvelutarpeen arviointiin yli kuusi kertaa todennäköisemmin kuin kunnissa, joissa ei suunnitelmaa vielä ollut (95 % CI = (2.01–22.35)).

Iäkkään palvelusuunnitelma

Palvelusuunnitelman on oltava ajantasainen ja sen pitää sisältää iäkkään henkilön tarpeita vastaava palvelukokonaisuus. Suunnitelma toimii asiakkaan ja palveluntuottajan välisenä toimintasuunnitelmana. Kuntakyselyn perusteella tyypillisimmillään palvelusuunnitelman arvioitiin sisältävän aina asiakkaan oma näkemys, omaisten iäkkäälle henkilölle antama apu ja tuki, suunnitellut kotihoidon säännölliset palvelut, ja kotihoidon tukipalvelut. Taulukossa 3 nähdään ero suunnitelman omaavien kuntien ja kuntien, joilta suunnitelma ikääntyneen väestön tukemiseksi puuttui välillä palvelusuunnitelman sisällössä kuntoutumisen mahdollisuuksien ja kuntoutumissuunnitelman kohdalla. Kuntoutumisen mahdollisuudet ja kuntoutumissuunnitelma olivat suunnitelman omaavissa kunnissa 37 prosentilla aina, kun kuntoutumisen mahdollisuudet ja kuntoutumissuunnitelma olivat aina 21 prosentilla kunnista, joilla suunnitelma ei vielä ollut (OR = 4.29, 95 % CI = 1.23–14.93).

Kuntakyselyn mukaan tehty palvelusuunnitelma, iäkkään henkilön suostumuksella, oli yhteisesti käytettävissä 94 prosentilla kotihoidon lähityöntekijöistä ja 85 prosentilla terveyskeskuslääkäreistä. Taulukossa 3 nähdään, että palvelusuunnitelma oli yhteisesti käytettävissä iäkkään suostumuksella kotihoidon työntekijällä todennäköisemmin kunnilla, joilla oli suunnitelma iäkkään väestön tukemiseksi (OR = 5.03, 95% CI = 1.25–20.17). Palvelusuunnitelman käytön tehostaminen yhteisen tietojärjestelmän avulla erityisesti asiakkaalle suunniteltujen erityispalvelujen osalta parantaisi tiedonkulkua eri toimijoiden kesken ja erityispalveluiden kohdentamista.

Taulukko 3. Pääsy palvelutarpeen arviointiin, iäkkään palvelusuunnitelma ja vastuutyöntekijä ikääntyneen väestön tukemiseksi tehdyn suunnitelman mukaan.

	Suunnitelma ikääntyneen väestön tukemiseksi*				
	Ei n = 89	Kyllä n = 119	OR	(95 % CI)	P
Palvelutarpeen arviointiin pääseminen ei-kiireellisissä tapauksissa viimeistään 7 arkipäivän aikana					
Aina	46.1%	57.1%	6.71	(2.01 – 22.35)	0.002
Useimmiten	38.2%	39.5%	5.25	(1.55 – 17.76)	0.008
Harvemmin	15.7%	3.4%	1.00		
Iäkkään palvelusuunnitelmaan sisällytetty kuntoutumisen mahdollisuudet ja kuntoutumissuunnitelma					
Aina	21.3%	37.0%	4.29	(1.23 – 14.93)	0.022
Tarvittaessa	67.4%	58.8%	2.40	(0.75 – 7.71)	0.14
Ei	11.2%	4.2%	1.00		
Tehty palvelusuunnitelma yhteisesti käytettävissä iäkkään suostumuksella kotihoidon lähityöntekijällä	91.0%	97.5%	5.03	(1.25 – 20.17)	0.023
Vastuutyöntekijä nimetään hauraalle iäkkäälle henkilölle, joka asuu kotiin tuotavien palvelujen avulla yksin					
Aina	44.7%	80.0%	17.71	(3.04 – 103.08)	0.001
Useimmiten	38.3%	17.1%	3.64	(0.59 – 22.60)	0.17
Joskus/Harvoin	17.0%	2.9%	1.00		

*Vakioitu vastaaja-alueen 2013 alussa 63 täyttäneellä väestöllä

Vastuutyöntekijän nimeäminen

Vanhuspalvelulaissa veloitetaan 1.1.2015 lähtien nimeämään vastuutyöntekijä iäkkään henkilön tarvitessa palvelujen toteuttamiseen ja yhteensovittamiseen apua. Vastuutyöntekijä voi olla uusi työntekijä ikäihmisten palveluihin tai hän voi olla jo nykyisin kunnissa toimiva muistikoordinaattori tai asiakasvastaava (STM ja Kuntaliitto 2013). Vastuutyöntekijän tehtäviin kuuluu iäkkään henkilön palvelusuunnitelman toteutumisen seuraaminen ja muutoksia iäkkään henkilön palvelutarpeissa. Kuntakyselyssä tarkoitetaan vastuutyöntekijällä myös nykyisin kunnissa toimivia muistikoordinaattoreita ja asiakasvastaavia. Kuntakyselyn perusteella vastuutyöntekijän nimettiin aina etenkin kotiin tuotavien palvelujen avulla kotona yksin asuvalle hauraalle henkilölle. Suurimmalla osalla kunnista, jotka arvioivat hauraalle kotona yksin asuvalle henkilölle nimettävän vastuutyöntekijä, oli taulukon 3 mukaan suunnitelma ikääntyneen väestön tukemiseksi (OR = 17.71, 95 % CI = 3.04–103.08).

Palvelujen laadun varmistaminen

Arvio omavalvontasuunnitelmasta

Palvelujen laatua on seurattava järjestelmällisesti osana omavalvontaa, jonka vanhuspalvelulaki velvoittaa vanhustenhuollon toimintayksiköitä laatimaan 1.1.2015 lähtien. Kuntakyselyn perusteella omavalvontasuunnitelma arvioitiin olevan suurimmassa osassa tai melko useassa toimintayksikössä jo 36 prosentilla. Taulukossa 4 nähdään, että ne kunnat, joilla oli suunnitelma ikääntyneen väestön tukemiseksi tehtynä, arvioitiin todennäköisemmin omavalvontasuunnitelman olevan melko useassa ikäihmisten palveluiden toimintayksikössä OR = 3.85, 95 % CI = 1.45–10.22). Omavalvontasuunnitelman toteutumista on seurattava ja palveluja kehitettävä iäkkäiltä henkilöiltä, heidän omaisiltaan ja läheisiltään sekä toimintayksikön henkilöstöltä kerättävän palautteen perusteella. Osa kunnista kuntakyselyn perusteella keräsi säännöllisesti palautteita vanhustenhuollon yksiköiden asukkailta, heidän omaisiltaan ja henkilöstöltä. Paljon oli kuitenkin kuntia, joissa varsinkin henkilöstöltä palautetta ei kerätty. Suunnitelman yhteys näkyi palautteen keräämiseen vain suuntaa antavasti ainoastaan asiakkaiden omaisilta ja läheisiltä kerätyn palautteen osalta niin, että suunnitelman omaavat kunnat keräsivät enemmän palautteita (42 % versus 30 %, X²-testi 0.033). Tarkoitus palautteen keräämisellä on turvata asiakkaiden ja henkilöstön mahdollisuus osallistua ja vaikuttaa palvelujen laadun arviointiin ja kehittämiseen.

Viranomaisvalvonnan toteutuminen

Viranomaisvalvonnan toteutuminen ikääntyneiden palveluiden toiminnoissa arvioitiin kuntakyselyn mukaan jo olevan aina omassa toiminnassa ja yksityisessä palvelutoiminnassa sekä kunnilla, joilla oli suunnitelma ikääntyneen väestön tukemiseksi ettei kunnilla, joilla ei suunnitelmaa vielä ollut. Ero viranomaisvalvonnan toteutumisessa näkyi ostopalveluiden osalta. Taulukossa 4 nähdään, että ne kunnat, joilla oli jo suunnitelma ikääntyneen väestön tukemiseksi, viranomaisvalvonta toteutui yli viisi kertaa todennäköisemmin aina (95 % CI = 1.72–15.76) tai useimmin (95% CI = 1.76–17.28) ostopalveluiden osalta.

Taulukko 4. Arvio omavalvontasuunnitelmasta ja viranomaisvalvonnan toteutumisesta ikääntyneen väestön tukemiseksi tehdyn suunnitelman mukaan.

	Suunnitelma ikääntyneen väestön tukemiseksi*				
	Ei	Kyllä	OR	(95 % CI)	P
	n = 89	n = 119			
Arvio omavalvontasuunnitelmasta ikäihmisten palveluiden toimintayksiköissä					
Suurimmassa osassa	15.9%	21.8%	1.94	(0.85 – 4.47)	0.12
Melko useassa	8.5%	22.7%	3.85	(1.45 – 10.22)	0.007
Aika harvassa	30.5%	21.0%	0.96	(0.46 – 2.00)	0.91
Ei ole ollenkaan	45.1%	34.5%	1.00		
Viranomaisvalvonnan toteutuminen ikäihmisten palveluiden toiminnoissa ostopalveluiden osalta					
Aina	48.8%	58.5%	5.21	(1.72 – 15.76)	0.003
Useimmiten	28.8%	37.3%	5.51	(1.76 – 17.28)	0.003
Joskus/Harvoin	22.5%	4.2%	1.00		

*Vakioitu vastaaja-alueen 2013 alussa 63 täyttäneellä väestöllä

Yhteenveto

Kuntien ikääntyneiden henkilöiden palvelujen järjestämistä ohjaavat sekä vanhuspalvelulaki (980/2012) että iäkkäiden henkilöiden palveluja koskeva laatusuositus (STM ja Kuntaliitto 2013). Nämä edellä mainitut ja jatkossa myös Hallituksen rakennepoliittisen ohjelman (29.11.2013) toimeenpano ohjaavat palveluita samaan suuntaan. Tavoitteina ovat kuntien hyvin suunnitellut toimintakykyä ja kuntoutumista tukevat palvelukokonaisuudet, palvelut pääsääntöisesti kotiin järjestettyinä sekä kuvaukset eri palvelukokonaisuuksien laatuavoitteista. Myös ympärivuorokautista palvelua on tarjottava silloin, kun kotona asuminen ei enää ole turvallista. Suunnitelma sekä suunnitelmaa tukevat ja tietoa kartuttavat seurantajärjestelmät muodostavat pohjan kunnan omalle viranomaisvalvonnalle, jonka tehtävänä on varmistaa, että tavoitteiden toteutumista seurataan koko ajan, mitataan toimivalla mittaristolla ja korjataan tarpeen mukaan.

Tulokset osoittavat jo nyt sen, että kunnilla, joilla oli jo vanhuspalvelulaisissa (5 §) määritelty suunnitelma ikääntyneen väestön hyvinvoinnin tukemiseksi, oli suunnitelmalla vaikutusta kunnan toimintaan. Tulosten perusteella suunnitelman olemassaolo näytti vaikuttavan moniin eri vanhuspalvelulain luvuissa oleviin toimintoihin. Etenkin iäkkään palvelutarpeiden vaatiman erityisosaamisen lisääntymiseen gerontologisen hoitotyön ja monialaisen kuntoutumisen osalta ja iäkkään henkilön pääsemiseen palvelutarpeen arviointiin ei-kiireellisissä tapauksissa. Suunnitelmallinen toiminta paransi myös kuntoutumisen mahdollisuuksien ja kuntoutumissuunnitelman sisältymistä iäkkään palvelusuunnitelmaan. Suunnitelman olemassaolo näytti lisäävän toiminnassa myös viranomaisvalvonnan ja omavalvonnan osuutta ja sitä kautta näky-

vän iäkkään henkilön arjessa vastuutyöntekijän nimeämisenä etenkin hauraalle kotona yksin asuvalle henkilölle.

Suunnitelmallisuuden lisääntyminen vanhushpalveluissa luo pohjaa palvelujen laadun järjestelmälliselle seuraamiselle ja sitä kautta suunnitelmallisuus myös kana-voituu itse toimintaan ja toiminnan parantamiseen. Suunnitelman omaavilla kunnilla on jo hyvä pohja reagoida vanhushpalvelulain tuomiin uusiin haasteisiin ja paremmat edellytykset yhdistää iäkkäille suunnatut palvelut toimivaksi kokonaisuudeksi. Kunnilla, joilta suunnitelma puuttui, on suuri haaste saattaa iäkkäille suunnatut palvelut vanhushpalvelulain edellyttämälle tasolle.

Johtopäätöksenä tulokset viittaavat siihen, että vanhushpalveluilla (980/2012) ja sen tuomalla velvoitteella tehdä suunnitelma iäkkään väestön tukemiseksi on toimintaprosesseja parantava vaikutus iäkkäille henkilöille suunnatuissa palveluissa.

Haasteita kunnille ovat:

- ▶ **Luoda seurantarjestelmät, joilla saadaan riittävä tieto kunnan iäkkään väestön palvelutarpeista ja riskiväestöstä ikääntyneiden palvelujen riittävyyden ja laadun parantamiseksi ja vanhenemiseen liittyvän erityisosaamisen varmistamiseksi, sekä varmistaa palveluntuottajien ajantasaiset omavalvontasuunnitelmat osana palvelujen laadun järjestelmällistä seuraamista.**
- ▶ **Sisällyttää iäkkään henkilön palvelusuunnitelmaan kuntoutumisen mahdollisuudet ja lisätä terveystarkastuksia ja kotikäyntejä, jotka tukevat ikääntyneen väestön hyvinvointia ja itsenäistä suoriutumista.**
- ▶ **Selkiyttää iäkkään henkilön pääsemistä palvelutarpeen arviointiin ja lisätä vastuutyöntekijän nimeämistä palvelutarpeen arvioinnin yhteydessä henkilölle, joka tarvitsee apua palvelujen koordinointiin mm. hauraalle yksin asuvalle ja useita palveluja käyttävälle.**
- ▶ **Lisätä viranomaisvalvontaa mm. ikäihmisille suunnatuissa ostopalveluissa.**

Lähteet

Rakennepoliittinen ohjelma talouden kasvuedellytysten vahvistamiseksi ja julkisen talouden kestävyysvajeen umpeen kuromiseksi 2013. Saatavilla Internetissä: <http://valtioneuvosto.fi/etusivu/rakennuudistus395285/tiedostot/rakennepoliittinen-ohjelma-29082013/fi.pdf>

STM ja Kuntaliitto, 2013. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2013:11. Helsinki 2013. Saatavilla internetissä: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3415-3>

2.2 Iäkkään väestön hyvinvointia edistävät palvelut

Matti Mäkelä & Hanna Alastalo

Johdanto

Vanhuspalvelulain 5 § edellyttää, että kunnat suunnittelevat, millaisin toimenpitein ne tukevat ikääntyneen väestönsä hyvinvointia, terveyttä, toimintakykyä ja itsenäistä suoriutumista. Nämä toimenpiteet eivät ole pelkkiä palveluita, vaan myös yhteistyötä kunnassa toimivien julkisten tahojen, yritysten sekä ikääntyneitä väestöä edustavien järjestöjen ja muiden yleishyödyllisten yhteisöjen kanssa. Erikseen 12 § säättää kunnan velvollisuudeksi järjestää koko ikääntyneen väestön hyvinvointia, terveyttä, toimintakykyä ja itsenäistä suoriutumista tukevia neuvontapalveluja sekä terveystarkastuksia, vastaanottoja tai kotikäyntejä sellaisille väestöryhmille, joilla saattaa olla piilevää palvelutarvetta. Tällaisina riskiryhminä on pidetty mm. iäkkäitä omaishoitajia, muistisairaita, päihteiden käyttäjiä, mielenterveysasiakkaita, vähävaraisia, päivystyspoliklinikoiden suurkäyttäjiä ja äskettäin leskeksi jääneitä (STM ja Kuntaliitto 2013).

Hyvinvointia edistävien palveluiden yhteydessä tehtävästä toimintakyvyn arvioinnista on joulukuussa 2013 annettu suositus (Mäkelä ym. 2013). Suositus ohjaa käytäntöön, jossa myös hyvinvointia edistävien palveluiden yhteydessä tehdään järjestelmällinen ja moniulotteinen vaikkakin suppea toimintakyvyn kartoitus, jota täydennetään sen mukaan, nouseeko siinä esiin toimintakyvyn heikkenemiseen liittyviä huolia. Suositus ei ole ollut käytettävissä vanhuspalvelulakia säädettäessä eikä tämän selvityksen tiedonkeruun aikana.

Kuntakyselyssä selvitettiin, missä määrin vastaajat jo ennen lain voimaantumista järjestivät näitä hyvinvointia edistäviä palveluita.

THL:n tuottama indikaattoripalvelu TEAviisari (www.thl.fi/teaviisari, (Saaristo ym. 2010)) kuvaa eri kuntien aktiivisuutta eri terveydenedistämistoimissa. Palveluun ei vielä ole tuotettu tietoa ikäihmisten hyvinvoinnin edistämistoimista. Tämä raportti kuvaa vanhuspalvelulain toimeenpanon kuntakyselyn tietoja samankaltaisin koostein kuin TEAviisarin esitystapa: kunnan hyvinvointia edistävästä toiminnasta (hyvinvointia edistävien toimien järjestelmällisyyttä, monipuolisuutta ja kohderyhmien laajuutta sekä johtamisen sitoutuneisuutta kuvaavista kysymyksistä) muodostettiin summaindeksejä.

Aineisto

Selvityksen aineistona on vanhuspalvelulain toimeenpanon seuranta- ja arviointihankkeen kuntakysely (Liite 3), Manner-Suomen kuntien ja kuntien yhteenliittymien (myöhemmin kunta) vastaukset (N=208), jotka edustavat kaikkia Manner-Suomen 304 kuntaa. Hyvinvointia edistävien palveluiden järjestämistä kuvaavat vastaajan kä-

sitykset ikääntyneen väestön hyvinvoinnin arvioinnista sekä ikääntyneen väestön hyvinvointia edistävien toimien suunnitelmallisuudesta, tavoitteellisuudesta, vastuutuksesta, voimavaroista, yhteistyöstä, kohdentumisesta ja sisällöstä.

Hyvinvointia edistävän toiminnan järjestäminen kuvataan suhteessa maantieteelliseen alueeseen (AVI-alue), kunnan (63 vuotta täyttäneen väestön) kokoon sekä saman kunnan toimintatapaan palvelutarpeiden selvittämisessä, erityisesti toimintakyvyn arviointikäytäntöön (Mäkelä ym., luku 3.2).

Tulokset

Kuntien vastauksissa oli merkittävää vaihtelua kaikilla hyvinvointia edistävien palveluiden järjestämisen tasoilla. Iäkkään väestön hyvinvoinnin tukemiseksi tehtävä suunnitelma puuttui vielä monista kunnista, mutta silloinkin, kun suunnitelma oli olemassa, sen sisältö vaihteli. Suunnitelman pohjana oli käytetty eri laajuista tietoa iäkkään väestön hyvinvoinnin tilasta (Taulukko 1). Kolmasosa käytti vain yhtä tai kahta tietolähdettä: julkisia tilastoja, erillisiä kyselyitä tai palvelutarpeiden selvittämisen yhtey-

Taulukko 1. Iäkkään väestön suunnitelmaan sisältyvät tietolähteet ikääntyneen väestön hyvinvoinnin tilasta.

	Ei	1–2 tietoa	3 tietoa tai enemmän	Vastaajia
	%	%	%	N
Yhteensä	22	35	43	208
Aluehallintoviraston alue				
Etelä-Suomen aluehallintovirasto	15	30	55	40
Itä-Suomen aluehallintovirasto	27	35	38	37
Lapin aluehallintovirasto	20	45	35	20
Lounais-Suomen aluehallintovirasto	31	26	44	39
Länsi- ja Sisä-Suomen aluehallintovirasto	23	40	38	53
Pohjois-Suomen aluehallintovirasto	11	42	47	19
Kunnan tai kuntayhtymän 63 vuotta täyttänyt väestö				
0–1 000	40	30	30	43
1 001–3 000	23	39	38	66
3 001–10 000	15	33	51	72
Yli 10 000	11	37	52	27
Järjestelmällinen toimintakyvyn arviointikäytäntö palvelutarpeiden selvittämisen yhteydessä				
Ei systemaattista toimintakyvyn mittausta	40	33	27	15
Vain yhden toimintakykyloottuvuuden mittarit	34	34	32	50
2–3 toimintakykyloottuvuuden mittarit	20	37	43	92
4 tai useamman toimintakykyloottuvuuden mittarit	10	33	57	51

dessä kertynyttä tietoa. Tämä osuus vaihteli alueellisesti ja kunnan 63 vuotta täyttäneen väestön suuruuden mukaan. Kunnissa, joissa oli palvelutarpeiden selvittämisen yhteydessä käytössä järjestelmällinen, monta toimintakyvyn ulottuvuutta kuvaava toimintakyvyn, oli useammin myös laaja tietopohja iäkkään väestön hyvinvoinnin tukemista koskevassa suunnitelmassa (Mäkelä ym. luku 3.2).

Myös hyvinvointia edistävän toiminnan tavoitteiden, toimenpiteiden, voimavarojen, vastuiden ja eri toimijoiden yhteistyön järjestelmällinen määrittely vaihteli huomattavasti (Taulukko 2). Kaikista vastaajista 47 prosenttia ilmoitti määrittäneensä näistä ainakin kolme. Kunnista, joiden iäkäs väestö oli enintään 1 000 asukasta, vain 33 prosenttia ja kunnista, joilla palvelutarpeen arviointikäytäntöön ei sisällynyt järjestelmällistä toimintakyvyn arviointia, vain 27 prosenttia ilmoitti määritelleensä hyvinvointia edistävän toiminnan eri ulottuvuuksista kolme tai enemmän.

Taulukko 2. Iäkkään väestön suunnitelma: Tavoitteet, toimenpiteet, voimavarat, vastuut ja yhteistyö määritetty.

	Ei	1–2 kohtaa	3 kohtaa tai enemmän
	%	%	%
Yhteensä	43	11	47
Aluehallintoviraston alue			
Etelä-Suomen aluehallintovirasto	38	15	48
Itä-Suomen aluehallintovirasto	46	5	49
Lapin aluehallintovirasto	55	10	35
Lounais-Suomen aluehallintovirasto	44	5	51
Länsi- ja Sisä-Suomen aluehallintovirasto	38	13	49
Pohjois-Suomen aluehallintovirasto	47	16	37
Kunnan tai kuntayhtymän 63 vuotta täyttänyt väestö			
0–1 000	65	2	33
1 001–3 000	39	12	48
3 001–10 000	33	14	53
Yli 10 000	41	11	48
Järjestelmällinen toimintakyvyn arviointikäytäntö palvelutarpeiden selvittämisen yhteydessä			
Ei systemaattista toimintakyvyn mittausta	67	7	27
Vain yhden toimintakyvyluottavuuden mittarit	50	8	42
2–3 toimintakyvyluottavuuden mittarit	41	12	47
4 tai useamman toimintakyvyluottavuuden mittarit	31	12	57

Kunnat, jotka arvioivat toimintakykyä yhdellä tai useammalla toimintakyvyn ulottuvuuden mittarilla, hyvinvointia edistävinä palveluina tarjottiin yleisemmin terveystarkastuksia tai kotikäyntejä (Taulukko 3). Ne, joilla ei ollut palvelutarpeiden selvittämiskäytäntönä järjestelmällistä toimintakyvyn arviointia järjestivät hyvinvointia edistävät palvelut neuvontana. Hyvinvointia edistäviä palveluita ei järjestetty 6 prosentissa kuntia. Palveluiden järjestämättömyyttä oli kunnissa, joissa oli pieni iäkäs väestö (12 %) tai joiden palvelutarpeiden selvittämiskäytäntöön ei kuulunut järjestelmällistä toimintakyvyn arviointia (13 %).

Puolet kunnista tarjosi hyvinvointia edistäviä palveluita useille riskiryhmiksi tunnistamilleen väestöryhmille, ja yli kolmasosa yhdelle tai kahdelle nimetylle kohderyhmälle (Taulukko 4). Hyvinvointia edistävien palveluiden kohdentaminen useille väestöryhmille oli yleisintä Pohjois-Suomen aluehallintoviraston alueella ja harvinaisinta Etelä-Suomen aluehallintoviraston alueella. Kunnan koko ei johdonmukaisesti liittynyt kohderyhmien määrään. Sen sijaan kunnan toimintatapa palvelutarpeiden selvittämisessä liittyi vahvasti hyvinvointia edistävien palveluiden kohderyhmiin: jos kunnassa ei ollut käytössä järjestelmällistä toimintakyvyn mittausta, olivat myös hyvinvointia edistävien palveluiden kohderyhmät usein nimeämättä, ja kunnissa, joissa järjestelmällisesti selviteltiin useita toimintakyvyn ulottuvuuksia, myös hyvinvointia edistävien palveluiden kohderyhmiä oli nimetty useita.

Taulukko 3. Hyvinvointia estävien palveluiden tyyppi.

	Ei	Neuvonta	Kotikäynnit tai terveystarkastukset	Molemmat
	%	%	%	%
Yhteensä	6	7	13	75
Aluehallintoviraston alue				
Etelä-Suomen aluehallintovirasto	5	13	10	73
Itä-Suomen aluehallintovirasto	8	3	14	76
Lapin aluehallintovirasto	5	5	5	85
Lounais-Suomen aluehallintovirasto	8	5	15	72
Länsi- ja Sisä-Suomen aluehallintovirasto	8	9	13	70
Pohjois-Suomen aluehallintovirasto	0	0	16	84
Kunnan tai kuntayhtymän 63 vuotta täyttänyt väestö				
0–1 000	12	7	14	67
1 001–3 000	9	3	21	67
3 001–10 000	3	10	8	79
Yli 10 000	0	7	0	93
Järjestelmällinen toimintakyvyn arviointikäytäntö palvelutarpeiden selvittämisen yhteydessä				
Ei systemaattista toimintakyvyn mittausta	13	13	13	60
Vain yhden toimintakykyulottuvuuden mittarit	12	4	22	62
2–3 toimintakykyulottuvuuden mittarit	3	8	12	77
4 tai useamman toimintakykyulottuvuuden mittarit	4	6	4	86

Taulukko 4. Hyvinvointia edistävien palveluiden erityiset nimetyt kohderyhmät (riskiryhmät).

	Ei	1-2 nimettyä kohderyhmää	3 tai useampia kohderyhmiä
	%	%	%
Yhteensä	13	36	50
Aluehallintoviraston alue			
Etelä-Suomen aluehallintovirasto	18	45	38
Itä-Suomen aluehallintovirasto	11	32	57
Lapin aluehallintovirasto	10	35	55
Lounais-Suomen aluehallintovirasto	13	41	46
Länsi- ja Sisä-Suomen aluehallintovirasto	17	30	53
Pohjois-Suomen aluehallintovirasto	5	32	63
Kunnan tai kuntayhtymän 63 vuotta täyttänyt väestö			
0–1 000	19	35	47
1 001–3 000	12	33	55
3 001–10 000	13	38	50
Yli 10 000	11	41	48
Järjestelmällinen toimintakyvyn arviointikäytäntö palvelutarpeiden selvittämisen yhteydessä			
Ei systemaattista toimintakyvyn mittausta	27	40	33
Vain yhden toimintakykyulottuvuuden mittarit	16	44	40
2–3 toimintakykyulottuvuuden mittarit	11	33	57
4 tai useamman toimintakykyulottuvuuden mittarit	12	33	55

Pohdinta

Kunnan tai kuntayhtymän toimet iäkkään väestön hyvinvoinnin ja toimintakyvyn tukemiseksi perustuvat kyselyn vastausten mukaan useimmiten ainakin jossain määrin tietoon iäkkään väestön hyvinvoinnin tilasta. Väestön hyvinvoinnin tilaa koskeva suunnitelma on kuitenkin usein varsin yleispiirteinen, eikä siinä ei ole aina määritelty tavoitteita, toimenpiteitä, vastuita tai resursseja, joilla väestön hyvinvointia on tarkoitus edistää. Iäkkään väestön hyvinvoinnin edistämisen tukemiseksi tarkoitettuja erityisiä palveluita kuten neuvontapalveluita ja riskiryhmille kohdennettuja terveystarkastuksia ja hyvinvointia tukevia kotikäyntejä ilmoittaa tekevänsä yli kaksi kolmesta vastaajasta. Näiden kohdentuminen vaihtelee ja varsin usein hyvinvointia edistävien palveluiden kohderyhmäksi on valittu vain yksi tai kaksi korkean riskin väestöryhmää (kaikkein useimmin tietyt ikäryhmät ja muistisairauksista kärsivät). Noin puolet vastaajista ilmoitti useita eri kohderyhmiä.

Etelä- ja Pohjois-Suomen aluehallintoviraston alueilla oli eniten kuntia, jotka käyttivät useita tietolähteitä iäkkään väestönsä hyvinvoinnin tilan selvittämiseen. Muutoin kuntien vastausten alueelliset vaihtelut iäkkään väestön hyvinvointia edistävissä toimissa eivät olleet suuria.

Kunnat, joiden iäkäs väestö oli enintään 1 000 asukasta, ilmoittivat muita useammin toimivansa ilman tietoon perustuvaa käsitystä iäkkään väestönsä hyvinvoinnin tilasta. Niiden suunnitelmissa iäkkään väestön hyvinvoinnin tukemiseksi oli myös muita harvemmin määritelty toiminnan vastuut, resurssit, tavoitteet ja konkreettiset toimet, ja niiden hyvinvointia edistävien palveluiden valikoima oli myös suurempia vanhuspalvelujärjestäjiä useammin suppea.

Tarkasteltaessa sitä, miten kuntien käytännöt iäkkään väestön hyvinvoinnin edistämiseksi olivat yhteydessä saman kunnan käytäntöön palvelutarpeiden selvittämiseksi, voitiin todeta järjestelmällisen, laaja-alaisen ja moniulotteisen toimintakyvyn arvioinnin olevan vahvasti yhteydessä myös hyvinvointia edistävien palveluiden ja niitä koskevan suunnitelman järjestelmällisyyteen, laaja-alaisuuteen ja monipuolisuuteen.

Päätulokset

- ▶ Useimmissa kunnissa laaditaan suunnitelmia iäkkään väestön hyvinvoinnin tukemiseksi ja myös järjestetään hyvinvointia edistäviä palveluita.
- ▶ Hyvinvointia edistävä toiminta on järjestelmällisempää, johdonmukaisempaa ja laaja-alaisempaa ja perustuu parempaan tietopohjaan suurissa kunnissa kuin pienissä.
- ▶ Hyvinvointia edistävä toiminta on järjestelmällisempää, johdonmukaisempaa ja laaja-alaisempaa ja perustuu parempaan tietopohjaan kunnissa, joissa iäkkään henkilön palvelutarpeiden selvittämiskäytäntöön kuuluu toimintakyvyn moniulotteinen, järjestelmällinen arviointi.

Lähteet

Mäkelä M, Autio T, Heinonen H, Holma T, Häkkinen H, Hänninen T, Pajala S, Sainio P, Schroderus K, Seppänen M, Sihvonen S, Stenholm S, Valkeinen H. Suositus toimintakyvyn arvioinnista iäkkään väestön hyvinvointia edistävien palveluiden yhteydessä. www.thl.fi/toimia/tietokanta/suositus/41/. painos. Terveyden ja Hyvinvoinnin laitos (THL), 2013.

Saaristo V, Alho L, Ståhl T, Rimpelä M. Terveydenedistämiskäytännön perustervey-

denhuollossa kuvaavat tunnusluvut ja niiden raportointi – menetelmäraportti. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL); Helsinki, 2010.

STM ja Kuntaliitto. Laatusuositus hyvän ikään-tymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki 2013.
<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3415-3>.

2.3 Ikääntyneen väestön hyvinvointi, terveys, toimintakyky ja palveluiden saanti – ATH-tutkimuksen tuloksia

Jukka Murto, Päivi Sainio, Oona Pentala, Timo Koskela, Minna-Liisa Luoma, Päivikki Koponen, Risto Kaikkonen & Seppo Koskinen

Vanhuspalvelulain tarkoituksena on ”tukea ikääntyneen väestön hyvinvointia, terveyttä, toimintakykyä ja itsenäistä suoriutumista” ja ”parantaa iäkkään henkilön mahdollisuutta saada laadukkaita sosiaali- ja terveystalvveluja sekä ohjausta muiden tarjolla olevien palvelujen käyttöön yksilöllisten tarpeittensa mukaisesti ja riittävän ajoissa silloin, kun hänen heikentynyt toimintakykynsä sitä edellyttää”.

Yksi tapa seurata lain tarkoitusten toteutumista on toistuvat iäkkäälle väestölle tehtävät kyselytutkimukset, joissa iäkkäiden kokemuksia monipuolisesti kuvaavia tietoja kootaan sekä ennen lain voimaantuloa että sen jälkeen. Lain vaikutusten arviointia varten kerätyt tiedot saadaan THL:n Alueellisesta terveys- ja hyvinvointitutkimuksesta (ATH, www.thl.fi/ath). Tässä luvussa kuvataan ikääntyneen väestön tilannetta koko maassa ennen lain voimaantuloa. Tiedot perustuvat 63 vuotta täyttäneitä suomalaisia edustavaan otokseen (22 731 henkilöä). Heistä 63 prosenttia vastasi kyselyyn syyskuun 2012 ja kesäkuun 2013 välisenä aikana.

Hyvinvointia, toimintakykyä, terveyttä, elintapoja ja palveluiden saantia kuvaavat tulokset esitetään vanhuspalvelulain seurantahankkeen tulospalvelussa (Murto ym. 2014: www.terveytemme.fi/ath/vanhuspalvelulaki), jossa niitä voi tarkastella iän, sukupuolen, koulutuksen sekä alueen mukaan. ATH:n tiedonkeruun jatkuessa saadaan seurantatietoa ikääntyneen väestön toimintakyvyn, hyvinvoinnin ja palvelujen saannin muutoksista. Seurantajärjestelmä täydentää palvelujärjestelmässä kunta- ja aluetasolla kerättäviä suorite- ym. tietoja tuomalla esiin iäkkäiden omat kokemukset hyvinvoinnistaan, toimintakyvystään ja palveluistaan. Kansallisille ja alueellisille päättöksentekijöille seurantajärjestelmä on hyödyllinen työkalu iäkkään väestön tilanteen seurantaan sekä terveyttä ja hyvinvointia edistävien toimenpiteiden suunnitteluun ja vaikutusten arviointiin.

Aineisto, menetelmät ja tulosten luotettavuus

Tilanteen kuvaamiseen ennen vanhuspalvelulain voimaantuloa käytetään tässä artikkelissa ATH-tutkimuksen osa-aineistoa, joka kerättiin syyskuun 2012 ja kesäkuun 2013 välisenä aikana. ATH-tutkimuksessa kerätään tietoa 20 vuotta täyttäneistä suomalaisista. Otos poimittiin satunnaisotannalla koko väestön kattavasta Väestörekisterikeskuksen rekisteristä. 75 vuotta täyttäneitä henkilöitä koskevien tulosten luotettavuuden parantamiseksi heitä poimittiin otokseen kaksinkertainen määrä heidän väestöosuus-

teensa nähden. Otos sisältää 46 000 yli 20-vuotiasta suomalaista, joista 22 731 oli vanhuspalvelulain vaikutusten kannalta kohdejoukkoon kuuluvia vähintään 63-vuotiaita otoksen poimintahetkellä. Heistä kyselyyn vastasi 14 322 henkilöä eli 63 prosenttia. Aluehallintovirastojen (AVI-alueet) ja suurten kaupunkien aineistot muodostettiin kansallisesti edustavan aineiston osajoukkoina. AVI-alueilla osallistuneiden määrät vaihtelivat välillä 541–5 408 ja suurissa kaupungeissa välillä 316–1 339. Aineiston koko taustamuuttujittain esitetään taulukossa 1.

Ikääntyneen väestön hyvinvointia, toimintakykyä, terveyttä, elintapoja ja palveluiden saantia kuvataan alueittain sekä sukupuolen, iän ja koulutusryhmän mukaan Internet-raportissa (www.terveytemme.fi/ath/vanhuspalvelulaki) yhteensä 57 osoittimen avulla. Näistä osoittimista on valittu 25 keskeisintä tähän artikkeliin.

Kysymykset, joista osoittimet on muodostettu, tarkemmin kuvattu internet-raportissa. Koulutusryhmä-muuttuja muodostettiin jakamalla kussakin ikäryhmässä väestö vastaajan ilmoittamien koulutusvuosien perusteella kolmeen yhtä suureen ryhmään: matalaan, keskimmäiseen ja korkeaan koulutusryhmään. Osoittimille esitetään ns. virhemarginaalit, eli tarkasteltaville osuuksille on laskettu 95 prosentin luottamuskäytännöt.

Puuttuvien vastausten eli kadon vaikutusten huomioimiseksi tilastollisissa analyysissä on käytetty painokertoimia, jotka kuvaavat, kuinka montaa otokseen kuuluva tiettyjen ominaisuuksien suhteen samankaltaista ihmistä yksi osallistunut edustaa. Painokertoimien laskennassa käytetyt ominaisuudet olivat seuraavat väestökisterikeskuksen ja Tilastokeskuksen rekisteritiedot: ikä, sukupuoli, siviilisäätö, koulutus, alue ja kieliryhmä. Painokertoimilla voidaan korjata kadon vaikutuksia siltä osin kuin osallistuneet ja katoon jääneet ovat tarkasteltavan hyvinvointiosoitteen suhteen samanlaisia painokertoimien laskennassa käytettyjen muuttujien määrittelemissä osaryhmissä. Painokertoimien avulla ei kuitenkaan voida eliminoida kaikkia kadon aiheuttamia virheitä tuloksissa, koska lukuisissa analyysissä on osoitettu, että väestötutkimukseen osallistuneet ovat tällaisissa painokertoimien määrittelemissä osaryhmissäkin keskimäärin parempikuntoisia ja terveempiä kuin ne, jotka eivät osallistu. Tämän takia on ilmeistä, että alla esitettävät tulokset antavat ikääntyneen väestön tilanteesta jossakin määrin todellisuutta myönteisemmän kuvan. Tarvitaankin lisätutkimusta kadon vaikutusten arvioimiseksi mm. liittämällä koko otokseen terveyttä ja hyvinvointia kuvaavia rekisteritietoja.

Tässä artikkelissa esitettävät tulokset ovat ikävakioimattomia, jolloin ne antavat oikean kuvan hyvinvointi- ym. ongelmien yleisyydestä tarkasteltavassa väestöryhmässä. Useat hyvinvointi- ja toimintakykyongelmat yleistyvät nopeasti iän mukana, jolloin tarkasteltavan alueen tai väestöryhmän ikärakenne vaikuttaa merkittävästi tarkasteltavan hyvinvointiosoitteen arvoon. Siksi väestöryhmien ja alueiden tuloksia verrattaessa on tärkeää ottaa huomioon niiden ikärakenne. Esimerkiksi naiset ovat tarkasteltavassa aineistossa keskimäärin runsaan vuoden vanhempia kuin miehet (Taulukko 1), mikä osaltaan selittää sitä, että monet toimintakyky- ja muut rajoitukset ovat naisilla yleisempiä kuin miehillä. Tarkastelluista ikäryhmistä kahdessa nuorimmassa

(63–69-vuotiaat ja 70–79-vuotiaat) naisten ja miesten ikärakenne on hyvin samanlainen, mutta verrattaessa kaikkia 63 vuotta täyttäneitä – ja etenkin verrattaessa 80 vuotta täyttäneitä – naisia saman ikäryhmän miehiin, sukupuolten välillä havaittavat erot johtuvat osittain ikärakenteiden eroista. Vastaavasti on syytä ottaa huomioon, että vähän koulua käyneiden ryhmässä sekä muuttotappioalueilla ihmiset ovat keskimäärin vanhempia kuin eniten koulua käyneiden ryhmässä ja muuttovoittoalueilla.

Taulukko 1. Osallistuneet ja osallistumisaktiivisuus

	Osallistuneiden lukumäärä ja keski-ikä			Osuus kaikista osallistuneista (%)			Otokseen kuuluvien lukumäärä			Osallistumisaktiivisuus (%)		
	Naiset	Miehet	Yhteensä	Naiset	Miehet	Yhteensä	Naiset	Miehet	Yhteensä	Naiset	Miehet	Yhteensä
Keski-ikä, vuotta	74,8	73,6	74,3									
Ikäryhmä												
63–69	2 576	2 170	4 746	31,1	35,9	33,1	3 584	3 408	6 992	71,9	63,7	67,9
70–79	3 338	2 518	5 856	40,3	41,6	40,9	4 799	3 706	8 505	69,6	67,9	68,9
80+	2 360	1 360	3 720	28,5	22,5	26,0	4 842	2 392	7 234	48,7	56,9	51,4
Koulutus*												
matala	2 813	2 285	5 098	34,0	37,8	35,6						
keski	2 375	1 644	4 019	28,7	27,2	28,1						
korkea	2 234	1 578	3 812	27,0	26,1	26,6						
Aluehallintovirastojen alueet												
Etelä-Suomi	3 157	2 251	5 408	38,2	37,2	37,8	4 982	3 494	8 476	63,4	64,4	63,8
Lounais-Suomi	1 137	872	2 009	13,7	14,4	14,0	1 829	1 373	3 202	62,2	63,5	62,7
Itä-Suomi	1 066	775	1 841	12,9	12,8	12,9	1 700	1 224	2 924	62,7	63,3	63,0
Länsi- ja Sisä-Suomi	1 931	1 408	3 339	23,3	23,3	23,3	3 102	2 181	5 283	62,3	64,6	63,2
Pohjois-Suomi	641	494	1 135	7,7	8,2	7,9	1 039	805	1 844	61,7	61,4	61,6
Lappi	311	230	541	3,8	3,8	3,8	379	513	892	82,1	44,8	60,7
Suuret kaupungit												
Helsinki	848	491	1 339	10,2	8,1	9,3	1 351	786	2 137	62,8	62,5	62,7
Espoo	257	205	462	3,1	3,4	3,2	400	304	704	64,3	67,4	65,6
Vantaa	185	176	361	2,2	2,9	2,5	323	258	581	57,3	68,2	62,1
Tampere	331	233	564	4,0	3,9	3,9	510	325	835	64,9	71,7	67,5
Turku	296	186	482	3,6	3,1	3,4	450	280	730	65,8	66,4	66,0
Oulu	188	128	316	2,3	2,1	2,2	290	193	483	64,8	66,3	65,4
Kokoomaa	8 274	6 048	14 322	100,0	100,0	100,0	13 225	9 506	22 731	62,6	63,6	63,0

* Suhteellinen koulutustaso, laskettu vastaajan ilmoittamista koulutusvuosista, voitu muodostaa vain vastanneille

Hyvinvointi ja osallisuus

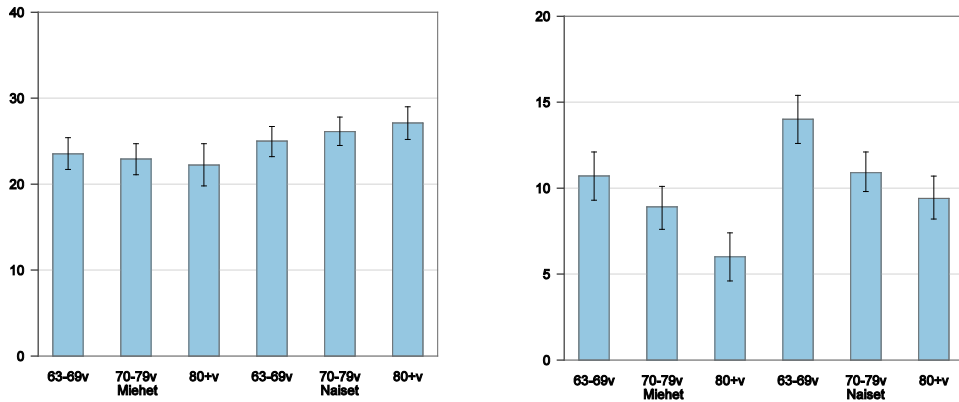
Taloudellinen toimeentulo

Vuonna 2010 miesten keskimääräinen kokonaiseläke oli 1 560 euroa ja naisten 1 217 euroa, eli eroa kuukausieläkkeessä oli 343 euroa. Sukupuolten välinen eläke-ero keskimääräisessä työeläkkeessä oli 516 euroa. Naisten keskimääräinen työeläke oli 63 prosenttia miesten työeläkkeestä. Alueiden välillä on eroja: keskimääräinen kokonaiseläke vaihtelee maakunnittain usealla sadalla eurolla. Eläketaso oli vuonna 2010 korkein Uudellamaalla (keskimääräinen kokonaiseläke oli 1 652 euroa/kk) ja pienimpiä eläkekeitä maksettiin Etelä-Pohjanmaalla (keskimäärin 1 173 euroa/kk). Eläkkeensaaja kuului eläketulon perusteella alimpaan tulokymmenykseen, kun eläketulot jäivät alle 661 euron kuukaudessa. Tähän eläketulon luokkaan kuuluivat täyden kansaneläkkeen saajat ja hyvin pientä työeläkettä saavat henkilöt. Ylimpään kymmenykseen kuuluivat eläkkeensaajat, joiden tulot ylittivät 2 239 euroa kuukaudessa. Keskimääräisen eläkkeen ero ylimmän ja alimman desiilin välillä oli 2 525 euroa kuukaudessa. Vuonna 2010 mediaanieläke oli 1 164 euroa kuukaudessa. Puolet eläkkeensaajista sai tätä pienempää ja puolet tätä suurempaa eläkettä. (Tuominen ym. 2011).

Eläkeläisten köyhyysriski on noussut 2000-luvulla koko väestön köyhyysriskiä nopeammin. EU:n köyhyysriskimääritelmän mukaan 14 prosenttia suomalaisista eläkeläisistä eli köyhyysriskin uhan alla vuonna 2009, eli noin 200 000 eläkeläistä. Erityisesti yksinasuvien köyhyysriski on moninkertainen. (Kautto 2011). Suomessa ei ole eläkekattoa ja eläkkeensaajien tulohaitari onkin nykyisin suuri. Tuloerot eläkkeensaajaväestössä ovat pienemmät kuin koko väestössä. Eläkeläisten tuloerot ovat kuitenkin nousseet 2000-luvulla ja olivat ajanjakson 2000–2010 lopussa yhtä suuret kuin ammatissa toimivilla (Kautto 2011). Korkea ikä, yksin asuminen ja pelkkä kansaneläke pudottavat eläkeläiset yleensä huonosti toimeentulevien joukkoon. Pätkätyöt ja repaleinen työura voivat tulevaisuudessa kasvattaa köyhien eläkeläisten määrää.

Iäkkäiden taloudellista toimeentuloa tarkastellaan tässä osoittimilla, jotka kuvaavat iäkkään väestön toimeentulo-ongelmia ja köyhyyskokemuksia. Toimeentulo-ongelmia kartoitettiin kysymällä kokeeko vastaaja kotitalouden menojen kattamisen käytettävissä olevilla tuloilla hankalaksi, kun kotitalouden kaikki tulot otetaan huomioon. Toimeentulo-ongelmista kärsiviksi määriteltiin ne, jotka vastasivat tähän kysymykseen ”erittäin hankalaa”, ”hankalaa” tai ”melko hankalaa”. Köyhyyskokemuksia kuvataan osoittimella, joka perustuu kysymykseen: ”Oletteko joskus 12 viime kuukauden aikana: a) pelännyt, että teiltä loppuu ruoka, ennen kuin saatte rahaa ostaaksenne lisää? b) joutunut tinkimään lääkkeiden ostosta rahan puutteen vuoksi? ja c) jättänyt rahan puutteen vuoksi käymättä lääkärissä?” Köyhyyttä kokeneiksi luettiin ne, jotka vastasivat vähintään yhteen alakysymykseen myöntävästi.

Neljännes suomalaisesta 63 vuotta täyttäneestä väestöstä koki kotitalouden menojen kattamisen käytettävissä olevilla tuloilla vähintään melko hankalaksi (Kuvio 1, liitetaulukko 1). Naisilla (26 %) toimeentulo-ongelmat olivat hieman yleisempiä kuin miehillä (23 %). Ikäryhmien välillä ei miehillä ollut merkitseviä eroja, mutta naisil-

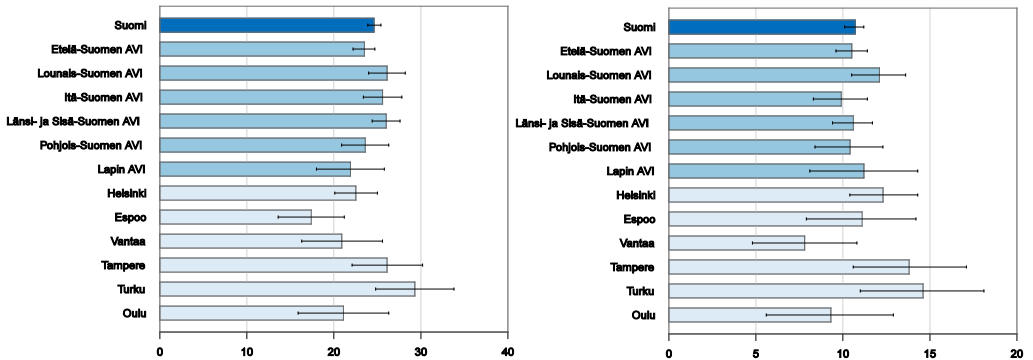


Kuvio 1. Toimeentulo-ongelmien ja köyhyyskokemusten yleisyys (%) sukupuolen ja iän mukaan.

la toimeentulo-ongelmat yleistyivät hieman iän mukana. Noin joka kymmenes 63 vuotta täyttäneistä suomalaisista oli joutunut rahan puutteen takia tinkimään ruoasta, lääkkeistä tai lääkärikäynneistä. Naiset olivat joutuneet tinkimään näistä perustarpeista kaikissa tarkasteltavista ikäryhmissä miehiä yleisemmin. Yleisimmin köyhyyskokemuksia esiintyi 63–69-vuotiailla (miehet 11 % ja naiset 14 %) ja vähiten 80 vuotta täyttäneillä (miehet 6 % ja naiset 9 %).

Sosioekonominen asema vaikuttaa toimeentulo-ongelmiin: matalasti koulutetuilla toimeentulo-ongelmat olivat yleisempiä kuin korkea-asteen koulutuksen suorittaneilla (Liitetaulukko 2). Alimman ja ylimmän koulutusryhmän välinen ero oli miehillä yli 2,5-kertainen (matala 29 % vs. korkea 11 %) ja naisillakin lähes kaksinkertainen (matala 30 % vs. korkea 18 %). Myös köyhyyskokemukset olivat alemmissa koulutusryhmissä yleisempiä kuin enemmän koulutusta saaneilla. Vähän koulua käyneistä miehistä joka kymmenes oli rahan puutteen takia joutunut tinkimään ruoasta, lääkkeistä tai lääkärikäynneistä, kun ylimpään koulutusryhmään kuuluvista näin oli joutunut tekemään 6 prosenttia. Naisilla vastaavat osuudet olivat alimmassa koulutusryhmässä 13 prosenttia ja ylimmässä koulutusryhmässä 10 prosenttia.

Toimeentulo-ongelmien kokemisessa ja köyhyyskokemuksissa erot AVI-alueiden välillä olivat erittäin pieniä (Kuvio 2, Liitetaulukko 3). Suurten kaupunkien vertailussa toimeentulo-ongelmia kokeneiden osuus oli pienin Espoossa (17 %) ja suurin Turussa (29 %) ja Tampereella (26 %) (Liitetaulukko 4). Ruoasta, lääkkeistä tai lääkärikäynneistä tinkimään joutuneiden osuus oli suurin Turussa (15 %) ja Tampereella (14 %) ja pienin Vantaalla (8 %).

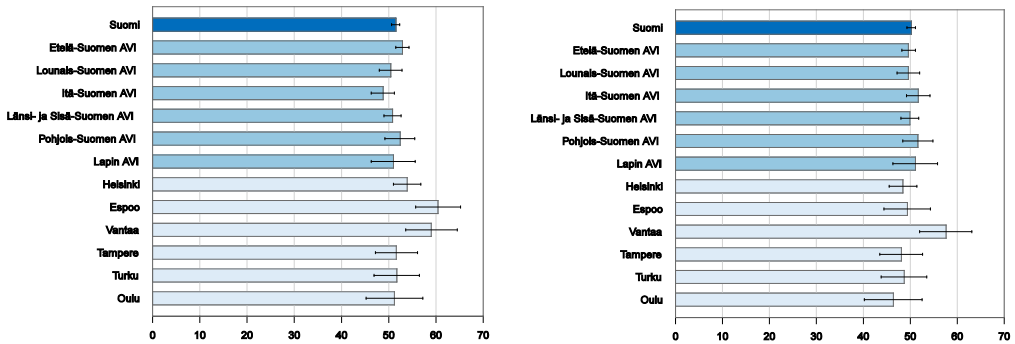


Kuvio 2. Toimeentulo-ongelmien ja köyhyyskokemusten yleisyys (%) alueittain.

Elämänlaatu ja onnellisuus

Ikääntyessä elämänlaatu näyttää heikenevän (Saarni ym. 2012, Vaarama ym. 2010). Kansainvälisen EuroHIS-8-elämänlaatumittarin mukaan lähes 60 prosenttia suomalaisista 63–69-vuotiaista koki elämänlaatunsa hyväksi, mutta 80 vuotta täyttäneistä enää alle 40 prosenttia. Korkea koulutus oli yhteydessä hyvään elämänlaatuun: ylimpään koulutusryhmään kuuluneista ikääntyneistä 61 prosenttia koki elämänlaatunsa hyväksi, kun alimmassa koulutusryhmässä vastaava osuus oli 47 prosenttia. Sen sijaan naisten ja miesten välillä ei ollut eroa elämänlaadun kokemisessa. Onnellisuuden kokeminen näyttää naisilla heikenevän ikääntyessä. Kysyttäessä kuinka suuren osan aikaa on tuntenut itsensä onnelliseksi viimeksi kuluneiden neljän viikon aikana, 60–69-vuotiaista naisista 51 prosenttia raportoi kokeneensa itsensä onnelliseksi suurimman osan aikaa, kun vastaava osuus 80 vuotta täyttäneillä naisilla oli enää 42 prosenttia. Miehet (53 %) kokivat itsensä onnelliseksi yleisemmin kuin naiset (48 %). Onnellisuuden kokemisessa ei havaittu koulutusryhmien välisiä eroja. (Liitetaulukot 1 ja 2).

AVI-alueiden välillä ei elämänlaadun ja onnellisuuden kokemisessa ollut suuria eroja (Kuvio 3, Liitetaulukko 3). Itä-Suomen AVI-alueen asukkaista elämänlaatunsa hyväksi tuntevien osuus oli hieman muita AVI-alueita pienempi, mutta vastaavasti onnelliseksi itsensä kokevien osuus oli Itä-Suomen AVI-alueella suurin. Suurten kaupunkien välisessä vertailussa löytyi eroja: Espoossa ja Vantaalla elämänlaatunsa hyväksi tuntevien osuus oli vertailualueista suurin, noin 60 prosenttia näiden kaupunkien ikääntyneistä koki elämänlaatunsa hyväksi (Liitetaulukko 4). Vantaalla myös onnelliseksi itsensä kokevien osuus oli vertailukaupungeista suurin. Alueellisia tuloksia vertailtaessa on kuitenkin huomioitava suhteellisen suuret luottamusvälit.



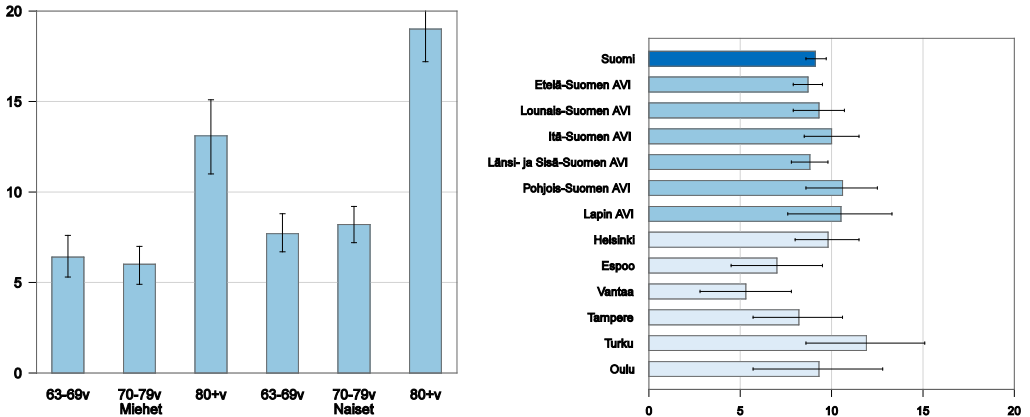
Kuvio 3. Hyvän elämänlaadun ja onnellisuuden yleisyys (%) alueittain.

Sosiaalinen toimintakyky ja osallisuus

Sosiaalinen toimintakyky on kykyä toimia sekä välittömissä, läheisissä yksilöiden välisissä suhteissa että eri yhteisöissä. Se ilmenee vuorovaikutuksena sosiaalisessa verkostossa, rooleista suoriutumisenä, sosiaalisena aktiivisuutena ja osallistumisena sekä yhteisyyden ja osallisuuden kokemuksina (Suositus sosiaalisen toimintakyvyn arvioinnista ja mittaamisesta väestötutkimuksissa: TOIMIA-tietokanta, 2011). Osallisuuden vastakohta on osattomuus, jolla tarkoitetaan yksinäisyyden ja turvattomuuden tunnetta tai pahimmillaan yhteisöstä syrjäytymistä ja osallistumismahdollisuuksien puuttumista. Yksinäisyyttä aiheuttaa sosiaalisten verkostojen kaventuminen fyysisen toimintakyvyn heikkenemisen tai puolison tai läheisten ystävien kuolemien myötä. Yhteiskunnan päätökset ja toimintatavat ja iäkkäiden heikko asema yhteiskunnassa voivat osaltaan lisätä yksinäisyyden tunnetta ja kaventaa hyvinvointia (Uotila 2011). Osattomuutta kokevat iäkkäät ihmiset on tunnistettava, heidän tilannettaan on selvitettävä ja etsittävä yhdessä tarkoituksenmukaista tukea. Tässä järjestöillä on keskeinen rooli kuntien yhteistyökumppaneina. Järjestöt tarjoavat osalle ihmisistä mahdollisuuden kuulua yhteisöön ja tilaisuuden mielekkääseen tekemiseen. Järjestötoiminnassa ikäihmiset voivat osallistua esimerkiksi vapaaehtoistoimintaan tai antaa vertaistukea ikätovereilleen. Vapaaehtoistoiminnassa on mukana 280 000 ja vertaistuksessa 320 000 suomalaista. (STM ja Kuntaliitto 2013).

Tässä tarkasteltavat osoittimet kartoittavat iäkkäiden yksinäisyyden kokemuksia, aktiivista osallistumista jonkin kerhon, järjestön, yhdistyksen, harrastusryhmän tai hengellisen tai henkisen yhteisön toimintaan (esimerkiksi urheiluseura, asukastoiminta, puolue, kuoro, seurakunta) sekä internetin käyttämistä sähköiseen asiointiin (esim. verkkopankki, KELA, verotoimisto, lippupalvelu, kunnan palvelut ym.).

Yksinäisyyden kokemukset yleistyvät iän myötä (Kuvio 4, Liitetaulukko 1). Suomalaisista 63 vuotta täyttäneistä miehistä 7 prosenttia ja naisista 11 prosenttia raportoi kokevansa itsensä yksinäiseksi jatkuvasti tai melko usein. Alle 80-vuotiaista miehistä 6



Kuvio 4. Itsensä yksinäiseksi kokevien osuus (%) sukupuolen, iän ja alueen mukaan.

prosenttia koki itsensä yksinäiseksi, kun 80 vuotta täyttäneistä 13 prosenttia. Naisilla vastaavat osuudet olivat alle 80-vuotiailla 8 prosenttia ja yli 80-vuotiailla 19 prosenttia.

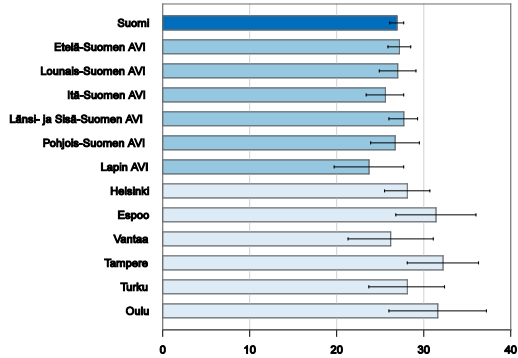
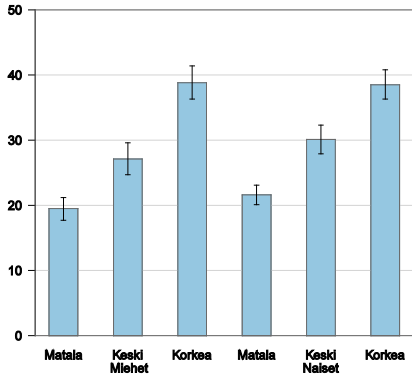
Yksinäisyyden kokemukset olivat alimpaan koulutusryhmään kuuluvilla miehillä yleisempiä kuin korkeamman koulutuksen saaneilla (Liitetaulukko 2). Vähän koulua käyneistä miehistä 9 prosenttia koki itsensä yksinäiseksi, korkeasti koulutetuista 5 prosenttia. Naisilla ei koulutusryhmien välillä ollut eroja, vaan koulutustaustasta riippumatta noin joka kymmenes koki itsensä yksinäiseksi.

AVI-alueiden väliset erot yksinäisyyden yleisyydessä olivat melko pieniä (Kuvio 4, Liitetaulukko 3). Pohjois-Suomen (11 %) ja Lapin AVI-alueilla (11 %) yksinäiseksi itsensä kokevien iäkkäiden osuus oli hieman muita AVI-alueita ja koko Suomen keskiarvoa (9 %) suurempi. Suurista kaupungeista yksinäiseksi itsensä tuntevin osuus oli pienin Vantaalla (5 %) ja suurin Turussa (12 %) ja Helsingissä (10 %) (Kuvio 4, Liitetaulukko 4).

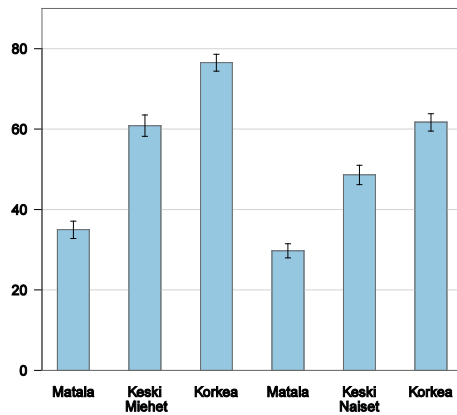
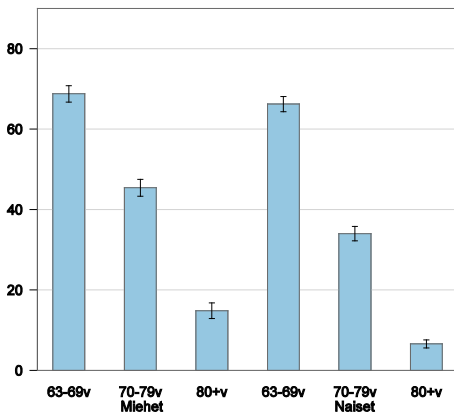
Aktiivinen osallistuminen järjestö- tai muuhun harrastustoimintaan oli naisilla (28 %) hieman yleisempää kuin miehillä (26 %). Ikäryhmien väliset erot olivat varsin suuret: alle 80-vuotiaista naisista aktiivisesti osallistui noin joka kolmas ja miehistä noin joka neljäs, kun 80 vuotta täyttäneestä väestöstä enää joka viides (Liitetaulukko 1).

Koulutusryhmien välillä oli suuria eroja: mitä enemmän koulutusta sitä yleisempää aktiivinen osallistuminen oli (Kuvio 5, Liitetaulukko 2). Ylimmän ja alimman koulutusryhmän välinen ero harrastustoimintaan osallistumisessa oli liki kaksinkertainen. Alimpaan koulutusryhmään kuuluvista miehistä 19 prosenttia ja naisista 22 prosenttia osallistui aktiivisesti, kun ylimpään koulutusryhmään kuuluneista miehistä ja naisista aktiivisesti osallistuvia oli 39 prosenttia.

AVI-alueiden välillä erot harrastustoimintaan osallistumisessa olivat erittäin pieniä (Kuvio 5, Liitetaulukko 3).



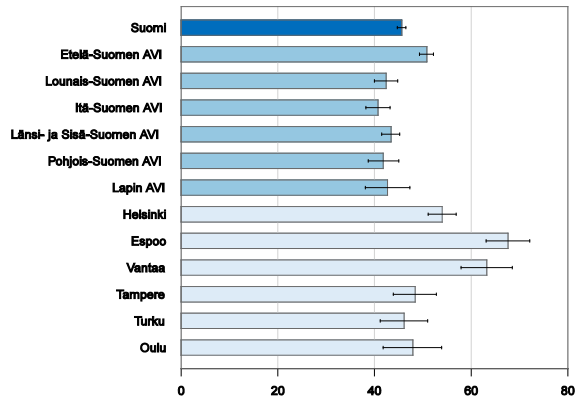
Kuvio 5. Aktiivisesti järjestötoimintaan osallistuvien osuus (%) koulutuksen ja alueen mukaan.



Kuvio 6. Internetiä sähköiseen asiointiin käyttävien osuus (%) sukupuolen, iän ja koulutuksen mukaan.

Miehet käyttivät internetiä sähköiseen asiointiin yleisemmin kuin naiset (Kuvio 6, Liitetaulukko 1). Mitä vanhemmasta ikäryhmästä oli kyse, sitä harvinaisempaa internetin käyttö sähköiseen asiointiin oli. Suomalalaisista 63–69-vuotiaista miehistä 69 prosenttia ja naisista 66 prosenttia käytti internetiä sähköiseen asiointiin, 70–79-vuotiaista miehistäkin lähes joka toinen (45 %) ja naisista joka kolmas (34 %), mutta 80 vuotta täyttäneistä miehistä enää 15 prosenttia ja naisista 7 prosenttia ilmoitti käyttäneensä internetiä sähköiseen asiointiin.

Koulutusryhmien väliset erot olivat suuria (Kuvio 6, Liitetaulukko 2). Alimman ja ylimmän koulutusryhmän välinen ero oli yli kaksinkertainen. Internetiä sähköiseen asiointiin käytti ylimpään koulutusryhmään kuuluvista miehistä 77 prosenttia ja naisista 62 prosenttia, keskimmaiseen koulutusryhmään kuuluvista miehistä 61 prosenttia ja naisista 49 prosenttia, mutta alimpaan ryhmään kuuluvista miehistä vain 35 prosenttia ja naisista 30 prosenttia.



Kuvio 7. Internetiä sähköiseen asiointiin käyttävien osuus (%) alueittain.

Etelä-Suomen AVI-alueella (51 %) sähköinen asiointi internetin kautta oli yleisintä (Kuvio 7, Liitetaulukko 3). Muilla AVI-alueilla se oli samaa tasoa kuin keskimäärin koko Suomessa (46 %). Pääkaupunkiseudulla sähköisen asioinnin käyttö oli huomattavasti yleisempää (Helsinki 54 %, Espoo 68 %, Vantaa 63 %) kuin muissa suurissa kaupungeissa (Tampere 46 %, Turku 48 %, Oulu 48 %) (Kuvio 7, Liitetaulukko 4).

Fyysinen toimintakyky ja arkitoimista suoriutuminen

Liikkumiskyky

Liikkumaan kykeneminen on osa hyvää elämänlaatua, omatoimisuuden ja itsenäisen selviytymisen edellytys. Liikkumisvaikeudet kaventavat ihmisen elinpiiriä, aiheuttavat yksinäisyyden tunnetta ja lisäävät palvelujen tarvetta. Liikkumiskyvyssä ilmenevät vaikeudet ennustavat päivittäistoimien vaikeutumista, kaatumisia sekä laitoshoitoon joutumista, ja usein ne ovat ensimmäinen merkki siitä, että toimintakyky on alkanut heikentyä. (Guralnik ym. 1994, 1995)

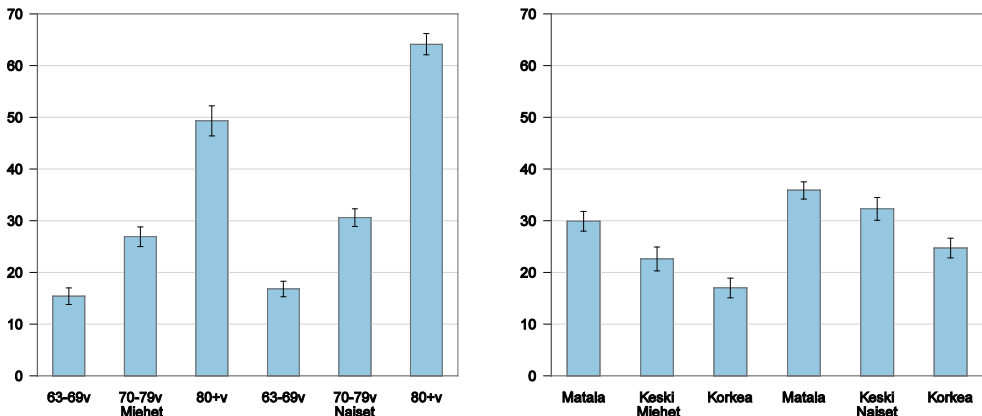
Tässä tarkasteltavat osoittimet kartoittavat iäkkäiden kokemia vaikeuksia erilaisissa liikkumista edellyttävissä tilanteissa. Kotona selviytymisestä kertoo kyky liikkua asunnossa huoneesta toiseen, ja sitä tiedusteltiin vain 75 vuotta täyttäneiltä. Kävelukykyä tarvitaan monissa tilanteissa, esimerkiksi kauppa-asioinnissa tai harrastuksiin osallistumisessa. Kävelyvaikeuksia kokeviksi määriteltiin ne vastaajat, jotka ilmoittivat kokevansa puolen kilometrin kävelyssä jonkin verran vaikeuksia, pitivät sitä erittäin vaikeana tai eivät pystyneet siihen lainkaan. Liikkumiskyky ei riipu vain ihmisestä itsestään, vaan ympäristössä olevat tekijät voivat joko helpottaa tai vaikeuttaa liikkumista. Kysymys talvella ulkona liikkumisessa paljastaa sään ja liukkauden aiheuttamat

rajoitukset liikkumiselle. Sitä täydentävät kysymykset jalankulkuväylien liukkaudesta ja liukuesteiden käytöstä. Liikkumiskyvyn mittarina voidaan pitää myös kaatumisten yleisyyttä, jolloin otetaan huomioon sekä sisällä että ulkona kävellessä tapahtuneet vastaajien ilmoittamat kaatumiset edeltävän vuoden aikana.

Liikkumiskyvyn ongelmat olivat selvästi yleisempiä iäkkäillä naisilla kuin miehillä (Kuvio 8, Liitetaulukko 1). Neljännes 63 vuotta täyttäneistä miehistä koki vaikeuksia sekä puolen kilometrin kävelyssä että talvella ulkona liikkumisessa. Naisista kolmannekselle puolen kilometrin kävely tuotti vaikeuksia, ja vielä useampi koki vaikeuksia ulkona liikkumisessa talvikelillä. Naiset (58 %) kokivat yleisemmin kuin miehet (46 %) jalankulkuväylien liukkauden haittaavan liikkumista, ja naiset myös käyttivät liukuesteitä miehiä useammin (66 % ja 46 %). Vakavammin toimintarajoitteisiksi voi lukea ne, joilla liikkuminen sisätiloissa huoneesta toiseen tuottaa vaikeuksia: naisista heitä oli joka viides ja miehistä noin joka seitsemäs. Naisten miehiä heikompi liikkumiskyky näkyi myös kaatumisten yleisyydessä: viimeksi kuluneen vuoden aikana sisällä tai ulkona kävellessä oli kaatunut 35 prosenttia 75 vuotta täyttäneistä naisista ja 30 prosenttia samanikäisistä miehistä. Naisten ja miesten tulokset eivät ole iän osalta vakioituja, joten sukupuolien väliset erot kuvaavat myös sitä, että kysymyksiin vastanneet naiset olivat miehiä vanhempia.

Liikkumisvaikeudet yleistyvät nopeasti iän mukana (Kuvio 8, Liitetaulukko 1). Naisten ja miesten väliset erot liikkumiskyvyssä kärjistyvät iän karttuessa: esimerkiksi kävelyvaikeuksia puolen kilometrin matkalla koki noin joka toinen 80 vuotta täyttänyt mies, mutta naisista lähes 65 prosenttia. Toisin sanoen 80 vuotta täyttäneistä suomalaisista noin 45 000 miehellä ja noin 118 000 naisella on kävelyvaikeuksia.

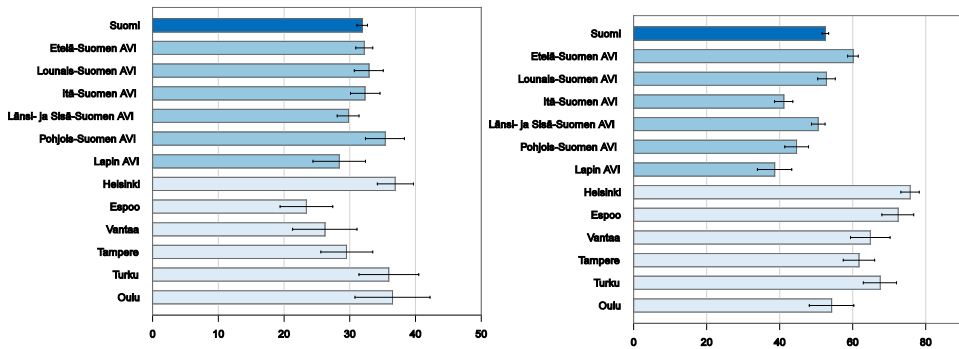
Liikkumiskyvyn ongelmat ovat yleisempiä vähän koulua käyneillä kuin korkeammin koulutetuilla (Kuvio 8, Liitetaulukko 2). Alimpaan koulutusryhmään kuuluneista 63 vuotta täyttäneistä miehistä 30 prosenttia ja naisista 36 prosenttia koki vaikeuk-



Kuvio 8. Puolen kilometrin kävelyssä vaikeuksia kokeneiden osuus (%) sukupuolen, iän ja koulutuksen mukaan.

sia puolen kilometrin kävelyssä, mutta ylimmän koulutusryhmän miehistä vaikeuksia koki vain 17 prosenttia ja naisista 25 prosenttia. Liukuesteiden käyttö oli yhtä yleistä kaikissa koulutusryhmissä, mutta ylimpään koulutusryhmään kuuluneet kokivat jalankulkuväylien liukkauden haittaavan ulkona liikkumista useammin kuin matalammin koulutetut. Koska tuloksia ei ole vakioitu alueen suhteen, havaittu koulutusryhmien välinen ero liukkauden aiheuttamien haittojen yleisyydessä johtuu ainakin osin siitä, että korkeammin koulutetut asuvat muita yleisemmin kaupungeissa ja eteläisemmässä Suomessa, joissa liukkauden koettiin haittaavan eniten.

Alueiden välillä oli eroja liikkumisvaikeuksien yleisyydessä: niitä koettiin harvemmin Länsi- ja Sisä-Suomen aluehallintoviraston (AVI) alueella ja suurista kaupungeista Espoossa ja Vantaalla kuin muualla Suomessa (Kuvio 9, Liitetaulukko 3). Lapin AVI:n alueella vaikeudet ulkona liikkumisessa talvella ja liukuesteiden käyttö olivat harvinaisempia kuin etelämpänä asuville. Liukkaat jalankulkuväylät näyttävät olevan erityisesti kaupunkien ongelma; esimerkiksi Helsingissä ja Espoossa 75 prosenttia iäkkäistä koki liukkauden haittaavaksi, mutta Itä-Suomen ja Lapin AVI-alueilla vain noin 40 prosenttia (Kuvio 9, Liitetaulukot 3 ja 4).



Kuvio 9. Niiden osuus, joilla oli liikkumisvaikeuksia talvella sekä niiden, jotka ilmoittivat jalankulkuväylien liukkauden haittaavan liikkumista (%) alueen mukaan.

Arkitoimista suoriutuminen ja avun tarve

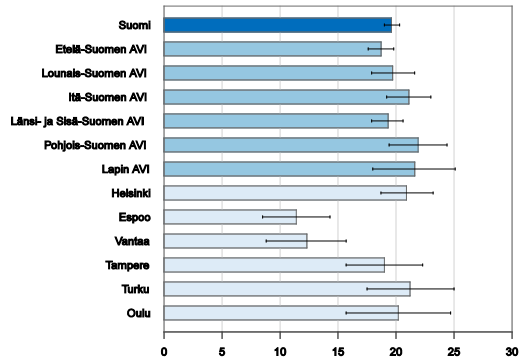
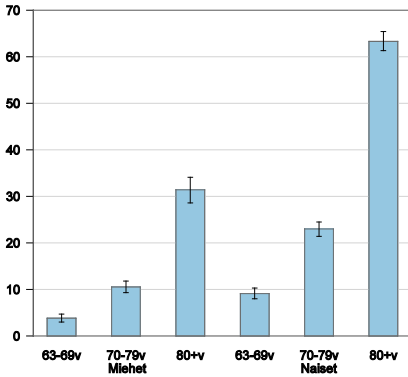
Itsenäisen asumisen edellytys on, että selviytyy arkisista askareista ja itsestä huolehtimisesta ilman apua. Tällaisista tehtävistä suoriutumiseen tarvitaan, toiminnasta riippuen eri tavalla painottuen, fyysisiä valmiuksia, kognitiivisia kykyjä ja myös kykyä sosiaaliseen vuorovaikutukseen. Asuin- ja elinympäristö osaltaan säätelee sitä, miten helppoa erilaisista arkisista tehtävistä on suoriutua. Arkitoimista suoriutumisen vaikeuksia selvitettiin pyytämällä vastaajia arvioimaan, kuinka he selviytyvät kevyistä kotitöistä ja kodin korjaustöistä, päivittäisistä raha-asioista huolehtimisesta ja kaupassa käynnistä. Arkitoimissa vaikeuksia kokeneiksi määriteltiin ne, jotka ilmoittivat vähintään yhden em. askareen suorittamisen olevan heille erittäin vaikeaa tai etteivät he pysty siihen lainkaan. Avun saantia ja tarvetta kartoitettiin kysymyksellä, jossa vastaajia pyydettiin arvioimaan, tarvitsevatko ja saavatko he toimintakykynsä heikkenemisen vuoksi apua arkipäivän askareissa ja kokevatko he saavansa sitä riittävästi. Apua tarvinneiden osuudet laskettiin koko väestöstä, ja erikseen tarkasteltiin apua riittämättömästi saavien osuutta koko väestöstä ja apua tarvitsevista.

Suuria vaikeuksia arkitoimista suoriutumisessa koki viidennes 63 vuotta täyttäneistä henkilöistä, naisilla vaikeuksien yleisyys oli yli kaksinkertainen miehiin nähden (Kuvio 10, Liitetaulukko 1). Vaikeudet lisääntyivät ikääntymisen myötä: arkitoiminnoista suoriutumisen koki erittäin hankalaksi noin joka kymmenes 70–79-vuotiaista miehistä, kun saman ikäryhmän naisista näin koki noin joka neljäs. Arkitoimista suoriutumisen vaikeudet olivat 80 vuotta täyttäneessä väestössä jo huomattavasti yleisempiä: tämänikäisistä miehistä 31 prosenttia (noin 30 000 henkilöä) ja naisista 63 prosenttia (noin 115 000 henkilöä) koki arkitoimissa suuria vaikeuksia tai ei suoriutunut niistä lainkaan.

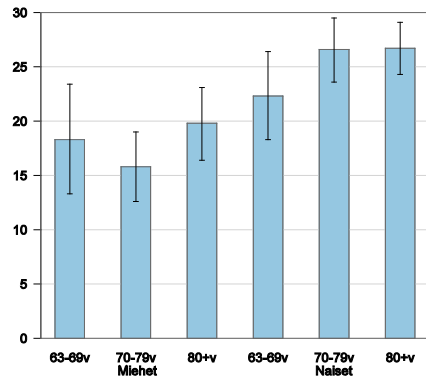
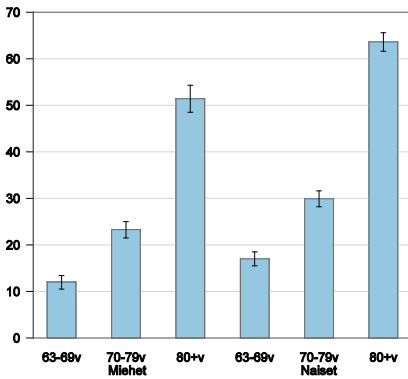
Toimintakyvyssä on yleisesti todettu olevan suuret koulutusryhmittäiset erot eikä arkitoimista suoriutuminen poikkea tästä: ongelmat olivat yleisimpiä vähiten koulua käyneillä (Liitetaulukko 2). Suuria vaikeuksia arkitoiminnoista suoriutumisessa koki 63 vuotta täyttäneistä ylimmän koulutusryhmän miehistä seitsemän ja naisista 20 prosenttia. Alimmassa koulutusryhmässä vastaavat osuudet olivat miehillä 13 ja naisilla 30 prosenttia.

Alue-erot noudattivat liikkumisvaikeuksien yleisyydessä havaittua trendiä: Länsi- ja Sisä-Suomen ja Etelä-Suomen AVI:en alueilla arkitoimista suoriutumisen vaikeudet näyttivät olevan harvinaisempia kuin Itä- ja Pohjois-Suomessa. Suurista kaupungeista Espoon ja Vantaan vanhusväestö oli toimintakyvyltään tässä suhteessa parempikuntoista kuin Helsingin, Tampereen, Turun tai Oulun. (Kuvio 10, Liitetaulukot 3 ja 4)

Koko 63 vuotta täyttäneestä väestöstä 28 prosenttia ilmoitti saavansa tai tarvitsevansa toimintakykynsä heikkenemisen vuoksi apua arkisissa askareissaan. Apua tarvitsevia ikäihmisiä on siis noin 324 000. Avun tarve oli huomattavan suurta 80 vuotta täyttäneiden keskuudessa: naisista lähes kaksi kolmasosaa sai tai ilmoitti tarvitsevansa apua (Kuvio 11, Liitetaulukko 1), ja apua liian vähän sai 17 prosenttia (ei saanut lainkaan vaikka tarvitsi tai sai liian vähän). Kun rajataan tarkastelu niihin 80 vuotta täyttäneisiin naisiin, jotka kokivat tarvitsevansa apua, runsas neljännes koki saavansa liian



Kuvio 10. Arkitoimissa vähintään suuria vaikeuksia kokeneiden osuus (%) sukupuolen, iän ja alueen mukaan.



Kuvio 11. Apua tarvitsevien osuudet väestöstä ja sitä riittämättömästi saavien osuudet apua tarvinneista (%) sukupuolen ja iän mukaan.

vähän apua. Samanikäisistä miehistä yli puolella oli avun tarvetta arkiaskareissaan, ja liian vähän sitä sai joka kymmenes. Apua tarvinneista 80 vuotta täyttäneistä miehistä joka viides katsoi saavansa riittämättömästi apua.

Koulutuksen mukaiset erot avun tarpeessa olivat odotetut: alimmissa koulutusryhmässä avun tarve oli yleisintä (32 %) ja korkeammin koulutetuilla vähäisintä (21 %) (Liitetaulukko 2). Matalammin koulutetut jäivät myös useammin vaille riittävä apua korkeammin koulutettuihin verrattuna.

Erot avun tarpeen yleisydessä eri AVI-alueiden välillä eivät olleet kovin suuria: yleisintä avun tarve oli Itä- ja Pohjois-Suomen sekä Lapin AVI:en alueilla (noin 31 %) ja harvinaisinta Etelä- ja Länsi- ja Sisä-Suomen sekä Lounais-Suomen AVI:en alueilla (noin 27 %) (Liitetaulukko 3). Kaupunkien välillä erot olivat selkeämmät: yleisintä avun tarve oli Oulussa (31 %), Helsingissä ja Turussa (27 %) ja harvinaisinta Espoossa (18 %) ja Vantaalla (20 %) (Liitetaulukko 4). Tampere sijoittui näiden väliin. Hel-

singissä ja Turussa oli myös eniten niitä, jotka kokivat saavansa liian vähän apua (noin 8%), kun taas Espoossa ja Vantaalla heitä oli puolet vähemmän (alle 4%). AVI-tarkastelun luotettavuutta heikentää apua tarvinneiden ja sitä riittämättömästi saaneiden pieni lukumäärä joillakin alueilla; näyttää kuitenkin siltä, että riittämättömästi apua saavia on jonkin verran enemmän maan itä- ja pohjoisosissa kuin eteläisemmässä Suomessa.

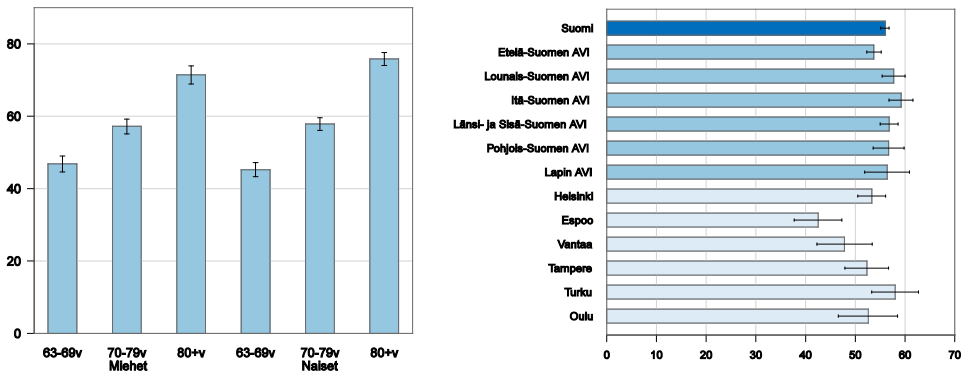
Terveys ja elintavat

Terveys

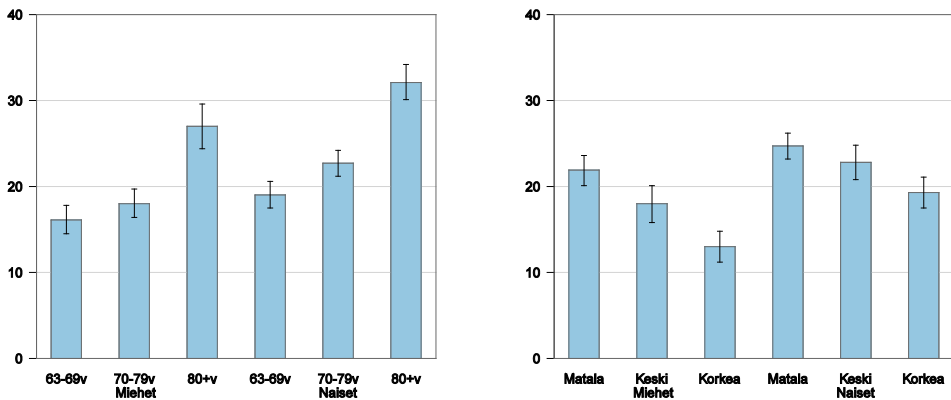
Tässä luvussa kuvataan iäkkään väestön terveydentilaa koetun terveyden ja masennusoireilun valossa. Tutkittavan omaa arviota terveydentilastaan koskeva yksittäinen kysymys on terveysaiheisten haastattelu- ja kyselytutkimusten vakiintuneinta sisältöä. Se antaa vastaajan terveydentilasta hyvän yleiskuvan, joka on varsin yhdenmukainen lääkärin tekemän yleisarvion kanssa (Aromaa ym. 1989). Koetulla terveydellä on myös vahva yhteys tuleviin terveysongelmiin ja kuolemanvaaraan (Manderbacka 1998). ATH-tutkimuksessa – kuten monissa muissakin suomalaisissa väestötutkimuksissa – kysymys esitetään muodossa ”Onko terveydentilanne mielestänne nykyisin” ja viisi vastausvaihtoehtoa ovat ”hyvä”, ”melko hyvä”, ”keskitasoinen”, ”melko huono” ja ”huono”. Alla tarkastellaan terveytensä keskitasoiseksi tai sitä huonommaksi kokevien osuutta vastaajista.

Masennus on monessa suhteessa väestön tärkein mielenterveyden ongelma. Vakavaa masennusta esiintyy noin viidellä prosentilla suomalaisista, lievempää oireilua paljon yleisemmin. Masentuneisuuteen liittyy hyvin usein myös muita mielenterveyden ongelmia, kuten ahdistuneisuutta ja päihdehäiriöitä. (Depressio, Käypä hoito-suositus 2013). Tässä artikkelissa masennusoireilua koskeva osoitin perustuu kysymykseen: ”Onko Teillä 12 viime kuukauden aikana ollut vähintään kahden viikon jaksoa, jolloin olette suurimman osan aikaa: a) ollut mieli maassa, alakuloinen tai masentunut? b) menettänyt kiinnostuksenne useimpiin asioihin, kuten harrastuksiin, työhön tai muihin asioihin, joista yleensä koette mielihyvää?” Vastausvaihtoehdot olivat ”ei” ja ”kyllä”. Masentuneiksi itsensä tunteviksi määriteltiin ne, jotka vastasivat vaihtoehdon ”kyllä” ainakin jompaankumpaan alakysymykseen.

Koettu terveys heikkenee iän karttuessa. Suomalaisista 63–69-vuotiaista hieman alle puolet, 70–79-vuotiaista runsaat puolet ja 80 vuotta täyttäneistä jo lähes kolme neljäsosaa arvioi terveytensä keskitasoiseksi tai sitä huonommaksi (Kuvio 12, Liitetaulukko 1). Kuten useimmat muutkin terveyden osoittimet, koetulla terveydellä on voimakas yhteys koulutukseen: alimpaan koulutusryhmään kuuluvista hieman yli 60 prosenttia piti terveyttään keskitasoisena tai sitä huonompana, mutta ylimmässä koulutusryhmässä vastaava osuus oli vain 45 prosenttia (Liitetaulukko 2.). Naisten ja miesten koettu terveys oli kutakuinkin samalla tasolla kaikissa ikä- ja koulutusryhmissä. AVI-alueiden väliset erot olivat verrattain pienet, mutta isojen kaupunkien välillä



Kuvio 12. Terveytensä keskitasoiseksi tai sitä huonommaksi kokevien osuus (%) sukupuolen, iän ja asuinalueen mukaan.



Kuvio 13. Masentuneiksi itsensä tuntevien osuus (%) sukupuolen, iän ja koulutuksen mukaan.

koetussa terveydessä oli joitakin eroja: espoolaiset arvioivat terveytensä paremmaksi kuin muut, ja Turussa koettu terveys oli huonoin (Liitetaulukot 3 ja 4).

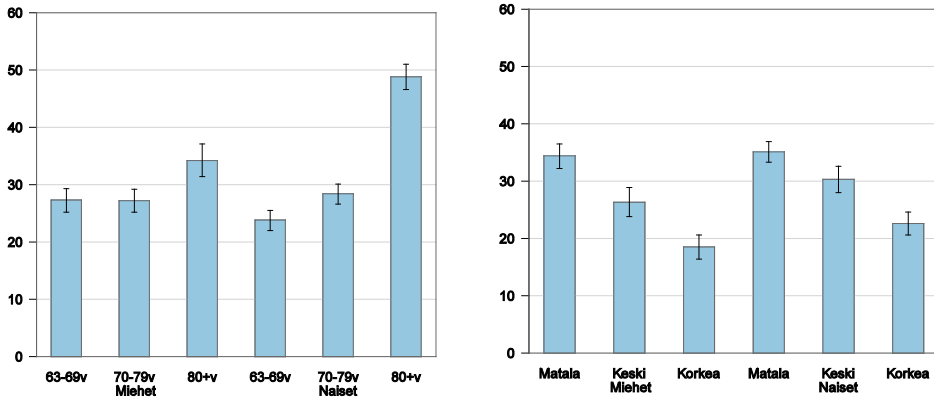
Masennusoireilu yleistyi iän mukana: 63–69-vuotiaista noin joka kuudennella oli masennusoireita, 80 vuotta täyttäneistä jo noin 30 prosentilla (Kuvio 13, Liitetaulukko 1). Jokaisessa ikäryhmässä masennusoireilu oli naisilla jonkin verran yleisempää kuin miehillä. Vähän koulua käyneistä naisista 25 prosenttia ja miehistä 22 prosenttia tunsi itsensä masentuneeksi; ylimmässä koulutusryhmässä masennusoireilua oli selvästi vähemmän, naisista 19 prosentilla ja miehistä 13 prosentilla (Liitetaulukko 2). AVI-alueiden väliset erot olivat hyvin vähäisiä; ainoastaan Lapin AVI-alueella (26%) masennusoireilu oli hieman yleisempää kuin muilla alueilla (n. 21%) (Liitetaulukko 3). Isojen kaupunkien väliset erot olivat samantapaiset kuin koetussa terveydessä (Liitetaulukko 4). Masennusoireilu oli harvinaisinta Espoossa (12%) ja Vantaalla (15%), yleisintä Turussa (24%).

Elintavat

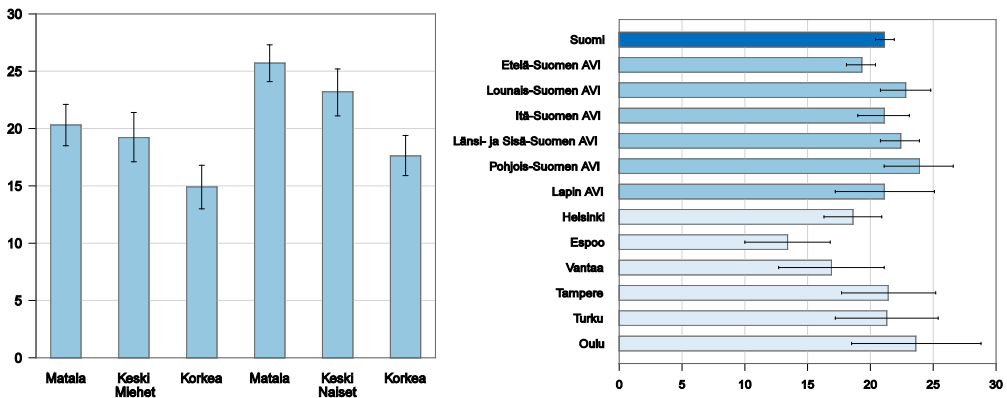
Terveelliset elintavat edistävät terveyttä ja toimintakyvyn säilymistä vanhimmissakin ikäryhmissä. Säännöllinen liikunta ylläpitää lihasvoimia, tasapainoa ja notkeutta sekä kestävyyskuntoa. Se myös hidastaa ikääntymiseen liittyvää fyysisen toimintakyvyn heikkenemistä ja tukee psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä (Hirvensalo ym. 2013). Liikunta myös auttaa ehkäisemään ja hoitamaan lihavuutta. Lihavuus puolestaan lisää monien sairauksien vaaraa, heikentää fyysistä toimintakykyä (Stenholm ym. 2008), ja se voi liittyä myös mielenterveysongelmiin sekä heikentää elämänlaatua (Lihavuus (aikuiset). Käypä hoito -suositus 2013). Runsas alkoholinkäyttö altistaa monille erilaisille fyysisen ja psyykkisen terveyden ongelmille, rajoittaa sosiaalista toimintakykyä. Alkoholiin liittyvät haitat ovat selvästi yleistyneet iäkkäässä väestössä, ja tämä kielteinen kehitys uhkaa kiihtyä, kun aiempia sukupolvia selvästi enemmän alkoholia käyttävät suuret ikäluokat ovat juuri siirtyneet eläkeikään. (Vilkko ym. 2010.)

Tässä artikkelissa tarkastellaan vapaa-ajan liikunnan harrastamista, jota kuvaava osoitin perustuu kysymykseen ”Kuinka paljon kaikkiaan liikutte viikoittain?”. Vastausvaihtoehtoina esitettiin ”ei juuri mitään säännöllistä liikuntaa joka viikko”, ”verkkaista ja rauhallista kestävyysliikuntaa”, ”ripeää ja reipasta kestävyysliikuntaa”, ”voimaperäistä ja rasittavaa kestävyysliikuntaa”, ”lihaskuntoharjoittelua” ja ”tasapainoharjoittelua tai muuta liikehallintaa kehittävää liikuntaa”, joista oli mahdollista valita useampi vaihtoehto. Vaihtoehdon valitsemisen jälkeen merkittiin kyseiseen liikuntamuotoon käytetty aika viikossa. Alla tarkastellaan vapaa-ajan liikuntaa harrastamattomia, joiksi määriteltiin ne, jotka valitsivat ensimmäisen vastausvaihtoehdon ”ei juuri mitään säännöllistä liikuntaa joka viikko”. Lihavuuden osoittimena käytettiin kehon painoindeksiä (BMI), joka laskettiin normaaliin tapaan jakamalla paino (kiloina) pituuden (metreinä) neliöllä. Tieto pituudesta perustui kysymykseen ”Kuinka pitkä olette?” ja painosta kysymykseen ”Miten paljon painatte kevyissä vaatteissa punnittuna?”. Lihaviksi määriteltiin ne, joiden painoindeksi oli vähintään 30 kg/m². Haitallisen alkoholinkäytön osoittimena käytettiin alkoholia humalahakuisesti käyttävien osuutta, joka perustui kysymykseen ”Kuinka usein olette juonut kerralla kuusi tai useampia annoksia?” Vastausvaihdot olivat ”en koskaan”, ”harvemmin kuin kerran kuukaudessa”, ”kerran kuukaudessa”, ”kerran viikossa” ja ”päivittäin tai lähes päivittäin”. Alkoholia humalahakuisesti käyttäviksi määriteltiin ne, jotka ilmoittivat juovansa vähintään kuusi annosta alkoholia vähintään kerran viikossa.

Lähes kolme neljäsosaa 63–79-vuotiaista naisista ja miehistä harrasti vapaa-ajan liikuntaa ainakin jossakin määrin, ja liikkumattomia oli vastaavasti runsas neljännes (Kuvio 14, Liitetaulukko 1). Vanhimmassa, 80 vuotta täyttäneiden ryhmässä liikunnallisesti passiivisia oli jo selvästi enemmän, etenkin naisten (49 %) mutta myös miesten (34 %) keskuudessa. Myös koulutusryhmien välillä oli selvät erot: alimpaan koulutusryhmään kuuluvista hieman useampi kuin joka kolmas ei harrastanut lainkaan liikuntaa, kun ylimmässä koulutusryhmässä passiivisten osuus oli naisilla hieman yli ja miehillä hieman alle 20 prosenttia (Liitetaulukko 2). Sen sijaan alueelliset erot olivat vähäisempiä – etenkin AVI-alueiden välillä: Etelä-Suomen AVI-alueella (28 %) lii-



Kuvio 14. Vapaa-ajan liikuntaa harrastamattomien osuus (%) sukupuolen, iän ja koulutuksen mukaan.



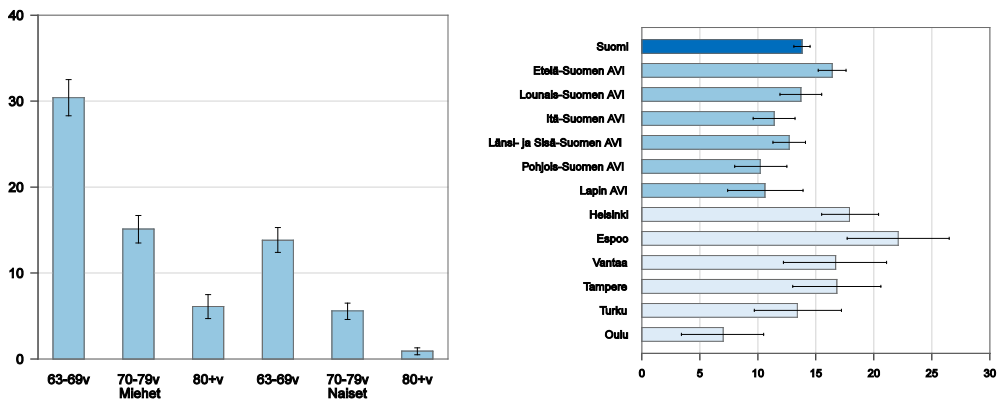
Kuvio 15. Lihavien (kehon painoindeksi vähintään 30 kg/m²) osuus (%) sukupuolen, koulutuksen ja alueen mukaan.

kunnallisesti passiivisten osuus oli hieman pienempi kuin koko maassa (30 %) ja etenkin Lounais-Suomen AVI-alueella (33 %) hieman suurempi (Liitetaulukko 3). Isoista kaupungeista erottuivat selvimmin Espoo, jossa liikuntaa harrastamattomia oli vain 19 prosenttia, ja Turku jossa liikunnallinen passiivisuus oli yleisintä (31 %) (Liitetaulukko 4).

Lihavien osuus väestöstä pienenee varttuneessa väestössä iän karttuessa, mikä näkyy myös tämän raportin aineistossa. 63–69-vuotiaista naisista 26 prosenttia ja miehistä 22 prosenttia oli lihavia, mutta 80 vuotta täyttäneiden joukossa lihavia oli naisista 20 ja miehistä vain 12 prosenttia (Liitetaulukko 1). 63 vuotta täyttäneessä väestössä lihavuus on kaikissa ikäryhmissä yleisempää naisilla kuin miehillä. Myös lihavuudessa havaittiin huomattavat erot koulutusryhmien välillä: ylimpään ryhmään kuuluvista naisista 18 prosenttia ja miehistä 15 prosenttia oli lihavia. Alimmassa koulutusryhmässä lihavien osuus oli tuntuvasti suurempi, naisilla 26 ja miehillä 20 prosenttia (Kuvio

15, Liitetaulukko 2). Etelä-Suomen AVI-alueella lihavien osuus oli pienin (19%) ja Pohjois-Suomen AVI-alueella suurin (24%) (liitetaulukko 3). Isoista kaupungeista Espoossa lihavuus oli harvinaisinta (13%) ja Oulussa yleisintä (24%) (Liitetaulukko 4).

Humalahakuinen juominen vähintään viikoittain oli verrattain yleistä 63–69-vuotiaiden miesten ryhmässä (30%), mutta selvästi harvinaisempaa 70–79-vuotiailla (15%) ja etenkin 80 vuotta täyttäneillä miehillä (6%) (Kuvio 16, Liitetaulukko 1). Naisilla humalajuomisen yhteys ikään oli yhtä selvä, mutta yleisyys oli kaikissa ikäryhmissä selvästi alhaisempi (14%, 6% ja 1%). Koulutuksen yhteys humalajuomiseen oli hyvin heikko ja lähes kaikkiin muihin osoittimiin verrattuna käänteinen: alimmassa koulutusryhmässä naisista 7 prosenttia ja miehistä 19 prosenttia käytti alkoholia humalahakuisesti vähintään viikoittain, mutta eniten koulua käyneiden ryhmässä vastaavat osuudet olivat hieman suuremmat (10% ja 24%) (Liitetaulukko 2). Alueelliset erot humalajuomisessa sen sijaan olivat useimpiin muihin osoittimiin verrattuna poikkeukselliset suuret. Pohjois-Suomen (10%), Lapin (11%) ja Itä-Suomen (11%) AVI-alueilla humalajuominen oli harvinaisinta, Etelä-Suomen AVI-alueella (16%) yleisintä (Kuvio 16, Liitetaulukko 2). Isojen kaupunkien väliset erot olivat tätäkin selvemmät: Oulussa 63 vuotta täyttäneistä asukkaista vain 7 prosenttia käytti alkoholia humalahakuisesti vähintään kerran viikossa, Espoossa 22 prosenttia, Helsingissä 18 prosenttia ja Vantaalla sekä Tampereellakin 17 prosenttia (Kuvio 16, Liitetaulukko 2).



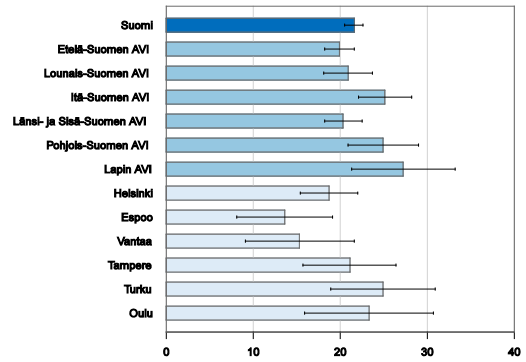
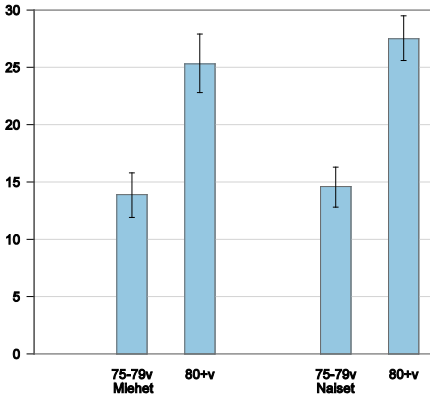
Kuvio 16. Alkoholia humalahakuisesti käyttävien osuus (%) sukupuolen, iän ja alueen mukaan.

Palvelut

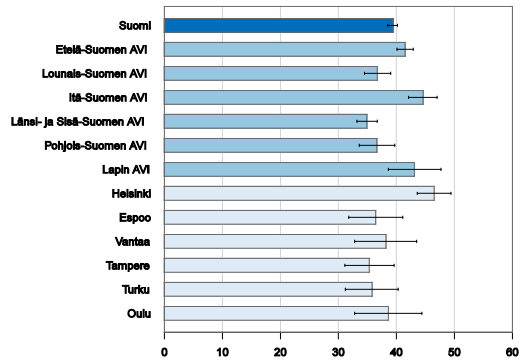
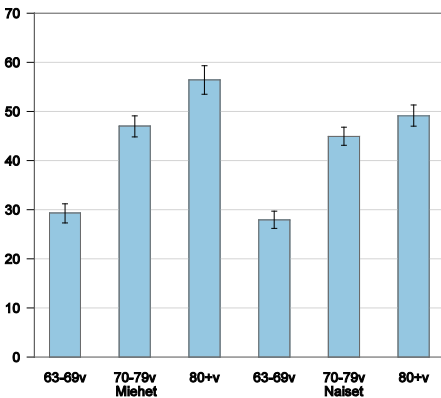
Suomalaisen politiikan keskeinen tavoite on ollut sosiaali- ja terveyspalvelujen tasa-arvoinen ja tarpeiden mukainen saatavuus sekä käyttö. Kansallisesti ja alueellisesti voidaan seurata palveluja saavien ja käyntikertojen määriä ja hoitojonoja, mutta lisäksi tarvitaan tietoa siitä, ovatko iäkkäät kokeneet saaneensa palveluita tarpeisiinsa nähden riittävästi. Iäkkäillä palveluiden saatavuutta voi rajoittaa mm. heikentynyt toimintakyky, esimerkiksi vaikeudet yhteydenotossa puhelimitse ja mahdollisuudet Internetin käyttöön. Lisäksi palveluihin hakeutumiseen vaikuttavat kulkuyhteydet. Myös erilaiset sosioekonomiset tekijät, kuten tulot vaikuttavat mahdollisuuksiin käyttää yksityisiä ja osin myös julkisia palveluita. Aiemmat kokemukset, arvot ja asenteet vaikuttavat siihen miten palveluihin hakeudutaan. Vaikka palvelujen käyttöä on tutkittu melko paljon rekisteritietoja hyödyntäen, Suomessa on toistaiseksi vähän tutkimusta siitä, miten palvelut vastaavat koettuihin palvelutarpeisiin (mm. Manderbacka ym. 2012). Väestöryhmien välillä palvelujen käytössä on havaittu merkittäviä eroja mm. iän, sukupuolen, sosioekonomisen aseman ja alueen mukaan. (Häkkinen & Alha 2006, Kaikkonen ym. 2014).

Tässä luvussa tarkastellaan terveys- ja sosiaalipalveluista palvelutarpeen arviointia, terveyskeskuslääkäripalveluita, kotihoidon palveluita, influenssarokotuksia, laitoshoidoa sekä omaishoidon tukea. Palvelujen saannin riittävyttä kartoitettiin kysymyksellä ”Oletteko mielestänne saanut riittävästi seuraavia sosiaali- ja terveyspalveluita 12 viime kuukauden aikana”. Palveluita riittämättömästi saaneiksi luokiteltiin ne, jotka olivat valinneet vaihtoehdon ”olisi tarvittu, mutta palvelua ei ole saatu” tai ”on käytetty, palvelu ei ollut riittävää”. Kyselylomakkeen laajemmasta palvelujen listasta terveyskeskuslääkärin vastaanottoa kysyttiin kaikilta. 75 vuotta täyttäneiden osalta tarkastellaan myös omaishoidon tukea, kotihoitoa ja laitoshoidoa. Kotihoitoa riittämättömästi saaneiksi luokiteltiin ne, jotka olivat vastanneet, etteivät saaneet palvelua lainkaan tai palvelu ei ollut riittävää joko kohtaan ”Kotipalvelu” tai ”kotisairaanhoido”, tai molempiin näistä. Laitoshoidon riittämättömään saantiin huomioitiin kohdat ”terveyskeskuksen/sairaalan vuodeosasto” ja ”vanhainkoti” sekä ”kuntoutusjakso laitoksessa”. Tarkemmat kuvaukset käytetyistä osoittimista löytyvät: <http://www.terveytemme.fi/ath/vanhuspalvelulaki/tulokset/notes/notes.htm>

Palvelutarpeen yksilöllinen arviointi kuuluu lakisääteisesti kaikille 75 vuotta täyttäneille, joilla on mahdollista tarvetta sosiaali- ja terveyspalveluille. Palvelutarve voi liittyä mm. koti- ja asumispalveluihin, omais- ja laitoshoidon sekä erilaisiin etuuksiin. Palvelutarpeen arvioinnin yhteydessä laaditaan tarvittaessa hoitosuunnitelma. Vähintään 75 vuotta täyttäneistä palvelutarpeen arviointi oli tehty 22 prosentille (Kuvio 17, Liitetaulukko 1). Sukupuolten välillä ei havaittu eroa. Palvelutarpeen arviointi oli tehty yleisimmin vähintään 80 vuotta täyttäneille ja yleisimmin vähemmän koulutusta suorittaneille (Liitetaulukko 2), mikä todennäköisesti liittyy heidän heikompaan toimintakykynsä ja kohdistuu näin oikein sitä tarvitseville. Myös alueiden välillä havaittiin eroja: Etelä-Suomen AVI:n alueella palvelutarpeen arviointi oli tehty noin joka



Kuvio 17. Niiden 75 vuotta täyttäneiden osuus, joille on tehty palvelutarpeen arviointi sukupuolen, iän ja alueen mukaan(%).



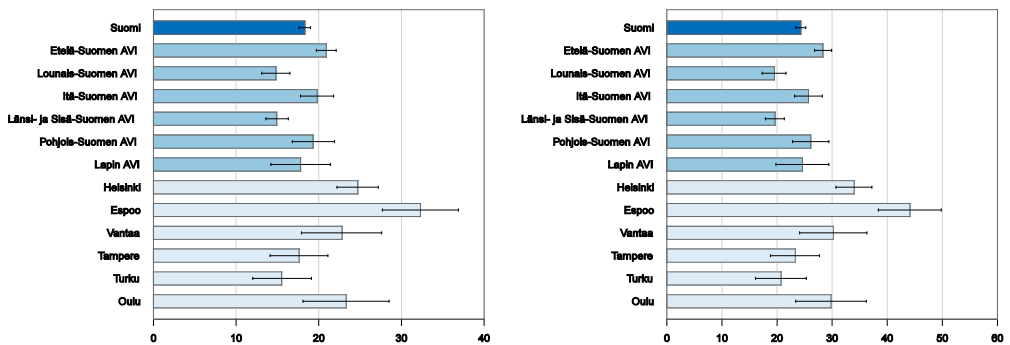
Kuvio 18. Influenssarokotteen 12 viime kuukauden aikana ottaneiden osuus sukupuolen, iän ja alueen mukaan (%).

viidennelle kun Lapin AVI:n alueella arviointi oli tehty hieman yleisemmin kuin joka neljännelle 75 vuotta täyttäneelle (Kuvio 17, Liitetaulukko 3).

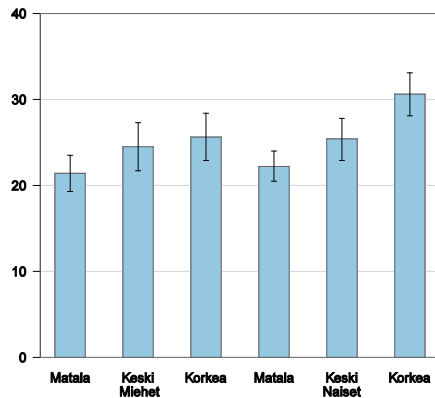
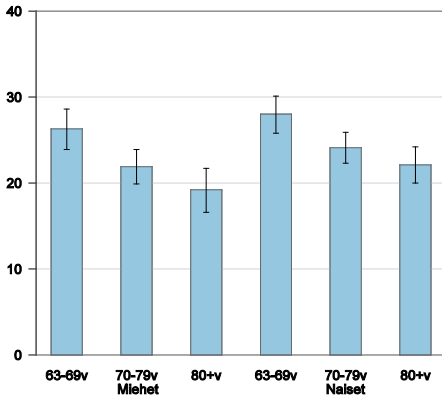
Influenssarokotetta suositellaan kaikille 65 vuotta täyttäneille, joille se on ilmainen. Influenssa selittää iäkkäiden talvikuukausien ylikuolleisuudesta valtaosan ja tätä ylikuolleisuutta voidaan vähentää rokottamalla sairauksien ja muiden syiden vuoksi riskiryhmiin kuuluvien lisäksi myös perusterve väestö. Kaikista vähintään 63 vuotiaista 39 prosenttia oli ottanut influenssarokotuksen kuluneen vuoden aikana (Kuvio 18, Liitetaulukko 1). Miesten ja naisten välillä ei havaittu eroa rokotuskattavuudessa nuoremmissa ikäryhmissä, mutta iän mukaan rokotuksen ottaneiden osuus kasvoi ja vähintään 80 vuotta täyttäneistä miehistä liki 56 prosenttia oli ottanut rokotuksen, kun vastaava luku oli naisilla 50 prosenttia. Korkeammin koulutetut olivat ottaneet rokotuksen muita koulutusryhmiä yleisemmin (Liitetaulukko 2). Rokotuksen ottaminen oli yleisintä Lapin (43 %) ja Itä-Suomen (45 %) AVI:en alueella ja harvinaisinta Länsi- ja

Sisä- (35 %), Lounais-(37 %) ja Pohjois-Suomen (37 %) AVI:en alueella (Kuvio 18, Liitetaulukko 3).

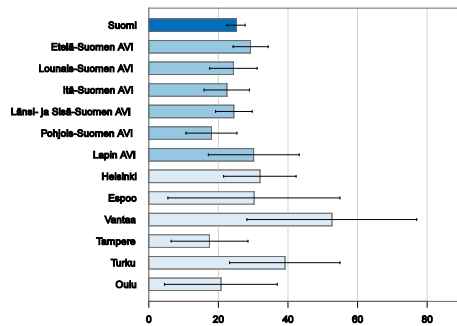
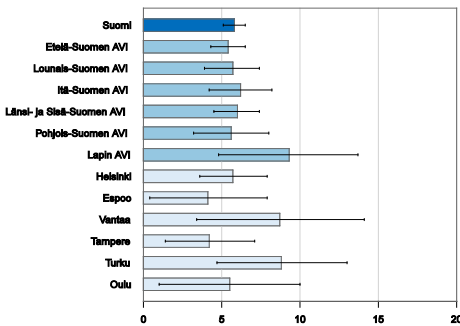
Se, että koko väestöllä on tarvittaessa mahdollisuus päästä terveyskeskuslääkärin vastaanotolle, on ollut suomalaisen terveyspolitiikan keskeinen tavoite jo 1900-luvun alusta lähtien. Koko 63 vuotta täyttäneestä väestöstä riittämättömästi terveyskeskuslääkärin vastaanottopalveluita raportoi saaneensa liki joka viides (23 %) (Kuvio 19, Liitetaulukko 1). Naiset raportoivat hieman miehiä yleisimmin palvelun riittämättömyydestä. Terveyskeskuslääkäripalveluita tarvinneista 63 vuotta täyttäneistä suomalaisista joka neljäs katsoi palvelun olleen tarpeisiinsa nähden riittämätöntä (Kuvio 20, Liitetaulukko 1). Nuoremmat ikäryhmät kokivat vanhempia ikäryhmiä enemmän saaneensa palvelua riittämättömästi, mikä voi selittyä sillä, että vanhimmissa ikäryhmissä lääkärin palveluja on saatu myös laitoshoidonjaksoilla tai kotihoiton yhteydessä. Lisäksi hiljakkoin eläkkeelle jääneet ovat jääneet työterveyshuollon ulkopuolelle, jolloin he ovat siirtyneet käyttämään terveyskeskuksen lääkäripalveluja, jossa lääkäriaikoja voi olla selvästi vaikeampi saada kuin työterveyshuollossa. Korkeammin koulutetut kokivat useammin palvelut tarpeisiinsa nähden riittämättömiksi kuin lyhyemmän koulutuksen saaneet (Kuvio 20, Liitetaulukko 2), mikä voi myös selittyä eroilla aiemmassa työterveyshuollon kattavuudessa ja omaksutussa vaatimustasossa.



Kuvio 19. Terveyskeskuslääkärin vastaanottopalveluita omasta mielestään riittämättömästi saaneiden osuus koko väestöstä ja palvelua tarvinneista alueittain (%).



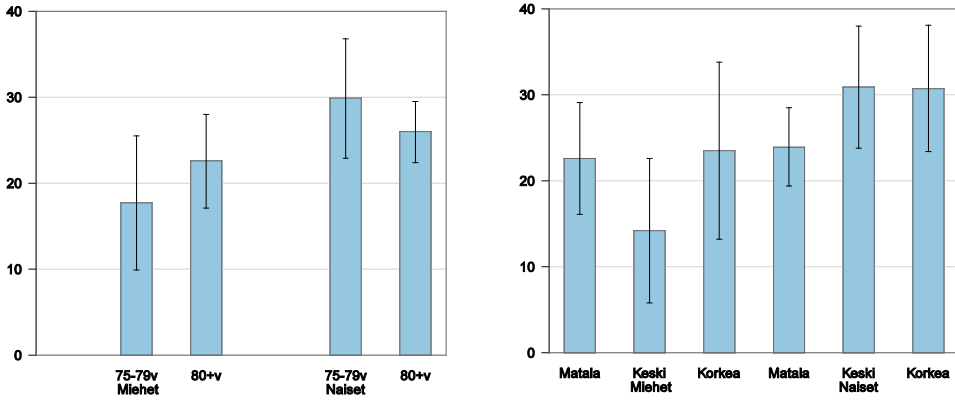
Kuvio 20. Terveyskeskuslääkärin vastaanottopalveluita riittämättömästi saaneiden osuus palvelua tarvitseista sukupuolen, iän ja koulutuksen mukaan (%).



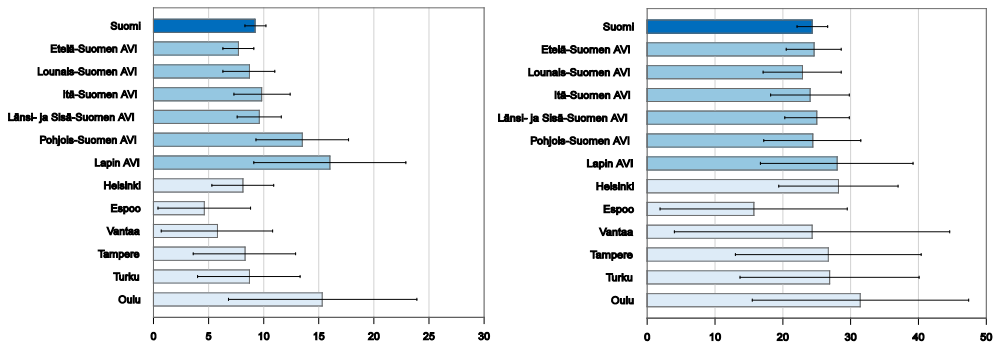
Kuvio 21. Kotihoidon palveluita riittämättömästi saaneiden osuus koko väestöstä ja palvelua tarvitseista alueittain (%).

Suurista kaupungeista eniten terveyskeskuslääkärin vastaanottopalveluita riittämättömästi saaneita oli Espoossa, jossa 44 prosenttia palvelua tarvitseista koki palvelun riittämättömäksi (Kuvio 19, Liitetaulukko 4). Harvinaisinta riittämätön palvelunsaanti oli Turussa (21 %). Lounais- ja Länsi-Suomessa terveyskeskuslääkärin palveluiden kokeminen riittämättömiksi oli muita AVI-alueita harvinaisempaa (Liitetaulukko 3).

Kotihoidopalvelut kattavat laajimmillaan kotisairaanhoidon lisäksi erilaiset tukipalvelut kuten siivous-, kylvytys- ja ateriapalvelut, joiden osalta kunnallisia palveluita täydentää varsinkin suurimmissa kaupungeissa laaja yksityisten palvelujen tarjonta. Vähintään 75 vuotta täyttäneistä suomalaisista kotihoidon palvelut riittämättömiksi koki 6 prosenttia, mutta kotihoidon palveluita tarvitseista jopa joka neljäs (Kuviot 21 ja 22, Liitetaulukko 1,2,3 ja 4). Naiset kokivat miehiä hieman yleisemmin kotihoidon palvelut riittämättömiksi, mikä liittyy naisten miehiä heikompaan toimintakykyyn



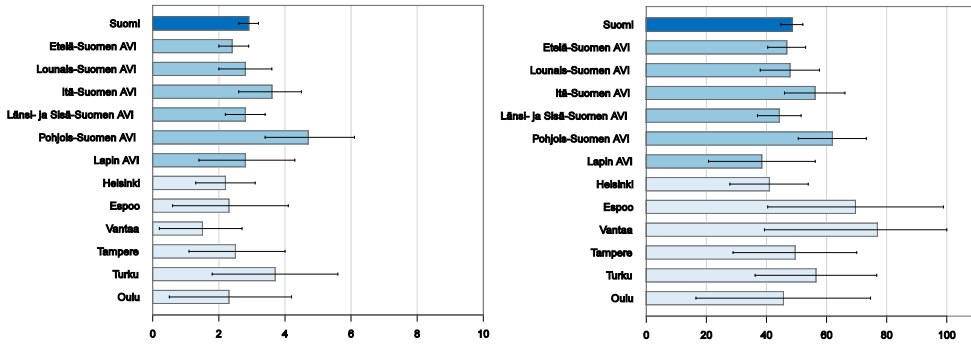
Kuvio 22. Kotihoidon palveluita riittämättömästi saaneiden osuus palvelua tarvinneista sukupuolen, iän ja koulutuksen mukaan (%).



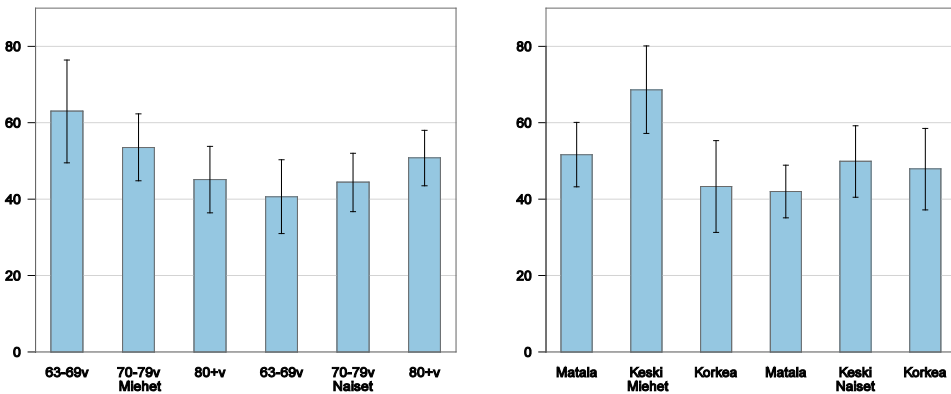
Kuvio 23. Laitoshoidon palveluita riittämättömästi saaneiden osuus koko väestöstä ja palvelua tarvinneista alueittain (%).

ja yksin asumiseen. Koulutusryhmien välillä ei havaittu eroja, mutta kaupunkien väliset erot olivat suuria: Tampereella kotipalveluja riittämättömästi saaneita oli 17 prosenttia ja Vantaalla noin puolet (53 %) 75 vuotta täyttäneistä.

Ikääntyneiden palveluiden kehittämisen tavoitteena on vähentää laitoshoidon tarvetta ja monissa kunnissa laitoshoitopaikkoja on vähennetty. Vanhuspalvelulaki edellyttää, että laitoshoidon järjestetään vain silloin kun hoitoa, huolenpitoa tai kuntoutusta ei ole mahdollista tai perusteltua järjestää kotiin. 75 vuotta täyttäneistä suomalaisista 9 prosenttia koki, että ei ollut saanut tarpeisiinsa nähden riittävästi laitoshoidon palveluita (Kuvio 23). Palveluita tarvinneista näin koki joka neljäs (24 %). Miehillä ei havaittu eroa ikäryhmien välillä, mutta vähintään 80 vuotta täyttäneillä naisilla kokemus laitoshoidon riittämättömyydestä oli muita ikäryhmiä ja miehiä yleisempää, mikä vastaa tuloksia heidän heikommasta toimintakyvystään. Erot toimintakyvyssä selittänevät myös sitä, että vähemmän opiskelleet miehet ja naiset kokivat saaneensa



Kuvio 24. Omaishoidon tuen riittämättömäksi kokevien osuus koko väestöstä ja palvelua tarvinneista alueittain (%).



Kuvio 25. Omaishoidon tuen riittämättömäksi kokevien osuudet tukea tarvinneista sukupuolen, iän ja koulutuksen mukaan (%).

riittämättömästi laitoshoidtoa useammin (27%) kuin korkeammin koulutetut (21%) (Liitetaulukko 2). Alueiden väliset erot eivät olleet tilastollisesti merkitseviä. (Liitetaulukot 1–4.)

Koko väestössä omaishoidontukea omasta mielestään riittämättömästi saaneita oli hieman alle 3 prosentilla kaikista 63 vuotta täyttäneistä (Kuvio 24). Omaishoidon tukea tarvinneista kuitenkin joka toinen (49%) koki tuen riittämättömäksi (Kuvio 25, Liitetaulukko 1). Erityisesti 63–69-vuotiaat miehet kokivat omaishoidon tuen riittämättömäksi (63%), mutta kokemus tuen riittämättömyydestä väheni iän myötä, mikä liittyy siihen, että iäkkäimmät miehet eivät enää kykene toimimaan omaishoitajina. Naisilla kokemus omaishoidon tuen riittämättömyydestä yleistyi iän myötä. Muiden ryhmien osalta tulokset eivät olleet tilastollisesti merkitseviä miehillä tai naisilla. Koulutusryhmien väliset ja alueelliset erot omaishoidon tuen riittävydessä olivat pieniä

(Liitetaulukot 2,3 ja 4). Lomakkeella kysyttiin omaishoidon tuen riittävydestä erilaisten palvelujen yhteydessä. Vastaajat ovat voineet tulkita kysymyksen kattamaan vain omaishoidon tuen rahallista palkkiota tai laajemmin myös tähän liittyviä palveluita (esim. sijaishoito omaishoitajan vapaan ajaksi).

Yhteenveto ja päätelmät

Vanhuspalvelulla pyritään iäkkään väestön hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja terveyden tukemiseen. Tavoitteiden toteutumisen arvioimiseksi tarvitaan toistuvaa tietoa iäkkään väestön tilanteesta. Tätä varten THL:ssä kehitettiin sähköinen raportointijärjestelmä (www.terveytemme.fi/ath/vanhuspalvelulaki), jossa ATH-tutkimuksessa koottavaa tietoa voi tarkastella 57 osoittimen avulla väestöryhmittäin ja alueittain. Tässä artikkelissa kuvataan 63 vuotta täyttäneen väestön tilannetta ennen vanhuspalvelulain voimaantuloa.

Suomen iäkkään väestön terveys ja toimintakyky ovat viime vuosikymmeninä kehittyneet myönteiseen suuntaan (Tämän raportin artikkelissa Sainio ym., luku 1.3), mutta monet hyvinvointi-, toimintakyky- ja terveysongelmat ovat edelleen yleisiä ja korostuvat erityisesti vanhimpien kansalaisten keskuudessa. Joka neljäs 63 vuotta täyttänyt ilmoittaa taloudellisen toimeentulon vaikeuksia, ja joka kymmenes kokee, että raha ei riitä ruokaan, lääkkeisiin tai lääkärinkäynteihin. Joka viides 80 vuotta täyttänyt nainen on yksinäinen, yhtä moni on sosiaalisesti passiivinen ja vain kolmannes kokee elämänlaatunsa hyväksi. Tietotekniset valmiudet ovat vähäisiä vanhimmassa ikäryhmässä, jossa vain noin joka kymmenes käyttää internetiä sähköiseen asiointiin, esimerkiksi verkkopankkia tai kunnan, Kelan tai verotoimiston sähköisiä palveluita. Lähes kolmanneksella 63 vuotta täyttäneistä on liikkumiskyky rajoittunut, 80 vuotta vanhempien keskuudessa useammalla kuin joka toisella on kävelyvaikeuksia ja runsas kolmannes on kaatunut edellisen vuoden aikana. Lähes kolmannes iäkkäistä saa tai tarvitsee apua arkitoimissaan. Vanhimmista vastaajista yli puolet on avun tarpeessa, mutta heistä neljännes ei saa tarvitsemaansa apua. Kolmasosa iäkkästä väestöstä on fyysisesti inaktiivisia, lihavia on useampi kuin joka viides, ja joka seitsemäs käyttää alkoholia humalahakuisesti vähintään kerran viikossa. On ilmeistä, että todellisuudessa nämä erilaisista terveys- ja toimintakykypulmista kärsivien osuudet ovat jonkin verran nyt raportoituja suurempia, koska runsas kolmasosa tutkimukseen kutsutuista ei osallistunut, ja tiedetään, että osallistumatta jäävien keskuudessa useimmat terveysongelmat, toimintakyvyn rajoitteet ja terveyden kannalta haitalliset elintavat ovat selvästi keskimääräistä yleisempiä.

Vanhimmissakin ikäryhmissä väestöryhmien välillä on huomattavia eroja terveys- ja hyvinvointiongelmien yleisyydessä. Hyväkuntoisten ja terveimpien väestöryhmien tilanteen perusteella nähdään, kuinka hyvä iäkkäiden tilanne vähintäänkin voi olla. Jos muiden väestöryhmien tilannetta voitaisiin kohentaa yhtä hyväksi kuin se jo nyt on ylimmissä sosioekonomisissa ryhmissä ja terveimmillä asuinalueilla, koko vä-

estön terveyden ja hyvinvoinnin ongelmat vähenisivät erittäin paljon. Lisäksi kaikkein hyvinvoimimmassakin ryhmissä on paljon mahdollisuuksia entisestään edistää terveyttä ja toimintakykyä.

Väestön ikärakenteen nopeasti vanhentuessa näyttää vääjäämättömältä, että palvelujen tarve väestössä kasvaa. Huonokuntoisten ja paljon hoitoa ja hoivaa tarvitsevien lukumäärän kasvua on kuitenkin mahdollista ratkaisevasti hidastaa. Se edellyttää huomattavaa panostusta sekä iäkkäiden että myös nuorempien terveyden ja toimintakyvyn edistämiseen ja ongelmien ennaltaehkäisyyn. Erityisen tärkeää on pyrkiä kehittämään sellaisia palvelumuotoja ja muita toimia, jotka auttavat kohentamaan terveyttä ja toimintakykyä etenkin niissä isoissa väestöryhmissä, joihin ongelmat kumuloituvat. Sosiaalisen ja taloudellisen kestävyuden kannalta tämä on välttämätöntä.

Näyttää ilmeiseltä, että palvelutarpeen arviointia ei ole vielä tehty suurelle osalle palveluita tarvitsevista eikä merkittävä osuus ikääntyneistä koe saavansa tarpeisiinsa nähden riittävästi palveluja. Kotona mahdollisimman pitkään asumisen ja laitoshoidon tarpeen vähentämisen kannalta on huolestuttavaa, että jopa puolet kotihoidon palveluita tarvinneista ja samoin joka toinen omaishoidon tukea tarvinneista koki saaneensa näitä riittämättömästi.

Tässä luvussa esitetty monipuolinen kuvaus iäkkään väestön tilanteesta sisältää paljon tietoa siitä, miten palvelujärjestelmän toimintaa on kehitettävä. Palvelujärjestelmän on pyrittävä entisestään tehostamaan hyvinvointia, terveyttä ja toimintakykyä vaarantavien tekijöiden tunnistamista ja vähentämistä alueensa väestössä sekä mahdollistamaan asuminen kotona mahdollisimman pitkään. Osallistumismahdollisuuksien lisääminen ja osallistumisen esteiden vähentäminen lisäävät sosiaalista toimeliaisuutta, vireyttä ja hyvinvointia. On myös tärkeää kyetä tarjoamaan tehokasta hoitoa riittävän ajoissa sairauksien ja niiden aiheuttamien haittojen vähentämiseksi ja hyvää hoivaa ja apua niille, jotka sitä toimintarajoitteidensa vuoksi tarvitsevat. Vanhuspalvelulakiin on kirjattu monia tärkeitä keinoja näihin tavoitteisiin pääsemiseksi.

On tärkeää seurata, miten iäkkään väestön terveys, toimintakyky, hyvinvointi ja koettu palvelujen tarpeenmukainen saanti muuttuvat vanhuspalvelulain voimaantumisen jälkeen eri alueilla ja väestöryhmissä. Näitä tietoja kerätään ATH-tutkimuksen toistuvissa kyselyissä ainakin vuoden 2014 loppuun asti. Niiden avulla voidaan lain toimeenpanon onnistumista ja tuloksellisuutta. AVI-alueiden sekä isoimpien kaupunkien lisäksi tuloksia voidaan esittää mm. SOTE-alueilla ja aineiston karttuessa myös pienemmillä alueilla. Sähköinen seurantajärjestelmä luo alueille hyvät edellytykset seurata iäkkäiden asukkaidensa hyvinvoinnin kehitystä, havaita mahdolliset uudet ongelmat ja kielteiset kehityskulut mahdollisimman varhain ja käynnistää tehokkaita toimenpiteitä iäkkään väestön hyvinvoinnin edistämiseksi.

Lähteet

- Aromaa A, Heliövaara M, Impivaara O, Knekt P, Maatela J, Joukamaa M, Klaukka T, Lehtinen V, Melkas T, Mälkiä E, Nyman K, Paurio I, Reunanen A, Sievers K, Kalimo E, Kallio V. Terveys, toimintakyky ja hoidontarve Suomessa. Mini-Suomi-terveystutkimuksen perustulokset. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja AL:32, Helsinki, 1989.
- Depressio. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Lihavuustutkijat ry:n asettama työryhmä 2013 (viitattu 12.3.2014). Saatavilla Internetissä: <http://www.terveysportti.fi/xmedia/hoi/hoi50023.pdf>
- Guralnik JM, Simonsick EM, Ferrucci L, Glynn RJ, Berkman LF, Blazer DG, ym. A short physical performance battery assessing lower extremity function: Association with self-reported disability and prediction of mortality and nursing home admission. *J Gerontol.* 1994;49(2):M85–94.
- Guralnik JM, Ferrucci L, Simonsick EM, Salive ME, Wallace RB. Lower-extremity function in persons over the age of 70 years as a predictor of subsequent disability. *N Engl J Med.* 1995;332(9):556–61.
- Hirvensalo M, Rasinaho M, Rantanen T, Heikkinen E. Liikunta. Teoksessa: Heikkinen E, Jyrkämä J, Rantanen T, toim. Gerontologia. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki 2013, s. 474–484.
- Häkkinen U, Alha P. (toim) Terveyspalvelujen käyttö ja sen väestöryhmittäiset erot. Terveys 2000 -tutkimus. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B10/2006, Helsinki 2006.
- Kaikkonen R, Murto J, Pentala O, Koskela T, Virtala E, Härkänen T, Koskeniemi T, Ahonen J, Vartiainen E, Koskinen S. Palvelut. Julkaisussa: Kaikkonen R, Murto J, Pentala O, Koskela T, Virtala E, Härkänen T, Koskeniemi T, Ahonen J, Vartiainen E, Koskinen S. Alueellisen terveys- ja hyvinvointitutkimuksen perustulokset 2010–2014. Verkkojulkaisu 2014: www.thl.fi/ath.
- Kautto M (toim), Eläkkeet ja eläkkeensaajien toimeentulo. Eläketurvakeskuksen Raportteja 04/2011. Vaasa 2011. Saatavilla Internetissä [viitattu 14.3.2014]: http://www.etk.fi/fi/gateway/PTARGS_0_2712_459_440_3034_43/PTAR%3B/content.etk.fi%3B7087/publishedcontent/publish/etkfi/fi/julkaisut/tutkimusjulkaisut/raportit/elakkeet_ja_elakkeensaajien_toimeentulo_2000_2010_7.pdf
- Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2013:11. Saatavissa Internetistä: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3415-3>
- Lihavuus (aikuiset). Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä 2013 [viitattu 12.3.2014]. Saatavilla Internetissä: <http://www.terveysportti.fi/xmedia/hoi/hoi24010.pdf>
- Manderbacka K. Questions on survey questions on health. Swedish Institute for Social Research, Dissertation Series 30, Stockholm 1998.
- Manderbacka K, Muuri A, Keskimäki I, Kaikkonen R, Elovainio M. (2012) Mitä tyydyttämätön palvelutarve kertoo terveyspalvelujen saatavuudesta? Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 1/2012. s. 4–12.
- Murto J, Sainio P, Pentala O, Koskela T, Luoma M-L, Koponen P, Kaikkonen R ja Koskinen S. Hyvinvointi, toimintakyky, terveys, elintavat, palvelut. Julkaisussa: Murto J, Sainio P, Pentala O, Koskela T, Luoma M-L, Koponen P, Kaikkonen R ja Koskinen S. Vanhuspalvelulain vaikutukset ikääntyneen väestön toimintakykyyn ja koettuun palvelutarpeeseen: seurantaosoittimet. Verkkojulkaisu 2014: www.terveytemme.fi/ath/vanhuspalvelulaki
- Saarni S, Luoma M-L, Koskinen S, Vaarama M. Elämänlaatu. Teoksessa: Koskinen S, Lundqvist A, Ristiluoma N (toim.), Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Raportti 68/2012, Helsinki 2012, s 159–162. Saatavilla Internetissä [viitattu 14.3.2014]: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-769-1>
- Stenholm S, Rantanen T, Sainio P, Koskinen S. Lihavuus yli 55-vuotiaiden liikkumisvaikeuksien riskitekijänä. Suomen Lääkäri-lehti 2008;63:487–493.
- Suositus sosiaalisen toimintakyvyn arvioinnista ja mittaamisesta väestötutkimuksissa. TOIMIA-tietokanta. Työryhmä: Tiikkainen P, Heikkinen R-L. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, 2011 [viitattu 26.3.2014]. Saatavilla Internetissä: <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/suositus/18/>
- Tuominen E, Nyman H, Lampi J. Eläkkeiden reaalin kehitys vuosina 2000–2010. Teoksessa: Kautto M. toim. Eläkkeet ja eläkkeensaajien toimeentulo 2000–2010.

- Eläketurvakeskuksen raportteja 04/2011. Saatavissa Internetissä [viitattu 14.3.2014]: http://www.etk.fi/fi/gateway/PTARGS_0_2712_459_440_3034_43/http%3B/content.etk.fi%3B7087/publishedcontent/publish/etkfi/fi/julkaisut/tutkimusjulkaisut/raportit/elakkeet_ja_elakkeensaajien_toimeentulo_2000_2010_7.pdf
- Uotila H. Vanhuus ja yksinäisyys - Tutkimus iäkkäiden ihmisten yksinäisyyskokemuksista, niiden merkityksistä ja tulkinnoista. Tampere 2011. Saatavilla Internetissä [viitattu 14.3.2014]: <http://uta17-kk.lib.helsinki.fi/bitstream/handle/10024/66801/978-951-44-8553-4.pdf?sequence=1>
- Vaarama M, Siljander E, Luoma M-L, Meriläinen S. Suomalaisten kokema elämänlaatu nuoruudesta vanhuuteen. Teoksessa: Vaarama M, Moisio P, Karvonen S (toim.), Suomalaisten hyvinvointi 2010. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Teema 11, Helsinki 2010, s. 126–149. Saatavilla Internetissä [viitattu 14.3.2014]: <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205085398>
- Vilkko A, Sulander T, Laitalainen E, Finne-Soveri H. Miten iäkkäät suomalaiset juovat? Teoksessa: Mäkelä P, Mustonen H, Tigerstedt T, toim. Suomi juo. Suomalaisten alkoholinkäyttö ja sen muutokset 1968–2008. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki 2010, s. 142–153. Saatavilla Internetissä: <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/371e1e08-9bc1-47ea-81aa-68b04f27088c>

Liitetaulukko 1. Ikävakiomattomia tuloksia iän ja sukupuolen mukaan (%)

	Naiset				Miehet			
	Ikäryhmä			Yhteensä	Ikäryhmä			Yhteensä
	63–69	70–79	80+		63–69	70–79	80+	
Taloudellinen toimeentulo								
Kotitalouden menojen kattaminen tuloilla hankalaa (%)	25,0	26,1	27,1	25,9	23,5	22,9	22,2	23,1
Joutunut tinkimään ruoasta, lääkkeistä tai lääkärikäynneistä (%)	14,0	10,9	9,4	11,8	10,7	8,9	6,0	9,3
Elämänlaatu ja onnellisuus								
Elämänlaatunsa (EuroHIS-8) hyväksi tuntevien osuus (%)	60,6	48,4	33,0	49,8	58,9	52,7	40,5	53,6
Onnelliseksi itsensä kokeneiden osuus (%)	51,3	48,4	42,4	48,3	53,4	52,0	51,0	52,5
Sosiaalinen toimintakyky ja osallisuus								
Itsensä yksinäiseksi tuntevien osuus (%)	7,7	8,2	19,0	10,5	6,4	6,0	13,1	7,4
Aktiivisesti järjestötoimintaan tms. osallistuvien osuus (%)	30,0	29,9	19,4	27,5	26,9	28,2	19,0	26,1
Internetiä sähköiseen asiointiin käyttävien osuus (%)	66,2	34,0	6,6	40,9	68,8	45,4	14,8	51,5
Fyysinen toimintakyky ja arkitoimista suoriutuminen								
Puolen kilometrin kävelyssä vaikeuksia kokeneiden osuus (%)	16,8	30,6	64,1	32,8	15,4	26,9	49,3	25,2
Talvella ulkona liikkumisessa vaikeuksia kokeneiden osuus (%)	20,9	36,0	68,4	37,4	20,9	36,0	68,4	24,9
Jalankulkuväylien liikkautumisen vähintään jonkin verran haittaavaksi kokevien osuus (%)	54,9	58,5	60,7	57,5	44,6	47,0	49,9	46,3
Liikusteitä käyttävien osuus (%)	56,9	73,2	72,2	66,0	37,5	52,7	58,4	46,1
Kävellessä vuoden aikana kaatuneiden osuus (%)		30,9	38,0	35,3		25,4	33,4	29,8
Arkitoimissa vähintään suuria vaikeuksia kokeneiden osuus (IADL) (%)	9,1	23,0	63,3	26,7	3,8	10,5	31,4	10,8
Apua tarvitsevien osuus koko väestöstä (%)	17,0	29,9	63,6	32,6	12,0	23,3	51,4	22,6
Apua riittämättömästi saavien osuus apua tarvitsevista (%)	22,3	26,6	26,7	25,7	18,3	15,8	19,8	17,9
Terveys ja elintavat								
Terveytensä keskitasoisesti tai sitä huonommaksi kokevien osuus (%)	45,2	57,8	75,8	57,0	46,8	57,2	71,4	54,7
Masentuneiksi itsensä tuntevien osuus (%)	19,0	22,7	32,1	23,3	16,1	18,0	27,0	18,6
Alkoholia humalahuokaisesti käyttävien osuus (AUDIT-1k) (%)	13,8	5,6	0,9	7,9	30,4	15,1	6,1	20,8
Vapaa-ajan liikuntaa harrastamattomien osuus (%)	23,8	28,4	48,8	31,3	27,3	27,2	34,2	28,4
Lihavien osuus (kehon painoindeksi BMI >= 30 kg/m ²) (%)	26,0	21,5	20,1	23,1	21,6	17,8	12,3	18,7
Palvelut								
Lakisääteinen palvelutarpeen arviointi tehty, osuus 75 vuotta täyttäneistä (%)		14,6	27,5	22,5		13,9	25,3	20,1
Influenssarokotteen viimeisen vuoden aikana saaneiden osuus (%)	27,9	44,9	49,1	38,9	29,3	47,0	56,4	39,9
Terveyskeskuslääkärin palveluita riittämättömästi saaneiden osuus palveluita tarvinneista (%)	28,0	24,1	22,1	25,1	26,3	21,9	19,2	23,3
Kotihoidon palveluita riittämättömästi saaneiden osuus palveluita tarvinneista (%)		29,9	26,0	26,7		17,7	22,6	21,5
Laitoshoidon palveluita riittämättömästi saaneiden osuus palveluita tarvinneista (%)		23,9	28,1	27,0		19,3	20,6	20,1
Omaishoidon tukea riittämättömästi saaneiden osuus palveluita tarvinneista (%)	40,6	44,4	50,8	45,6	63,0	53,5	45,1	52,8

Liitetaulukko 2. Ikävakiomattomia tuloksia koulutusryhmittäin (%)

	Naiset			Miehet			Yhteensä		
	Koulutus			Koulutus			Koulutus		
	matala	keski	korkea	matala	keski	korkea	matala	keski	korkea
Taloudellinen toimeentulo									
Kotitalouden menojen kattaminen tuloilla hankalaa (%)	29,9	25,5	17,7	28,8	22,6	11,3	29,4	24,2	14,8
Joutunut tinkimään ruoasta, lääkkeistä tai lääkärikäynneistä (%)	12,7	12,2	9,1	10,3	10,1	5,5	11,7	11,2	7,5
Elämänlaatu ja onnellisuus									
Elämänlaatunsa (EuroHIS-8) hyväksi tuntevien osuus (%)	46,7	50,7	58,7	47,2	55,5	65,4	46,9	52,9	61,7
Onnelliseksi itsensä kokeneiden osuus (%)	49,5	47,8	46,5	53,2	51,1	53,5	51,1	49,3	49,7
Sosiaalinen toimintakyky ja osallisuus									
Itsensä yksinäiseksi tuntevien osuus (%)	11,0	10,3	9,3	8,7	6,5	4,9	10,0	8,6	7,3
Aktiivisesti järjestötoimintaan tms. osallistuvien osuus (%)	21,6	30,1	38,5	19,5	27,1	38,8	20,7	28,7	38,7
Internetiä sähköiseen asiointiin käyttävien osuus (%)	29,7	48,6	61,7	35,0	60,8	76,5	32,0	54,3	68,4
Fyysinen toimintakyky ja arkitoimista suoriutuminen									
Puolen kilometrin kävelyssä vaikeuksia kokeneiden osuus (%)	35,9	32,3	24,7	29,9	22,6	17,0	33,3	27,9	21,2
Talvella ulkona liikkumisessa vaikeuksia kokeneiden osuus (%)	38,6	37,9	32,5	28,3	22,2	19,7	34,1	30,7	26,7
Jalankulkuväylien liukkauden vähintään jonkin verran haittaavaksi kokevien osuus (%)	55,2	56,3	64,3	43,0	45,2	53,4	49,9	51,1	59,3
Liikusteitä käyttävien osuus (%)	64,4	67,1	67,0	45,5	45,4	46,6	56,3	57,3	57,8
Kävellessä vuoden aikana kaatuneiden osuus (%)	34,0	36,2	34,8	29,0	31,4	31,9	32,0	34,5	33,7
Arkitoimissa vähintään suuria vaikeuksia kokeneiden osuus (IADL) (%)	29,8	24,7	19,5	13,0	8,7	7,2	22,5	17,4	14,0
Apua tarvitsevien osuus koko väestöstä (%)	35,7	32,1	24,0	26,3	19,2	16,9	31,6	26,1	20,8
Apua riittämättömästi saavien osuus apua tarvitsevista (%)	24,9	27,0	26,2	19,4	16,1	14,4	22,9	23,3	21,9
Terveys ja elintavat									
Terveytensä keskitasoiseksi tai sitä huonommaksi kokevien osuus (%)	61,8	55,5	47,0	59,9	54,7	44,0	61,0	55,2	45,7
Masentuneiksi itsensä tuntevien osuus (%)	24,7	22,8	19,3	21,9	18,0	13,0	23,5	20,6	16,5
Alkoholia humalahuokuisesti käyttävien osuus (AUDIT-1k) (%)	7,3	8,9	9,9	19,2	21,3	24,4	12,7	14,8	16,6
Vapaa-ajan liikuntaa harrastamattomien osuus (%)	35,1	30,3	22,6	34,4	26,3	18,5	34,8	28,5	20,8
Lihavien osuus (kehon painoindeksi BMI \geq 30 kg/m ²) (%)	25,7	23,2	17,6	20,3	19,2	14,9	23,4	21,4	16,4
Palvelut									
Lakisääteinen palvelutarpeen arviointi tehty, osuus 75 vuotta täyttäneistä (%)	23,6	24,1	20,8	21,1	24,8	15,2	22,6	24,3	18,6
Influenssarokotteen viimeisen vuoden aikana saaneiden osuus (%)	37,1	37,8	44,9	37,5	39,0	45,9	37,3	38,3	45,4
Terveyskeskuslääkärin palveluita riittämättömästi saaneiden osuus palveluita tarvinneista (%)	22,2	25,4	30,6	21,4	24,5	25,6	21,9	25,0	28,4
Kotihoidon palveluita riittämättömästi saaneiden osuus palveluita tarvinneista (%)	23,9	30,9	30,7	22,6	14,2	23,5	23,5	26,6	28,5
Laitoshoidon palveluita riittämättömästi saaneiden osuus palveluita tarvinneista (%)	29,4	25,5	24,2	22,9	17,0	15,2	26,7	22,6	20,5
Omaishoidon tukea riittämättömästi saaneiden osuus palveluita tarvinneista (%)	42,0	49,9	47,9	51,6	68,6	43,3	45,9	56,7	45,9

*Suhteellinen koulutustaso, laskettu vastaajan ilmoittamista koulutusvuosista

Liitetaulukko 3. Ikävakiomattomia tuloksia AVI-alueilla (%)

	Koko maa	Aluehallintovirastojen alueet (AVI)					
		Etelä-Suomi	Lounais-Suomi	Itä-Suomi	Länsi- ja Sisä-Suomi	Pohjois-Suomi	Lappi
Taloudellinen toimeentulo							
Kotitalouden menojen kattaminen tuloilla hankalaa (%)	24,6	23,5	26,1	25,6	26,0	23,6	21,9
Joutunut tinkimään ruoasta, lääkkeistä tai lääkärikäynneistä (%)	10,7	10,5	12,1	9,9	10,6	10,4	11,2
Elämänlaatu ja onnellisuus							
Elämänlaatunsa (EuroHIS-8) hyväksi tuntevien osuus (%)	51,5	52,9	50,4	48,8	50,8	52,4	51,0
Onnelliseksi itsensä kokeneiden osuus (%)	50,2	49,6	49,6	51,7	49,9	51,6	51,1
Sosiaalinen toimintakyky ja osallisuus							
Itsensä yksinäiseksi tuntevien osuus (%)	9,1	8,7	9,3	10,0	8,8	10,6	10,5
Aktiivisesti järjestötoimintaan tms. osallistuvien osuus (%)	26,9	27,2	27,0	25,6	27,7	26,7	23,7
Internetiä sähköiseen asiointiin käyttävien osuus (%)	45,6	50,8	42,4	40,7	43,4	41,8	42,7
Fyysinen toimintakyky ja arkitoimista suoriutuminen							
Puolen kilometrin kävelyssä vaikeuksia kokeneiden osuus (%)	29,5	27,9	31,8	32,2	28,1	32,2	28,9
Talvella ulkona liikkumisessa vaikeuksia kokeneiden osuus (%)	31,9	32,2	32,9	32,3	29,8	35,4	28,4
Jalankulkuväylien liukkauden vähintään jonkin verran haittaavaksi kokevien osuus (%)	52,5	60,1	52,8	41,1	50,5	44,6	38,6
Liukusteitä käyttävien osuus (%)	57,3	57,0	56,5	58,2	60,2	53,3	48,8
Kävellessä vuoden aikana kaatuneiden osuus (%)	33,2	33,3	31,0	34,2	34,2	32,2	33,7
Arkitoimissa vähintään suuria vaikeuksia kokeneiden osuus (IADL) (%)	19,6	18,7	19,7	21,1	19,3	21,9	21,6
Apua tarvitsevien osuus koko väestöstä (%)	28,2	26,7	27,6	31,1	28,0	31,7	30,2
Apua riittämättömästi saavien osuus apua tarvitsevista (%)	22,9	22,6	23,4	22,5	22,6	22,9	28,0
Terveys ja elintavat							
Terveytensä keskitasoisiksi tai sitä huonommaksi kokevien osuus (%)	56,0	53,7	57,7	59,2	56,8	56,7	56,4
Masentuneiksi itsensä tuntevien osuus (%)	21,2	20,6	20,9	22,0	20,9	22,2	25,9
Alkoholia humalahuimaisesti käyttävien osuus (AUDIT-1k) (%)	13,8	16,4	13,7	11,4	12,7	10,2	10,6
Vapaa-ajan liikuntaa harrastamattomien osuus (%)	30,0	28,4	33,0	30,1	30,2	29,9	33,2
Lihavien osuus (kehon painoindeksi BMI >= 30 kg/m2) (%)	21,1	19,3	22,8	21,1	22,4	23,9	21,1
Palvelut							
Lakisääteinen palvelutarpeen arviointi tehty, osuus 75 vuotta täyttäneistä (%)	21,6	19,9	20,9	25,1	20,3	24,9	27,2
Influenssarokotteen viimeisen vuoden aikana saaneiden osuus (%)	39,4	41,5	36,7	44,6	34,9	36,6	43,1
Terveyskeskuslääkärin palveluita riittämättömästi saaneiden osuus palveluita tarvinneista (%)	24,3	28,3	19,5	25,7	19,6	26,1	24,6
Kotihoidon palveluita riittämättömästi saaneiden osuus palveluita tarvinneista (%)	25,1	29,2	24,3	22,4	24,4	18,0	30,1
Laitoshoidon palveluita riittämättömästi saaneiden osuus palveluita tarvinneista (%)	24,3	24,6	22,9	24,0	25,0	24,4	28,0
Omaishoidon tukea riittämättömästi saaneiden osuus palveluita tarvinneista (%)	45,9	46,7	47,8	56,1	44,2	61,9	38,4

Liitetaulukko 4. Ikävakiomattomia tuloksia suurissa kaupungeissa (%)

	Helsinki	Espoo	Vantaa	Tampere	Turku	Oulu
Taloudellinen toimeentulo						
Kotitalouden menojen kattaminen tuloilla hankalaa (%)	22,5	17,4	20,9	26,1	29,3	21,1
Joutunut tinkimään ruoasta, lääkkeitä tai lääkärikäynneistä (%)	12,3	11,1	7,8	13,8	14,6	9,3
Elämänlaatu ja onnellisuus						
Elämänlaatunsa (EuroHIS-8) hyväksi tuntevien osuus (%)	53,9	60,4	59,0	51,6	51,7	51,2
Onnelliseksi itsensä kokeneiden osuus (%)	48,4	49,4	57,6	48,1	48,7	46,4
Sosiaalinen toimintakyky ja osallisuus						
Itsensä yksinäiseksi tuntevien osuus (%)	9,8	7,0	5,3	8,2	11,9	9,3
Aktiivisesti järjestötoimintaan tms. osallistuvien osuus (%)	28,1	31,4	26,2	32,2	28,1	31,6
Internetiä sähköiseen asiointiin käyttävien osuus (%)	54,0	67,6	63,2	48,4	46,1	47,9
Fyysinen toimintakyky ja arkitoimista suoriutuminen						
Puolen kilometrin kävelyssä vaikeuksia kokeneiden osuus (%)	28,5	17,6	20,8	25,4	31,7	30,8
Talvella ulkona liikkumisessa vaikeuksia kokeneiden osuus (%)	36,9	23,4	26,2	29,5	35,9	36,5
Jalankulkuväylien liukkauden vähintään jonkin verran haittaavaksi kokevien osuus (%)	75,7	72,4	64,8	61,7	67,5	54,2
Liukuesteitä käyttävien osuus (%)	55,6	58,6	52,2	60,5	60,4	54,2
Kävellessä vuoden aikana kaatuneiden osuus (%)	32,2	31,9	34,7	33,0	35,7	30,5
Arkitoimissa vähintään suuria vaikeuksia kokeneiden osuus (IADL) (%)	20,9	11,4	12,3	19,0	21,2	20,2
Apua tarvitsevien osuus koko väestöstä (%)	27,1	18,1	20,1	25,1	27,5	30,7
Apua riittämättömästi saavien osuus apua tarvitsevista (%)	31,4	18,8	19,4	21,8	29,1	22,1
Terveys ja elintavat						
Terveytensä keskitasoisiksi tai huonommaksi kokevien osuus (%)	53,3	42,5	47,8	52,3	58,0	52,6
Masentuneiksi itsensä tuntevien osuus (%)	21,2	12,4	15,3	20,9	23,9	21,3
Alkoholia humalahuokuisesti käyttävien osuus (AUDIT-1k) (%)	17,9	22,1	16,7	16,8	13,4	7,0
Vapaa-ajan liikuntaa harrastamattomien osuus (%)	26,7	19,0	24,3	22,5	31,4	21,9
Lihavien osuus (kehon painoindeksi BMI \geq 30 kg/m ²) (%)	18,6	13,4	16,9	21,4	21,3	23,6
Palvelut						
Lakisääteinen palvelutarpeen arviointi tehty, osuus 75 vuotta täyttäneistä (%)	18,7	13,6	15,3	21,1	24,9	23,3
Influenssarokotteen viimeisen vuoden aikana saaneiden osuus (%)	46,5	36,4	38,2	35,3	35,8	38,6
Terveyskeskuslääkärin palveluita riittämättömästi saaneiden osuus palveluita tarvinneista (%)	34,0	44,1	30,2	23,3	20,7	29,8
Kotihoidon palveluita riittämättömästi saaneiden osuus palveluita tarvinneista (%)	31,9	30,2	52,6	17,4	39,1	20,7
Laitoshoidon palveluita riittämättömästi saaneiden osuus palveluita tarvinneista (%)	28,2	15,7	24,3	26,7	26,9	31,4
Omaishoidon tukea riittämättömästi saaneiden osuus palveluita tarvinneista (%)	40,9	69,6	76,9	49,5	56,4	45,6

3 Toimintayksikköjen haasteet vuonna 2013

3.1 Julkisten ja yksityisten toimintayksikköjen vertailua ympärivuorokautisessa hoidossa ja kotihoidossa

Teppo Jussmäki & Matti Mäkelä

Tässä luvussa vertaillaan, miten perusterveydenhuollon palvelujen tuottamisvastuu jakautuu julkisen ja yksityisen sektorin välillä iäkkäille henkilöille suunnatuissa palveluissa. Aineistona käytetään Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen vanhuspalvelulain toimeenpanon seurannan yhteydessä kerättyjä palveluntuottajatietoja (ks. Liite 3) vuoden 2013 toukokuun tilanteesta, jolloin vanhuspalvelulaki ei ollut vielä astunut voimaan. Aineisto sisältää toimintayksikötason tietoja palvelutyypistä, henkilöstöstä, asiakkaista, johtamisesta ja yksikössä tehtävästä käytännön hoitotyöstä.

Toimintayksiköllä tarkoitetaan julkisen tai yksityisen palveluntuottajan ylläpitämää toiminnallista kokonaisuutta, jossa tuotetaan sosiaali- ja terveyspalveluja pääasiassa iäkkäille henkilöille siten, että palvelut toteutetaan palveluntuottajan tiloissa tai iäkkään henkilön yksityiskodissa (980/2012, 3 §, Liite 1). Säätiöiden, yhdistysten ja osuuskuntien ylläpitämät toimintayksiköt on seuraavassa rinnastettu yksityisiin palveluntuottajiin. Vastaajat antoivat vastauksena tyypillisesti joko yksittäisen hoitolaitoksen tai sen osaston, kotihoidon aluetiimin tai kunnan koko kotihoidon yksikön tasolla. Vastanneissa yksiköissä on mukana pienten ja keskikokoisten yksiköiden ohella myös hyvin suuria hoitolaitoksia tai laajoja kotihoidon palvelualueita. Kyselyn piiriin eivät kuuluneet erikoissairaanhoidon vuodeosastot.

Ympärivuorokautinen hoito

Asiakaspaikkojen määrät

Asiakaspaikkojen määrien mukaan luokiteltuina ympärivuorokautisen hoidon yksiköt jakautuvat taulukon 1 mukaan seuraavasti:

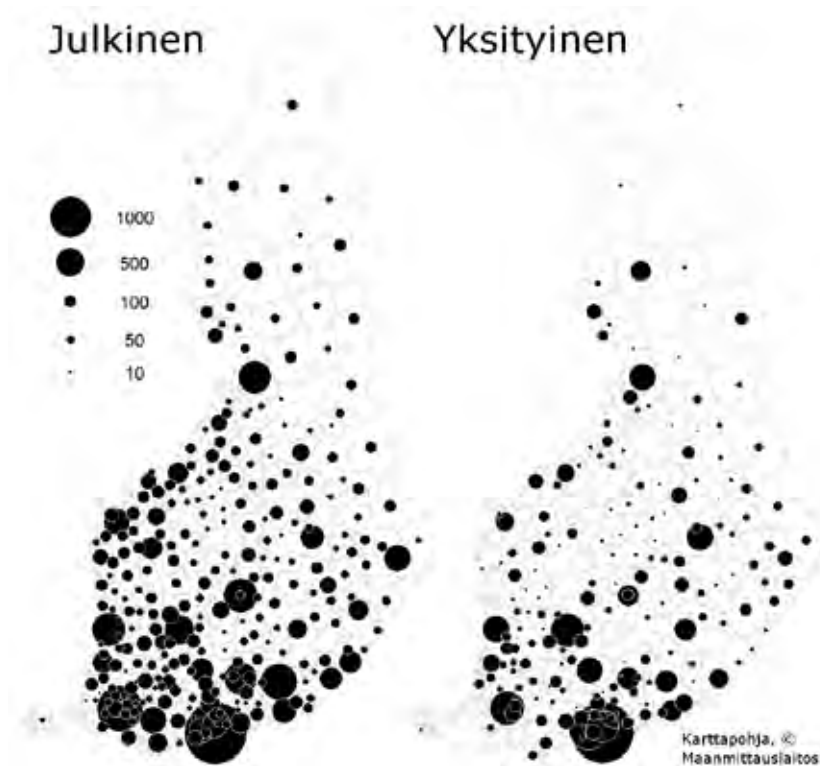
Taulukko 1. Ympäri vuorokautisen hoidon toimintayksikköjen asiakaspaikkamäärät eri palvelutyypin mukaan.

Sektori ja palvelutyyppi	Asiakaspaikkojen lukumäärä yksikössä						Yksikköjä yhteensä
	1–9	10–19	20–29	30–49	50+	Mediaani	
Julkinen							
Tehostettu palveluasuminen	39 (6%)	263 (41%)	158 (25%)	127 (20%)	55 (9%)	20	642
Vanhainkotihoito	3 (1%)	82 (25%)	120 (37%)	98 (30%)	25 (8%)	25	328
Vuodeosastohoito	0 (0%)	24 (16%)	62 (41%)	56 (37%)	11 (7%)	27	153
Yksityinen							
Tehostettu palveluasuminen	53 (8%)	307 (46%)	124 (19%)	105 (16%)	73 (11%)	18	662
Vanhainkotihoito	1 (3%)	10 (27%)	13 (35%)	10 (27%)	3 (8%)	26	37
Vuodeosastohoito	0 (0%)	4 (50%)	3 (38%)	1 (13%)	0 (0%)	23,5	8
Sotainvalidioiden laitoshoido	0 (0%)	1 (8%)	8 (67%)	3 (25%)	0 (0%)	24,5	12
Yksikköjä yhteensä	96	691	488	400	167		1 842

Yksityisen sektorin palveluntuotanto on pääasiassa tehostettua palveluasumista, jossa asiakaspaikkojen mediaaniluku on aineiston yksiköissä muita palvelutyyppejä pienempi. Tehostetussa palveluasumisessa on suurin osa (91 %) kaikista yksityisen sektorin asiakaspaikoista. Yksityisen ja julkisen sektorin keskinäisessä vertailussa palvelutyyppikohtaiset erot, tehostettua asumispalvelua lukuun ottamatta, ovat melko pieniä tai ovat huonosti vertailtavissa toimintayksikköjen lukumäärien takia.

Suurimmat yksittäiset yhtenä toimintayksikkönä vastanneet yksiköt ilmoittivat yli sadan asiakaspaikan toimintayksikköjä. Yksikköjen kokojen suureen vaihteluun vaikuttaa toimipaikkojen, osastojen tai laitosten kokojen lisäksi se, miten vastaaja on identifioinut toimintayksikköä tarkoitettavan toiminnallisen kokonaisuuden. Mediaanikokojen vertailu kertoo, että yksityisellä sektorilla yksikköjä johdetaan asiakasmääriltään pienempinä kokonaisuuksina.

Kyselyyn vastanneet toimintayksiköt raportoivat vuoden 2013 toukokuun tilanteeksi yhteensä 48 444 ympärivuorokautisen hoidon asiakaspaikkaa Manner-Suo-



Kuvio 1. Ympäri vuorokautisen hoidon asiakaspaikkojen lukumäärät ja maantieteelliset sijainnit palveluntuotantoalueiden mukaan.

nessa. Näistä suurin osa kuului julkisen sektorin toimintayksiköille (63 %). Paikat jakautuvat alueellisesti eri tavoin yksityisen ja julkisen sektorin välillä: julkinen sektori vastaa vähintään 70 prosentin osuudella asiakaspaikkamäärästä Varsinais-Suomessa, Päijät-Hämeessä, Keski-Pohjanmaalla, Keski-Suomessa, Etelä-Pohjanmaalla, Etelä-Karjalassa ja Pohjanmaan maakunnassa. Vain Uusimaa (yksityisten osuus 52 %) erottuu muista maakunnista selvästi korkeammalla yksityisen sektorin asiakaspaikkojen osuudella. Asiakaspaikat jakautuvat maantieteellisesti kuvion 1 mukaan.

Asiakashuoneet

Laatusuositus ympärivuorokautisen hoidon toimintayksiköille on, että uusiin tai peruskorjattaviin yksiköihin rakennetaan oma huone sekä kylpyhuone, ja että pariskuntien yhdessä asumisen mahdollisuutta tulisi edistää (STM ja Kuntaliitto 2013). Poikkeuksena omaan huoneeseen laatusuositus mainitsee tilanteet, jossa asukas toivoo huonetta jaettavaksi toisen kanssa. Taulukossa 2 on esitetty toimintayksikköjen yhteen lasketut pitkäaikaisen hoidon asiakashuoneiden ja -huoneistojen lukumäärät. Kolmen tai sitä useamman hengen asuintilat sijaitsevat pääasiassa pitkäaikaisen hoidon vuode-

osastoilla, mutta niitä on myös tehostetussa palveluasumisessa ja vanhainkodeissa. Aineistossa yli 70 prosenttia kaikista asukashuoneista oli yhden hengen huoneita omalla WC:llä. Vastanneissa ympärivuorokautisen hoidon yksiköissä yhden hengen huoneissa tai huoneistoissa oma WC puuttui yleisimmin vuodeosastohoidon yksiköistä sekä julkisen sektorin vanhainkodeista. Omalla WC:llä varustettu huone on määritelty sen mukaan, onko asukashuoneesta suora sisäänkäyntiyhteys henkilökohtaiseen tai toisen huoneen kanssa jaettuun WC:hen.

Kahden hengen huoneista osa on varattu laitoksessa asuvien pariskuntien käytettäväksi, mikäli yksikössä mahdollistetaan yhdessä asuminen. Yhdessä asumisen mahdollistaminen voi eri yksikössä riippua siitä, koskeeko tarjottava palvelu vain toista puolisoista. Seuraavassa vertailussa on asetettu yhdessä asumisen kriteeriksi kuitenkin se, että pariskunta voi asua toimintayksikössä vaikka palveluntarve koskisi vain parin yhtä osapuolta. Julkisella sektorilla puolison palveluntarpeesta riippumaton pariskunta-asuminen on vielä vähäistä, ja yksityisellä sektorillakaan mahdollisuus ei toteudu

Taulukko 2. Asiakashuoneiden- ja huoneistojen lukumäärät ympärivuorokautisen hoidon toimintayksiköissä.

	Yhden hengen huoneet		Kahden hengen huoneet		Kolmen tai useamman hengen huoneet	Huoneita yhteensä
	Oma WC ¹	Ei omaa WC:tä	Pariskunnat voivat asua yhdessä ²	Ei yhdessä asumisen mahdollisuutta		
Julkinen						
Tehostettu palveluasuminen	12 022 (82 %)	1 049 (7 %)	345 (2 %)	1 290 (9 %)	38 (0 %)	14 744
Vanhainkotihoito	4 062 (53 %)	1 255 (16 %)	65 (1 %)	2 007 (26 %)	264 (3 %)	7 653
Vuodeosasto	624 (26 %)	167 (7 %)	23 (1 %)	1 051 (44 %)	515 (22 %)	2 380
Yksityinen						
Tehostettu palveluasuminen	11 804 (77 %)	1 873 (12 %)	629 (4 %)	976 (6 %)	8 (0 %)	15 290
Vanhainkotihoito	538 (70 %)	13 (2 %)	22 (3 %)	188 (24 %)	11 (1 %)	772
Vuodeosasto	73 (60 %)	1 (1 %)	0 (0 %)	42 (34 %)	6 (5 %)	122
Sotainvalidien laitoshihoito	150 (57 %)	14 (5 %)	18 (7 %)	74 (28 %)	5 (2 %)	261
Huoneita yhteensä	29 273 (71 %)	4 372 (11 %)	1 102 (3 %)	5 628 (14 %)	847 (2 %)	41 222

¹ WC luokitellaan omaksi huolimatta siitä, onko myös toisesta huoneesta tai huoneistosta on suora sisäänkäyntiyhteys samaan WC:hen.

² Pariskunnan yhdessä asumisen mahdollisuus on otettu huomioon vain, jos toimintayksikössä on mahdollistettu puolisojen yhdessä asuminen riippumatta siitä, saako vain toinen puolisoista tarjottavaa palvelua.

kuin pienessä osassa asukashuoneita. Niiden toimintayksikköjen osuus, joissa on vähintään yksi kahden hengen huone että mahdollisuus pariskunnille asua yhdessä toisen puolison palvelutarpeesta riippumatta, on julkisella sektorilla (13 %) pienempi kuin yksityisellä (28 %).

Pitkäaikaishoidon asiakaspaikkojen täyttöaste

Täyttöasteella tarkoitetaan seurantaviikon aikaisen toteutuneen asiakasluvun suhdetta toimintayksikön ilmoittamaan asiakaspaikkojen määrään. Yli sadan prosentin täyttöaste tarkoittaa, että toimintayksikön keskimääräinen seurantaviikon asiakasmäärä oli suurempi kuin ilmoitettu pitkäaikaiseen hoitoon varattujen asiakaspaikkojen määrä. Taulukossa 3 on luokiteltu toimintayksiköt pitkäaikaiselle hoidolle varattujen asiakaspaikkojen täyttöasteen mukaisesti.

Julkisella sektorilla oli seurantaviikolla yksityistä sektoria enemmän palveluntuottajia, joiden pitkäaikaishoidon keskimääräinen asiakasmäärä oli suurempi kuin ilmoitettu asiakaspaikkamäärä. Noin kymmenesosassa toimintayksiköitä oli seurantaviikolla ylipaikoille sijoitettuja pitkäaikaisen hoidon asiakkaita. Ne yksiköt, joiden täyttöaste oli alle 80 prosenttia, saattoivat ilmoittaa tilanteen syyksi mm. vasta aloitetun toiminnan tai muun poikkeustilanteen. Ylipaikoille asiakkaitaan sijoittavia yksiköitä oli jokaisessa palvelutyyppissä, mutta varsinkin perusterveydenhuollon vuodeosastoilla asiakasmäärät ylittivät useasti ilmoitettujen paikkojen määrät.

Taulukko 3. Ympäri vuorokautisen hoidon toimintayksikköjen lukumäärät seurantaviikon asiakaspaikkojen täyttöasteiden mukaan.

Sektorin ja palvelutyyppi	Toimintayksikköjen määrät asiakaspaikkojen täyttöasteen mukaan, pitkäaikainen hoito				Yksiköitä yhteensä
	Alle 80 %	80–100 %	101–110 %	yli 110 %	
Julkinen					
Tehostettu palveluasuminen	12 (2 %)	546 (86 %)	49 (8 %)	26 (4 %)	633
Vanhainkotihoito	7 (2 %)	277 (86 %)	24 (7 %)	15 (5 %)	323
Vuodeosastohoito	19 (13 %)	100 (67 %)	17 (11 %)	13 (9 %)	149
Yksityinen					
Tehostettu palveluasuminen	44 (7 %)	576 (87 %)	30 (5 %)	12 (2 %)	662
Vanhainkotihoito	0 (0 %)	35 (97 %)	0 (0 %)	1 (3 %)	36
Vuodeosastohoito	1 (13 %)	7 (88 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	8
Sotainvalidien laitoshoido	2 (17 %)	6 (50 %)	2 (17 %)	2 (17 %)	12
Yksiköitä yhteensä	85	1 547	122	69	1 823

Palvelusuunnitelma ja kuntoutumisen tavoite

Uusi vanhuspalvelulaki (16 §) edellyttää kuntaa laatimaan suunnitelman asiakkaalle tarjottavasta sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukokonaisuudesta. Laatusuositus jatkua (STM ja Kuntaliitto 2013) kehottaa lisäksi varmistamaan tässä suunnitelmassa kuntoutumisen mahdollisuudet, jotta kotona asuminen voisi useimpien kohdalla. Tavoitteellisen kuntoutumissuunnitelman tulisi olla sekä kuntoutumista edistävää että toimintakykyä ylläpitävää. Tavoitteellinen kuntoutumissuunnitelma sisältyy asiakkaiden palvelukokonaisuuteen toimintayksiköissä taulukon 4 mukaan.

Yksityisellä sektorilla palvelusuunnitelman kuntoutumistavoitteellisuus toteutuu suurimmalla osalla asiakkaista yleisemmin kuin julkisella sektorilla. Julkisella sektorilla kuntoutumistavoitteen suunnittelun laajuus toteutui samalla tavoin eri palvelutyypeissä. Yksityisellä sektorilla järjestelmällisimmin tavoitteen suunnittelusta huolehti sotainvalidien laitoshoido.

Taulukko 4. Ympäri vuorokautisen hoidon toimintayksikön asiakkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmaan sisältyy tavoitteellinen suunnitelma kuntoutumisen edistämiseksi ja toimintakyvyn ylläpitämiseksi. Yksikköjen lukumäärinä.

Sektorit ja palvelutyyppi	Tavoitteellisen hoito- ja palvelusuunnitelman asiakaskattavuus				Yksiköitä yhteensä
	Vähintään 2/3:lla asiakkaista	1/3–2/3:lla asiakkaista	Alle 1/2:lla asiakkaista	Ei kenelläkään	
Julkinen					
Tehostettu palveluasuminen	348 (54 %)	161 (25 %)	101 (16 %)	32 (5 %)	642
Vanhainkotihoito	172 (52 %)	84 (26 %)	61 (19 %)	11 (3 %)	328
Vuodeosastohoito	77 (50 %)	44 (29 %)	22 (14 %)	10 (7 %)	153
Yksityinen					
Tehostettu palveluasuminen	554 (84 %)	77 (12 %)	25 (4 %)	6 (1 %)	662
Vanhainkotihoito	24 (65 %)	12 (32 %)	1 (3 %)	0 (0 %)	37
Vuodeosastohoito	2 (25 %)	6 (75 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	8
Sotainvalidien laitoshoido	11 (92 %)	1 (8 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	12
Yksiköitä yhteensä	1 188 (64 %)	385 (21 %)	210 (11 %)	59 (3 %)	1 842

Koulutetun hoitohenkilökunnan osuus

Ammattiryhmäkohtaiset vakanssimäärät kertovat, että suurimmassa osassa kyselyyn vastanneista ympärivuorokautisen hoidon toimintayksiköistä vain pieni osa hoitoon osallistuvasta henkilökunnasta oli vailla sosiaali- ja terveydenhuollon koulutusta (Taulukko 5). Noin kolmasosassa julkisen sektorin yksiköistä ja yksityisistä tehostetun palveluasumisen yksiköistä kaikki hoitoon osallistuvat olivat koulutettuja. Toimintayksikötasolla laskettuna yleisintä kouluttamattoman henkilökunnan käyttö oli muissa yksityisen sektorin palvelutyypeissä.

Lomakkeella kysyttiin seuraavien ammattinimikkeiden mukaisia vakansseja: osaston- ja apulaisosastonhoitajat, esimiehet, tiimivastaavat, sairaanhoitajat, terveydenhoitajat, hoiva-avustajat, puheterapeutit, fysio- ja toimintaterapeutit, sosiaaliohjaajat ja sosiaalikasvattajat, geronomit ja sosionomit. Lisäksi kysyttiin näiden varsinaiseen hoitotyöhön koulutettujen vakanssiryhmien ulkopuolelle jäävien, kouluttamattomien työntekijöiden sekä hoito- ja laitosapulaisten määriä, jos nämä osallistuivat hoitotyöhön. Koulutettujen ja kouluttamattomien henkilöstöluvumäärien perusteella laskettiin koulutetun henkilökunnan osuudet hoitoon osallistuvasta henkilökunnasta toimintayksiköissä.

Osa kouluttamattomiksi tai koulutetuiksi merkityistä hoitotyöntekijöistä saattaa työskennellä jollain vastauslomakkeen vaihtoehdoista puuttuvilla koulutus- tai ammattinimikkeillä, joiden koulutusta ei enää järjestetä Suomessa. Kyselyssä pyydettiin jättämään huomiotta hoitotyöhön osallistumattomien henkilöiden, harjoittelijoiden, opiskelijoiden ja siviilipalvelusmiesten määrät. Vastaajille ei annettu tarkentavaa ohjeistusta oppisopimuskoulutuksessa olevien työntekijöiden tai muiden lomakkeelta puuttuvien, koulutettujen ammattiryhmien luokitteluun.

Taulukko 5. Koulutetun hoitohenkilökunnan osuus hoitoon osallistuvien työntekijöiden vakansseista ympärivuorokautisen hoidon toimintayksiköissä.

Sektorit	Koulutetun työvoiman osuus hoitohenkilökunnan vakansseista				Yksiköitä yhteensä
	100 %	90–99 %	80–89 %	Alle 80 %	
Julkinen					
Tehostettu palveluasuminen	246 (38 %)	208 (32 %)	135 (21 %)	53 (8 %)	642
Vanhainkotihoito	105 (32 %)	112 (34 %)	83 (25 %)	28 (9 %)	328
Vuodeosastohoito	46 (30 %)	25 (16 %)	64 (42 %)	18 (12 %)	153
Yksityinen					
Tehostettu palveluasuminen	232 (35 %)	226 (34 %)	144 (22 %)	60 (9 %)	662
Vanhainkotihoito	1 (3 %)	21 (57 %)	12 (32 %)	3 (8 %)	37
Vuodeosastohoito	2 (25 %)	4 (50 %)	1 (13 %)	1 (13 %)	8
Sotainvalidien laitoshoido	2 (17 %)	2 (17 %)	5 (42 %)	3 (25 %)	12
Yksiköitä yhteensä	634 (34 %)	598 (32 %)	444 (24 %)	166 (9 %)	1 842

Kotihoito

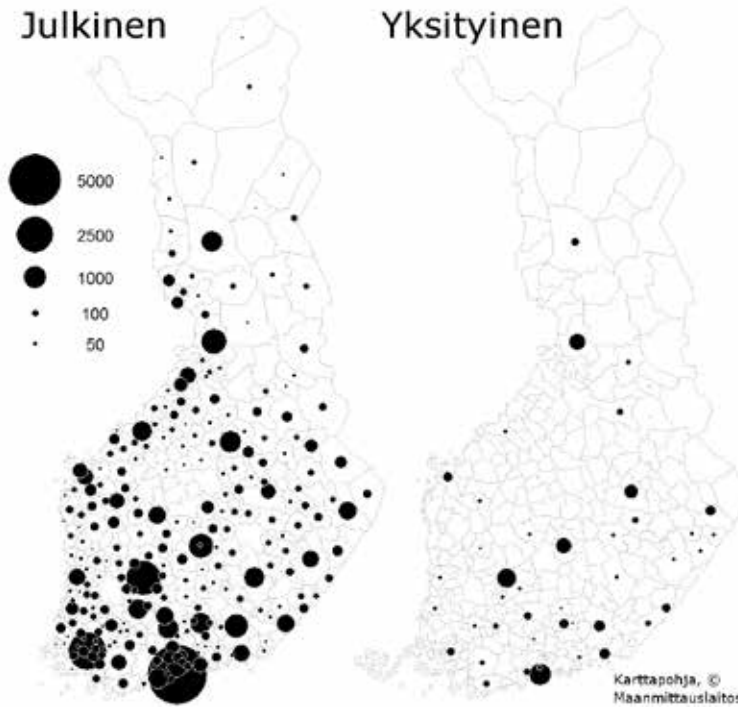
Asiakasmäärät

Kotihoidon toimintayksikköihin kuuluvat kotipalvelua, kotisairaanhoidoa tai näitä yhdistävää kotihoitoa tarjoavat toimintayksiköt. Yksikköjen koot vaihtelevat laajoista kotihoidon vastuualueista alueellisiin lähipalvelualueisiin tai tiimeihin, mikä tarkoittaa myös eroja yksiköiden asiakasmäärien koossa. Julkisen sektorin kotihoidossa seurantaviikon säännöllisten asiakkaiden mediaaniluku oli 84 asiakasta toimintayksikköä kohden, kun yksityisellä puolella vastaava luku oli 35. Alle kymmentä säännöllistä asiakasta seurantaviikon aikana hoitaneet toimintayksiköt (Taulukko 6) olivat julkisella sektorilla harvinaisia, mutta yksityisellä sektorilla näitä oli kymmenen prosenttia tutkimukseen vastanneista toimintayksiköistä. Säännöllisiin asiakkaisiin pyydettiin laskemaan ne asiakkaat, joille on laadittu palvelusuunnitelma tai jotka saavat palvelua vähintään kerran viikossa.

Kotihoidon säännöllisille asiakkaille järjestetyt palvelut ovat pääsääntöisesti julkisen sektorin toimintayksikköjen järjestämiä: Manner-Suomen alueella 90 prosenttia näistä asiakkaista saa palvelunsa julkiselta toimintayksiköltä. Maakuntien välillä on kuitenkin suurta vaihtelua asiakkaiden jakautumisessa sektorien välillä: Etelä- ja Keski-Pohjanmaalla, Satakunnassa ja Varsinais-Suomessa yksityinen sektori huolehti alle viidestä prosentista asiakkaista, kun taas Kymenlaaksossa osuus oli lähes 22 prosenttia. Kuviossa 2 on esitetty seurantaviikon säännöllisten asiakkaiden lukumäärät seurantaviikon aikana toimintayksikön sijaintipaikkakunnan mukaan. Kartta osoittaa, että yksityisen sektorin palveluntuottajia löytyy sekä suurista kaupungeista että pienemmistä kunnista. Esimerkiksi Vaasan, Oulun, Jyväskylän, Turun ja Kuopion kehyskunnissa säännölliset asiakkaat ovat julkisella sektorilla kun taas maakuntakeskuksissa palveluita tuottavat useammin sekä yksityisen että julkisen sektorin yksiköt.

Taulukko 6. Kotihoidon toimintayksikköjen lukumäärät seurantaviikon säännöllisten asiakasmäärien mukaan luokiteltuna.

Sektori	Kotihoidon säännöllisten asiakkaiden lukumäärä toimintayksikössä seurantaviikolla					Yksiköitä yhteensä
	Alle 10	10–49	50–99	100–149	150 tai enemmän	
Julkinen	6 (1 %)	129 (25 %)	194 (37 %)	106 (20 %)	88 (17 %)	523
Yksityinen	12 (10 %)	66 (57 %)	19 (16 %)	11 (9 %)	8 (7 %)	116
Yksiköitä yhteensä	18 (3 %)	195 (31 %)	213 (33 %)	117 (18 %)	96 (15 %)	639



Kuvio 2. Seurantaviikon säännöllisten asiakkaiden lukumäärät toimintayksikön sijaintipaikkakunnan mukaan.

Kotihoidon palvelut ja asiakaskunta

Taulukon 7 mukaan yksityinen sektori hoiti seurantaviikon aikana julkista sektoria harvemmin tilapäisiä asiakkaita. Öisin järjestettävä kotihoidon palvelu, joko toimintayksikön itse tuottamana tai muulla tavoin järjestettynä, on tarjolla noin kahdella kolmasosalla julkisen sektorin palveluntuottajista. Yksityisellä sektorilla yöpalvelua ei tarjoa alle puolet toimintayksiköistä.

Taulukko 7. Kotihoidon toimintayksikköjen tilapäiset asiakkaat ja öisin tarjottava palvelu. 1Tarjottava palvelu voidaan järjestää joko toimintayksikössä, yhteistyössä muiden kanssa, keskitetysti tai ostopalveluna.

Sektori	Toimintayksiköllä myös tilapäisiä asiakkaita seurantaviikolla		Toimintayksikkö tarjoaa yöpalvelua arkisin ja viikonloppuisin		Yksikköjä yhteensä
	Kyllä	Ei	Kyllä	Ei	
Julkinen	458 (87 %)	66 (13 %)	343 (65 %)	181 (35 %)	524
Yksityinen	72 (62 %)	45 (38 %)	46 (39 %)	71 (61 %)	117
Yksikköjä yhteensä	530 (83 %)	111 (17 %)	389 (61 %)	252 (39 %)	641

Taulukko 8. Seurantaviikon asiakaskäyntien määrät kotihoidon toimintayksiköissä per viikon asiakaslukumäärä; vain säännölliset asiakkaat.

Sektorit	Kotihoidon käynnit asiakasta kohden seurantaviikolla			Yksiköitä yhteensä
	Alle 5	5–10	Yli 10	
Julkinen	67 (13 %)	277 (53 %)	175 (34 %)	519
Yksityinen	47 (41 %)	37 (32 %)	30 (26 %)	114
Yksiköitä yhteensä	114 (18 %)	314 (50 %)	205 (32 %)	633

Säännöllisen asiakaskunnan hoidon tarve oli koko aineistossa ilmoitettujen, seurantaviikon yhteen laskettujen asiakasmäärien ja -käyntien mukaan keskimäärin noin kahdeksan käyntiä asiakasta kohden. Yksityisellä sektorilla kuitenkin alle viisi käyntiä yhtä asiakasta kohden tekevien toimintayksikköjen (Taulukko 8) osuus oli yli neljäkymmentä prosenttia seurantaviikon aikana. Julkisen sektorin toimintayksiköistä käyntien lukumäärä yhtä säännöllistä asiakasta kohden oli selvästi tätä suurempi, ja alle viiden käynnin yksikköjä oli vain 13 prosenttia. Kotihoidon säännöllisten asiakkaiden palvelutarve on asiakaskäyntien ja yöpalvelun saatavuuden mukaan tarkasteltuna vähäisempää yksityisellä sektorilla.

Palvelusuunnitelma ja kuntoutumisen tavoite

Kotihoidossa palvelusuunnitelmaan sisällytetyn kuntoutumisen tavoitesuunnitelman laatiminen oli toteutettu lähes yhtä laajasti jokaisessa palvelutyypissä ja molemmilla sektoreilla. Toimintayksiköiden lukumäärät suunnitelman asiakaskattavuudessa on lueteltu taulukossa 9. Yli kahden kolmasosan kattavuuteen ylsi 37 prosenttia kaikista vastanneista toimintayksiköistä. Taulukosta selviää, että huomattavan suuressa osassa yksiköitä, sektorista riippumatta, oli puutteita tavoitteellisen hoito- ja palvelusuunnitelman laatimisessa.

Taulukko 9. Toimintayksikön asiakkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmaan sisältyy tavoitteellinen suunnitelma kuntoutumisen edistämiseksi ja toimintakyvyn ylläpitämiseksi. Yksikköjen lukumäärinä.

Sektorit	Tavoitteellisen hoito- ja palvelusuunnitelman asiakaskattavuus				Yksiköitä yhteensä
	Vähintään 2/3:lla asiakkaista	1/3–2/3:lla asiakkaista	Alle 1/3:lla asiakkaista	Ei kenelläkään	
Julkinen	190 (36 %)	163 (31 %)	141 (27 %)	30 (6 %)	524
Yksityinen	49 (42 %)	32 (27 %)	31 (26 %)	5 (4 %)	117
Yksiköitä yhteensä	239 (37 %)	195 (30 %)	172 (27 %)	35 (5 %)	641

Taulukko 10. Koulutetun henkilökunnan osuudet hoitoon osallistuvien työntekijöiden vakansseista kotihoidon toimintayksiköissä.

Sektorit	Koulutetun työvoiman osuus hoitohenkilökunnan vakansseista				Yksiköitä yhteensä
	100 %	90–99 %	80–89 %	Alle 80 %	
Julkinen	409 (78 %)	92 (18 %)	18 (3 %)	4 (1 %)	523
Yksityinen	82 (70 %)	10 (9 %)	15 (13 %)	10 (9 %)	117
Yksiköitä yhteensä	491 (77 %)	102 (16 %)	33 (5 %)	14 (2 %)	640

Koulutetun henkilökunnan osuus

Kyselyyn vastanneissa kotihoidon yksiköissä koulutetun henkilökunnan osuus kaikista yksikön vakansseista oli korkeampi julkisella sektorilla (taulukko 10). Täysin koulutettu hoitohenkilökunta oli yli 70 prosentissa kaikista julkisen ja yksityisen sektorin yksiköistä. Yksityisellä sektorilla noin kymmenesosa vastanneista yksiköistä jäi alle 80 prosentin koulutusosuuden alapuolelle, mutta julkisella sektorilla vastaava koulutus-tilanne oli harvinainen.

Koulutettuun hoitohenkilökuntaan kyselyssä kuuluvat esimiehet ja tiimivastavat, sairaanhoitajat, terveydenhoitajat, lähihoitajat, perushoitajat, koulutetut kodinhoitajat ja kotiavustajat (näiden kahden ammattiryhmän koulutusta ei nykyisin tarjota), hoiva-avustajat, fysio-, puhe- ja toimintaterapeutit, sosiaaliohjaajat ja -kasvattajat, geronomit ja sosionomit. Näiden koulutettujen ammattiryhmien ulkopuolelle jäävien, mutta hoitotyöhön osallistuvien työntekijöiden osuus määritti koulutetun työvoiman osuuden. Vastajille ei annettu erillistä ohjetta kodinhuoltajien perustutkinnon tai kotityöpalvelujen ammattitutkinnon suorittaneiden merkitsemisestä lomakkeen ammattiryhmäluokitteluun.

Yhteenveto

Kyselyssä toimintayksiköllä tarkoitettiin palveluja tuottavaa toiminnallista kokonaisuutta. Kyselyn vastaaja saattoi tällöin valita itse, vastaako kyselyyn esimerkiksi yhden tai useamman osaston tai tiimin osalta. Yksikköjen välinen kokovertailu kertoo siten laitosten tai kotihoidon palvelualueiden kokovertailun sijaan enneminkin siitä, minkä kokoisina yksikköinä toimintaa johdetaan käytännön hoitotyön tasolla. Ympärivuorokautisessa hoidossa julkisen sektorin yksiköissä asiakaspaikkamäärien mediaani oli 24 ja yksityisellä 19 paikkaa. Kotihoidossa seurantaviikon yhteen laskettujen säännöllistä palvelua saavien asiakkaiden mediaanilukumäärät yksikköä kohden olivat julkisella 84 ja yksityisellä 35 asiakasta.

Ympärivuorokautisen hoidon asiakaspaikkoja löytyy yksityiseltä sektorilta melko tasaisesti ympäri maata, mutta suurimmat keskittymät ovat maakuntakeskuksissa.

Kotihoidon asiakkaat seurantaviikolla olivat pääosin julkisen sektorin toimintayksikköjen hoitamia (90 % kaikista asiakkaista), ja yksityisellä sektorilla oli asiakkaita lähinnä isoimmissa kaupungeissa sekä yksittäisissä maaseudun kunnissa.

Ympäri vuorokautisen hoidon haasteisiin kuuluvat varsinkin koulutetun henkilöstön riittävyys sekä toimitilojen riittävyys. Pitkäaikaisen hoidon asiakkaita ylipaikoille on sijoittanut 13 prosenttia julkisista ja 7 prosenttia yksityisistä ympärivuorokautisen hoidon toimintayksiköistä, ja ongelma oli yleinen varsinkin perusterveydenhuollon vuodeosastoilla. Noin yksi kolmasosa julkisen sektorin vastanneista ympärivuorokautisen hoidon toimintayksiköistä sekä yksityisestä tehostetusta palveluasumisesta ylittää sataprosenttiseen henkilöstön koulutusasteeseen, jossa hoitotyöhön ei osallistu hoitotyöhön kouluttamattomia henkilöitä. Muissa yksityisen sektorin yksiköissä täysin koulutetun työvoiman käyttö ei ollut yhtä yleistä.

Sotainvalidien laitoshoidossa sekä tehostetussa palveluasumisessa, joka on yksityisen sektorin suurin palvelumuotoryhmä, sekä sotainvalidien laitoshoidossa kuntoutumista edistävän hoito- ja palvelusuunnitelman laatiminen oli pääsääntöisesti hyvin kattavaa. Yksityisen sektorin palvelutyypeissä tavoitteellisen suunnitelman laatiminen ei ollut yhtä järjestelmällistä.

Kotihoidon yksikköjen kokoerot asiakaskunnan määrinä mitattuna olivat selvästi erilaiset sektorien välillä. Suurempaa säännöllistä asiakasmäärää palvelevat yksiköt olivat pääsääntöisesti julkisen sektorin yksiköitä ja yli puolet yksityisen sektorin yksiköistä alle viidenkymmenen asiakkaan yksiköitä. Julkinen sektori tuotti palveluja yksityistä tavallisemmin myös vaihteleville asiakkaille, jotka eivät saa palvelua yksiköltä säännöllisesti.

Kotihoidossa sektorien välillä löytyi huomattava ero toimintayksikköjen viikon aikana tekemien asiakaskäyntien määrissä: yksityisellä sektorilla yli 40 prosenttia vastanneista yksiköistä ilmoitti tehneensä vain alle viisi käyntiä yhtä asiakasta kohden, kun julkisella sektorilla näin ilmoitti tehneensä 13 prosenttia yksiköistä. Yksityisen sektorin yksiköissä työskenteli hoitotyössä myös julkista sektoria suurempi osuus tähän työhön kouluttamatonta henkilökuntaa. Vertailujen perusteella yksityinen kotihoito eroaa julkisen sektorin toimintayksiköistä siten, että yksityiset yksiköt hoitavat keskimäärin vähäisemmän palvelutarpeen asiakaskuntaa, joka tarvitsee harvemmin palvelua viikonloppuisin tai yöaikaan, ja johon kuuluu vähemmän epäsäännöllisiä asiakkaita.

Lähteet

STM ja Kuntaliitto, 2013. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi. Sosiaali- ja terveystiete-

terien julkaisuja 2013:11. Helsinki 2013. Saatavilla internetissä: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3415-3>

3.2 Palvelutarpeen ja toimintakyvyn arviointi

Matti Mäkelä, Hanna Alastalo, Anja Noro & Harriet Finne-Soveri

Vanhuspalvelulaki (15 §) edellyttää ikääntyneiden asiakkaiden palvelutarpeen systemaattista selvittämistä. Erityinen painopiste on iäkkään henkilön moniulotteinen ja luotettava toimintakyvyn ja kuntoutumismahdollisuuksien arviointi ja siihen liittyvä seuranta. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi korostaa myös mm. mahdollisimman oikea-aikaista ja monipuolista palvelutarpeen selvittämistä, jonka pohjalta tehdään palvelusuunnitelma (STM ja Kuntaliitto 2013). Palvelutarpeiden arvioinnin ja palvelusuunnitelman tärkeänä kulmakivenä on iäkkäiden ihmisten osallisuus.

Palvelutarpeen selvittäminen

Enemmistö iäkkäistä väestöstä ei tarvitse säännöllisiä palveluja, mutta palvelutarpeen selvittämisen tarve lisääntyy iän karttuessa iän tuomien sairauksien ja toimintakyvyn heikkenemisen myötä. Etenkin etenevät muistisairaudet, jo ennestään huono fyysinen toimintakyky, yksin asuminen ja vähäiset sosiaaliset verkostot sekä lähipalvelujen puute lisäävät tarvetta palvelutarpeiden selvittämiseksi. Lähtökohtana palvelutarpeen selvittämiseksi on tilanne, jossa iäkäs ei enää pärjää arkielämässä ilman ulkopuolisen apua. Selvitys iäkkään palvelutarpeesta tehdään yhteistyössä iäkkään sekä hänen omaistensa kanssa (STM ja Kuntaliitto 2013).

Palvelutarpeen selvitys sisältää iäkkään hyvinvointiin, terveyteen, toimintakyvyn ja itsenäiseen suoriutumiseen sekä elämäntilannetta tarkastelevan laaja-alaisen selvitystyön, jolla saadaan kokonaisarvio iäkkään henkilön tarvitsemista itsenäistä suoriutumista tukevista palveluista (Finne-Soveri ym. 2011). Vanhuspalvelulain seurannan kuntakyselyn mukaan palvelutarpeen selvittämisessä arvioidaan järjestelmällisesti iäkkään suoriutumista tavanomaisista elämän toiminnoista asuin- ja elinympäristössään ja missä asioissa iäkäs asiakas tarvitsee tukea ja apua sekä asumisen turvallisuutta. Kotihoidon toimintayksikkökyselyssä palvelutarpeen selvittämisessä arvioitiin lisäksi ympäristön esteettömyyttä ja lähipalvelujen saatavuutta. Ympäri- vuorokautisen toimintayksikkö kyselyssä huomio oli toimintakyvyn arvioinnissa. Positiivisesti suuntautunut arviointi, myös huonokuntoisten asiakkaiden kohdalla, on asiakkaan kokeman merkityksellisyyden ja arvokkuuden tunteen ja sitä kautta hyvinvoinnin kannalta tärkeää.

Vanhuspalvelulaki edellyttää, että palvelutarpeen arviointi on suoritettava kaikille 75 vuotta täyttäneille muissa kuin kiireellisissä tapauksissa seitsemän vuorokauden kuluessa asiakkaan tai omaisen yhteydenotosta.

Palvelutarpeen arvioinnin perusteella asiakkaille laaditaan palvelusuunnitelma, joka tukee iäkkään henkilön tarvitsemien palvelujen kokonaishallintaa, tavoitteellista kuntoutumista ja osallisuutta (STM ja Kuntaliitto 2013).

Toimintakyvyn arviointi palvelutarpeen arvioinnin yhteydessä

Palvelutarpeen selvittämisessä iäkkään henkilön toimintakyky ja siinä tapahtuvat muutokset ovat keskeisessä roolissa niiden vaikuttaessa henkilön hyvinvointiin, terveyteen ja itsenäiseen suoriutumiseen. Toimintakyvyn arvioimisen tulee olla moniulotteista: fyysisen, psyykkisen, kognitiivisen ja sosiaalisen toimintakyvyn arvioinnit ovat luonteeltaan erilaisia (Finne-Soveri ym. 2011). Arkitoimista (ADL-toimista) suoriutuminen on erillinen toimintakyvyn osa-alue, eikä yksinään kuvaa toimintakyvyn muita ulottuvuuksia. Eri toimintakykyulottuvuuksien arvioimiseen käytetään erilaisia mittareita, joista osa on vakiintunut laajaan käyttöön ja myös tutkimuksin osoitettu eri tarkoituksiin ja eri kohderyhmille käyttökelpoisiksi (TOIMIA-tietokanta 2014, www.thl.fi/finrai).

Arkitoimista suoriutuminen on itsenäisyyttä ruokailussa, kodissa liikkumisessa, pukeutumisessa ja peseytymisessä. Myös vaativammat arkitoimet kuten lääkityksessä huolehtiminen, ruoanlaitto, kaupassa käynti, viestintävälineiden käyttö ja liikkuminen kodin ympäristössä ovat tätä toimintakyvyn osa-aluetta. Arkitoimista suoriutumista mitataan useimmin kysymys- tai arviointisarjoista muodostetuilla indekseillä, mm. RAI-ADL-H (www.thl.fi/finrai), Katzin ADL-indeksi ja Lawtonin IADL-indeksi, RaVa™ ja Barthelin indeksi (TOIMIA-tietokanta 2014).

Fyysisen toimintakyvyn mittaamisella on vahvat perinteet, ja sen mittaamisen välineiden luotettavuus ja käyttökelpoisuus tunnetaan varsin hyvin. Lihaskiintoa, tasapainoa ja kävelykykyä mittaavat välineet ovat laajassa käytössä iäkkäiden palvelutarpeen arvioinnissa. Muun muassa TUG (Timed Up and Go), tuoliltanousutesti, SPPB (Short Physical Performance Battery), Bergin tasapainotesti sekä lyhyen matkan kävelytestit on tarkemmin kuvattu TOIMIA-tietokannassa (TOIMIA-tietokanta 2014).

Psyykkisellä toimintakyvyllä ymmärretään henkilön elämänhallinta- ja psyykkisiä voimavaroja. Toimintakykyä arvioitaessa psyykinen toimintakyky tiivistyy useimmiten yleisimpien psyykkisten oireiden kartoittamiseen. Masennus on näistä tärkein, ja sen arvioimiseen on useita kansainvälisin tutkimuksin luotettaviksi todettuja kysymyssarjoja, muun muassa GDS-15 (Geriatric Depression Scale), CES-D (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale) ja BDI (Beck Depression Inventory) (TOIMIA-tietokanta 2014) ja RAI-DRS (Depression Rating Scale) (www.thl.fi/finrai).

Iäkkäiden henkilöiden toimintakyvyn tärkeä ulottuvuus on kognitiivinen toimintakyky: muisti- ja ajattelutoimintojen voimavarat. Muistisairaudet ja niihin liittyvä toimintakyvyn heikkeneminen vaarantavat iäkkään henkilön kyvyn pitää omia puoliaan ja arvioida omaa tilannettaan. Kognitiivisen toimintakyvyn arvioimiseen

ja muistisairauksiin liittyvien ongelmien kartoittamiseen on vahva perinne ja useita kansainvälisesti arvioituja mittareita. Laajassa käytössä ovat mm. MMSE (Mini Mental State Examination), CERAD-tehtäväsarja (Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease) (TOIMIA-tietokanta 2014), RAI-CPS (Cognitive Performance Scale) (www.thl.fi/finrai) ja CDR (Clinical Dementia Rating).

Sosiaalinen toimintakyky on ihmisen kykyä toimia muiden ihmisten kanssa vuorovaikutuksessa. Muiden toimintakyvyn ulottuvuuksien heikentyminen voi myös heijastua sosiaalisen toimintakykyyn laskevasti. Sosiaalisen toimintakyvyn mittaamiseen on muita ulottuvuuksia vähemmän luotettaviksi todettuja mittareita (TOIMIA-tietokanta 2014). RAI-järjestelmän välineisiin sisältyy myös sosiaalisen toimintakyvyn arviointi (www.thl.fi/finrai).

Toimintakyvyn mittauksen tavat kunnissa ja palveluntuottajien toimintayksiköissä

Tutkimuksen aineistona olivat sekä kuntakysely että toimintayksikkökyselyt kotihoiton ja ympärivuorokautisen hoidon toimintayksiköille (Liite 3).

Kuntakyselyn sekä ympärivuorokautista hoitoa ja kotihoitoa antaville toimintayksiköille suunnattujen kyselyjen mukaan palvelutarpeen selvittämisen yhteydessä arvioitiin järjestelmällisesti ja lähes aina fyysinen toimintakyky, mutta myös hyvin usein sekä julkisen että yksityisen palveluntuottajan toimintayksiköissä psyykinen, kognitiivinen ja sosiaalinen toimintakyky. Arviointimenetelminä mainittiin erilaisia mittareita toimintakyvyn eri ulottuvuuksien mittaamiseen (Taulukko 1).

Kaikkein useimmin vastauksissa mainittiin ADL-mittarit, useimmiten mittaria tarkemmin määrittämättä. Näitä mittareita ilmoitettiin käytettävän erityisesti fyysisen toimintakyvyn arviointiin, mutta myös kaikkien muiden toimintakyvyn ulottuvuuksien arviointiin.

Vastaajien mainitsevat mittarit ryhmiteltiin niiden mittaaman toimintakyvyn ulottuvuuden sekä mittarin luotettavuuden ja vertailukelpoisuuden mukaan. Luotettavuuden kriteerinä oli joko TOIMIA-tietokantaan kirjattu käyttökelpoisuus iäkään henkilön palvelutarpeen arviointiin kyseisen toimintakykyulottuvuuden osalta tai vertaisarvioitu tieteellinen validointi.

Taulukko 1. Toimintayksiköiden käyttämät toimintakyvyn eri ulottuvuuksia mittaavat mittarit.

	ADL-mittareita	Fyysisen toimintakyvyn mittareita	Kognitiivisen toimintakyvyn mittareita	Psyykkisen toimintakyvyn mittareita	Sosiaalisen toimintakyvyn mittareita	Muita mittareita
Validoidut mittarit						
RAI-järjestelmän mittarit	x	x	x	x	x	x
Barthelin indeksi	x					
FIM (Functional Independence Measure)	x					
SPPB, TUG, kävelynopeus, Bergin testi ym.		x				
MMSE, CERAD			x			
CDR, kellotaulu, muut kognitiiviset testit			x			
GDS, Cornell, DEPS, muut depressioseulat				x		
Validoimattomat mittarit						
RaVa™	x					
Määrittämättömät ADL- ja IADL-mittarit	x					
Organisaation oma mittari, muut validoimattomat mittarit						x
Muu mittari (ei toimintakyky)						x

Kuntien ja kuntayhtymien käyttämät toimintakyvyn mittarit palvelutarpeiden selvittämisessä

Kuntakyselyssä kunnat kuvasivat palvelutarpeiden selvittämiskäytäntöjään. Kunnista 6 prosenttia ei ilmoittanut käyttävänsä mitään toimintakyvyn mittaria, tai vastauksissa mainittiin ainoastaan havainnointi tai potilastietojärjestelmä. Lähes kaikissa kunnissa oli siis käytössä ainakin yksi jonkin toimintakyvyn ulottuvuuden validoitu tai validoimaton mittari. Taulukon 2 mukaan useimmin mainitut mittarit olivat RaVa™ ja kognitiivisen toimintakyvyn mittarit MMSE ja CERAD. Myös masennuksen seulontamenetelmät mainittiin usein. RAI-järjestelmää ilmoitti käyttävänsä 26 prosenttia kunnista. Mittarien käyttöprofiili vaihteli suuresti alueesta toiseen. RAI-järjestelmän käyttö oli laajaa Pohjois-Suomen aluehallintoviraston alueella, mutta myös Länsi- ja Sisä-Suomen ja Etelä-Suomen aluehallintoviraston alueella. Kognitiivisen toimintakyvyn erilliset mittarit olivat yleisesti käytössä Itä-Suomen, Etelä-Suomen ja

Taulukko 2. Kuntien käyttämät validoidut ja validoimattomat toimintakyymittarit palvelutarpeiden selvittämisessä.

Toimintakyymittarien käyttö kuntavastauksissa	Aluehallintovirastot						
	Kaikki (N=208)	Etelä-Suomi (N=40)	Itä-Suomi (N=37)	Lappi (N=20)	Lounais-Suomi (N=39)	Länsi- ja Sisä-Suomi (N=53)	Pohjois-Suomi (N=19)
RAI-järjestelmän mittarit	26 %	35 %	3 %	30 %	5 %	42 %	47 %
Barthelin indeksi	5 %	10 %	5 %	0 %	8 %	2 %	0 %
FIM	4 %	13 %	3 %	5 %	0 %	2 %	0 %
SPPB, TUG, kävelynopeus, Bergin testi ym.	12 %	23 %	8 %	10 %	8 %	13 %	0 %
GDS, Cornell, DEPS, muut depressio-seulat	34 %	38 %	32 %	25 %	54 %	28 %	16 %
MMSE, CERAD	73 %	75 %	89 %	60 %	74 %	68 %	63 %
CDR, kellotaulu, muut kognitiiviset testit	3 %	3 %	0 %	0 %	8 %	2 %	5 %
RaVa™	76 %	80 %	95 %	75 %	92 %	51 %	68 %
Määrittämättömät ADL- ja IADL-mittarit	16 %	13 %	19 %	15 %	26 %	13 %	5 %
Organisaation oma mittari, muut validoimattomat mittarit	3 %	3 %	3 %	5 %	0 %	6 %	0 %
Muu mittari (ei toimintakyky)	18 %	20 %	22 %	0 %	28 %	15 %	16 %
Ei mittaria (havainnointi tms.)	6 %	3 %	3 %	20 %	8 %	6 %	0 %

Lounais-Suomen aluehallintoviraston alueilla. Fyysisen toimintakyvyn erillisten mittarien käyttö oli yleisintä Etelä-Suomen aluehallintoviraston alueen vastauksissa. Lappin aluehallintoviraston alueen kunnista suurempi osa kuin muilla alueilla olevista kunnista ei ilmoittanut käyttävänsä mitään toimintakyvyn mittaria.

Toimintakyvyn mittaamiskäytännöt palveluntuottajien toimintayksiköissä

Palveluntuottajan toimintayksiköiden mittaamiskäytännöt eivät välttämättä vastaa kuntavastaajan ilmoittamaa mittaamiskäytäntöä edes silloin, kun toimintayksikkö on kunnallisen palveluntuottajan yksikkö. Kuntavastaaja on saattanut ilmoittaa tietyn mittarin olevan käytössä, jos se on käytössä vain osassa toimintayksiköitä. Toisaal-

Taulukko 3. Toimintakyvyn mittarien käyttö ympärivuorokautisen hoidon ja kotihoiton toimintayksiköissä.

	Ympäri vuorokautinen hoito		Kotihoito	
	Julkinen (N=1123)	Yksityinen (N=719)	Julkinen (N=524)	Yksityinen (N=117)
Validoidut mittarit				
RAI-järjestelmän mittarit	37 %	31 %	35 %	9 %
Barthelin indeksi	2 %	5 %	2 %	0 %
FIM	1 %	1 %	0 %	0 %
SPPB, TUG, kävelynopeus, Bergin testi ym.	5 %	7 %	7 %	4 %
GDS, Cornell, DEPS, muut depressioseulat	15 %	17 %	26 %	15 %
MMSE, CERAD	50 %	58 %	50 %	36 %
CDR, kellotaulu, muut kognitiiviset testit	2 %	3 %	1 %	0 %
Validoimattomat mittarit				
RaVa	61 %	59 %	55 %	26 %
Määrittämättömät ADL- ja IADL-mittarit	2 %	3 %	7 %	2 %
Organisaation oma mittari, muut validoimattomat mittarit	2 %	2 %	5 %	2 %
Muu mittari (ei toimintakyky)	5 %	5 %	2 %	2 %
Ei mittaria (havainnointi tms.)	3 %	9 %	13 %	50 %

ta, toimintayksikössä saattaa olla järjestelmällinen toimintakyvyn mittaamiskäytäntö, joka liittyy vain sen omien asiakkaiden palvelun suunnitteluun, olematta osa kunnan palvelutarpeiden selvittämiskäytäntöä.

Taulukon 3 mukaan toimintakyvyn mittaamiskäytäntö ympärivuorokautisen hoidon ja kotihoiton toimintayksiköissä vaihtelee eri tavalla kuin kuntakyselyn vastaajissa. Fyysisen, psyykkisen ja kognitiivisen toimintakyvyn erillisten mittarien, RaVa-mittarin ja määrittämättömien ADL-mittarien käyttö ei ollut niin laajaa toimintayksiköittäin tarkasteltuna kuin kuntavastausten perusteella. Sen sijaan RAI-järjestelmää käyttäviä toimintayksiköitä oli enemmän kuin järjestelmää käyttäviä kuntia. Toimintakyvyn arvioinnissa mainittiin ainakin yksi mittari useammin ympärivuorokautisen hoidon kuin kotihoiton toimintayksiköissä ja useammin julkisen palveluntuottajan kuin yksityisen palveluntuottajan toimintayksiköissä.

Toimintakyvyn arvioinnin järjestelmällisyys ja kattavuus

Toimintayksikkökyselyssä selvitettiin myös, miten järjestelmällisesti ja millä mittareilla kutakin toimintakyvyn osa-aluetta käytetään. Taulukon 4 mukaan toimintakyvyn arviointikäytäntö oli järjestelmällinen ja kattava useammin ympärivuorokautisen hoidon yksiköissä ja julkisten palveluntuottajien toimintayksiköissä. Neljänneksessä

Taulukko 4. Toimintakyvyn arvioinnin järjestelmällisyys ja kattavuus palveluntuottajien toimintayksiköissä.

	Ympäri vuorokautinen hoito		Kotihoito	
	Julkinen (%)	Yksityinen (%)	Julkinen (%)	Yksityinen (%)
Toimintakyvyn osa-alueiden arviointi toimintayksiköissä				
Ei systemaattista toimintakyvyn mittausta	4.1	10.7	15.9	62
Vain yhden toimintakykyulottuvuuden mittarit	26.2	23.9	23.8	15.8
2-3 toimintakykyulottuvuuden mittarit	32.5	34.4	27.4	16.5
4 tai useamman toimintakykyulottuvuuden mittarit	37.2	30.9	32.9	5.7

toimintayksiköistä arvioitiin järjestelmällisesti vain yhtä toimintakyvyn osa-aluetta, useimmiten arkitoimista suoriutumista.

Analysoimme myös toimintakyvyn mittaamiskäytännön järjestelmällisyyden ja laaja-alaisuuden yhteyttä siihen, ilmoitettiinko toimintayksikön asiakkaista useimilla olevan kuntoutumisen edistämistä koskeva hoito- ja palvelusuunnitelma vai ei. Ympäri vuorokautisen hoidon toimintayksiköille suunnatun kyselyn mukaan hoito- ja palvelusuunnitelmaan kirjattiin tavoitteellinen suunnitelma kuntoutumisen edistämiseksi ja toimintakyvyn ylläpitämiseksi lähes kaikille asiakkaille 62 prosentissa yksityisen sektorin toimintayksiköistä ja 29 prosentissa julkisen sektorin yksiköistä. Kotihoidon toimintayksikkökyselyssä tavoitteellinen suunnitelma kuntoutumisen edistämiseksi ja toimintakyvyn ylläpitämiseksi oli yhtenäisempää, 46 prosenttia yksityisen ja 30 prosenttia julkisen sektorin yksiköistä laati tällaisen suunnitelman kaikille tai lähes kaikille asiakkailleen.

Analyysi tehtiin erikseen ympärivuorokautisen hoidon ja kotihoidon yksiköissä. Logistisessa regressiomallissa olivat mukana myös toimintasektori (julkinen, yksityinen) ja se, ilmoitettiinko toimintayksikön johtamisen olevan kuntoutumista edistävää vai ei. Asiakasprofiilin indikaattorina oli ympärivuorokautisen hoidon yksiköissä vuodepotilaiden ilmoitettu osuus (vertailuryhmänä vastaus ”Ei kukaan”) ja kotihoidon yksiköissä asiakkaiden keskimääräinen viikoittainen käyntimäärä.

Taulukon 5 mukaan kuntoutumista edistävien hoito- ja palvelusuunnitelmien kattavuus saavutettiin useammin niissä ympärivuorokautisen hoidon toimintayksiköissä, joissa oli käytössä järjestelmällinen, vähintään neljää toimintakyvyn ulottuvuutta koskeva toimintakyvyn arviointi. Sen sijaan järjestelmällinenkään toimintakyvyn arviointi, joka kattoi vain yhden ulottuvuuden (useimmiten arkitoimista suoriutumisen), ei liittynyt hoito- ja palvelusuunnitelmien kattavuuteen. Kuntoutumista edistävien hoito- ja palvelusuunnitelmien kattavuuteen liittyi myös muita tekijöitä kuten palvelujen tuottaminen yksityisesti, kuntoutumista edistävä johtaminen sekä asiakaskunta, joka ei koostu pääosin vuodepotilaista.

Kotihoidon toimintayksiköissä tulokset olivat muutoin hyvin samankaltaisia, mutta palveluntuottajan sektori tai asiakkaiden keskimääräinen palvelutarve (käyn-

Taulukko 5. Toimintakykymittarien käyttö ympärivuorokautisen hoidon toimintayksiköissä selittää kuntoutumissuunnitelmien kattavuutta logistisessa regressiomallissa.

Tekijä	Odds Ratio	95% CI	
Ei systemaattista toimintakyvyn mittausta	(viitetaso)		
Vain yhden toimintakykyulottuvuuden mittarit	1.15	0.65	2.00
2-3 toimintakykyulottuvuuden mittarit	1.61	0.91	2.79
4 tai useamman toimintakykyulottuvuuden mittarit	4.34	2.36	7.85
Julkinen palveluntuottaja	(viitetaso)		
Yksityinen palveluntuottaja	5.45	3.69	8.30
Kuntoutumista edistävä johtaminen	(viitetaso)		
Johtaminen ei kuntoutumista edistävää	0.24	0.14	0.41
Ei lainkaan vuodepotilaita	(viitetaso)		
Joitakin vuodepotilaita	0.92	0.662	1.28
Useita vuodepotilaita	0.69	0.45	1.06
Lähes kaikki vuodepotilaita	0.47	0.27	0.82

Taulukko 6. Toimintakykymittarien käyttö kotihoidon toimintayksiköissä selittää kuntoutumissuunnitelmien kattavuutta logistisessa regressiomallissa.

Tekijä	Odds Ratio	95% CI	
Ei systemaattista toimintakyvyn mittausta	(viitetaso)		
Vain yhden toimintakykyulottuvuuden mittarit	0.83	0.51	1.33
2–3 toimintakykyulottuvuuden mittarit	1.55	0.95	2.52
4 tai useamman toimintakykyulottuvuuden mittarit	2.37	1.43	3.97
Julkinen palveluntuottaja	(viitetaso)		
Yksityinen palveluntuottaja	1.34	0.87	2.10
Kuntoutumista edistävä johtaminen	(viitetaso)		
Johtaminen ei kuntoutumista edistävää	0.21	0.09	0.44
Asiakkaiden keskimääräinen viikoittainen käyntimäärä	0.98	0.95	1.01

timäärä) eivät vaikuttaneet kuntoutumista edistävien hoito- ja palvelusuunnitelmien kattavuuteen (Taulukko 6).

Yhteenveto

Toimintakyvyn arviointikäytännöt vaihtelivat suuresti: kunnissa alueellisesti ja palveluntuottajien toimintayksiköissä palvelutyypin ja palveluntuottajan sektorin mukaan. Varsin usein palvelutarpeiden selvittämisen yhteydessä ei lainkaan tehdä vertailukelpoista, järjestelmällistä toimintakyvyn arviota, tai arviointi kohdistuu vain yhteen toimintakyvyn osa-alueeseen. Toisaalta on kuitenkin monia kuntia ja toimintayksiköitä, joissa toimintakyvyn arviointi on laaja-alaista, kattavaa ja järjestelmällistä. Useimmin arvioidut toimintakyvyn osa-alueet olivat arkitoimista suoriutuminen ja kognitiivinen toimintakyky.

Toimintakyvyn järjestelmällinen arviointi on kattavampaa julkisten kuin yksityisten palveluntuottajien toimintayksiköissä, sekä ympärivuorokautisissa että kotihoidossa.

Laaja-alainen, järjestelmällinen toimintakyvyn arviointikäytäntö kotihoidon ja ympärivuorokautisen hoidon toimintayksiköissä on yhteydessä kuntoutumista edistävien hoito- ja palvelusuunnitelmien kattavuuteen ja kuntoutumista edistävään johtamiseen.

Pääkohdat:

- ▶ Toimintakyvyn arviointikäytäntö on suomalaisissa kunnissa ja toimintayksiköissä usein kapea-alaista ja epäjärjestelmällistä, ja validoimattomien mittarien käyttö on yleistä.
- ▶ Toimintakyvyn järjestelmällinen arviointi on kattavampaa julkisten kuin yksityisten palveluntuottajien toimintayksiköissä, sekä ympärivuorokautisissa että kotihoidossa.
- ▶ Laaja-alainen, järjestelmällinen toimintakyvyn arviointikäytäntö kotihoidon ja ympärivuorokautisen hoidon toimintayksiköissä on yhteydessä kuntoutumista edistävien hoito- ja palvelusuunnitelmien kattavuuteen ja kuntoutumista edistävään johtamiseen.
- ▶ Toimintakyvyn arviointikäytäntöjen kehitys järjestelmällisiksi, laaja-alaisiksi, yhtenäisiksi ja vertailukelpoisiksi mahdollistaa toimintakykyä tukevien palvelukokonaisuuksien ja prosessien kehittämistä ja seurantaa.

Lähteet

Finne-Soveri H, Leinonen R, Autio T, Heimonen S, Jyrkämä J, Muurinen S, Räsänen R, Voutilainen P. Iäkkäiden henkilöiden toimintakyvyn mittaaminen palvelutarpeen arvioinnin yhteydessä. www.thl.fi/toimia/tietokanta/suositus/15/. painos. Terveyden ja Hyvinvoinnin laitos (THL), 2011.

Sosiaali- ja terveysministeriö, Kuntaliitto. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaami-

seksi ja palvelujen parantamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki 2013. Saatavilla Internetissä:

<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3415-3>

TOIMIA-tietokanta. Toimintakyvyn mittaamisen ja arvioinnin asiantuntijaverkoston mittari- ja suositustietokanta.

<http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/> [Luettu 2014-03-24].

3.3 Analyysiä ympärivuorokautisen hoidon henkilöstömitoituksista

Anja Noro, Matti Mäkelä & Harriet Finne-Soveri

Johdanto

Vanhuspalvelulain (980/2012, Liite 1) voimaan tuloa edelsi vilkas keskustelu siitä, pitäisikö lakiin määritellä kiinteät henkilöstömitoitusrajat ympärivuorokautista hoitoa antaville toimintayksiköille. Vanhuspalvelulakiin ei kuitenkaan kirjattu sitovia henkilöstömitoituksia, mutta eduskunta edellytti, että ympärivuorokautisen hoidon osalta seurataan henkilöstömitoituksia, etenkin 0.50 mitoitusten alittamista (EV 162/2012 vp). Mikäli yksikin tällainen henkilöstömitoitukseltaan alle 0.50 toimintayksikkö löytyy seurannassa vuoden 2014 lopulla, vanhuspalvelulain avaaminen on tarpeen koskien henkilöstömitoituksia ja muita seurattavia hoidon laadun elementtejä koskien.

Tämän analyysin tavoitteena on ympärivuorokautisen hoidon toimintayksikköjen osalta selvittää, mitkä tekijät ovat yhteydessä toteutuneeseen henkilöstömitoitukseen ja asiakkaiden ruokatauon pituuteen yöllä.

Tutkimusaineisto

Tutkimusaineistona käytetään ensimmäiseen tavoitteeseen vastaamiseksi vanhuspalvelulain seurannan ympärivuorokautisen hoidon yksiköille touko-kesäkuussa 2013 suunnattua kyselyä (n=1828) (Liite 3). Toteutunut henkilöstömitoitus on laskettu tiedonkeruun yhteydessä toteutetun henkilöstön yhden viikon työajan seurannan perusteella. Toteutuneeseen henkilöstömitoitukseen on laskettu sosiaali- ja terveydenhuollon koulutuksen saaneen henkilöstön työaika. Esimiesten ja hoiva-avustajien, hoito- ja laitosapulaisten työaika on otettu huomioon vain niiltä osin kuin heidän oli ilmoitettu osallistuvan hoitotyöhön. Toteutunut henkilöstömitoitus jaettiin kahteen luokkaan: alle 0.50 ja 0.50 tai yli ja yöruokatauon pituus 11 tuntia tai alle ja enemmän kuin 11 tuntia. Selittävien muuttujien jakaumat esitetään keskiarvoina. Analyysimenetelmänä käytettiin logistista regressioanalyysiä, jolla selitettiin alle 0.50 toteutunutta henkilöstömitoitusta ja yöruokataukoa pidempänä kuin 11 tuntia.

Tulokset

Alle 0.50 toteutunut henkilöstömitoitus oli 321 toimintayksikössä (18 %). Henkilökunnan toteutunut mitoitus alitti 0.50 useammin niissä yksiköissä, joissa myös suunniteltu mitoitus oli alle 0.50 ja harvemmin yksiköissä joihin oli suunniteltu korkeampi mitoitus (Taulukko 1). Tyypillisimmin alle 0.50 mitoitus oli tehostetun palveluasumisen toimintayksiköissä. Jos seurantaviikolla oli asiakkaita normaali määrä tai enem-

Taulukko 1. Tekijät, jotka selittävät henkilöstömitoituksen eroja: Jakaumat ja logistinen regressio.

	Toteutunut henkilöstömitoitus		Toteutunut henkilöstömitoitus alle 0.50		
	<0.50, n=321 %	>=0.50, n=1507 %	Odd Ratio	95% CI	
Suunniteltu mitoitus alle 0.50	25.0	4.0	2.61	1.71	3.97
Suunniteltu mitoitus 0.50-0.59 (ref)	52.0	21.0	1.00		
Suunniteltu mitoitus 0.60-0.69	18.0	41.0	0.20	0.14	0.27
Suunniteltu mitoitus 0.70 tai enemmän	5.0	35.0	0.06	0.04	0.11
Tehostetu palveluasuminen (ref)	84.0	68.0	1.00		
Vanhainkoti	12.0	22.0	0.46	0.30	0.71
Terveyskeskusten vuodeosasto	4.0	10.0	0.35	0.18	0.70
Pitkäaikaisessa hoidossa olevien asiakkaiden lukumäärä	27.0	23.2	1.00	1.00	1.01
Asiakkaita vähemmän kuin normaaliviikolla (ref)	82.0	79.0	1.00		
Ei enempää tai vähempää asiakkaita kuin normaaliviikolla	15.0	17.0	0.59	0.40	0.89
Asiakkaita enemmän kuin normaaliviikolla	3.0	3.0	1.91	0.85	4.28
Henkilökunnan poissaoloja vähemmän kuin normaaliviikolla	6.0	5.0	1.66	0.86	3.17
Henkilökunnan poissaoloja ei enemmän tai vähemmän kuin normaaliviikolla(ref)	48.0	53.0	1.00		
Henkilökunnan poissaoloja enemmän kuin normaaliviikolla, oma henkilökunta sijaisti	36.0	38.0	0.64	0.46	0.88
Henkilökunnan poissaoloja enemmän kuin normaaliviikolla, ei saatu sijaisia	10.0	5.0	2.19	1.26	3.80
Henkilöstön määrä, koulutus ja tehtävä rakenne vastaa hyvin asiakkaiden palvelutarvetta, vastaajan arvio	57.0	73.0	0.64	0.46	0.88
Henkilöstön määrä, koulutus ja tehtävä rakenne vastaa asiakkaiden palvelutarvetta keskimääräisesti (ref), vastaajan arvio	34.0	23.0	1.00		
Henkilöstön määrä, koulutus ja tehtävä rakenne vastaa hunoosti asiakkaiden palvelutarvetta, vastaajan arvio	8.0	4.0	1.11	0.60	2.05
Ei systemaattista toimintakyvyn arviointia (ref)	8.0	6.0	1.00		
Systemaattinen toimintakyvyn arviointi: 1 ulottuvuus	27.0	25.0	0.67	0.36	1.23
Systemaattinen toimintakyvyn ulottuvuus: 2 ulottuvuutta	28.0	24.0	0.72	0.40	1.33
Systemaattinen toimintakyvyn arviointi: 3 ulottuvuutta	9.0	9.0	0.57	0.28	1.18
Systemaattinen toimintakyvyn arviointi: 4 + ulottuvuutta	28.0	36.0	0.52	0.28	0.95
Apteekin lääkeannosjakelu käytössä yksikössä	50.0	39.0	1.38	1.00	1.90
Etelä- Suomen aluehallintovirasto (ref)	32.0	37.0	1.00		
Itä-Suomen aluehallintovirasto	20.0	11.0	1.71	1.09	2.67
Lapin aluehallintovirasto	5.0	4.0	0.88	0.42	1.84
Lounais-Suomen aluehallintovirasto	15.0	14.0	1.00	0.61	1.64
Länsi- ja Sisä-Suomen aluehallintovirasto	21.0	24.0	0.97	0.64	1.47
Pohjois-Suomen aluehallintovirasto	8.0	10.0	1.08	0.62	1.87
Yksityinen palveluntuottaja	34.0	40.0	0.67	0.48	0.93
C-statistics = 0.838					

män, toteutunut mitoitus oli useammin alle 0.50. Mikäli henkilökunnan poissaoloa oli seurantaviikolla enemmän kuin normaali viikolla eikä sijaisia saatu hankittua, toteutunut mitoitus alitti useammin 0.50:n. Toimintayksiköissä, joissa arvioitiin, että henkilöstön määrä, koulutus ja tehtävä rakenne vastasivat hyvin asiakkaiden määrää ja palvelutarvetta, toteutunut mitoitus oli harvemmin alle 0.50. Niissä toimintayksiköissä, joissa asiakkaiden toimintakykyä arvioitiin systemaattisesti 4 tai useammalla toimintakyvyn alueella, toteutuneet henkilöstömitoitukset olivat harvemmin alle 0.50.

Malliin lisättiin lopuksi aluehallintovirastot ja vertailukohtaksi asetettiin Etelä-Suomen aluehallintovirasto. Itä-Suomen aluehallintoviraston alueella toteutunut henkilöstömitoitus alitti 0.50:n melkein kaksi kertaa useammin kuin Etelä-Suomen aluehallintoviraston alueella, kun kaikki muut tekijät oli mallissa vakioituna. Lopuksi testattiin palveluntuottaja muuttuja, ja malli osoittaa että yksityisten palveluntuottajien toimintayksiköissä toteutunut henkilöstömitoitus oli harvemmin alle 0.50 kuin julkisten palveluntuottajien yksiköissä.

Toisessa mallissa etsittiin tekijöitä, jotka selittävät yhtä valvonnan kannalta keskeistä laatutekijää, pitkittynyttä yöruokatauko. Yöruokatauon pituus ympärivuorokautisessa hoidossa ylitti 11 tuntia joka kolmannessa toimintayksikössä (Taulukko 2). Pidempi yöruokatauko kuin 11 tuntia oli kaksi kertaa useammin terveyskeskusten vuodeosastoilla verrattuna tehostettuun palveluasumiseen. Toimintayksiköissä, joissa esimiesten ja sairaanhoitajien osuus oli suurempi, oli melkein tilastollisesti merkitsevästi pidempi yöruokatauko. Mikäli toimintayksiköissä arvioitiin, että yksikön henkilöstön määrä ja tehtävä rakenne oli sopiva suhteessa asiakkaiden palvelutarpeeseen, yöruokatauko oli harvemmin yli 11 tuntia. Mikäli asiakkailta ja/tai omaisilta koottiin kirjallista palautetta koetusta hoidon laadusta ja palvelujen riittävydestä, ruokatauko oli harvemmin yli 11 tuntia. Mikäli toimintayksikön henkilöstöltä koottiin kirjallista palautetta, toimintayksikön ruokatauko oli harvemmin pidempi kuin 11 tuntia. Aluehallintovirastojen väliset erot eivät olleet myöskään tilastollisesti merkitseviä. Yksityisillä toimintayksiköillä yöruokatauon pituus oli harvemmin yli 11 tuntia kuin julkisilla toimintayksiköillä. Alueelliset erot eivät olleet tilastollisesti merkitseviä.

Taulukko 2. Tekijät, jotka selittävät toimintayksikön yöruokatauon pituutta: Jakaumat ja logistinen regressio.

	Ruokatauko		Ruokatauko yli 11 tuntia		
	Yli 11 tuntia, n=608 %	Alle 11 tuntia n=1216 %	Odd Ratio	95% CI	
Toetutunut mitoitus alle 0.50	8.0	7.0	1.12	0.83	1.51
Toteutunut mitoitus 0.50-0.59 (ref)	39.0	40.0	1.00		
Toteutunut mitoitus 0.60-0.69	29.0	30.0	0.96	0.75	1.24
Toteutunut mitoitus 0.70 tai enemmän	12.0	14.0	0.84	0.59	1.19
Tehostetu palveluasuminen (ref)	63.0	75.0	1.00		
Vanhainkoti	23.0	19.0	0.92	0.69	1.22
Terveyskeskusten vuodeosasto	14.0	6.0	2.00	1.31	3.05
Pitkäaikaisessa hoidossa olevien asiakkaiden lukumäärämäärä	22.9	24.4	0.99	0.98	1.00
Henkilöstön määrä, koulutus ja tehtävä rakenne vastaa hyvin asiakkaiden palvelutarvetta, vastaajan arvio	60.0	75.0	0.74	0.58	0.94
Henkilöstön määrä, koulutus ja tehtävä rakenne vastaa asiakkaiden palvelutarvetta keskimääräisesti (ref), vastaajan arvio	33.0	21.0	1.00		
Henkilöstön määrä, koulutus ja tehtävä rakenne vastaa hunoosti asiakkaiden palvelutarvetta, vastaajan arvio	8.0	3.0	1.45	0.89	2.37
Apteekin lääkeannosjakelu käytössä yksikössä	44.0	39.0	1.17	0.92	1.48
Lähi- ja perushoitajien osuus henkilöstöstä (ref)	76.9	75.8	1.00		
Esimiehiä henkilöstöstä, %	3.3	4.3	0.97	0.95	1.00
Sairaanhoidtajia henkilöstöstä, %	10.4	10.2	0.99	0.97	1.00
Kuntoutushenkilökuntaa henkilöstöstä, %	0.7	0.8	1.02	0.95	1.09
Sosionomeja, geronomeja henkilöstöstä, %	0.3	0.7	0.99	0.94	1.05
Hoiva-, laitos-, ym. apulaisia henkilöstöstä, %	8.3	8.2	1.00	0.99	1.01
Asiakkailta ja/tai omaisilta kootaan kirjallista palautetta palvelujen koetusta laadusta ja riittävydestä	56.0	66.0	0.98	0.78	1.23
Henkilöstöltä koottiin kirjallista palautetta hoidon laadusta ja riittävydestä	31.0	48.0	0.73	0.58	0.92
Systemaattinen toimintakyvyn arviointi: alle 3 tai yli 3 toimintakyvyn ulottuvuutta	44.0	44.0	0.91	0.72	1.14
Etelä- Suomen aluehallintovirasto (ref)	34.0	37.0	1.00		
Itä-Suomen aluehallintovirasto	12.0	13.0	0.73	0.51	1.06
Lapin aluehallintovirasto	4.0	4.0	0.63	0.35	1.13
Lounais-Suomen aluehallintovirasto	14.0	14.0	0.95	0.66	1.37
Länsi- ja Sisä-Suomen aluehallintovirasto	27.0	22.0	1.17	0.87	1.57
Pohjois-Suomen aluehallintovirasto	9.0	10.0	0.79	0.53	1.17
Yksityinen palveluntuottaja	18.0	49.0	0.30	0.23	0.40
C-statistics = 0.703					

Yhteenveto

Toteutunut henkilöstömitoitus, joka alittaa 0.50 rajan, löytyi useammin tehostetun palveluasumisen yksiköistä ja useammin julkiselta puolelta. Jos sekä suunniteltu että toteutunut henkilöstömitoitus alittivat 0.50 suositusrajan (STM ja Kuntaliitto 2014), on kyseessä mitä todennäköisimmin yksikkö, jossa asiakkaiden palvelutarve saattoi olla pienempi tai toimintamalli erilainen. Tehostettu palveluasuminen, joka määritelmällisesti tarkoittaa sitä, että toimintayksikössä on henkilökuntaa yöllä paikalla, saattaa johtaa harhaan siinä tapauksessa, että hoitohenkilöstön edustaja on vain valvojana tai turvana tarvittaessa, ei vastaamassa asiakkaiden ympärivuorokautisen hoidon tarpeeseen.

Toteutunut henkilöstömitoitus toimintayksikkötasolla on haavoittuva seurattava, koska seuranta-ajalla asiakkaiden määrän ja paikalla olevan henkilöstön määrä vaikuttaa tilanteeseen. Lisäksi henkilöstömitoituksen arvottaminen riittäväksi tai vajaaksi edellyttää tietoa asiakkaiden palvelutarpeista. Jos suunniteltu mitoitus on viritetty lähelle 0.50 mitoitusta tai vähän yli, tällöin alitus tapahtuu nopeasti silloin, kun henkilökunnan määrä jostain syystä on seuranta-ajalla vähäisempi tai asiakkaita toimintayksikössä enemmän. Monet toimintayksiköt eivät vielä olleet havahtuneet siihen, että myös suunnitelluissa henkilöstömitoituksissa esimiehiä tai heidän koko työaikaansa ei enää lasketa kokonaisuudessa mukaan suunniteltuun henkilöstömitoitukseen vaan vain siltä osin kuin he osallistuvat hoitotyöhön. Tällainen rajausta koski aiemmin vain hoito- ja laitosapulaisia. Tältä osin myös suunnitellut henkilöstömitoitukset toteutukseen tulevat edellyttämään enemmän hoitotyöhön osallistuvaa henkilöstöä.

Osa tuloksista viittaa siihen suuntaan, että käytettäessä esim. apteekin lääkeannosjakelua päästään pienempään henkilöstömitoitukseen. Tämä analyysi ei vielä kuitenkaan huomio asiakkaiden palvelutarvetta. Sitä katsotaan tämän kirjan Noron ym. artikkelissa 3.4.

Toteutunut henkilöstömitoitus ei ollut yhteydessä asiakkaiden yöruokataidon pituuteen, jota tarkastellaan yhtenä laatutekijänä. Yöruokatauko näyttäisi olevan pidempi silloin, kun hoidetaan suurempaa pitkäaikaisessa hoidossa olevien määrää, etenkin terveyskeskusten vuodeosastoilla, verrattuna tehostettuun palveluasumisen yksiköihin. Omaisilta tai asiakkailta kootulla palautteella ei ollut yhteyttä yöruokataidon pituuteen. Mikäli toimintayksikköjen henkilöstöltä koottiin palautetta, asiakkaiden yöruokatauko oli harvemmin yli 11 tuntia.

Yksityiset toimintayksiköt ovat useammin tehostettua palveluasumista, siten yksityisellä sektorilla on harvemmin toteutunut henkilöstömitoitus alempi kuin 0.50 tai yöruokatauko pidempi kuin 11 tuntia. Tehostetun palveluasumisen sisällä saattaa kuitenkin olla enemmän vaihtelua sekä toimintamalleissa että asiakasrakenteessa kuin muissa ympärivuorokautisessa hoidon palvelutyypeissä.

Päätulokset

- ▶ toteutunut henkilöstömitoitus alempi kuin 0.50, jos suunniteltu henkilöstömitoitus matala
- ▶ tehostetussa palveluasumisessa useammin toteutunut henkilöstömitoitus alittaa 0.50 tason
- ▶ jos toimintayksikössä koetaan henkilöstön määrän ja osaamisen vastaavan asiakkaiden palvelutarvetta, toteutunut mitoitus alittaa harvemmin tason 0.50
- ▶ yöruokatauon pituuteen toteutuneella henkilöstömitoituksella ei ole ollut yhteyttä
- ▶ yöruokatauko pidempi kuin 11 tuntia useammin terveyskeskusten vuodeosastoilla
- ▶ alempi mitoitus ja pidempi yöruokatauko harvemmin yksityisissä toimintayksiköissä

Lähteet

Eduskunnan vastaus 162/2012 vp; saatavilla Internetissä: http://www.eduskunta.fi/faktatmp/utatmp/akxtmp/ev_162_2012_p.shtml
STM ja Kuntaliitto, 2013. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi. Sosiaali- ja ter-

veysministeriön julkaisuja 2013:11. Helsinki 2013. Saatavilla internetissä: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3415-3>
THL, 2013. Vanhuspalvelulain seurannan projektisivu. www.thl.fi/vanhuspalvelulainseuranta

3.4 Henkilöstömitoituksen ja -rakenteen yhteys ympärivuorokautisen hoidon laatuun

Anja Noro, Harriet Finne-Soveri & Matti Mäkelä

Johdanto

Vanhuspalvelulain (980/2012, Liite 1) voimaan tuloa edelsi vilkas keskustelu siitä, pitäisikö lakiin määritellä kiinteät henkilöstömitoitusrajat ympärivuorokautista hoitoa antaville toimintayksiköille. Vaikka vanhuspalvelulakiin ei kirjattu sitovia henkilöstömitoituksia, eduskunta edellytti, että ympärivuorokautisen hoidon osalta seurataan henkilöstömitoituksia, etenkin 0.50 mitoitusten alittamista sekä muita hoidon laatu-tekijöitä. Vanhuspalvelulain 20 § edellyttää, että toimintayksiköissä on oltava henkilöstö, jonka määrä, koulutus ja tehtävä rakenne vastaavat asiakkaiden palvelutarvetta ja joka pystyy takaamaan iäkkäille laadukkaat palvelut. Vanhuspalvelulain 15 § edellyttää, että ikäihmisten palvelutarvetta arvioidaan systemaattisesti ja useiden eri toimintakyvyn osa-alueiden kuten fyysisen, psyykkisen, kognitiivisen ja sosiaalisen toimintakyvyn alueilta. STM:n ja Kuntaliiton (2013) laatusuosituksessa suositeltiin hoitohenkilöstömitoituksen alarajaksi 0.50 ympärivuorokautista hoitoa antaville tehostetun palveluasumisen ja vanhainkotien toimintayksiköille, mutta 0.60 terveyskeskusten pitkäaikaishoitoa antaville yksiköille.

Suomessa on jo pitkältä ajalta kokemusta asiakkaiden toimintakyvyn ja palvelutarpeen arvioinnista moniulotteisesti, jossa samalla saadaan tietoa myös ammatillisen hoidon laadusta (Noro ym. 2005, Finne-Soveri 2006, www.thl.fi/finrai). Ammatillista hoidon laatua kuvaavia tekijöitä ovat rakennetta kuten fyysistä hoitoympäristöä ja henkilöstöä kuvaavat tekijät sekä toimintamalleja kuvaavat tekijät kuten erilaiset lääkitykset, painehaavojen ehkäisyyn kohdennetut toimenpiteet kuten asentohoito ja päivittäinen kipu sekä asiakkaisiin liittyviä kuten sosiaalinen osallistumisen mahdollisuudet. Nämä laatutekijät puolestaan liittyvät turvallisuuteen ja kustannustehokkuuteen. Kokonaan oman näkökulmansa hoidon laatuun tuo asiakkaan kokemus saamastaan hoidosta ja palveluista (Finne-Soveri ym., luku 3.5).

Tämän analyysin tavoitteena on ympärivuorokautisen hoidon toimintayksikköjen osalta selvittää onko ammatillisella hoidon laadulla ja henkilöstömitoituksella tai -rakenteella yhteyttä sen jälkeen, kun toimintayksikköjen asiakasrakenne on vakioitu.

Tutkimusaineisto ja -menetelmät

Tutkimusaineisto muodostettiin kahdesta erillisestä tutkimusaineistosta. Ensimmäinen tutkimusaineisto on vanhuspalvelulain seurannan ympärivuorokautisen hoidon toimintayksiköille touko-kesäkuussa 2013 suunnattu kysely (Liite 3) ja siihen liittynyt yhden viikon työajan seuranta (n=1821). Toimintayksikköjen toteutunut henkilöstö-

mitoitus on laskettu henkilöstön työajan perusteella ja siihen on sisällytetty vain sosiaali- ja terveydenhuollon koulutuksen saanut henkilöstö. Esimiesten ja hoiva-avustajien, hoito- ja laitosapulaisten työaika on otettu huomioon vain niiltä osin kuin heidän oli ilmoitettu osallistuvan hoitotyöhön. Henkilöstörakennetta kuvaavat toimintayksikön esimiesten, sairaanhoitajien, lähi- ja perushoitajien, hoiva-, hoito- ja laitosapulaisten sekä kuntoutushenkilökunnan ja sosiaalityön henkilöstön osuudet. Toinen tutkimusaineisto on muodostettu THL:n RAI-tietokantaan vuoden 2013 keväällä sisällytyneistä toimintayksiköistä (www.thl.fi/finrai).

Analyysissä käytettävä tutkimusaineisto muodostettiin yhdistämällä tiedot niistä toimintayksiköistä, joista oli saatavilla vanhuspalvelulain seurannan vastaukset ja joiden tiedot keväältä 2013 löytyvät THL:n RAI-tietokannasta. Mukana on sekä toimintayksiköjä, joissa käytettiin joko laitoshoidon tai kotihoidon RAI-järjestelmää asiakkaiden toimintakyvyn, palvelutarpeen ja hoidon arvioinnissa. RAI-aineistosta laskettiin hoidon laatua ja asiakasrakennetta kuvaavat tiedot sille toimintayksikköäkselle, jolla vanhuspalvelulain seurantaan oli vastattu. Tutkimusaineistossa, jossa molempien kyselyjen tiedot oli käytössä, oli yhteensä 580 toimintayksikköä.

Ammatillisen hoidon laatua kuvaaviksi selitettäviksi muuttujiksi valittiin sosiaalista osallistumista, hoitokäytäntöjä sekä kliinisiä ongelmia kuvaavia laatutekijöitä. Selittäjinä käytettiin toteutunutta henkilöstömitoitusta luokiteltuna (-0.50, 0.50–0.59, 0.60–0.69, 0.70-) ja henkilöstörakennetta sekä asiakkaiden palvelutarvetta kuvaavia muuttujia kuten fyysinen (ADL_H: 0–6, 0=itsenäinen, 6= täysin autettava; Morris ym. 1999), kognitiivinen (CPS: 0–6, 0=normaali, 6=erittäin huono; Morris ym. 1994) ja psyykinen toimintakyky (DRS: 0–14, 0=ei oireita, 14=erittäin paljon oireita; Burrows ym. 2000) ja terveydentilan vakaus (CHESS: 0–5, 0=vakaa, 5=erittäin epävakaa; Hirdes ym. 2003) sekä toimintayksikköä kuvaavia tekijöitä. Analyysimenetelmänä käytettiin lineaarista regressioanalyysiä. Selittävien muuttujien jakaumat esitetään palvelutyyppien mukaan keskiarvoina.

Mitkä tekijät ovat yhteydessä hoidon laatua kuvaaviin tekijöihin ympärivuorokautisessa hoidossa?

Toteutunut henkilöstömitoitus oli alle 0.50 useammin tehostetun palveluasumisen yksiköissä (Taulukko 1) kuin vanhainkodeissa tai terveyskeskuksissa. Toimintayksikköjen asiakkaiden kognitiivinen toimintakyky oli keskivaikeaa muistihäiriön tasoa olleen korkein terveyskeskusten vuodeosastoilla. Fyysisen toimintakyvyn ongelmat olivat keskimäärin suuremmat vanhainkodeissa ja terveyskeskusten vuodeosastoilla kuin tehostetussa palveluasumisessa. Masennusoireita oli kuitenkin enemmän tehostetun palveluasumisen yksiköissä. Lähi- ja perushoitajien osuus oli suurin tehostetussa palveluasumisessa ja sairaanhoitajien osuus suurin terveyskeskusten vuodeosastoilla. Niiden asiakkaiden osuus, jotka uskoivat toimintakykynsä kohentamismahdollisuuksiin, oli suurin tehostetussa palveluasumisessa (11 %). Myös henkilöstön usko asiakkai-

Taulukko 1. Toimintayksiköjä kuvaavat tiedot jakaumina ja keskiarvoina palvelutyyppin mukaan.

	Tehostettu palveluasuminen	Vanhainkoti	Terveyskeskuksen vuodeasto
	n=339	n=173	n=68
Toimintayksikön toteutunut mitoitus alle 0.50, %	19.0	8.0	6.0
Toimintayksikön toteutunut mitoitus 0.50-0.59, %	39.0	49.0	38.0
Toimintayksikön toteutunut mitoitus 0.60-0.69, %	30.0	31.0	43.0
Toimintayksikön toteutunut mitoitus yli 0.70, %	13.0	0.1	13.0
Osaston asiakkaiden kognitio, keskiarvo (CPS 0-6)	3.3	3.8	4.2
Osaston asiakkaiden hierarkkinen ADL, keskiarvo (ADL_H 0 - 6)	3.0	4.3	4.7
Masennusoireet, keskiarvo (DRS 0-14)	2.1	1.8	1.7
Terveystilan vakaus, keskiarvo (CHESS 0 - 5)	1.1	1.0	1.0
Lähi- ja perushoitajien osuus henkilöstöstä, %	78.8	75.8	65.6
Esimiehiä henkilöstöstä, %	3.9	3.8	3.8
Sairaanhoidtajia henkilöstöstä, %	9.3	13.7	25.6
Kuntoutushenkilökuntaa henkilöstöstä, %	1.0	1.1	0.7
Sosionomeja, geronomeja henkilöstöstä, %	0.9	0.1	0.0
Hoiva-, laitos-, ym. apulaisia henkilöstöstä, %	6.1	5.6	4.3
Asiakkailla uskoa toimintakykynsä kohentamismahdollisuuksiin, %	10.0	9.0	7.0
Hoitajilla uskoa asiakkaiden toimintakyvyn kohentamismahdollisuuksiin, %	42.0	38.0	27.0
Yksityinen palveluntuottaja, %	43.0	16.0	9.0

den mahdollisuuksiin kohentaa toimintakykyään oli suurin tehostetun palveluasumisen yksiköissä.

Ammatilliset laatutekijät kuvaavat osuuksia toimintayksikköjen asiakkaista, joilla jokin tietty ilmiö toteutuu (Taulukko 2). Analyysissä laatutekijän suhdeluku 0:sta 100 on muunnettu suhdeluvuksi 0–1. Mitä lähempänä luku on ykköstä sitä suurempi osuus asiakkaita, joilla kyseinen ongelma ilmenee, kuvastaen näin heikompaa laadun tasoa. Poikkeuksena on asiakkaiden seurustelu luontevasti toisten kanssa, jossa suunta on päinvastainen; mitä korkeampi arvo sitä enemmän kykyä seurustella.

Sosiaalisuutta kuvaavat laatutekijät olivat luonteva toisten kanssa seurustelu ja alavireinen mieliala. Luonteva seurustelun osuus oli suurempi tehostetun palveluasumisen asiakkailla mutta myös alavireinen mieliala.

Hoitokäytäntöjä tarkastellaan psykoosilääkkeiden sekä rauhoittavien ja unilääkkeiden käyttönä. Psykoosilääkkeitä ilman psykoottista tilaa käytettiin melko samoin eri palvelutyypeissä eli noin joka neljännellä asiakkaalla. Rauhoittavia ja unilääkkeitä käytettiin myös melko samoin eli noin joka kolmannella asiakkaalla.

Kliiniset laatutekijät, joita tarkasteltiin, olivat kova päivittäinen kipu, painehaavat, sairaalahoito ja/tai päivystyspoliklinikalla käynti. Painehaavoja oli noin joka kym-

Taulukko 2. Ammatillisten laatutekijöiden keskiarvot palvelutyyppin mukaan.

	Tehostettu palveluasuminen (n=339)		Vanhainkoti (n=173)		Terveyskeskuksen vuodeasto (n=68)	
	Keskiarvo	std	Keskiarvo	std	Keskiarvo	std
Sosiaalinen osallistuminen:						
(e) Seurustele luontevasti	0.47	0.2	0.39	0.2	0.25	0.14
(e) Alavireinen mieliala	0.12	0.1	0.08	0.06	0.07	0.06
Hoitokäytännöt:						
(e) Antipsykoottien käyttö ilman psykoottisia oireita	0.28	0.19	0.23	0.17	0.26	0.15
(e) Rauhoittavien ja unilääkkeiden käyttö,	0.38	0.2	0.31	0.18	0.4	0.2
Kliiniset laatutekijät:						
(e) Kova päivittäinen kipu	0.06	0.09	0.03	0.04	0.03	0.05
(e) 1-4 asteen painehaavat	0.08	0.07	0.1	0.1	0.1	0.08
(e) Sairaalahoito tai päivystyspoliklinikalla käynti viim. 90vrk:n aikana	0.17	0.12	0.12	0.09	0.11	0.1

Mitä matalampi luku (0-100 muunnettu 0-1) sitä parempi laatu toimintayksikössä, paitsi muutujassa seurustele luontevasti: mitä suurempi luku sitä enemmän luontevaa seurustelua

menennellä, mutta kovaa päivittäistä kipua vain pienellä osuudella asiakkaista. Sairaalahoitoa ja/tai poliklinikalla käyntejä oli noin joka kymmenennellä, ja joka viidennellä tehostetussa palveluasumisessa.

Kun tarkastellaan monimuuttujamalleissa sosiaalisen toimintaan liittyviä tekijöitä taulukossa 3, havaitaan että selittäjät ovat eri malleissa erilaisia. Asiakkaiden palvelutarpeen vakioinnin jälkeen, henkilömitoituksen tasolla tai henkilöstörakenteella tai sillä onko palveluntuottaja julkinen tai yksityinen, ei enää ole tilastollista merkitystä. Toteutuneen henkilöstömitoituksen osalta nousee alle 0.50 mitoitus merkitseväksi verrattaessa mitoitukseen 0.50–0.59 alavireisen mielialan osalta. Näissä matalimman mitoituksen yksiköissä on vähemmän henkilöitä, joilla on alavireistä mielialaa. Henkilöstörakenteessa kuntoutushenkilökunnan suurempi osuus ennakoii suurempaa osuutta asiakkaista, joilla on seurustelukykyä jäljellä. Mitä suuremmat toimintakyvyn vajaukset yksikön asiakkailla, sitä vähemmän heillä oli seurustelukykyä. Alavireistä mielialaa oli vähemmän yksiköissä, joissa asiakkaiden fyysisen toimintakyvyn rajoitukset olivat suuremmat ja enemmän alavireistä mielialaa mikäli asiakkaiden terveydentila oli epävaka.

Hoitokäytäntöihin toimintayksiköissä oli yhteydessä enemmän asiakkaiden palvelutarve ja henkilöstön rakenne kuin henkilöstömitoituksen taso (Taulukko 4). Mitä

Taulukko 3. Sosiaaliset laatu tekijät selitettävänä lineaarisessa regressiomallissa.

	Seurusteleen luonte- vasti		Alavireinen mieliala	
	Regressio- kerroin	Pr > t	Regressio- kerroin	Pr > t
Vakio	0.89	<.0001	0.11	<.0001
Toimintayksikön toteutunut mitoitus alle 0.50	0.03	0.093	-0.03	0.017
Toimintayksikön toteutunut mitoitus 0.50-0.59 (ref)				
Toimintayksikön toteutunut mitoitus 0.60-0.69	0.02	0.126	-0.01	0.341
Toimintayksikön toteutunut mitoitus yli 0.70	0.03	0.095	0.00	0.801
Osaston asiakkaiden kognitio, keskiarvo (CPS 0-6)	-0.08	<.0001	0.00	0.764
Osaston asiakkaiden hierarkkinen ADL keskiarvo (ADL_H 0 - 6)	-0.05	<.0001	-0.02	0.001
Masennusoireet (DRS 0-14)	-0.04	<.0001	-	-
Terveydentilan vakaus (CHESS 0 - 5)	-0.02	0.176	0.05	<.0001
Tehostettu palveluasuminen (ref)				
Vanhainkoti	0.00	0.983	-0.02	0.024
Terveyskeskus	-0.08	0.003	-0.03	0.060
Lähi- ja perushoitajien osuus henkilöstöstä (ref)				
Esimiehiä henkilöstöstä, %	0.00	0.927	0.00	0.496
Sairaanhoidajia henkilöstöstä, %	0.00	0.086	0.00	0.861
Kuntoutushenkilökuntaa henkilöstöstä, %	0.01	0.000	0.00	0.754
Sosionomeja, geronomeja henkilöstöstä, %	0.00	0.683	0.00	0.499
Hoiva-, laitos-, ym. apulaisia henkilöstöstä, %	0.00	0.379	0.00	0.171
Asiakkailla uskoa toimintakykyä kohentamismahdollisuuksiin, %	-0.03	0.626	0.02	0.593
Hoitajilla uskoa asiakkaiden toimintakyvyn kohentamismahdollisuuksiin, %	0.12	<.0001	-0.02	0.162
Yksityinen palveluntuottaja	0.00	0.849	0.01	0.512
Mallin selityaste		51,6 %		14,95 %

suurempi asiakkaiden kognition vaje, sitä vähemmän rauhoittavien ja unilääkkeiden käyttöä oli toimintayksiköissä. Mitä enemmän asiakkailla oli fyysisen toimintakyvyn ongelmia sitä vähemmän oli psykoosilääkkeiden käyttöä ilman psykoottista tilaa. Mitä enemmän masennusoireita, sitä enemmän psykoosilääkkeiden ja uni- ja rauhoittavien lääkkeiden käyttöä oli toimintayksiköissä.

Suurempi sairaanhoidajien osuus oli yhteydessä enempään psykoosilääkkeiden käyttöön. Mitä suurempi osuus kuntoutushenkilökuntaa toimintayksiköissä oli sitä vähemmän oli psyykenlääkkeiden käyttöä. Myös niissä yksiköissä, joissa henkilökunta uskoi asiakkailla olevan enemmän toimintakyvyn kohentamismahdollisuuksia, käytettiin vähemmän psykoosilääkkeitä.

Tarkasteltaessa hoidon laatua kliinisten ongelmien kautta havaitaan, että toimintayksiköissä, joissa toteutunut mitoitus alitti 0.50 henkilöstömitoituksen, oli enemmän

Taulukko 4. Lääkehoitokäytäntöjä kuvaavat ammatilliset laatutekijät selitettävänä lineaarisissa regressiomalleissa

	Antipsykoottien käyttö ilman psykoottisia oireita		Rauhoittavien ja unilääkkeiden käyttö	
	Regressio-kerroin	Pr > t	Regressio-kerroin	Pr > t
Vakio	0.22	<.0001	0.46	<.0001
Toimintayksikön toteutunut mitoitus alle 0.50	0.02	0.334	0.02	0.496
Toimintayksikön toteutunut mitoitus 0.50–0.59 (ref)				
Toimintayksikön toteutunut mitoitus 0.60–0.69	0.03	0.073	0.04	0.034
Toimintayksikön toteutunut mitoitus yli 0.70	0.02	0.421	-0.04	0.093
Osaston asiakkaiden kognitio, keskiarvo (CPS 0–6)	0.01	0.316	-0.04	0.002
Osaston asiakkaiden hierarkkinen ADL keskiarvo (ADL_H 0–6)	-0.04	0.001	-0.02	0.075
Masennusoireet (DRS 0–14)	0.07	<.0001	0.06	<.0001
Terveydentilan vakaus (CHESS 0–5)	-0.04	0.012	0.03	0.097
Tehostettu palveluasuminen (ref)				
Vanhainkoti	0.01	0.638	0.00	0.999
Terveyskeskus	0.03	0.263	0.11	0.001
Lähi- ja perushoitajien osuus henkilöstöstä (ref)				
Esimiehiä henkilöstöstä, %	0.00	0.168	0.00	0.461
Sairaanhoitajia henkilöstöstä, %	0.00	0.038	0.00	0.592
Kuntoutushenkilökuntaa henkilöstöstä, %	-0.01	0.008	-0.02	0.000
Sosionomeja, geronomeja henkilöstöstä, %	0.00	0.997	0.00	0.861
Hoiva-, laitos-, ym. apulaisia henkilöstöstä, %	0.00	0.092	0.00	0.224
Asiakkailla uskoa toimintakykynsä kohentamismahdollisuuksiin, %	-0.07	0.341	-0.07	0.360
Hoitajilla uskoa asiakkaiden toimintakyvyn kohentamismahdollisuuksiin, %	0.08	0.004	-0.06	0.063
Yksityinen palveluntuottaja	-0.02	0.349	-0.02	0.198
Mallin selityaste	16.6 %		17,8 %	

päivittäistä kipua kuin toimintayksiköissä, joissa mitoitus oli 0.50–0.59 (Taulukko 5). Mitä korkeampi kognitiivisten ongelmien keskiarvo sitä vähemmän toimintayksiköissä ilmeni päivittäistä kipua, painehaavoja tai sairaalakäyttöä. Toimintayksikön asiakkaiden fyysisen toimintakyvyn ongelmien korkeampi keskiarvo oli yhteydessä painehaavoihin ja vähempään sairaalapalvelujen käyttöön. Masennusoireiden korkeampi osuus oli yhteydessä suurempaan kipuun ja painehaavoihin toimintayksiköissä. Toimintayksiköt, joiden asiakkailla oli enemmän terveydentilan epävakautta, käyttivät enemmän sairaalapalveluja. Toimintayksikköjen henkilöstörakenne ei ollut yhteydessä kliinisiin laatutekijöihin. Vanhainkotien toimintayksiköissä oli tilastollisesti vähemmän asiakkaita, joilla oli kovaa päivittäistä kipua ja vähemmän sairaalakäyttöä. Kun asiakas-, henkilöstörakenne ja toimintamalli kysymykset oli vakioitu, yksityiset toi-

Taulukko 5. Kliiniset laatutekijät selitettävänä lineaarisessa regressioanalyysissä

	Kova päivittäinen kipu		Painehaavat		Sairaalahoito ja/tai päivystyspoliklinikalla käynnit	
	Regressio-kerroin	Pr > t	Regressio-kerroin	Pr > t	Regressio-kerroin	Pr > t
Vakio	0.11	<.0001	0.07	0.003	0.25	<.0001
Toimintayksikön toteutunut mitoitus alle 0.50	0.03	0.004	-0.01	0.554	0.01	0.435
Toimintayksikön toteutunut mitoitus 0.50–0.59 (ref)						
Toimintayksikön toteutunut mitoitus 0.60–0.69	-0.01	0.286	0.00	0.718	0.01	0.383
Toimintayksikön toteutunut mitoitus yli 0.70	-0.01	0.425	-0.02	0.044	-0.01	0.630
Osaston asiakkaiden kognitio, keskiarvo (CPS 0–6)	-0.02	0.000	-0.01	0.021	-0.03	0.001
Osaston asiakkaiden hierarkkinen ADL keskiarvo (ADL_H 0–6)	0.00	0.645	0.02	0.001	-0.02	0.028
Masennusoireet (DRS 0–14)	0.01	0.054	0.01	0.052	0.00	0.469
Terveydentilan vakaus (CHESS 0–5)	0.01	0.098	0.00	0.869	0.06	<.0001
Tehostettu palveluasuminen (ref)						
Vanhainkoti	-0.02	0.035	0.00	0.708	-0.03	0.014
Terveyskeskus	0.00	0.865	0.00	0.979	-0.03	0.165
Lähi- ja perushoitajien osuus henkilöstöstä (ref)						
Esimiehiä henkilöstöstä, %	0.00	0.176	0.00	0.558	0.00	0.493
Sairaanhoidajia henkilöstöstä, %	0.00	0.764	0.00	0.162	0.00	0.838
Kuntoutushenkilökuntaa henkilöstöstä, %	0.01	0.000	0.00	0.571	0.00	0.278
Sosionomeja, geronomeja henkilöstöstä, %	0.00	0.595	0.00	0.249	0.00	0.525
Hoiva-, laitos-, ym. apulaisia henkilöstöstä, %	0.00	0.211	0.00	0.372	0.00	0.480
Asiakkailla uskoa toimintakykyä kohentamismahdollisuuksiin, %	-0.04	0.117	0.00	0.941	-0.01	0.799
Hoitajilla uskoa asiakkaiden toimintakyvyn kohentamismahdollisuuksiin, %	0.00	1.000	-0.04	0.006	0.01	0.674
Yksityinen palveluntuottaja	-0.02	0.028	-0.01	0.101	-0.04	0.001
Mallin selityaste	14,6 %		5,5 %		17,6 %	

mintayksiköt erottuivat edelleen vähäisemmällä osuudella kovaa päivittäistä kipua ja sairaalakäyttöä.

Taulukossa 6 on yhdistetty kaikkien mallien tulokset, jotta saadaan selkeämpi käsitys eri laatutekijöihin yhteydessä olevista tekijöistä. Henkilöstörakenteen ja –mitoituksen yhteys hoidon laatuun oli vaatimaton: mitoituksella 0.50 tai alle oli yhteys runsaampiin kipuoireisiin mutta vähäisempään alavireisyyteen. Mitoitus 0.70 tai enemmän oli parempaan seurustelukykyyhin, vähäisempään alavireisyyteen sekä rauhoittavien ja unilääkkeiden käyttöön ja painehaavoihin verrattuna henkilöstömitoitukseen 0.50–0.59. Henkilöstön ammattirakenteesta kuntoutushenkilökunnan suurempi osuus oli yhteydessä suurempaan seurustelukykyyhin ja päivittäiseen kipuun, mutta vähäisempään psykoosilääkkeiden, rauhoittavien ja unilääkkeiden käyttöön kuin toimintayksiköissä, joissa henkilöstörakenne oli lähi- ja perushoitaja painotteisempi. Vastaavasti suurempi sairaanhoitajien osuus oli yhteydessä suurempaan psykoosilääkkeiden käyttöön. Henkilöstön kuntoutumismyönteinen asenne asiakkaiden kunnon kohentumiseen oli yhteydessä suurempaan seurustelukykyyhin, psykoosilääkkeiden käyttöön ja vähäisempään painehaavojen määrään

Asiakasrakenne oli tärkeämpi selittäjä hoidon laadulle kuin henkilöstömitoitustai –rakenne. Mitä suurempi kognition vajuus oli toimintayksikön asiakkailta, sitä vähemmän asukkailla esiintyi kipua, painehaavoja, sosiaalista osallistumista ja sitä vähemmän oli rauhoittavien ja unilääkkeiden sekä sairaala- ja päivystyspalvelujen käyttöä. Mitä enemmän toimintayksikön asiakkailta oli fyysisen toimintakyvyn rajoituksia, sitä vähemmän oli sosiaalista aktiivisuutta, alavireisyyttä sekä psykoosilääkkeiden että sairaala ja päivystyspalvelujen käyttöä, mutta enemmän painehaavoja.

Masennusoireet olivat yhteydessä vähäisempään sosiaaliseen aktiivisuuteen, mutta suurempaan psykoosilääkkeiden, rauhoittavien ja unilääkkeiden käyttöön, päivittäiseen kipuun ja painehaavoihin. Mitä enemmän asukkailla oli terveydentilan epävakautta, sitä enemmän alavireistä mielialaa ja päivittäistä kipua, sekä sairaala ja päivystys palvelujen että rauhoittavien ja unilääkkeiden käyttöä. Epävakaa terveydentila oli myös yhteydessä vähäisempään psykoosilääkkeiden käyttöön.

Verrattaessa eri palvelutyyppettä vertailukohtana oli tehostettu palveluasuminen. Vanhainkotien toimintayksiköissä asukkailla oli vähemmän alavireistä mielialaa, kovaa päivittäistä kipua ja sairaala- ja päivystyspalvelujen käyttöä kuin tehostetun palveluasumisen yksiköissä. Vastaavasti terveyskeskusten toimintayksiköissä oli vähemmän sosiaalista aktiivisuutta ja enemmän rauhoittavien ja unilääkkeiden käyttöä kuin tehostetun palveluasumisen yksiköissä. Laatutekijöitä tarkastellessa yksityinen palvelutuotanto eroaa julkisesta vain siten, että niissä oli vähemmän päivittäistä kipua ja vähemmän sairaala- ja päivystyspalvelujen käyttöä.

Taulukko 6. Yhteenveto laaturakenteita selittävistä regressiomalleista

Yhteenveto regressio-analysien tuloksista	Seurustele luontevasti	Alavireinen mieliala	Antipsykoottien käyttö ilman psykoottisia oireita	Rauhoittavien ja unilääkkeiden käyttö	Kova päivittäinen kipu	Painehaavat	Sairaalahoidon ja/tai päivystyspoliklinikan käynnit
Toimintayksikön toteutunut mitoitus alle 0.50		-			+		
Toimintayksikön toteutunut mitoitus 0.50–0.59 (ref)							
Toimintayksikön toteutunut mitoitus 0.60–0.69			#	+			
Toimintayksikön toteutunut mitoitus yli 0.70	#	-		#		-	
Osaston asiakkaiden kognitio, keskiarvo (CPS 0–6)	-			-	-	-	-
Osaston asiakkaiden hierarkkinen ADL keskiarvo (ADL_H 0–6)	-	-	-	#		+	-
Masennusoireet (DRS 0–14)	-		+	+	#	#	
Terveydentilan vakaus (CHESS 0–5)		+	-	#	#		+
Tehostettu palveluasuminen (ref)							
Vanhainkoti		-				-	-
Terveyskeskus	-	#		+			
Lähi- ja perushoitajien osuus henkilöstöstä (ref)							
Esimiehiä henkilöstöstä, %							
Sairaanhoidajien osuus henkilöstöstä, %	#		+				
Kuntoutushenkilökuntaa henkilöstöstä, %	+		-	-	+		
Sosionomeja, geronomeja henkilöstöstä, %							
Hoiva-, laitos-, ym. apulaisia henkilöstöstä, %			#				
Asiakkailla uskoa toimintakykynsä kohentamismahdollisuuksiin, %							
Hoitajilla uskoa asiakkaiden toimintakykyn kohentamismahdollisuuksiin, %	+		+	#		-	
Yksityinen palveluntuottaja					-		-

Merkitsevyys - ja + p<0.05 ; # p<0.10

Yhteenveto

Tarkasteltaessa hoidon laatua, etenkin ammatillisen hoidon laatua, on tarpeen tarkastella useita eri laadun tekijöitä. Ammatillista hoidon laatua on vaikea tiivistää vain yhteen lukuun, sillä asiakkaiden sairauden aste sekä riskitekijöiden lukumäärä ja tyyppi vaikuttavat eri laadun tekijöihin eri tavoin. Tässä analyysissä pyrittiin katsomaan, mitä yhteyttä henkilöstömitoituksella ja henkilöstörakenteella on hoidon laatuun, kun malleissa on vakioitu asiakkaiden eri toimintakyvyn ulottuvuudet, palvelutyyppi ja tuottaja. Voimakkaimpana tekijänä kaikkien laatutekijöiden osalta nousee asiakkaiden palvelutarve, jota tässä analyysissä tarkasteltiin toimintakyvyn eri ulottuvuuksina sekä epävakaana terveydentilana. Vanhuspalvelulain 15 § korostaa iäkkään toimintakyvyn monipuolista arviointia luotettavia arviointivälineitä käyttäen. Tämä on tarpeen myös systemaattisesti ja säännöllisesti suorittaa myös iäkkäille, jotka jo ovat pitkäaikaisen ja säännöllisen palvelun piirissä.

Tässä artikkelissa kuvatut tulokset perustuvat tietoihin, jotka on koottu ikäihmisten vertailukehittämiseen (www.thl.fi/finrai) osallistuvissa ympärivuorokautisen hoidon toimintayksiköissä osana normaalitoimintaa. Useat toimintayksiköt ovat olleet jo vuosia mukana toteuttamassa laajaa arviointia ja siten saattavat edustaa laatutuloksiltaan jopa edistyneempiä hoitokäytäntöjä kuin toimintayksiköt, jotka eivät osallistu vertailukehittämiseen. Henkilöstörakenne eri yksiköissä oli kovin samankaltainen siten, että lähi- ja perushoitajien osuus oli suurin. Eri ammattiryhmien välille ei näissä analyysissä siten noussut suuria eroja vaikka kuntoutushenkilökunnan osuus nousikin joissakin malleissa merkitseväksi, tosin on muistettava, että kuntoutushenkilökuntaa ympärivuorokautisen hoidon yksiköissä oli vähän, alle prosentin.

Johtopäätöksenä on se, että asiakkaiden terveydentila, toimintakyky ja riskitekijöiden määrä ja tyyppi ovat tekijöitä, joilla on selkein yhteys ammatillisen hoidon laadun tekijöihin.

Keskeiset tulokset

- ▶ ammatillinen hoidon laadun taso riippuu monista tekijöistä
- ▶ henkilöstömitoitus tai henkilöstörakenne ei ole suoraan tai yksin yhteydessä ammatilliseen hoidon laatuun
- ▶ asiakkaiden terveydentila, toimintakyky ja palvelutarve ovat yhteydessä ammatillisen hoidon laatuun eri tavoin
- ▶ yksityiset ja julkiset toimintayksiköt ovat melko samankaltaisia ammatillisen laadun vertailussa
- ▶ tehostetun palveluasumisen, vanhainkotien ja terveyskeskusten toimintayksiköt poikkeavat toisistaan asiakkaiden palvelutarpeen suhteen, mutta siinä ei niinkään ole kysymys hoitohenkilökunnasta tai huonommasta ammatillisesta hoidon laadusta vaan pal-

velutarpeeltaan erilaisten asiakkaiden sijoittamisesta eri palvelun tasoille

- ▶ on mahdollista, että nykyinen tapa hahmottaa ja kohdentaa hoitohenkilöstön aikaa ja osaamista johtaa samankaltaiseen hoitoon kaikille asiakkaille
- ▶ koska ammatillisen hoidon laadun ja henkilöstömitoituksen keskinäinen suhde riippuu monista tekijöistä erityisesti asiakasrakteesta, henkilöstömitoituksen kiinnittäminen asiakassegmentointiin on perusteltua

Lähteet

- Burrows, AB, J. N. Morris, et al. (2000). "Development of an MDS-based Depression Rating Scale for use in nursing homes." *Age and Ageing* 29: 165-172.
- Hirdes JP, Frijters DH, Teare GF. The MDS-CHESS Scale: A New Measure to Predict Mortality in Institutionalized Older People. *JAGS* 51:96–100, 2003.
- Finne-Soveri H, Björkgren M, Vähäkangas P, Noro A. Kotihoidon asiakasrakenne ja hoidon laatu – Rai järjestelmä vertailukehittämisessä [Quality and Case-Mix among Elderly Residents in Home Care. Benchmarking with the RAI]. *Stakes*, M223, 2006.
- Morris, J. N., B. E. Fries, et al. (1994). "MDS cognitive performance scale." *Journal of Gerontology: Medical Sciences* 49(4): M174-M182.
- Morris, J. N., B. E. Fries, et al. (1999). "Scaling ADLs within the MDS." *Journal of the Gerontology: Medical Sciences* 54A(11): M546-M553.
- Noro A, Finne-Soveri H, Björkgren M, Vähäkangas P (toim). Ikääntyneiden laitoshoidon laatu ja tuottavuus - RAI-järjestelmä vertailukehittämisessä. [Quality and Productivity in Institutional Care of Elderly Residents - Benchmarking with the RAI]. *Stakes, Raportteja M205*, 2005.
- STM ja Kuntaliitto, 2013. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi. *Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2013:11*. Helsinki 2013. Saatavilla internetissä: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3415-3>

3.5 Koettu hoidon laatu itsemääräämisoikeuden näkökulmasta

Harriet Finne-Soveri, Rauha Heikkilä, Sirpa Andersson, Paula Andreasen, Teija Hammar, Janne Asikainen, Matti Mäkelä & Anja Noro

Vanhuspalvelulain keskeisenä tavoitteena on ollut vahvistaa iäkkään henkilön mahdollisuutta vaikuttaa hänelle järjestettävien sosiaali- ja terveyspalvelujen sisältöön, toteuttamistapaan sekä olla päättämässä niitä koskevista valinnoista. Laki edellyttää lisäksi (6 §), että kunnan on kerättävä säännöllisesti palautetta palveluja käyttäviltä, heidän omaisiltaan ja läheisiltään sekä kunnan henkilöstöltä, mikä on myös yksi (20 §) edellytetyn hoidon ja palveluiden laadukkuuden tunnusmerkki.

Tämän artikkelin tarkoituksena on kuvata itsemääräämisoikeuden toteutumista yhtenä hoidon laadun osatekijänä asiakkaan ja hänen edustajansa kokemana sekä henkilöstön arvioimana vanhuspalveluissa.

Aineisto ja menetelmät

Artikkelin aineistot on koottu kolmesta lähteestä

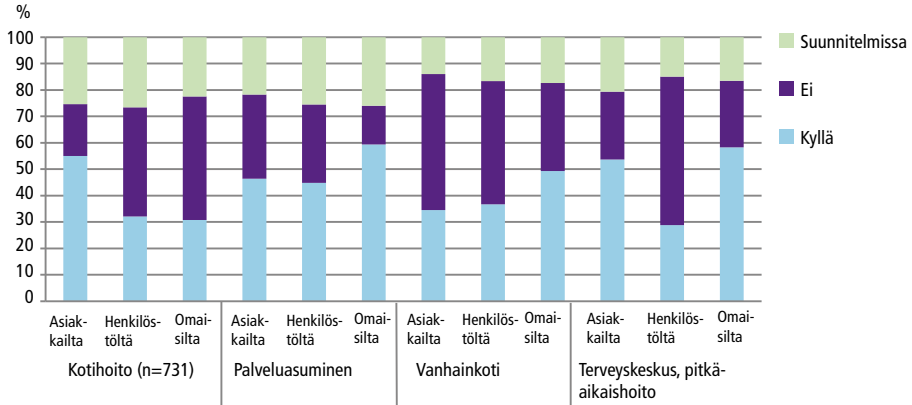
1. Vanhuspalvelulain toimeenpanon seurantakysely vuodelta 2013 (Liite 3)
2. THL:n RAI-tietokanta© vuosilta 2008–2013, missä aineiston rajauksina tavallisen palveluasumisen ja alle 63 vuotiaiden poisto.
3. Vanhuspalvelulain toimeenpanon seurantaa varten kerätty koettua hoidon laatua koskeva pilottitutkimus kahden kaupungin ja yhden järjestön kotihoidon, palveluasumisen, vanhainkotien ja terveyskeskuksen asiakkailta siten, että vastaajana oli asiakas itse ja/tai hänen läheisedustajansa ja hänen hoitajansa. Vastauksia oli kaikkiaan 1711.

Tilastollisina menetelmiä käytettiin suoria jakaumia ja ristiintaulukointia. Analyysivälineenä käytettiin SAS-ohjelmaa (SAS Institute 2002-2010).

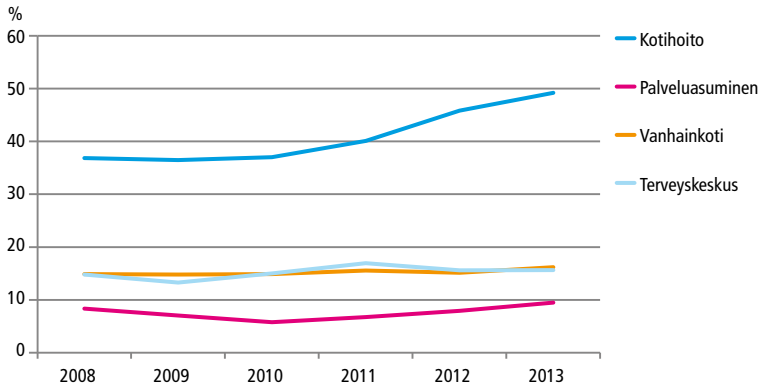
Tulokset

Kuntien ja palvelun tuottajien aktiivisuus asiakaspautekyselyissä

Vanhuspalvelulain seurantakyselyssä kaikilta julkisilta ja yksityisiltä palvelujen tuottajilta tiedusteltiin oliko kyselyä edeltäneen vuoden aikana kerätty kirjallista palautetta toimintayksikön tarjoamien palvelujen koetusta laadusta ja riittävydestä 1) asiakkailta 2) omaisilta 3) henkilöstöltä.



Kuvio 1. Yksityisten ja julkisten palvelutuottajien aktiivisuus asiakaspalautteen keruussa 2013.



Kuvio 2. Omaan palvelutarpeen arviointiinsa aktiivisesti osallistuneiden asiakkaiden osuus palvelutyypeittäin vuosina 2008–2013.

Kuvio 1 näyttää asiakaspalautteiden keruiden vaihtelun palvelutyypeittäin ja palautteen kohderyhmän mukaan Manner-Suomessa. Asiakas- ja omaispalautetta oli kerännyt noin joka toinen kyselyyn vastannut toimintayksikkö, henkilöstöpalautetta vain noin joka kolmas. Huomattava osuus vastanneista toimintayksiköistä ei ollut kerännyt eikä suunnitellutkaan keräävänsä asiakaspalautetta.

Osallisuus ja osallistuminen RAI-tietokannan kuvaamana

Vain pieni osa vanhuspalveluiden asiakkaista osallistui aktiivisesti oman palvelutarpeensa arviointiin vuosina 2008–2013. Kuvio 2 osoittaa kotihoidon olleen viimeksi kuluneiden vuosien varrella muita palvelutyyppejä aktiivisempi vuorovaikutteisen arvioinnin mahdollistajana.

Muistioireen vaikeusaste (kognition vajuus, katso myös Finne-Soveri ym., luku 1.2) selittää vähäistä osallistumista siten, että vuoden 2013 kotihoidon aineistossa joka toinen osallistui aktiivisesti oman palvelutarpeensa arviointiin jos kognition oli normaali tai vain lievästi alentunut, mutta vain joka kymmenes jos kognition vajuus oli vaikea.

Sama ilmiö oli nähtävissä myös palveluasumisessa, vanhainkodeissa ja terveyskeskusten pitkäaikaisosastoilla, missä lähes kaikilla asiakkailla on vähintään lievä kognition vajuus. Kognition oli normaali vain 4–8 prosentilla asukkaista. Keskivaikeaa kognition vajuusta sairastavista vain 8–13 prosenttia oli osallistunut aktiivisesti oman tilanteensa arviointiin, kun kognitioltaan normaaleiden osallistumisprosentti laitoshoidossa oli 33–41. Palvelutaloissa asiakkaiden osallistuminen omaan arviointiinsa oli harvinaisempaa kognitiosta riippumatta – vain joka kymmenes asukas osallistui.

Itsemääräämisoikeuden toteutuminen asiakaspalautteen kuvaamana

Vanhuspalvelujen asiakkaiden itsemääräämisoikeuden toteutumista tarkastellaan kolmella tavalla: 1) asiakkaan itsensä kokemana aina silloin, kun asiakas oli kykenevä tai halukas vastaamaan. Jos asiakas oli halukas vastaamaan, mutta ei kyennyt käyttämään kyselyohjelman verkkolomaketta tai vastaamaan paperilomakkeelle, käytettiin muuta haastattelijaa kuin omahoitajaa 2) omahoitajan arvioimana siten, että omahoitajaa pyydettiin asettumaan asiakkaan asemaan ja arvioimaan hänen puolestaan 3) asiakkaan omaista tai läheistä (mikäli sellainen oli tarjolla) pyydettiin asettumaan asiakkaan asemaan ja arvioimaan hänen puolestaan. Tämä asetelma toteutettiin samalla tavoin kaikissa vanhuspalvelutyypeissä.

Palautekyselyyn itse vastanneista 607 henkilöstä kaikkiaan 485 henkilön kognition oli tiedossa. Heistä 57 prosentilla kognition oli normaali tai korkeintaan rajapintaisesti alentunut. Kognition alenema oli lievä 41 prosentilla ja keskivaikeasti tai enemmän alentunut 4 prosentilla.

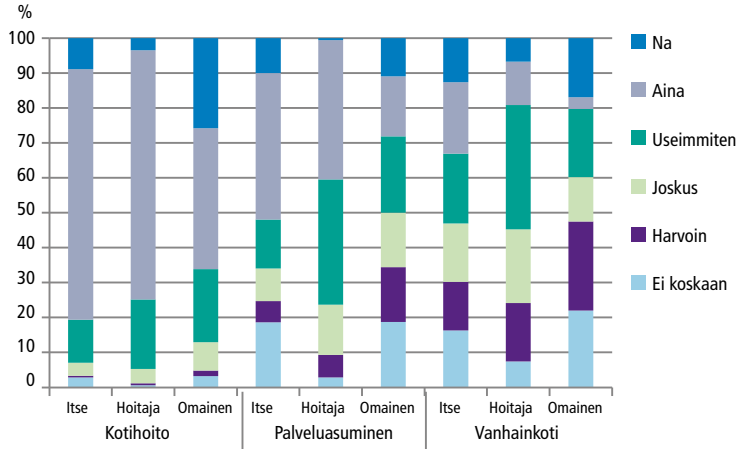
Itsemääräämisoikeuden toteutumista arvioitiin 11 kysymyksen kautta. Kysymykset käsittelivät ruokailua, vuoteesta nousua, vuoteeseen menoa, ulkoilua, pukeutumista, turvallisuutta, yksityisyyden kunnioittamista sekä akuuttia avun tarvetta minämuotoon puettujen väittämien sekä vapaiden vastauskenttien avulla.

Väittämään ”voin syödä silloin kun haluan” kertyneistä vapaan kentän vastauksista ilmenee ruokailuaikojen jäykkyteen liittyviä tekijöitä ja kuviosta 3 tämän väittämän toteutuneen otoksen aineistossa useimmin kotihoidossa ja harvimmin vanhainkodissa.

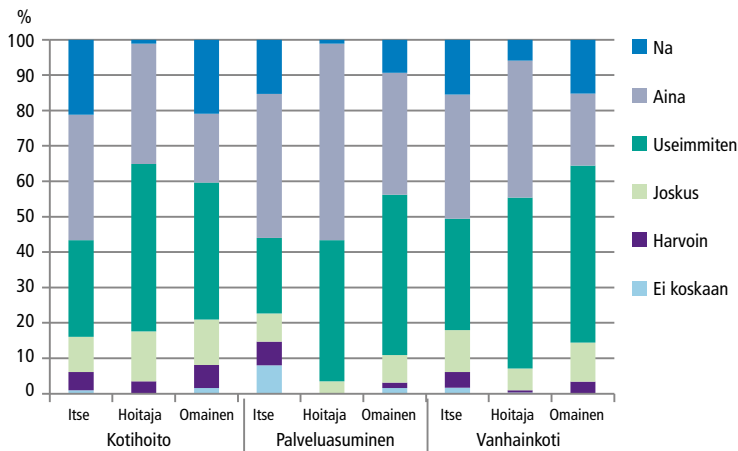
”me syödään, kun on ruoka-ajat”

”riippuu siitä, milloin kotihoito tulee”

”Puute on, ettei illalla ole mahdollista saada enään mitään syötävää. Vain päivällinen klo 11–13 sen jälkeen ei ruokaa!”



Kuvio 3. "Voin syödä silloin kun haluan", vastaajan ja palvelutyyppin mukaan.



Kuvio 4. "Tarvitessani välitöntä apua, saan sitä", vastaajan ja palvelutyyppin mukaan.

Väittämän "tarvitessani välitöntä apua saan sitä" vapaiden kenttien vastaukset heijastavat asiakkaan käsitystä avun saannin epävarmuudesta ja satunnaisuudesta. Kaikissa palvelutyypeissä henkilö itse ja hänen omaisensa arvioivat tilanteen huonommaksi kuin hoitajat (Kuvio 4).

"Päivällä saa avun riittävän nopeasti."

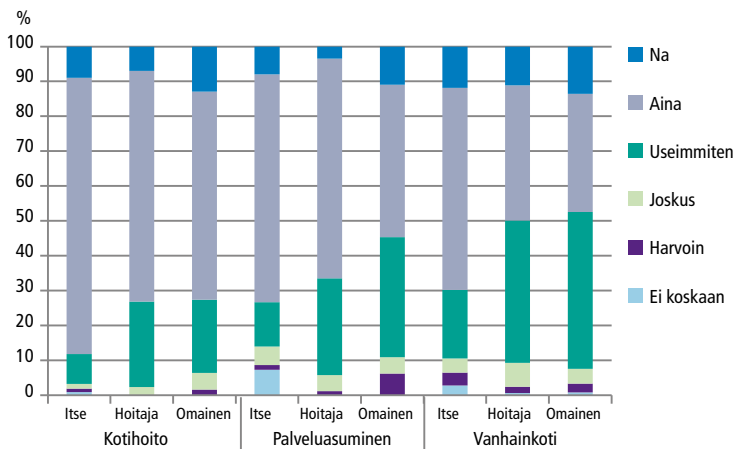
"Pitäis olla esim. kännykkä, millä voisin soittaa ambulanssin jos tarvitsen sitä."

"Riippuu hoitajasta. Jotkut tulevat."

"apua tarvitessa yhteydenotto omaisiin"

"tiedän että saan apua"

"nopeus on joskus kyseenalaista"



Kuvio 5. ”Koen tavaroideni olevan turvassa”, vastaajan ja palvelutyyppin mukaan.

Väittämän ”koen tavaroideni olevan turvassa” vastaukset jakautuivat neljään kategoriaan: 1) osalla vastaneista ei ollut lainkaan tavaroita, 2) omia tavaroita oli ja niitä oli hävinnyt 3) omia tavaroita oli ja asiakas pelkäsi niiden häviävän 4) asiakkaalla oli hoitajan tai omaisen ilmoittamana varastamisharhoja, Kuvion 5 mukaan tavaroiden koettiin olevan hieman paremmin turvassa kotona kuin palvelutalossa tai vanhainkodissa (Kuvio 5).

”minulta on hävinnyt tavaroita”

”tyhjää ei tarvitse vartioida”

”jotkut asukkaat kulkevat muiden huoneissa ja siirtelevät tavaroita”

”Kaikki kauniit paketit viedään. Tytär: aika monta vaatekappaletta hävinnyt mutta toisaalta, talosta löytyy päälle pantavaa. Ei tee enää mieli laittaa lahjaksi esim. puseroita yms”

”harjoja ikkunasta tuijottavista miehistä, yläkerran häiritsevästä asukkaista, vaikka itse ylimmän kerroksen asukkaana metsänäkälällä, tavarat tarkasti paikoillaan.”

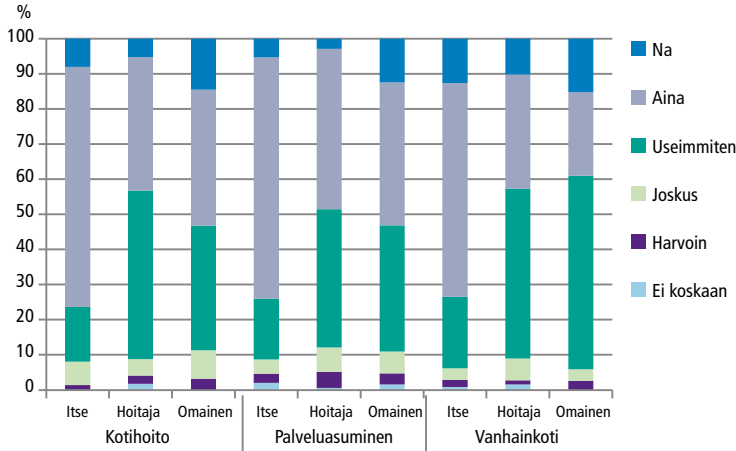
Väittämään ”koen oloni turvalliseksi yksin ollessani” vastattiin pääasiallisesti myönteisesti (kuvio 6), myös vapaissa kentissä, mutta vastakkaisiakin ilmaisuja oli ja osa niistä littyi huonoon toimintakykyyn. Vastaajien ja palvelutyyppien väliset erot olivat erittäin vähäiset

”tunnen olevani turvassa”

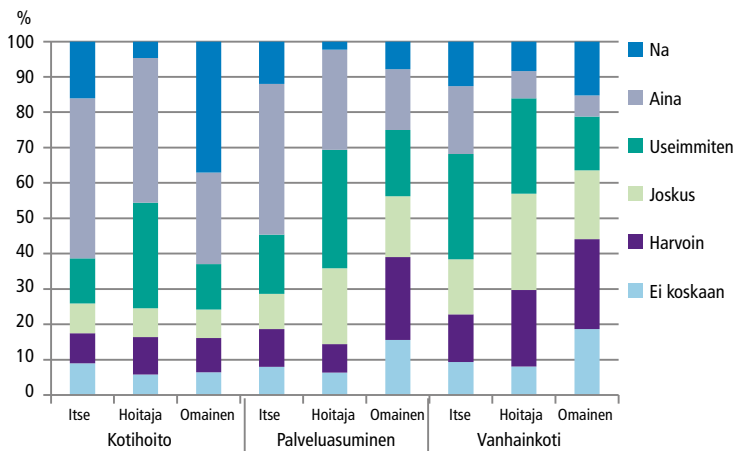
”ei voi olla yksin kovin pitkään, ei pärjää ilman apua”

”pelottaa jos yksin on”

”Olen sellainen ihminen, etten tykkää olla yksin. Pitäisi olla aina joku jonka näen lähistöllä.”



Kuvio 6. "Koen oloni turvalliseksi yksin ollessani", vastaajan ja palvelutyyppin mukaan.



Kuvio 7. "Pääsen halutessani helposti ulos", vastaajan ja palvelutyyppin mukaan.

Säännöllisessä kotihoidossa vastaajat olivat lähes yksimielisiä sen suhteen, että noin kaksi kolmesta pääsi usein tai aina halutessaan ulos. Sen sijaan palvelutaloissa ja vanhainkodeissa ulos pääseminen toteutui selkeästi harvemmin, minkä lisäksi vastaajien näkemykset erosivat huomattavasti toisistaan. Asiakkaat näyttivät olleen itse tyytyväisempiä toiveensa toteutumiseen kuin mitä omaiset tai hoitajat arvelivat heidän olleen.

Väittämän ”pääsen halutessani helposti ulos” on esitetty kuviossa 7. Vapaiden kenttien vastaukset heijastivat osin arjen ja toiveiden välistä ristiriitaa, osin henkilöstön halua ja kykyä toimia asiakkaan toiveiden mukaan.

”Pääsen ulos halutessani, mutta tykkään lötkötellä sisällä (Todellisuudessa osaston ovet lukittu, asukkaita ei voi yksin päästää ulos. Siitä asukas usein vihainen.)”

”Kotihoito käy säännöllisesti; talvella hankalaa lumen takia, kesällä ulos pääsy helpompaa”

”Olin päättänyt, että silloin ja silloin meen lenkille, mutta eihän se käynyt päinsä”

”En halua mennä minnekkään”

”pääsen hoitajan avustuksella, ei muuten”

”Asiakas on kodissaan, ovet on lukossa, ei voi päästää ulos, ettei eksy”

”Asiakas ulkoilee parvekkeella. Ei jaksa/ halua lähteä muualle. Kokee kuntonsa olevan kumminkin hyvä”

”Asukas ei ymmärrä kysymyksiä ja vastaa lähinnä ”joo” tai heti perään ”ei””

”Asukas haluaa ehdottomasti pysyä huoneessaan, jopa suihkussa käynti lähes ylivoimainen suoritus”

”Asukas pääsee aina halutessaan ulkoilemaan ym. mutta iltaisin levottomona saattaa pyrkiä ulos, kotiin, joten en voi vastata että asukas pääsee aina halutessaan ulos”

”Asukkaita ei ulkoiluteta säännöllisesti, ei edes silloin, kun he olivat liikuntakykyisempiä. Vaikka palvelutalossa on sisäpiha, josta ei pääse ulos, ei sitäkään säännönmukaisesti käytetä vaan siitä on tullut huonokuntoisten huonekalujen säilytyspaikka.”

Väittämän ”Voin kylpeä tai käydä suihkussa niin usein kuin haluan” vastaukset osoittivat suurempaa autonomiaa kotihoidossa kuin palveluasumisessa tai vanhainkodissa (Kuvio 8). Omaisten tai läheisten arvio autonomian toteutumisesta oli vähäisempi kuin henkilön oma tai hoitajan arvio.

”Suihkuun ei aina pääse edes viikottain. Ja sekin on liian harvoin. On kuulemme liian vähän henkilökuntaa”

”Olen jo vanha enkä päätä aikani käytöstä”

”Ei suihkussa tarvitse joka päivä käydäkään. Käyn myös saunassa”

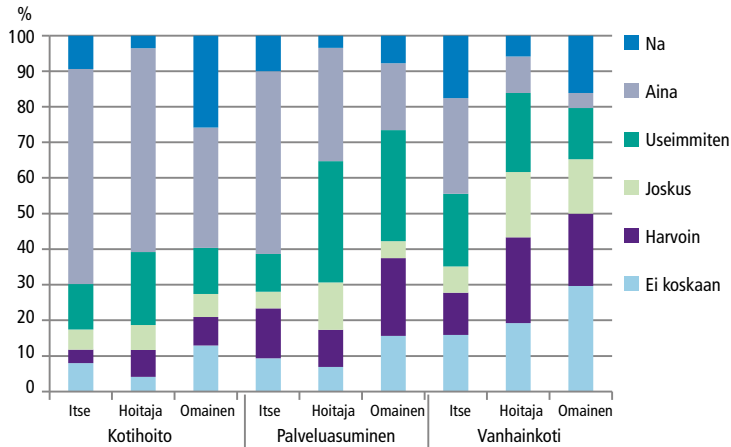
”täällä viedään kerran viikossa, ei haluaisi niin paljon”

”Asiakas suihkutetaan 1xviikossa.”

”Kotihoito käy suunnitellusti viikottain, kerran viikossa suunniteltu suihkuapu, mutta asiakas ei läheskään aina suostu suihkuun, vaikka tarvetta olisi. Väittää käyneensä itsenäisesti. Joskus pienellä painostuksella, ehkä kerran kuussa viedään suihkuun”

”suihkuun meno, pukeutuminen ja vuorokausirytmä määrätty pitkästi asukkaan ehdoilla”

Kaikki vastaajaosapuolet kotihoidossa arvioivat kuvion 9 ja 10 esittämien väittämien (”Päätän itse milloin nousen ylös tai milloin menen vuoteeseen”) toteutuvan aina tai lähes aina 70–95 prosenttia tapauksista. Sen sijaan näiden väittämien toteutuminen



Kuvio 8. "Voin kylpeä tai käydä suihkussa niin usein kun haluan", vastaajan ja palvelutyyppin mukaan.

oli harvinaisempaa palveluasumisessa ja vanhainkodeissa, missä omaisten näkemyksen mukaan asiakkaan oma toive toteutui harvemmin kuin muualla tai muiden arvioimana.

"Hyvä että päätökset tehdään yhdessä. Eli että kysytään myös äidiltä, ennenkuin tehdään päätöksiä"

"Petiin ja ylös hoitajien määräämänä useimmiten"

"pystyn itse valitsemaan"

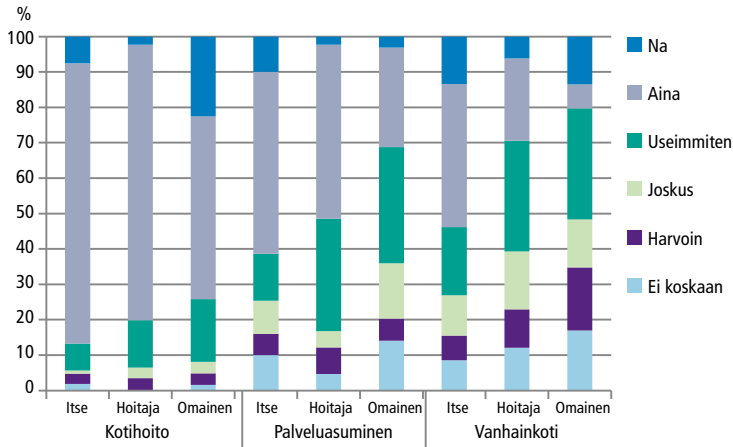
"riippuu kuka on työvuorossa"

"Hyvä, kun joskus viikonloppuna saa nousta myöhemmin"

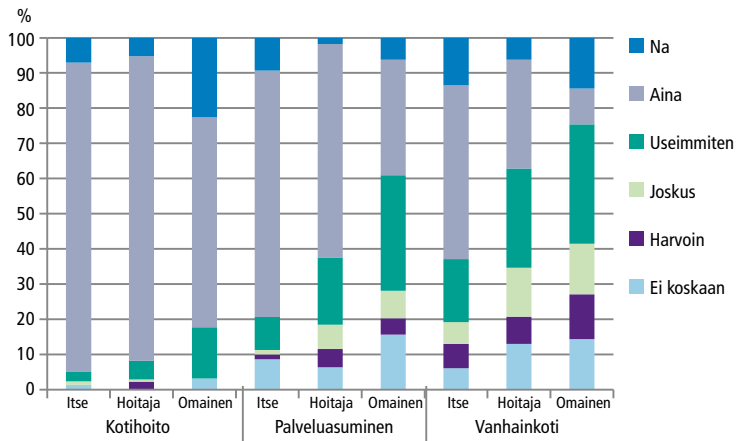
"Jos asukas saisi kokonaan itse päättää koska nousee voisi joskus olla nousematta ollenkaan, siksi nousemisajoissa ohjauksen tarvetta, saa kyllä nukkua pitkään"

"Koska olen vuoteeseen sidottu, en pääse omin avuin ylös ja täten en pysty päättämään tekemisiäni"

Kuviosta 11 ilmenee, että asiakkaalle mieluisien vaatteiden valinta ei ole itsestäänselvyys palvelutalossa tai vanhainkodissa.



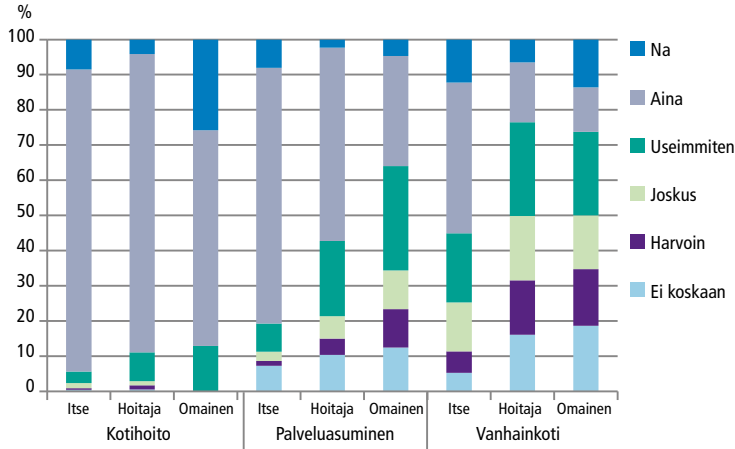
Kuvio 9. ”Päätän itse milloin nousen ylös”, vastaajan ja palvelutyyppin mukaan.



Kuvio 10. ”Päätän itse milloin menen vuoteeseen”, vastaajan ja palvelutyyppin mukaan.

”Aikamoinen shokki oli kun vietiin pikkuhousut pois, eivätkä antaneet takaisin. Vaikka liikun pyörätuolilla haluan hoitaa WC asiat itse. Pakollinen vaippahousujen käyttö nöyryytyksen huippu”

”Ennen hoitokotiin siirtymistä isäni pukeutui suoriin housuihin ja pikkutakkiin. Hän oli tarkka pukeutumisestaan. Hoitokodissa hänen pukeutumisensa muutettiin verkkari/oloasutyypiseksi, jota isäni itse ja minä vastustin. Kauluspaita vaihtui pusakaksi. Yöpukua ei pueta, vaan yöasuna toimivat päivällä käytetyt alusvaatteet. Myös jalkineet on haluttu sellaisiksi, jotka ovat hoitajille mieleen. Joskus alusvaatteisilleen siirretään jo klo 18 jälkeen. Olen käynyt asiasta keskusteluja, mutta menettelyä on perusteltu sillä, että hoito helpottuu.”



Kuvio 11. ”Päätän mitä vaatteita käytän”, vastaajan ja palvelutyyppin mukaan.

”Hyvät on vaatteet, hyvä kun ei itse tarvitse miettiä.”

”päättävät vaatteet”

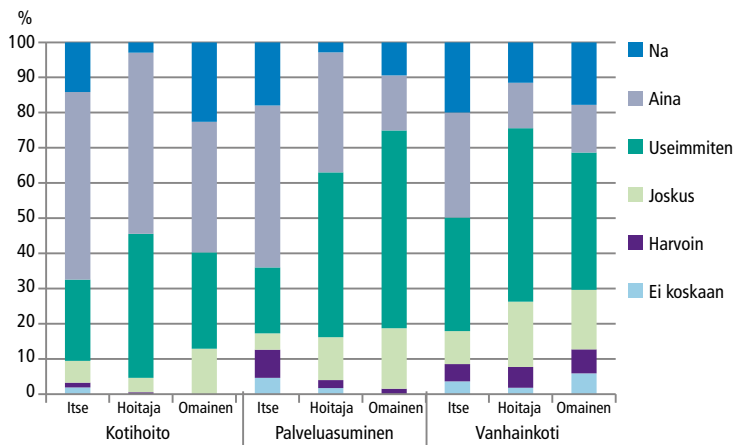
”pystyn itse valitsemaan”

”Puetaan laitosvaatteisiin eli yöasun päälle pyörätuolimekko. alla siis samat vaatteet öin päivin. Omia vaatteita on, muttei niitä käytetä; liian työlästä.”

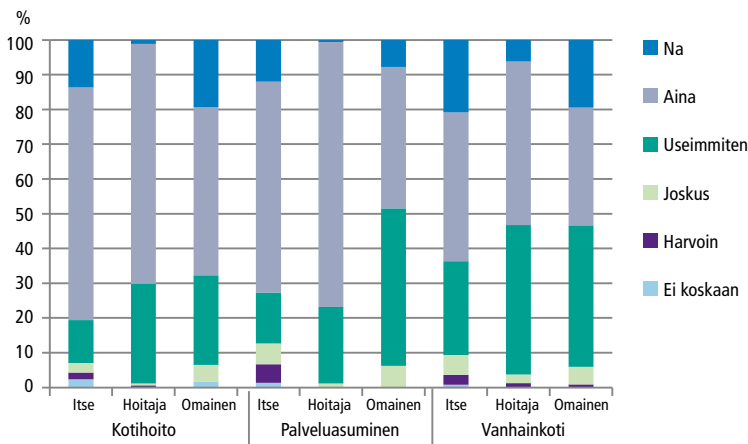
Kuvion 12 väittämä elämisestä haluamallaan tavalla toteutui vastaajien mielestä parhaiten kotihoidon asiakkailla. Toiminnanvaijeisten omista ja osin omaisten vastauksista ilmeni toteamuksenomaisesti toisten ihmisten avun tarve esimerkiksi liikuntakyvyttömyyden vuoksi.

”Hoitajia on rajallinen määrä ja varmasti apu viipyy, jos yksi hoitaja huolehtii monesta muistisairaasta”

”Olen henkilökunnan armoilla”



Kuvio 12. ” Saamani hoiva ja palvelut auttavat minua elämään haluamallani tavalla”, vastaajan ja palvelutyyppiin mukaan.



Kuvio 13. ” Hoidon tai avun saannin yhteydessä yksityisyyttäni kunnioitetaan”, vastaajan ja palvelutyyppiin mukaan.

Kuvion 13 väittäjä yksityisyyden kunnioittamisesta hoidon ja palveluiden yhteydessä toteutui hoitajien mielestä muita vastaajia paremmin kotihoidossa kuin palvelutalossa tai vanhainkodeissa. Vapaiden kenttien vastauksissa toimintaky

”Hoitajat eivät tarvitse kohdella minua kunnioittavasti vaan ystävällisesti”

”Tärkeää, että vessasta ei välillä huudella muille hoitajille vaan pidetään kiinni vanhuksen yksityisyydestä.”

”Koskaan ei ole mitään pahaa sanottu”

”Asukas ei pysty ilmaisemaan mielipiteitään”

”En usko, että henkilökunnan on mahdollista kohdella äitiäni täysin tyydyttävästi johtuen hänen psyykkisestä sairaudestaan ja siihen liittyvästä voimakaasta aggressiosta”

”Henkilökunnassa on uskomattoman upeita hoitajia, kaikki eivät tietysti ole niin täysin sydämellä mukana, mutta pääosin olen tosi tyytyväinen hoitoon suhteutettuna resursseihin! Hoitajia voisi olla enemmän tällaisella osastolla, jolla asukkaat apua kaipaavat”

”Henkilökunta on täällä osaavaa.”

”Olen talon asukas, yksityisyyttä pitää kunnioittaa, eikä tulla omilla avaimilla sisään.”

”Riippuu hoitajasta, kuka isääni huomioi ja kuka ei. Jos vuorossa ovat ne, joiden suosiossa isä ei ole, saattaa hän olla alusvaatteisillaan yksin huoneessa, kun muut ovat yhdessä. Muistisairaahan hoito on vaikeaa ja vaatii erityistaitoja hoitajiltakin, jota aina ei ole, koska henkilökunta kyllästyy raskaaseen työhön ja vaihtuu”

”mitä tässä enää”

”Voi hyvät ihmiset näitä kysymyksiä!”

Kokonaistarkastelun helpottamiseksi vastaukset yhdistettiin summamuuttujaksi, missä kunkin 11 kysymyksen kohdalla vastaus ”ei koskaan” sai arvon 0, ”harvoin” arvon 1, ”joskus”, arvon 2, usein arvon 3 ja aina sai arvon 4. Summamuuttujan enimmäispistemääräksi muodostui 44 ja vähimmäispistemääräksi 0. Puuttuvien vastausten poistamisen jälkeen arviointeja oli yhteensä 1102.

Kaikki vastaukset huomioon ottaen henkilöt itse arvottivat itsemääräämisoikeutensa toteutumisen vastaajista parhaaksi (35,4/44 pistettä) ja hoitajat toiseksi parhaaksi (33,9 pistettä) omaisten arvio oli kriittisin (29,2/44 pistettä) ja keskiarvo oli 33,8 pistettä. Palvelutyypeittäin tarkasteltuna vastaajaryhmät arvottivat itsemääräämisoikeuden toteutuvan parhaiten kotihoidossa (38,3/44 pistettä) ja toiseksi parhaiten palvelutaloissa (34,5/44 pistettä) vanhainkotien jäädessä jonkin verran jälkeen (30,4/44 pistettä).

Univariaattianalyysi osoitti, että neljäosalla omaisista pistemäärä jäi 24 pisteseen tai alle, mikä merkitsisi asiakkaan itsemääräämisoikeuden toteutumista tutkituilla alueilla keskimäärin ”harvoin”-”joskus”. Asiakkaiden itsensä arvioimana neljäosalla vastaajista pistemäärä ylsi 31 tai alle, mikä puolestaan sijoittuisi alueelle ”joskus”.

Yhteenveto ja päätelmät

Tämä pilottitutkimus antaa kuvailevan käsityksen asiakkaan itsemääräämisoikeudesta yhdentoista arjen tilanteen osalta.

Tuloksia tulkittaessa kannattaa muistaa, että tietojen tarkistaminen edes paikkakunnan osalta ei ollut jälkepäin mahdollista, koska tieto kerättiin täysin nimettömänä. Lisäksi laitoshoidon asiakkaista neljän viidestä sairastaessa vähintään keskivaikeaa dementiaa, asiakkaiden omat ilmaisut keskittyvät pienen hyväkuntoisen vähemmistön näkemyksiin.

Vanhuspalvelujen asiakkaiden toiminnanvajaus sekä vuorovaikutuksen ja kommunikoinnin vaikeudet liittyvät läheisesti itsemääräämisoikeuden toteutumiseen. Kognition vajaus ja epävakaa terveydentila olivat vanhuspalvelun tyyppistä riippumatta yhteydessä itsemääräämisoikeuden toteutumiseen. Hoitoon osallistuvat henkilöt joutuvat havainnoimaan ja osin arvaamaan asiakkaiden toiveita silloin kun näiden sanat ovat kateissa esimerkiksi muistisairauden tai aivohalvauksen seurauksena.

Tuloksissa suuntaa antavana on kotihoidon ylivertaisuus itsemääräämisoikeuden kannalta. On kuitenkin muistettava, että säännöllisen kotihoidon asiakkaiden palvelun tarve on kaikista vanhuspalvelujen tyypeistä vähäisin ja muistisairauksien vaikeusaste pienin. Toinen suuntaa antava löydös oli suurempi tyytyväisyys asiakkaan omissa kuin sijaisvastaajien vastauksissa. Kolmas suuntaa antava löydös oli sellainen asiakkaiden kokemaa vaihtelua koetun hoidon laadussa, jonka he kokivat riippuvan siitä kuka työntekijä sattui olevan työvuorossa. Kaikki tulokset edellyttävät tarkempaa tutkimusta ja analyysiä.

Merkittävänä sudenkuoppana kaikenkaltaisten asiakaspalautteiden tulkinnessa on asiakkaiden huonokuntoisuus ja vaikean dementian suuri osuus vanhuspalveluiden asiakaskunnassa ja sen ratkaiseminen kenellä, keillä (vai eikä kenelläkään) on oikeus vastata asiakkaan puolesta silloin kun hän itse ei ymmärrä kysymyksiä tai ei jaksaa vastata.

Kuntien ja muiden toimintayksikköjen palvelujen tuottajat olivat panostaneet asiakaspalautteiden keräämiseen toistaiseksi varsin vaatimattomasti, mikä ainakin osittain voisi selittyä juuri asiakkaiden huonokuntoisuudella.

”Emmää ossaa tommosiin puhhuu mittää. Sää teet kiusaa taas ja tuut tommosiin kyselemään, hölmö! Mä en tommosiin hölmöyksiin vastaa!”

4 Valvonnan haasteet vuonna 2013

4.1 Vanhuspalvelulain valvonnan haasteet

Riitta Aejmelaeus, Hanna Ahonen & Elina Uusitalo

Kunnan valvontavastuu

Vanhuspalvelulaki (980/2012, Liite 1) määrittää sekä vanhuspalvelujen järjestämiseen että niiden tuottamiseen liittyviä tehtäviä ja velvoitteita, joita toteutetaan sekä kunta- (kuntayhtymä, yhteistoiminta-alue) että toimintayksikkö tasolla. Kunnalla on vastuu palvelujen järjestämisestä. Se vastaa siitä, että palveluja on saatavilla asukkaiden tarpeiden edellyttämällä tavalla ja että ikääntynyt väestö saa itse olla mukana palvelukonaisuutta suunniteltaessa ja sen toimintaa arvioitaessa. Järjestämisvastuu merkitsee vastuun kantamista ihmisten perusoikeuksien toteutumisesta, yhdenvertaisuudesta ja toimivasta palvelujärjestelmästä.

Kunta voi tuottaa asukkaidensa tarvitsemat palvelut itse taikka hankkia niitä muilta tuottajilta. Yksityisiä palveluntuottajia säätelee laki yksityisistä sosiaalipalveluista (922/2011). Sekä kunnallisella että yksityisellä palveluntuottajalla on aina ensisijainen vastuu tuottamansa palvelun laadusta. Vanhuspalvelulakiin (23 §) kirjoitettu toimintayksikön omavalvontavelvoite korostaa tämän vastuun ensisijaisuutta. Kun kunta ostaa palveluja yksityiseltä tai muulta ulkopuoliselta palveluntuottajalta, sen on varmistettava, että palvelut vastaavat kunnan itse tuottamien palvelujen tasoa (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionavustuksesta 733/1992). Ostopalvelusopimuksen tehtyään kunnan on luonnollisesti valvottava, että palveluntuottaja täyttää jatkuvasti sopimuksessa asetetut ehdot. Tätä laajempi valvontavelvollisuus kunnalle on asetettu laissa yksityisistä sosiaalipalveluista (922/2011). Kunta on aluehallintoviraston sekä Sosiaali- ja terveystieteiden lupa- ja valvontaviraston (Valvira) ohella yksi kunnan alueella tuotettavia yksityisiä palveluja valvova viranomaisena. Tämä velvoite ei ole riippuvainen siitä, ostaako kunta näitä palveluja vai ei.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) ja Valviran kunnille vuonna 2013 tekemä kysely (Liite 3) osoitti, että kuntien valvontatoiminta ei ole aukotonta. Manner-Suomen kunnista vain 54 prosenttia ilmoitti, että ikäihmisille tarkoitettuja ostopalveluja valvotaan aina. Vielä pienempi määrä eli 27 prosenttia ilmoitti valvovansa aina muita kunnan alueella tuotettuja yksityisiä palveluja. Omaankin palvelutoimintaan kohdisti jatkuvaa ja säännöllistä valvontaa vain 56 prosenttia kunnista.

Aluehallintovirastot ja Valvira

Aluehallintovirastolle (AVI) kuuluu sosiaalihuollon suunnittelu, ohjaus ja valvonta toimialueellaan. Valvira ohjaa sosiaali- ja terveystieteiden alaisena aluehallintovirastojen toimintaa niiden toimintaperiaatteiden, menettelytapojen ja ratkaisukäytäntöjen yhdenmukaistamiseksi sosiaalihuollon ohjauksessa ja valvonnassa. Lisäksi Valvira ohjaa ja valvoo sosiaalihuoltoa muun muassa erityisesti silloin, kun kysymyksessä ovat periaatteellisesti tärkeitä tai laajakantoisia asioita, usean aluehallintoviraston toimialuetta tai koko maata koskevat asiat tai asiat, joita aluehallintovirasto on esteellisen käsittelemään (Sosiaalihuoltolaki 3 §).

Periaatteellisesti tärkeitä tai laajakantoisia kysymyksiä voivat olla muun muassa tilanteet, joissa uusi laki on tulkinnanvarainen eikä sen soveltamisesta ole vielä muodostunut vakiintunutta oikeuskäytäntöä. Vanhuspalvelulaki on juuri tällainen laki, joten on odotettavissa, että sen toimeenpano tuo erilaisia tulkinnanvaraisia asioita Valviran ratkaistaviksi.

Rajanveto sen suhteen, milloin toimivalta yksittäiseen valvonta- tai ohjaustoimenpiteeseen on Valviralla ja milloin aluehallintovirastolla, ei ole yksiselitteinen. Käytännössä tilanteet joudutaan usein harkitsemaan tapauskohtaisesti.

Valviran ja aluehallintovirastojen toimivaltaan kuuluva valvonta on laaja käsite, joka kattaa erilaisia ohjauksen, neuvonnan, seurannan ja valvonnan keinoin sekä etu- että jälkikäteen tapahtuvaa toimintaa. Valvonnan tarkoituksena on varmistaa kunnan järjestämisvelvollisuuden toteutuminen, sekä kunnallisten että yksityisten palvelujen lainmukaisuus ja asiakkaan (potilaan) oikeuksien toteutuminen. Etukäteisvalvonnan piiriin lukeutuvat kaikki ne toimet, joilla pyritään estämään lainvastainen ja epäasianmukainen toiminta. Yksityisen palvelujen tuottajan on saatava lupa palvelujen tuottamiseen ennen toiminnan aloittamista. Aluehallintovirastot ja Valvira lupaviranomaisina varmistavat asianmukaisen toiminnan edellytykset tällöin jo ennen toiminnan käynnistymistä. Julkisille palveluille ei vastaavaa menettelyä ole. AVI:en ja Valviran muu valvontatyö painottuu resurssitilanteesta johtuen vielä vahvasti jälkikäteeseen valvontaan, käytännössä kantelujen käsittelyyn. Tavoitteena on kuitenkin siirtää painopiste ohjaukseen ja muuhun ennakkolliseen valvontaan sekä kohdentaa valvontaa niihin täsmennettyihin kohteisiin, joissa riskit ovat suurimmat. Näin valvonnan vaikuttavuus paranisi.

AVI:en ja Valviran valvonta on siis ensisijaisesti laillisuusvalvontaa. Valvonnalla varmistetaan lakisääteisten oikeuksien ja velotteiden toteutuminen. Lainsäädäntö määrittelee kuitenkin yleisesti vain perusedellytykset ja minimitason. Hyvä palveluntuottaja pyrkii kuitenkin jatkuvaan kehittämiseen ja laadun parantamiseen aina asiakkaiden tarpeissa ja toimintaympäristössä tapahtuvien muutosten edellyttämällä tavalla.

Valvonnan tulisi ihannetapauksessa toimia ennakoivasti niin, että puutteet ja haittatilanteet voitaisiin ehkäistä jo ennakolta. Toisaalta sen tulee varmistaa, että virheiden sattuessa niihin puututaan mahdollisimman nopeasti sekä korjataan tilanne niin, että ehkäistään saman virheen toistuminen. Kaikkia virhemahdollisuuksia (riskejä) ei

voida poistaa, mutta niiden aiheuttamaa uhkaa on arvioitava suhteessa niiden todennäköisyyteen ja vakavuuteen ja asetettava hyväksyttävän riskin rajat. Viranomaisvalvonta ei koskaan voi täyttää kaikkia näitä vaatimuksia. Siksi palveluntuottajan omavalvonnan ja asiakkaiden omien vaikutusmahdollisuuksien varmistaminen nousevat yhä tärkeämmälle sijalle. Omavalvonta on myös ainoa valvonnan muoto, jolla voidaan välittömästi varmistaa asiakkaan hyvä kohtelu ja itsemääräämisoikeuden tosiasiallinen toteutuminen palvelutoiminnan arjessa. Hyvin toimiva omavalvontaprosessi edellyttää toimintayksikössä jatkuvaa vuorovaikutusta asiakkaiden ja henkilökunnan kanssa. Valvira antaa vielä kevään 2014 aikana vanhuspalvelulain antamaan valtuutukseen perustuen määräyksen omavalvonnasta.

Jälkikäteisen valvonnan yleisin muoto on asiakkaiden tekemät kantelut. Ne käsitellään pääsääntöisesti aluehallintovirastoissa. Valvira ja aluehallintovirastot voivat käynnistää valvonnan myös oma-aloitteisesti ilman, että asia on tullut vireille kantelun tai muun epäkohtailmoituksen johdosta. Perustellusta syystä valvontaviranomaiset voivat tarkastaa palveluntuottajan toiminnan ja tilat. Tällainen tarkastus voidaan tehdä ennalta ilmoittamatta. Tarkastaja on päästettävä kaikkiin palvelutoiminnan tiloihin ja hänellä on oikeus saada käyttöönsä tarkastukselle välttämättömät asiakirjat salassapitosäädösten estämättä.

Hallinnollinen ohjaus ja seuraamukset

Jos sosiaali- tai terveydenhuollon ohjauksen ja valvonnan yhteydessä todetaan, että kunta tai kuntayhtymä on ao. lain mukaista toimintaa järjestäessään tai toteuttaessaan menettelyt virheellisesti tai jättänyt velvollisuutensa täyttämättä, Valvira ja AVI voivat antaa kunnalle tai kuntayhtymälle taikka virheellisestä toiminnasta vastuussa olevalle virkamiehelle huomautuksen vastaisen toiminnan varalle. Yksityisen sosiaali- tai terveydenhuollon kyseessä ollen huomion kiinnittäminen /huomautus annetaan palvelujen tuottajalle, terveydenhuollon ammattihenkilölle, yksityisten sosiaalipalvelujen vastuuhenkilölle tai terveydenhuollon toimintayksikön vastaavalle johtajalle.

Valvira ja AVI voivat, jos asia ei anna aiheutta huomautukseen tai muihin toimenpiteisiin, kiinnittää valvottavan huomiota toiminnan asianmukaiseen järjestämiseen ja hyvän hallintotavan noudattamiseen.

Jos sosiaali- tai terveydenhuollon järjestämisessä tai toteuttamisessa havaitaan asiakas-/potilasturvallisuutta vaarantavia puutteita tai muita epäkohtia taikka toiminta on muutoin lain vastaista, Valvira tai AVI voi antaa määräyksen puutteiden korjauksesta tai epäkohtien poistamisesta. Määräystä annettaessa on asetettava määräaika, jonka kuluessa tarpeelliset toimenpiteet on suoritettava. Jos asiakas-/potilasturvallisuus sitä edellyttää, toiminta voidaan määrätä välittömästi keskeytettäväksi taikka toimintayksikön, sen osan tai laitteen käyttö kieltää välittömästi. Valvira tai AVI voi velvoittaa kunnan tai kuntayhtymän tai yksityisen palvelun tuottajan noudattamaan edellä tarkoitettua määräystä sakon uhalla tai uhalla, että toiminta keskeytetään, taikka

että toimintayksikön, sen osan tai laitteen käyttö kielletään. Yksityisen palveluntuottajan lupa tai terveydenhuollon ammattihenkilön ammatinharjoittamislupa voidaan myös peruuttaa kokonaan tai osittain, jos toiminnassa on olennaisesti rikottu lakia tai sen nojalla annettuja säännöksiä tai määräyksiä, eivätkä lupaviranomaisen aikaisemmat huomautukset ja määräykset ole johtaneet toiminnassa esiintyneiden puutteiden korjaamiseen tai epäkohtien poistamiseen.

Valvonnan tietopohja

Jotta valvonta voi olla vaikuttavaa ja suuntautua lopputuloksen kannalta oleellisiin asioihin, valvovalla viranomaisella on oltava jatkuvasti käytössään ajantasainen tieto tilanteesta. Vanhuspalvelulain toteutumisen valvonta lainsäätäjän edellyttämällä tavalla edellyttää, että maahan kehitetään tällaista tietoa säännöllisesti tuottava tietojärjestelmä. Keväällä 2013 toteutettu THL:n ja Valviran yhteinen kysely on ensiaskel tällaisen tietojärjestelmän luomiseksi. Tavoitteena on rakentaa pysyvä tiedonkeruujärjestelmä, jonka antaman tilannekuvan avulla osataan tunnistaa pulmat ja saadaan näkyviin mahdolliset riskikohteet. Suurena haasteena vielä on kehittää sellaiset toimintaa kuvaavat indikaattorit, jotka kuvaisivat palvelun ja palveluprosessin laatua asiakaslähteisesti siis sitä, miten palvelu vastaa asiakkaan tarpeisiin sen sijaan, että seurattaisiin ainoastaan palvelussa käytettäviä panoksia, kuten henkilöstön määrää.

Kaikkea oleellista tietoa ei kuitenkaan, senkään jälkeen kun prosessin laatua ja lopputulosta kuvaavat indikaattorit on kehitetty, tavoiteta kyselyllä. Jotkut esim. asiakkaan kohteluun ja arkipäivän tosiasialliseen toimintaan kohdistuvat seikat saadaan selville vain paikan päällä tehtävillä tarkastuksilla, asiakkaita, heidän omaisiaan ja henkilökuntaa haastatteleamalla sekä yksittäisiin asiakirjoihin tutustumalla. Tarkoituksena onkin, että lain toteutumista tullaan valvomaan myös toimintayksiköihin tehtävin pistokokein.

AVI:t ja Valvira ratkaisivat vuonna 2013 yhteensä 1207 valvonta-asiaa. Näistä 216 kpl (18 %) koski vanhustenhuoltoa. Määrä on vuodesta 2010, jolloin maan kattava tilastointi aloitettiin, hienokseltaan laskenut. Myös kantelujen kautta saadaan tietoa siitä, millaisia pulmia asiakkaat kentällä kohtaavat. Vanhustenhuollon kanteluissa kyse on usein vanhusten asumispalvelujen järjestämisen oikea-aikaisuuteen, palvelujen laatuun tai asiakkaiden kohteluun liittyvistä epäkohdista. Virheet lääkehoidon toteuttamisessa tai puutteet asiakasturvallisuudessa sekä epäilyt henkilökunnan riittävydestä ja pätevyydestä ovat niin ikään toistuvia teemoja vanhusten asumispalveluja tai laitoshoidon koskeissa kanteluissa. On kuitenkin enemmän tai vähemmän sattumanvaraista, milloin asiakas lähtee kantelua tekemään, joten niiden perusteella ei voida tehdä yleistä johtopäätöksiä.

Myös media nostaa aika ajoin esiin vanhustenhuollon laatuun ja saatavuuteen liittyviä puutteita esim. tosin myös hyviä asioita. Julkisessa keskustelussa yksittäiset ongelmatilanteet yleistetään helposti koko vanhustenhuoltoa koskeviksi, vaikka näin

ei olisikaan. Asiakkaiden oikeuksien valvonnan kannalta kuitenkin yksikin hyväksyttävän tason alittava tapaus on liikaa. Asioiden käsittely julkisuudessa tuo parhaassa tapauksessa lisää valvovia silmiä palveluihin ja rohkaisee asiakkaita ja heidän läheisiään myös itse tuomaan esiin kokemiaan ongelmia heti niitä kohdatessaan ja suoraan paikallaan päällä.

Vanhuspalvelulain valvonta

Vanhuspalvelulaki sisältää säädökset siitä, miten turvataan ikääntyneelle väestölle tarpeen mukaiset palvelut ja mahdollistetaan ikääntyneiden osallisuus. Palveluja järjestettäessä ja tuottaessa on otettava vanhuspalvelulain lisäksi huomioon se, mitä näistä palveluista on säädetty muualla, kuten sosiaalihuoltolaissa (710/1982), laissa sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812/2000) sekä yksityisistä sosiaalipalveluista annetussa laissa (922/2011).

Vanhuspalvelulaki on – kuten pääsääntöisesti muukin sosiaalihuollon lainsäädäntö – viranomaisvalvonnan kannalta haasteellinen. Laki sisältää muutamia yksiselitteisiä velvoitteita, joiden osalta toiminnan lainmukaisuuden valvonta on teknisesti yksinkertaista: esim. kunnan on laadittava suunnitelma ikääntyneen väestön tukemiseksi (5 §) ja asetettava vanhusneuvosto (11 §). Toinen asia sitten on, ovatko nämä sellaisia erityisiä riskikohteita, joiden valvontaan panostamalla saadaan asiakkaiden ja muun ikääntyneen väestön kannalta suurin hyöty. Suuri osa lain velvoitteista on kuitenkin ilmaistu vähemmän yksiselitteisin määrein viipymättä, ilman aiheetonta viivytystä, henkilöstö, jonka määrä, koulutus ja tehtävä rakenne vastaavat toimintayksikön palveluja saavien iäkkäiden henkilöiden määrää ja heidän toimintakykynsä edellyttämää palvelun tarvetta ja joka turvaa heille laadukkaat palvelut jne. Tällaisten säännösten valvonta on haasteellista, sillä niille tulisi löytää tulkinnat, jotka varmistavat valvottavien ja palvelun käyttäjien yhdenvertaisuuden, mutta ottavat samalla huomioon tilannekohtaiset erityispiirteet.

Vanhuspalvelulakiin liittyvän, toukokuussa 2013 THL:n ja Valviran yhteistyönä toteutetun, kuntien, kuntayhtymien ja yhteistoiminta-alueiden (myöhemmin kunta) vastaaville viranhaltijoille lähetetyn kyselyn (Liite 3) perusteella arvioitiin kuntien keskeisiä haasteita. Niitä ovat muun muassa:

- Asiakkaiden, omaisten ja henkilöstön näkemysten seuranta
- Asiakkaan oikeusturvaan liittyvät asiat
- Asiakkaiden osallisuuden vahvistaminen
- Jatkuva kustannusten, henkilöstön ja asiantuntemuksen seuranta
- Mittaus- ja arviointimenetelmien sekä tietojärjestelmien luominen ja kehittäminen
- Kerätyn tiedon vertailukelpoisuuden ja hyödynnettävyyden varmistaminen

Lain toimeenpanon valvonnan on tarkoitus kohdentua monipuolisesti lain eri sisältöalueisiin ja iäkkäille tarkoitettuihin palveluihin. Valvonnan tavoitteena on riskinarviointiin perustuva, yhdenmukainen, ennakkollinen ja vaikuttava vanhuspalvelujen ja vanhuspalvelulain toteutumisen ja noudattamisen valvonta. Valvonnan pohjaksi on tarkoitus kehittää jatkuvan tiedonsaannin varmistava järjestelmä yhdessä THL:n kanssa. Riskinarvioinnissa on pyritty löytämään ne kunnat, yksityiset palveluntuottajat, palveluprossin ja hoitoketjun osat sekä toimintayksiköt, joissa on ikääntyneen henkilön oikeusaseman, asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä osallisuuden ja itsemäärämis-oikeuden kannalta suurimmat uhat. Valvonta kohdennetaan näihin suunnitelmallisesti valvontaohjelmassa määritellyllä tavalla.

Jatkuva vuorovaikutus kuntien ja palveluntuottajien kanssa on tässä tärkeä ohjauksellisen valvonnan muoto. Tavoitteena on löytää yhdessä hyviä ratkaisuja asiakkaiden tarpeita vastaavien palvelujen kehittämiseen. Verkkosivujen kautta annettavan informaatio-ohjauksen merkitys tulee entisestään kasvamaan. Lisäksi suunnitelmallisesti tullaan kohdentamaan valvontaa

Suunnitelmallisuuden ja osallisuuden valvonta sekä päätöksenteko

Suunnitelma ikääntyneen väestön hyvinvoinnin tukemiseksi on yksi kunnalle laissa (5 §) määritelty velvollisuus. Kuntakyselyn mukaan suunnitelma ikääntyneen väestön tukemiseksi oli ennen vanhuspalvelulain voimaantuloa olemassa puolella kunnista, sen sijaan toimeenpanossa ja resurssien kohdentamisessa oli vielä kehitettävää. Vanhusneuvosto on olemassa lähes kaikissa kunnissa. Sen sijaan vanhusneuvoston toiminnan sisältö ja toimintatavat, joilla varmistetaan vanhusneuvoston osallistuminen palvelujen suunnitteluun ja laadun arviointiin ovat vielä vakiintumattomia.

Yksilötasolla suunnitelmallisuus ja asiakkaan osallisuus varmistetaan palvelutarpeen arvioinnilla, palvelusuunnitelmalla ja palvelupäätöksellä. Suunnitelmaan kirjataan, millainen palvelukokonaisuus vastaa arvioituun palvelutarpeeseen. Palvelusuunnitelma laaditaan yhdessä asiakkaan tai hänen edustajansa kanssa, ja asiakkaan näkemys eri palveluvaihtoehdoista on kirjattava suunnitelmaan. Kyselyn perusteella näyttäisi siltä, että asiakkaiden palvelusuunnitelmia laadittaessa ei asiakasta aina ole välttämättä kuultu tarvittavalla tavalla.

Sosiaalihuollon palveluista on aina tehtävä asiakkaalle hallintopäätös. Jos asiakas on päätökseen tyytymätön, hänellä on oikeus hakea siihen muutosta. Säännös hallintopäätöksen tekemisestä oli olemassa jo ennen vanhuspalvelulain voimaan tuloa. Vanhuspalvelulaki vielä korostaa päätöksenteon merkitystä. Lain mukaan palvelu tulee toteuttaa viimeistään kolmen kuukauden kuluttua päätöksen tekemisestä. Mikäli tämä ei ole mahdollista, asiakkaalle on tehtävä kielteinen päätös. Mikäli asiakkaalla on kuitenkin todettu palvelun tarve, on kunnan huolehdittava siitä, että hänen tarpeisiinsa vastataan jollain korvaavalla palvelulla siihen asti kunnes tarvittava palvelu voidaan järjestää. Lain tavoitteena on, ettei kielteisiä päätöksiä tarvitse tehdä. Siksi kunnille on

asetettu velvoite kartoittaa palvelujen tarve alueellaan, tehdä suunnitelma tarvittavien ja riittävien palvelujen järjestämiseksi sekä varattava niihin riittävät voimavarat.

Kuntakyselyn tulokset osoittivat, että päätöksenteossa sosiaalipalvelujen myöntämisessä on paljon puutteita ja lainvastaisia käytäntöjä. Osa kunnista teki pelkän asiakasmaksupäätöksen, osa ei tehnyt päätöstä lainkaan, jotkut tekivät päätöksen ainoastaan silloin, kun se oli myönteinen, mutta jos palvelua ei voitu heti antaa, jättivät asiakkaan ilman päätöstä jonoon odottamaan palvelua. Tavassa tehdä hallintopäätöksiä ei löytynyt eroa niiden kuntien välillä, joilla oli jo käytössä suunnitelma ikääntyneen väestön tukemiseksi ja niiden, joilla suunnitelmaa ei vielä ollut.

Palvelujen rakenne

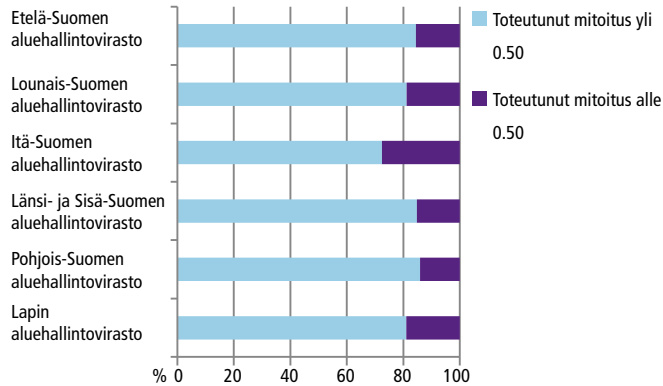
Kotihoito

Sekä vanhuspalvelulaki että palvelujen järjestämisestä annetut suositukset painottavat kotihoidon ensisijaisuutta. Kuntia kannustetaan purkamaan laitosaltaista palvelurakennetta nopeassa tahdissa, minkä vuoksi kotihoidon palvelujen saatavuuteen ja laadun turvaamiseen on kiinnitettävä erityistä huomiota. Palvelujen rakenteen osalta kotihoidon viikonloppu- ja yöpalvelujen järjestämisessä on vielä merkittäviä puutteita. Hoitoa ja palveluja ei tarjota yöaikaan 39 prosentissa julkisia yksiköitä arkena eikä viikonloppuina. Vastaava lukema yksityisellä sektorilla on 60 prosenttia. Omaishoitajan sairastuessa kotiin annettavaa apua sai 75–91 prosenttia eri alueiden iäkkäistä. Myös kotihoidon henkilöstön soveltuvuuden ja luotettavuuden arviointia on kehitettävä. Kyselyn tulosten mukaan 71 prosenttia julkisen sektorin kotipalveluyksiköistä ja 48 prosenttia kotihoidon yksiköistä ei varmistanut henkilöstön luotettavuutta.

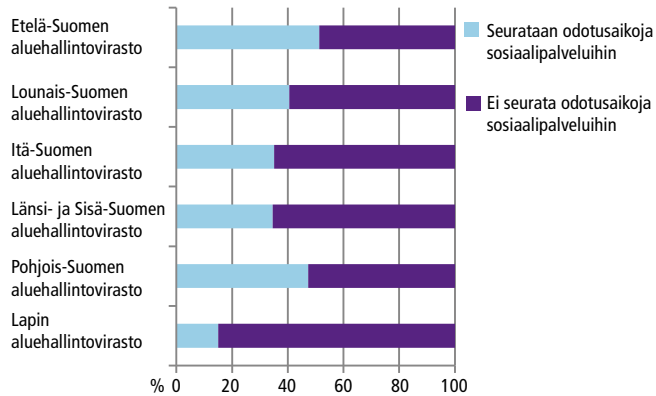
Henkilöstömitoitus

Vanhuspalvelulakiin ei sisällytetty määräyksiä vähimmäismitoituksesta, mutta vuonna 2013 julkaistussa, ikääntyneiden palvelujen parantamiseksi annetussa laatusuosituksessa suositellaan tehostetun palveluasumisen ja vanhainkotien henkilöstön vähimmäismääräksi 0.50 hoitotyöntekijää asiakasta kohti (STM ja Kuntaliitto 2013).

Valvontaviranomaisten näkemys on, että hyväksyttävän laadun takaaminen edellyttää asiakasrakenteen arviointia ja usein vähimmäissuosituksen ylittävää, tosiasiallisesti toteutunutta henkilöstömitoitusta (Kuvio 1). Selvityksen mukaan erityisesti yksiköissä, joissa suunniteltu mitoitus oli 0.50–0.60 työntekijää asukasta kohti, pienikin muutos henkilökunnan tilanteessa aiheutti tosiasiallisen mitoituksen putoamisen alle vähimmäissuosituksen (Noro ym., luku 3.4).



Kuvio 1. Ympäri vuorokautisen hoidon henkilöstömitoituksen (0,5 hoitohenkilöä/asiakas) toteutuminen eri aluehallintovirastojen alueella. Vaaleansiniset pylväät kuvaavat niiden yksiköiden osuutta, joissa toteutunut henkilöstömitoitus on ylittänyt arvon 0,50 mittausaikana.

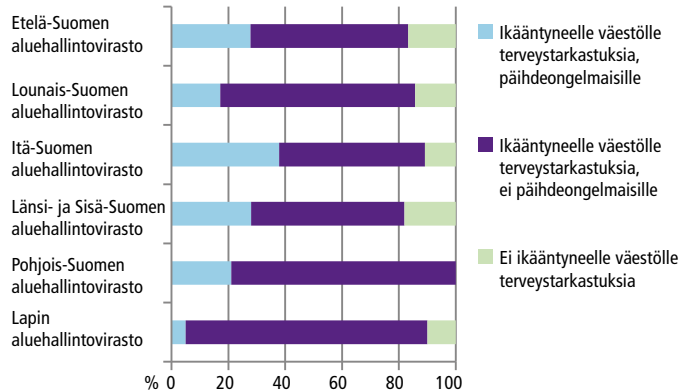


Kuvio 2. Eri aluehallintovirastojen alueiden valmius seurata palveluihin pääsyn odotusaikoja. Tumman sinisellä on merkitty niiden kuntien osuus, joissa kuntakyselyn mukaan ei ollut seurantavalmiutta toukokuussa 2013.

Odotusajat

Vanhuspalvelulaki sisältää myös määräaikoja sen suhteen, miten palveluja on saatava. Muut kuin kiireelliset sosiaalipalvelut on saatava ilman aiheetonta viivytystä ja viimeistään kolmen kuukauden kuluttua päätöksen teosta (18 §).

Kuntien velvollisuus seurata palvelujen odotusaikoja koskee alkuun lähinnä ympärivuorokautisia palveluja ja kotihoitoa (26 §). Ainakin puolivuositain on julkaistava tiedot siitä, missä ajassa iäkäs henkilö voi saada hakemansa sosiaalipalvelut. Tiedot on julkaistava sellaisia menetelmiä käyttäen, että iäkkäällä on tosiasiallinen mahdollisuus saada tiedot. Pelkästään verkossa julkaistavat tiedot eivät näin ollen riitä, eikä kai-



Kuvio 3. Palvelujen tarjonta päihdeongelmaisille eri aluehallintovirastojen alueella kuntakyselyn mukaan. Vaaleansinisellä on merkitty päihdepalvelujen saanti alueittain. Vihreä kuvaa niiden alueiden osuutta, jotka eivät tarjonneet lainkaan terveystarkastuksia ikääntyneelle väestölle.

killä ole sellaisia omaisia, jotka hoitaisivat internetsivuilla asioinnin. Sen sijaan monet iäkkäät seuraavat aktiivisesti paikallis- tai aluelehtiä sekä järjestölehtiä.

Valmiudet seurata palvelujen odotusaikoja vaihtelivat alueittain (Kuvio 2). Odotusaikoja sosiaalipalveluihin kuntakyselyn mukaan seurasi 39 prosenttia kunnista ja vain viidennes julkisti odotusajat. Odotusaikojen seuraamisella näyttäisi olevan tehostava vaikutus päätöksen ja toiminnan toteutumiseen. Vaikutus näkyi ajassa, jolla iäkäs henkilö sai kiireelliset sosiaalipalvelut. Eniten ero näkyi sosiaalipalvelujen saannissa samana päivänä (38 % versus 21 %, $p = 0.02$). Seurannalla ei näyttänyt kuitenkaan olevan vaikutusta ei-kiireellisten sosiaalipalveluiden kohdalla.

Hyvinvointipalvelut erityisryhmille

Kuntakyselyn mukaan palveluja päihdeongelmaisille, mielenterveyskuntoutujille, vähävaraisille, äskettäin leskeksi jääneille tai päivystyspoliklinikan suurkäyttäjille tarjotaan vaihtelevasti. Ryhmät voivat olla määrällisesti pieniä, mutta palvelujen käyttäjinä merkittäviä. Ryhmien koon ja tarpeiden kartoitus sekä erityisesti ennaltaehkäisevien palvelujen kehittäminen pitäisi sisällyttää palveluketjujen suunnitteluun. Esimerkiksi päihdeongelmaisten iäkkäiden palveluissa on alueellisia eroja, (Kuvio 3) palveluja on eniten tarjolla Itä-Suomen aluehallintoviraston alueella (38 %). Erot voivat osittain selittyä sillä, että yksittäisen ryhmän palvelujen tarve vaihtelee alueittain.

Valvonnan vastuu

Viranomaisvalvonta toimii perälaatana, joka varmistaa palvelujen vähimmäistason. Hyvä ja ammattitaitoinen valvonta on olennainen osa asiakas- ja potilasturvallisuutta. Haasteena on toteuttaa valvonta niin, että asiakkaiden oikeudet varmistuvat, mutta palvelujen kehitys, joustavuus ja uusien innovaatioiden käyttöönotto eivät vaarannu.

Lähteet

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionavustuksesta (733/1992)

Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812/2000)

Laki yksityisistä sosiaalipalveluista (922/2011)

Sosiaalihuoltolaki 710/1982

STM ja Kuntaliitto, 2013. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2013:11. Helsinki 2013. Saatavilla internetissä:
<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3415-3>

4.2 Itsemääräämisoikeus ja osallisuus sekä niihin kohdistuvat rajoitukset vanhushpalveluissa

Henna Vidén, Hanna Ahonen & Elina Uusitalo

Suomen perustuslain (731/1999) 22 § velvoittaa julkista valtaa turvaamaan perus- ja ihmisoikeuksien toteutumisen. Perusoikeusuudistuksen yhteydessä kyseisellä lain kohdalla haluttiin korostaa julkisen vallan aktiivista toimintavelvoitetta perus- ja ihmisoikeuksien toteuttamisessa. Julkisen vallan on perustuslain mukaan turvattava jokaiselle välttämätön huolenpito ja ihmisarvoisen elämän edellyttämä turva, riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut sekä edistettävä väestön terveyttä. Tätä aktiivista perustuslaillista toimeksiantoa toteuttaessaan julkisen vallan on turvattava myös muut perustuslain turvaamat oikeudet, kuten oikeus henkilökohtaiseen vapauteen ja koskemattomuuteen, yksityiselämän suoja sekä oikeusturvavaatimukset. Nämä oikeudet säilyvät myös silloin, kun henkilö on sosiaali- ja/tai terveydenhuollon palvelujen piirissä.

Palvelujen tuotteistaminen ja kilpailuttaminen näyttävät häivyttäneen perusoikeusnäkökulman huomioimisen palvelutuotannossa. Palveluja tarkastellaan yksittäisinä ja eriytettyinä tuotteina, kuten asuinhuoneina ja ateria-, kuljetus- ja siivouspalveluina. Palveluja arvioidaan lähinnä niistä aiheutuvien kustannusten ja teknisen laadun mukaan – ei sen mukaan, miten asiakkaalle muodostuva palvelukokonaisuus tukee parhaiten hänen perusoikeuksiensa toteutumista. Kun laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista (980/2012) eli vanhushpalvelulaki tuli voimaan 1.7.2013 (Liite 1), merkitsi se olennaista parannusta iäkkäiden henkilön oikeusasemaan ja osallisuuteen itseään koskevissa asioissa.

Iäkkään henkilön osallisuus ja vaikuttaminen palveluprosessissa

Iäkkäälle henkilölle tulee turvata oikeus arvokkaaseen ja mahdollisimman toimintakykyiseen vanhuuteen sekä hyvään kohteluun asuin- ja hoitopaikasta ja hoidon ja palvelun tarpeesta riippumatta. Ihmisarvoisen elämän turvaavia eettisiä ja oikeudellisia periaatteita ovat muun muassa itsemääräämisoikeus, oikeudenmukaisuus, osallisuus, yksilöllisyys ja turvallisuus. Osallisuus vanhushpalveluissa merkitsee sitä, että iäkäs henkilö voi tosiasiallisesti vaikuttaa itseään koskevaan päätöksentekoon, palveluidensa suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin. Iäkkään henkilön kanssa on keskusteltava, kun häntä koskevaa palvelukokonaisuutta muodostetaan ja suunnitteluun on tarvittaessa otettava mukaan myös hänen omaisensa, läheisensä tai hänelle määrätty edunvalvoja. Osallisuuden toteutuminen edellyttää, että iäkäs henkilö on tosiasiallisesti mukana läpi koko palveluprosessin ja hänen henkilökohtaisia toiveitaan ja tarpeitaan kuullaan ja ne huomioidaan palvelujen toteuttamisessa. Käytännössä tämä

tarkoittaa sitä, että iäkäs henkilö käyttää puhevaltaansa siinä, miten hän haluaa asua ja millaisia palveluita hän sen tueksi tarvitsee. Palvelut järjestetään sen mukaan, millainen on asiakkaan toimintakyky ja palvelujen tarve; ei sen mukaan, millaisessa yksikössä sattuu olemaan paikka vapaana palveluja järjestettäessä.

Iäkkäällä henkilöllä on laissa turvattu oikeus saada laadukasta sosiaalihuoltoa sekä terveyden- ja sairaanhoitoa, jossa häntä kohdellaan hyvin ja hänen itsemääräämisoikeuttaan, henkilökohtaista vapauttaan ja ihmisarvoaan kunnioitetaan. Kunta vastaa siitä, että iäkkäälle henkilölle laaditaan sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista annetun lain (812/2000) eli asiakaslain 7 §:n ja vanhuspalvelulain 16 §:n mukainen suunnitelma, jossa määritellään iäkkään henkilön toimintakykyä koskevan arvion perusteella millainen palvelujen kokonaisuus tarvitaan hänen hyvinvointinsa, terveytensä, toimintakykynsä ja itsenäisen suoriutumisen tukemiseksi sekä hänen hyvän hoitonsa turvaamiseksi. Sosiaalihuollon palveluiden ja toiminnan tulee lähteä asiakkaan yksilöllisistä tarpeista ja toivomuksista eikä organisaation sanelemien ehtojen ja tarpeiden mukaan. Tämä tarkoittaa esimerkiksi sitä, että henkilökunnan työvuorot määräytyvät asukkaiden tarpeiden mukaan eikä päinvastoin.

Palvelusuunnitelmaan kirjataan asiakaskohtaiset palvelutarpeet ja -tavoitteet sekä ne toiminnot, joilla tavoitteisiin pyritään. Palvelusuunnitelma laaditaan yhteistyössä iäkkään henkilön kanssa ja hänen omat näkemykset on kirjattava suunnitelmaan. Suunnitelma on tarkistettava ilman aiheetonta viivytystä, kun iäkkään henkilön toimintakyvyssä ja palvelutarpeissa tapahtuu muutoksia. Osallisuuden ja suunnitelman mukaisen toiminnan tulee näkyä konkreettisesti ikääntyneen henkilön arjessa, muun muassa toimintaan mukaan ottamisella ja kuntouttavaa työtä korostamalla. Toimintaa suunniteltaessa on otettava huomioon asiakkaiden historia ja turvattava heille mahdollisuus jatkaa itsensä näköistä, oman kulttuuritaustansa mukaista elämää.

Valvontaviranomaisten lupa- ja valvontatyössään havaitsemat ongelmat liittyvät usein vanhustenhuollon asiakkaiden osallisuuden, itsemääräämisoikeuden ja hyvän elämänlaadun toteutumisen puutteisiin. Sosiaali- että terveydenhuollon toimintayksiköissä ikääntyneisiin kohdistetaan rajoitustoimenpiteitä ja pakotteita, jotka merkitsevät henkilön itsemääräämisoikeuteen puuttumisen lisäksi usein myös osallisuuden vähenemistä.

Itsemääräämisoikeus

Itsemääräämisoikeuden normiperusta

Itsemääräämisoikeus merkitsee yksilön oikeutta, kykyä ja mahdollisuutta päättää itseään koskevista asioista ja toteuttaa omaa elämää koskevat päätökset. Itsemääräämisoikeus sisältää oikeuden vapauteen, tasa-arvoon, yksityisyyteen, henkilökohtaiseen koskemattomuuteen ja kompetenssiin. Henkilöllä tulee olla myös valta käyttää kompetenssiaan ja hänen ratkaisujensa tulee olla itsenäisesti ja omaehtoisesti tehtyjä, jotta henkilö voi tosiasiallisesti määrätä itsestään. Oikeus kompetenssiin voidaan nähdä

myös muiden velvollisuutena edistää yksilön kykyä itsenäiseen ajatteluun, toimintaan ja päätöksentekoon eli vahvistaa ajattelun, tahdon ja toiminnan kompetenssia. Sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädännössä itsemääräämisoikeus ilmentää asiakkaan ja potilaan vapautta päättää psyykkisestä ja fyysisestä koskemattomuudestaan sillä kelpoisuudella, joka kullakin yksilöllä on. Jokaisella tulee olla oikeus laajimpaan mahdolliseen vapauteen, jota kuitenkin rajoittavat muiden yhtäläiset oikeudet vapauteen (Saarenpää 1996, Lagerspetz 1993, Pietarinen 1993, Gayim 1990, Rawls 1978).

Itsemääräämisoikeus liitetään osaksi perustuslain 7 §:ssä säädettyä oikeutta henkilökohtaiseen vapauteen, koskemattomuuteen ja turvallisuuteen. Henkilökohtainen vapaus on perusoikeusuudistuksen esitöissä (HE 1/1998, vp.) nähty luonteeltaan yleisperusoikeudeksi, joka suojaa ihmisen fyysistä vapautta, tahdonvapautta sekä itsemääräämisoikeutta. Itsemääräämisoikeus liittyy kiinteästi myös perustuslain 10 §:ssä säädettyyn yksityiselämän suojaan. Asiakkaan itsemääräämistä on asiakaslain 8 §:n ja sosiaalihuoltoasetuksen (607/1983) 5 §:n mukaan kunnioitettava ja asiakkaalle on annettava mahdollisuus osallistua ja vaikuttaa palvelujen toteuttamiseen ja suunnitteluun. Jos sosiaalihuollon täysi-ikäinen asiakas ei sairauden, henkisen toimintakyvyn vajavuuden tai muun vastaavan synn vuoksi pysty osallistumaan ja vaikuttamaan palvelujensa suunnitteluun ja toteuttamiseen, on hänen tahtoaan selvitettävä laillisen edustajan, omaisen tai muun läheisen ihmisen kanssa. Sosiaalihuollossa tehtävät päätökset ja toimenpiteet tulee ratkaista ensisijaisesti asiakkaan edun mukaisesti ja päätöksenteossa on noudatettava hyvän hallinnon vaatimuksia.

Terveydenhuollossa potilaan itsemääräämisoikeuden voidaan nähdä sisältävän ratkaisut hoidon aloittamisesta, annettavan hoidon sisällöstä ja hoidon lopettamisesta. Potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain (785/1992) eli potilaslain esitöiden (HE 185/1991, vp.) mukaan potilaan itsemääräämisoikeuden ydin on oikeus päättää henkilökohtaiseen koskemattomuuteen puuttumisesta. Potilaan itsemääräämisoikeudesta säädetään potilaslain 6 §:ssä, jonka mukaan potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Jos potilas kieltäytyy hoidosta tai hoitotoimenpiteestä, on häntä mahdollisuuksien mukaan hoidettava yhteisymmärryksessä muulla lääketieteellisesti hyväksyttävällä tavalla. Potilaslain 6.2 §:ssä säädetään täysi-ikäisen vajaavaltaisen henkilön itsemääräämisestä tilanteissa, joissa täysi-ikäinen potilas ei esimerkiksi mielenterveydenhäiriön, kehitysvammaisuuden tai muun synn vuoksi pysty päättämään hoidostaan. Tällöin potilaan laillista edustajaa, lähiomaista tai muuta läheistä henkilöä on kuultava ennen tärkeän hoitopäätöksen tekemistä potilaan tahdon selvittämiseksi. Hoitoon tulee saada myös potilaan laillisen edustajan, omaisen tai muun läheisen henkilön suostumus, jota antaessa tulee ottaa huomioon potilaan aikaisemmin ilmaisema tahto.

Vanhustenhuollossa käytettävillä rajoitustoimenpiteillä puututaan merkittävällä tavalla henkilön perusoikeusasemaan, mutta perusoikeudet eivät kuitenkaan ole luonteeltaan niin ehdottomia, että niihin ei voisi kohdistaa rajoituksia. Perusoikeusrajoitusten sallittavuuden seitsemäksi arviointikriteeriksi ovat täsmentyneet perusoikeusuudistuksen ja sitä koskevan perustuslakivaliokunnan mietinnön (PeVM 25/1994 vp.)

myötä lailla säätämisen vaatimus, täsmällisyys- ja tarkkarajaisuusvaatimus, rajoitusperusteen hyväksyttävyysoikeus, ydinalueen koskemattomuusvaatimus, suhteellisuusvaatimus, oikeusturvavaatimus ja ihmisoikeusvelvoitteiden noudattamisen vaatimus. Perusoikeuteen puuttuvan rajoituksen tulee näin ollen perustua lakiin ja sen on oltava täsmällisesti määritelty eikä se saa ulottua niin syvälle perusoikeuden ydinalueelle, että se tekisi kyseisen perusoikeuden keskeisen sisällön tyhjäksi.

Asiakkaan ja potilaan itsemääräämisoikeuden tai muiden perusoikeuksien rajoittamista voidaan pitää hyväksyttävänä vain, jos henkilöltä puuttuu kyky hallita käyttäytymistään tai ymmärtää tekojensa seurauksia, ja jos hän tästä johtuvalla käyttäytymisellä uhkaa vakavasti vaarantaa oman terveytensä tai turvallisuutensa tai muiden henkilöiden terveyden tai turvallisuuden. Hyväksyttävä peruste voi olla myös toisen perusoikeuden turvaaminen. Hyväksyttävyyttä edellyttää sitä, ettei rajoitustoimenpide loukkaa henkilön ihmisarvoa eikä se perustu mielivaltaiseen päätökseen. Käytännössä kuitenkin lainsäädännön puutteellisuus on johtanut tilanteisiin, joissa potilaiden tai sosiaalihuollon asiakkaiden itsemääräämisoikeutta tai muita perusoikeuksia rajoitetaan ilman perusoikeusjärjestelmän kannalta hyväksyttävää lakiperustetta (Ks. EOA 5.12.2013, Dnro 1545/4/12.).

Rajoitustoimenpiteen tulee olla välttämätön asiakkaan hoidon ja palvelun turvaamiseksi ja oikeassa suhteessa rajoitustoimenpiteelle asetettuun tavoitteeseen nähden. Suhteellisuusvaatimus sisältää ajatuksen, että perusoikeuden rajoittaminen voi olla hyväksyttävä vain, jos rajoituksen tavoitteeseen ei päästä muilla lievemmillä keinoilla. Tarkkarajaisuusvaatimus toteutuu, kun rajoitustoimenpiteiden käytölle on laadittu sekä yksikkö- että asiakas- tai potilaskohtaiset ohjeet ja rajoittamisen tarve arvioidaan aina tapauskohtaisesti. Asiakkaan tai potilaan perusoikeuksia rajoitettaessa on huolehdittava siitä, että asiakkaalla tai potilaalla on käytössään riittävät oikeusturva-keinot, kuten muistutus- ja hallintokantelumenettelyt.

Itsemääräämisoikeuteen kohdistuvat rajoitukset

Vanhustenhuollossa tulee eteen tilanteita, jolloin asiakkaaseen tai potilaaseen joudutaan kohdistamaan rajoitustoimenpiteitä, jotka yleensä merkitsevät puuttumista ikääntyneen henkilön henkilökohtaiseen vapauteen, koskemattomuuteen ja itsemääräämisoikeuteen. Rajoitustoimenpiteiden perusteina ovat usein ikääntyneen henkilön tai muiden henkilöiden turvallisuuden lisääminen sekä hoito- ja hoivatoimenpiteiden toteuttaminen. Myös vanhuksen sekavuus, levottomuus ja aggressiivisuus voivat johtaa rajoitustoimenpiteiden käyttöön ja erityisesti kaatumis- ja loukkaantumisriskiä pyritään vähentämään liikkumista estäviä välineitä käyttämällä (EOA:n tuoreessa ratkaisussa (EOA 2.12.2013 Dnro 4913/4/12) muistisairaana potilaana liikkumisvapauden rajoittaminen hänen hyvin aggressiivisen oireilunsa ja sen hänen hoidolleen aiheuttaman vakavan vaaran vuoksi oli pakkotilaa perustuen hyväksyttävää ja lainmukaista.).

Valvira on katsonut, että silloin kun vanhuspotilaan oma turvallisuus on vakavassa vaarassa, hänen liikkumistaan voidaan rajoittaa hänen tahdostaan riippumatta. Rajoituksia on käytettävä vain siinä määrin kuin kulloinkin on välttämätöntä ja ratkaisu on aina tehtävä tapauskohtaisesti. Rajoitusta ennen on kuitenkin harkittava, voidaan-ko käyttöön ottaa muita soveltuvia, turvallisuutta lisääviä menetelmiä ja punnittava rajoituksesta koituvat haitat ja hyödyt. Liikkumista rajoittavien turvavälineiden käytöstä on tehtävä yksilöity hoitopäätös, jonka tulee perustua hoitovastuussa olevan lääkärin tekemään ratkaisuun ja se tulee kirjata potilasasiakirjoihin osana hoitosuunnitelmaa (Valvira: Liikkumista rajoittavien turvavälineiden käyttö).

Itsemääräämisoikeuden rajoitukset näyttäytyvät valvontaviranomaisille erityisesti tuen ja avun puuttumisena, joita ikääntyneet usein tarvitsevat itsemääräämisoikeutensa toteuttamiseksi ja edistämiseksi. Valvontaviranomaiset ovat havainneet, että vanhusten vapautta rajoitetaan usein rutiininomaisesti eikä rajoitustoimenpiteitä, kuten sängyn laitojen ylösnostamista, aina ymmärretä asiakkaan tai potilaan perusoikeuksiin puuttumisena. Epäsuoraa itsemääräämisoikeuden rajoittamista ovat esimerkiksi rollaattorin tai soittokellon poisvieminen tai ikääntyneen henkilön pitäminen alipukeutuneena liikkumisen estämiseksi (Saarnio 2009). Epäsuoraa rajoittamista ovat myös kaikille yhteisesti määritellyt ajat nukkumaan menemiselle, heräämiselle sekä suihkussa käymiselle. Sosiaalisen elämän rajoitukset puuttuvat itsemääräämisoikeuteen silloin, kun omaisten ja ystävien vierailu on rajattu vierailuajoihin. Eritäin räikeänä itsemääräämisoikeuden ja ihmisarvoisen kohtelun loukkaamisena nähdään tilanne, jossa asiakkaalle laitetaan vaipat sillä perusteella, ettei henkilökunnalla ole aikaa avustaa asiakasta wc-käynnillä. Tällöin iäkäs henkilö joutuu laskemaan alleen, vaikka hän kykenisi käymään wc:ssä avustettuna.

Näillä epäsuorilla rajoittamisen menetelmillä ei aktiivisesti rajoiteta itsemääräämisoikeutta, mutta niillä passiivisesti estetään sen toteutuminen. Epäsuoria rajoittamisen muotoja harvoin tunnustetaan itsemääräämisoikeuden rajoittamisena ja ikääntyneen henkilön perusoikeusasemaan puuttumisena. Vanhuus tai palveluasumisen piirissä oleminen eivät kuitenkaan poista henkilön itsemääräämisoikeutta, vaan ikääntyneellä on oikeus käyttää puhevaltaa itseään koskevissa asioissa, vaikka hän ei esimerkiksi ole täysivaltainen taloudellisten asioidensa suhteen tai jos läheiset ja omaiset eivät ole hoidon ja hoivan toteuttamisesta samaa mieltä. Mikäli ikääntyneelle henkilölle on määrätty edunvalvoja, on ikääntynyttä henkilöä silti kuultava hänen oman tahtonsa selvittämiseksi ja hänen itsemääräämisoikeuttaan on kunnioitettava päivittäisissä arkiaskareissa.

Käytännön tilanteissa tulisi pohtia, että mihin oikeuksiin rajoitustilanteissa puututaan ja mitä oikeuksia tilanteessa pyritään suojaamaan. Rajoituksen hyötyjä ja haittoja sekä rajoitettavia ja suojattavia oikeuksia tulee punnita keskenään tapauskohtaisten olosuhteiden pohjalta (Viljanen 2001, Länsineva 1998). Vanhustenhuoltoa toteuttavien toimintayksiköiden käytössä olevat resurssit vaikuttavat merkittävästi ikääntyneen henkilön itsemääräämisoikeuden, asianmukaisen hoivan ja turvallisuuden toteutumiseen. Itsemääräämisoikeus voi resurssien riittämättömyyden vuoksi olla

vain nimellistä, jolloin asiakkaan tai potilaan itsemäärääminen ei tosiasiallisesti toteudu. Hoito- tai hoivatyössä on ilmeinen riski sille, että mitä vähemmän asiakkaalla on omaa toimintakykyä jäljellä, sitä helpommin hänet mielletään erilaisten organisaation tarpeista lähtevien toimenpiteiden kohteeksi. THL:n ja Valviran kyselyn (Liite 3) perusteella vain kolmannes julkisen sektorin ympärivuorokautista hoitoa antavista toimintayksiköistä oli laatinut lähes kaikille asiakkaille tavoitteellisen suunnitelman itsemääräämisoikeuden toteutumiseksi. Yksityisen sektorin toimintayksiköistä vastaavan suunnitelman oli laatinut 62 prosenttia.

Kun asiakkaan tai potilaan itsemääräämisoikeutta rajoitetaan erilaisten rajoitustoimenpiteiden avulla, voidaan asiakas tai potilas altistaa myös fyysiselle ja psyykkiselle kaltoin kohtelulle. Kaltoin kohtelulla tarkoitetaan sellaista tahallista käyttäytymistä, jossa fyysistä tai psyykkistä voimaa käyttäen vanhukselle aiheutetaan kärsimystä. Fyysinen väkivalta voidaan nähdä aikomuksena aiheuttaa fyysistä kipua tai vauriota, kun psyykinen väkivalta puolestaan pyrkii tuskan, hädän tai ahdistuksen kautta aiheuttamaan vanhukselle henkistä kipua, joka voi esimerkiksi näyttäytyä negatiivisena kielenkäyttönä sekä rajoitteiden käyttämisenä vastoin vanhuksen omaa tahtoa. Vanhuksen oikeutta hyvään ja ihmisarvoa kunnioittavaan hoitoon ja hoivaan voidaan loukata myös väheksymällä annettavan hoidon tarvetta tai laiminlyömällä hoidon antaminen kokonaan ja pidättäytymällä hygienian, ravinnon tai lääkehoidon asianmukaisesta toteuttamisesta. Laiminlyönti voi näyttäytyä myös vaativan asiakkaan tai potilaan rannkaisemisena edellä mainittuja keinoja käyttämällä. (Isola 2013; Vaarallinen vanhuusluentosarja, Saarnio 2009, Pakon käytön muodoista ks. Pahlman 2003).

Rajoitustoimenpiteiden käytön taustalla voivat olla myös henkilökunnan voimavarojen tai osaamisen riittämättömyys, johtamistaidon puutteellisuus sekä yksikön hoitokulttuuri. Riittävällä ja ammattitaitoisella henkilökunnalla on keskeinen merkitys asiakkaiden ja potilaiden itsemääräämisoikeuden toteutumisessa, sillä henkilöstön avulla mahdollistetaan asiakkaiden ja potilaiden oman tahdon kuuleminen ja todelliseen palvelun ja hoidon tarpeisiin vastaaminen sekä laadukkaan ja ihmisarvoa kunnioittavan kohtelun, hoidon ja hoivan toteuttaminen.

Yhteenveto

Asiakkaiden itsemäärääminen ja osallisuus on nähtävä kaiken toiminnan perustavanlaatuisena lähtökohtana, jota toteutetaan vanhustenhuollon palveluiden suunnittelussa, järjestämisessä ja arvioinnissa. Iäkkään henkilön osallisuus korostuu arkipäivän toiminnoissa, joissa häntä kuullaan ja hänen toiveensa otetaan huomioon. Tuotettaessa palveluja henkilöille, joiden omat edellytykset valvoa omien etujensa toteutumisesta ovat heikot, itsemääräämisoikeuden toteutuminen edellyttää usein aktiivisia, itsemääräämisoikeutta tukevia toimia. Asiakkaalle on tarjottava vaihtoehtoja ja hänen päätöksentekoaan päivittäisissä toimissa on tuettava esimerkiksi niin, että asiakas saa päättää itse, millaiset vaatteet hänelle puetaan päälle tai miten pitkään hän haluaa nukkua aa-

muisin. Se, että asiakkaita ei ehditä auttaa ja tukea omatoimisuuden ja omien tarpeiden ja toiveiden toteuttamisessa, rajoittaa asiakkaiden itsemääräämisoikeuden tosiasiallista toteutumista.

Valvontaviranomaiset pitävät keskeisenä rajoitustoimenpiteiden käyttöön vaikuttavana tekijänä toimintayksikön hoitokulttuuria, joka vaikuttaa olennaisesti siihen, miten rajoitustoimenpiteisiin suhtaudutaan ja miten asiakkaiden itsemääräämisoikeutta, osallisuutta ja perusoikeuksia kunnioitetaan. Valvontaviranomaiset ovat valvontatyössään huomanneet, että hoitohenkilökunta ei aina tunnista niitä arjen rutiinitoimintoja, joilla puututaan iäkkäiden henkilöiden perusoikeusasemaan ja itsemääräämisoikeuteen. Esimerkiksi asiakkaan sitominen geriatriseen tuoliin tunnustetaan helpommin rajoittamiseksi, kun taas apuvälineiden poisottaminen nähdään usein arjen sujuvuutta edistävänä rutiinitoimintona eikä itsemääräämisoikeuden rajoitukseksi. Hoitokulttuuri voi olla sekä positiivista, vahvan hiljaisen tiedon ja osaamisen siirtämistä uusille työntekijöille, mutta myös negatiivisen ja eettisesti kestävämmien toimintatapojen ja diskurssin toisintamista (Vidén & Kauppi 2014). Itsemääräämisoikeuden tukeminen edellyttää sen mahdollistavaa toimintakulttuuria, hyvää johtamista ja motivoitunutta, yhteiset tavoitteet sisäistänyttä henkilökuntaa.

Asiakkaiden kohteluun, toimintakulttuuriin sekä johtamiseen liittyvät asiat on syytä ratkaista suoraan ja välittömästi toimintayksikössä. Palveluntuottajat vastaavat tuottamiensa palvelujen laadusta, seurannasta ja valvonnasta, mitkä kuuluvat ensisijaisesti toimintayksikön omavalvonnan piiriin. Omavalvonnalla varmistetaan palvelujen laatu, turvallisuus ja asianmukaisuus. Omavalvonnalla tavoitellaan avointa toimintakulttuuria, jossa tarvittavat muutokset toteutuvat nopeasti ja jota asiakkaat ja henkilöstö ovat mukana kehittämässä. Omavalvonta painottaa jälkikäteisen, jo sattuneiden vahinkojen hallinnan sijaan toiminnan ennakkollista valvontaa. Omavalvontasuunnitelman laatimisen velvoite on koskenut yksityisiä sosiaalipalvelujen tuottajia vuodesta 2011 lähtien. THL:n ja Valviran toukokuussa 2013 toteuttaman kyselyn tulosten perusteella lähes kaikissa (97 %) yksityisissä ympärivuorokautista hoitoa antavissa toimintayksiköissä oli laadittu omavalvontasuunnitelma. Julkisista toimintayksiköistä kolmannes oli laatinut omavalvontasuunnitelman, mutta vain kymmenesosalla se oli julkisesti nähtävillä. Omavalvonnan toimivuuden ja läpinäkyvyyden kannalta on keskeistä, että suunnitelma on toimintayksikössä julkisesti kaikkien nähtävillä.

Vanhuspalvelulain 23 § velvoittaa 1.1.2015 alkaen myös julkisia sosiaalihuollon palveluntuottajia laatimaan omavalvontasuunnitelman. Valvira antaa keväällä 2014 omavalvontamääräyksen, joka koskee yksityisistä sosiaalipalveluista annetussa laissa (922/2011) tarkoitettuja palveluja sekä vanhuspalvelulain 2 §:ssä tarkoitettuja kunnan tai yhteistoiminta-alueen ikääntyneille tuottamia sosiaalihuollon palveluja. Määräys tulee voimaan 1.1.2015, mikä antaa julkisille toimintayksiköille aikaa integroida omavalvonta ja sitä koskeva suunnitelma osaksi organisaation toimintaa ja laadunhallintaa.

Lähteet

Kirjallisuuslähteet

- Gayim, Eyassu: Principle of Self-Determination. A study of Its Historical and Contemporary Legal Evolution. Norwegian Institute of Human Rights, Oslo 1990.
- Lagerspetz, Eerik: Itsemäärääminen ja valta. Teoksessa Launis, Veikko – Räikkä, Juha (toim.): Itsemääräämisoikeus. Turun yliopisto. Turku, 1993.
- Länsineva, Pekka: Perusoikeudet – nyt. Teoksessa Länsineva, Pekka – Viljanen, Veli-Pekka (toim.): Perusoikeuspuheenvuoroja. 103–119. Turku, 1998.
- Pahlman, Irma: Potilaan itsemääräämisoikeus. Helsinki, 2003.
- Pietarinen, Juhani: Itsemääräämisen periaate. 1993, 98-106, Teoksessa Launis, Veikko - Räikkä, Juha (toim.): Itsemääräämisoikeus. 98–106. Turun yliopisto. Turku, 1993.
- Rawls, John: A Theory of Justice. Harvard University Press. Cambridge, 1978.
- Saarenpää, Ahti: Henkilöoikeus. Teoksessa Encyclopædia Iurida Fennica III: suomalaisen oikeustietosanakirja. Suomalaisen lakimiesyhdistyksen julkaisuja C-sarja n:o 26. Suomalainen lakimiesyhdistys. Helsinki, 1996.
- Saarnio, Reetta: Fyysisten rajoitteiden käyttö vanhusten laitoshoidossa. Acta Universitatis Ouluensis D Medica 1024, Oulun yliopisto. Oulu, 2009.
- Vidén, Henna & Kauppi, Arto: Pakon ja rajoitustoimenpiteiden käyttö ikääntyneiden laitoshoidossa. Edilex 2014/7. EDILEX Edita Publishing Oy 2014.

Viljanen, Veli-Pekka: Perusoikeuksien rajoitus-edellytykset. Helsinki, 2001.

Virallislähteet

- 607/1983 Sosiaalihuoltoasetus
785/1992 Laki potilaan asemasta ja oikeuksista
731/1999 Suomen perustuslaki
812/2000 Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista
922/2011 Laki yksityisistä sosiaalipalveluista
PeVM 25/1994 vp. Perustuslakivaliokunnan mietintö n:o 25 hallituksen esityksestä perustuslakien perusoikeussäännösten muuttamisesta
HE 185/1991 vp. Hallituksen esitys Eduskunnalle laeiksi sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista sekä sosiaalihuoltolain muuttamisesta ja eräksi niihin liittyviksi laeiksi
HE 1/1998 vp. Hallituksen esitys Eduskunnalle uudeksi Suomen Hallitusmuodoksi

Muut lähteet

- Isola Arja: Vaarallinen vanhuus -luentosarja. 10.1.2013. Lääkäripäivät 2013, Helsinki.
- Valvira: Liikkumista rajoittavien turvavälineiden käyttö.
http://www.valvira.fi/ohjaus_ja_valvonta/terveydenhuolto/elaman_loppuvaiheen_hoito/liikkumista_rajoittavien_turvavälineiden_kaytto.
- Oikeustapaukset ja valvontaratkaisut
EOA 5.12.2013, Dnro 1545/4/12.
EOA 2.12.2013 Dnro 4913/4/12

Pohdinta

Vanhuspalvelut 2013 – Tilanne ennen vanhuspalvelulain 980/2012 voimaantuloa

Anja Noro, Harriet Finne-Soveri, Matti Mäkelä & Hanna Alastalo

Vanhuspalvelulain (1 §) tarkoituksena on tukea ikääntyneen väestön hyvinvointia, terveyttä ja itsenäistä suoriutumista sekä lisätä osallisuutta elinoloihinsa ja tarvitsemien palveluiden kehittämiseen. Tavoitteena on myös parantaa mahdollisuutta saada laadukkaita sosiaali- ja terveyspalveluja ja ohjausta muiden tarjolla olevien palvelujen käyttöön yksilöllisen palvelutarpeen mukaan. Lisäksi laki pyrkii vahvistamaan iäkkään henkilön mahdollisuutta vaikuttaa omien palveluidensa sisältöön. Vanhuspalvelulain seurannassa sekä lain periaatteiden että lain yksittäisten pykälien toteutumista seurataan useiden tietolähteiden perusteella.

Käsillä olevan raportin yhteenvedossa tarkastellaan

- toimintakyvyn ja palvelutarpeen kehitystä
- palveluiden ja palvelurakenteen kehitystä
- kuntien ja palveluntuottajien haasteita
- valvonnan haasteita

ja pohditaan vanhuspalvelulain ja kansallisten linjausten valossa vanhuspalvelujen tilannetta ja kehityssuuntia ennen vanhuspalvelulain voimaantuloa.

Väestön toimintakyvyn ja palvelutarpeen kehitys

Ikääntyneen väestön elinikä on pidentynyt ja terveys ja toimintakyky kohentuneet mutta toimintarajoitteet edelleen yleisiä

Vanhuspalvelulaki edellyttää, että ikääntyneen väestön hyvinvointia, terveyttä ja toimintakykyä sekä itsenäistä suoriutumista ja palvelutarvetta seurataan (5 §). Terveys 2000- ja Terveys 2011 -tutkimusten tulosten perusteella terveet ja toimintakykyiset elinvuodet ovat lisääntyneet 2000-luvun ensimmäisellä vuosikymmenellä (Sainio ym., luku 1.3). Toimintakyvyn paranemisella nähdään myönteisiä seurauksia sekä yksilöille että laajoja vaikutuksia koko yhteiskuntaan: se luo edellytyksiä sille, että yhä suurempi osa eläkeikäisistä pystyy paitsi asumaan kotonaan itsenäisesti myös osallistumaan monenlaisen vapaaehtoistoimintaan ja omaistensa huolenpitoon – ja osa jopa tekemään ansiotyötä. Myönteisen kehityksen jatkuminen edellyttää vahvaa panostusta toimintakykyä tukeviin ratkaisuihin yhteiskunnassa. (Sainio ym., luku 1.3).

Vaikka monet terveysongelmat ja toimintarajoitteet ovat vähentyneet, osa niistä on erittäin yleisiä heikentäen merkittävästi iäkkäiden hyvinvointia ja aiheuttaen sosiaali- ja terveyspalveluiden tarvetta. Lisäksi iäkkäilläkin väestöryhmien välillä on huomattavia eroja terveys- ja hyvinvointiongelmien yleisyydessä. Väestötasolla palvelutarpeen arviointia ei ole vielä ollut tehty suurelle osalle palveluita tarvitsevista ja merkittävä osuus ikääntyneistä kokee saaneensa tarpeisiinsa nähden riittämättömästi palveluja. Kotona mahdollisimman pitkään asumisen ja laitoshoidon tarpeen vähentämisen kannalta on huolestuttavaa, että jopa puolet kotihoidon palveluita tarvitsevista ja noin joka toinen omaishoidon tukea tarvitsevista koki saaneensa näitä palveluja riittämättömästi. (Murto ym., luku 2.3).

Kun suuri osa väestöstä siirtyy lyhyen ajan kuluessa vanhuusikään, näyttää vääjäämättömältä, että väestön palvelujen tarve väestössä kasvaa, vaikka toiminnanvajaus pakkautuisikin elämänkaaren loppuun. Huonokuntoisten ja paljon hoitoa ja hoivaa tarvitsevien lukumäärän kasvua on kuitenkin mahdollista ratkaisevasti hidastaa. Se edellyttää huomattavaa panostusta sekä iäkkäiden että myös nuorempien terveyden ja toimintakyvyn edistämiseen ja ongelmien ennaltaehkäisyyn. Erityisen tärkeää on pyrkiä kehittämään sellaisia palvelumuotoja ja muita toimia, jotka auttavat kohentamaan terveyttä ja toimintakykyä etenkin niissä isoissa väestöryhmissä, joihin ongelmat kumuloiduvat. Sosiaalisen ja taloudellisen kestävyuden kannalta tämä on välttämätöntä. Mutta samalla on huolehdittava siitä, että hyvää hoivaa ja riittävää apua kyetään tarjoamaan niille, jotka sitä toimintarajoitteidensa vuoksi tarvitsevat. (Murto ym., luku 2.3).

Muistisairaudet ovat tärkeimpiä palvelutarvetta aiheuttavia sairauksia. Yli puolella ympärivuorokautisen hoidon asiakkaalla on muistisairauden diagnoosi ja 80 prosentilla kognition vajaus. Iäkkäiden henkilöiden muistisairaudet ja niiden liitännäisoireet edellyttävät heitä hoitavalta henkilöstöltä erityisosaamista. Vanhuspalveluiden käyttäjiksi on valikoitumassa yhä useammin muistisairas henkilö, mutta muistisairautta ei ole tunnistettu muistioireen tai puutteellisen päättelykyvyn taustalta. Muistisairauden varhainen tunnistaminen ja hoidon suunnittelu tukee kotona asumista mahdollisimman pitkään. (Finne-Soveri ym., luku 1.2).

lääkkäiden palvelutarpeen ja toimintakyvyn arvioinnissa vielä haasteita

Vanhuspalvelulain (15 §) edellyttää, että palvelutarpeen arvioinnin yhteydessä arvioidaan iäkkään henkilön toimintakyky monipuolisesti ja luotettavia arviointivälineitä käyttäen. Tällöin arvioinnissa on otettava huomioon iäkkään henkilön fyysinen, kognitiivinen, psyykinen ja sosiaalinen toimintakyky. Tehdyssä seurannassa keväällä 2013 havaittiin, että toimintakyvyn arviointikäytännöt kunnissa ja palveluntuottajien toimintayksiköissä vaihtelivat suuresti sekä alueellisesti, palvelutyypin että palveluntuottajan sektorin mukaan. Varsin usein palvelutarpeiden selvittämisen yhteydessä ei lainkaan tehty vertailukelpoista, järjestelmällistä toimintakyvyn arviota, tai arviointi kohdistuu vain yhteen toimintakyvyn osa-alueeseen. Toisaalta myös laaja-alainen,

kattava ja järjestelmällinen toimintakyvyn arviointi oli käytössä monissa kunnissa ja toimintayksiköissä. Useimmin arvioidut toimintakyvyn osa-alueet olivat arkitoimista suoriutuminen ja kognitiivinen toimintakyky. (Mäkelä ym., luku 3.2).

Tarkasteltaessa kunnissa iäkkään väestön hyvinvoinnin edistämiseksi tehtyjen käytäntöjen yhteyttä saman vastaajan käytäntöön palvelutarpeiden selvittämisessä, voitiin todeta järjestelmällisen, laaja-alaisen ja moniulotteisen toimintakyvyn arvioinnin olevan vahvasti yhteydessä myös hyvinvointia edistävien palveluiden (12 §) ja niitä koskevan suunnitelman järjestelmällisyyteen, laaja-alaisuuteen ja monipuolisuuteen (Mäkelä ym., luku 2.2).

lääkältä, omaisilta ja henkilöstöltä koottava palaute

Vanhuspalvelulaki edellyttää, että kunnan on kerättävä säännöllisesti palautetta palveluja käyttäviltä, heidän omaisiltaan ja läheisiltään sekä kunnan henkilöstöltä (6 §) ja tätä tietoa tarvitaan myös omavalvonnan (23 §) tueksi. Tässä raportissa koettua hoidon laatua lähestyttiin itsemääräämisoikeuden näkökulmasta erilliseen kyselyyn perustuen. Vanhuspalvelujen asiakkaiden toiminnanvajausta sekä vuorovaikutuksen että kommunikoinnin vaikeudet liittyvät läheisesti itsemääräämisoikeuden toteutumiseen. Itsemääräämisoikeus toteutui parhaiten kotihoidossa. Sijaisvastaajat olivat tyytymättömämpiä vastauksissaan kuin asiakkaat itse. Tarkempaa tutkimusta ja analyysiä edellyttää asiakkaiden kokemaa työntekijästä riippuva vaihtelu koetussa laadussa. Vanhuspalvelulain seurantakysely osoitti, että kunnat ja toimintayksiköt ovat toteuttaneet melko vähän asiakaspalautteiden keräämistä, mikä ainakin osittain selittynee asiakkaiden huonokuntoisuudella ja muistiongelmilla. (Finne-Soveri ym., luku 3.5).

lääkille palveluja tuottavien toimintayksiköiden haasteet kulminoituvat asiakkaiden palvelutarpeen ja henkilöstön seurantaan ja toimintamalleihin

Yksityinen ja julkinen palvelutuotanto

lääkille tarkoitettuja kotihoidon ja ympärivuorokautisen hoidon palveluita tuotetaan sekä julkisissa että yksityisissä toimintayksiköissä. Ympärivuorokautisen hoidon haasteisiin kuuluivat varsinkin koulutetun henkilöstön sekä toimitilojen riittävyys. Verrattaessa kotihoidon toimintayksiköjä, suurempaa säännöllistä asiakasmäärää palvelevat yksiköt olivat pääsääntöisesti julkisen sektorin yksiköitä ja yli puolet yksityisen sektorin yksiköistä oli alle viidenkymmenen asiakkaan yksiköitä. Julkinen sektori tuotti kotihoidon palveluja yksityistä tavallisemmin asiakkaille, jotka eivät saaneet säännöllistä palvelua. Kotihoidossa sektorien välillä löytyi huomattava ero toimintayksiköiden seurantaviikon aikana tekemien asiakaskäyntien määrissä: yksityisellä sektorilla yli 40 prosenttia vastanneista yksiköistä ilmoitti tehneensä vain alle viisi käyntiä yhtä asiakasta kohden, kun jul-

kisella sektorilla näin ilmoitti tehneensä 13 prosenttia yksiköistä. Kun verrattiin julkista ja yksityistä kotihoitoa havaittiin, että yksityiset yksiköt tuottavat yksiköt harvemmin toimivat viikonloppuisin ja yöaikaan ja että ne hoitavat pääsääntöisesti säännöllisen palvelun piirissä olevia asiakkaita. (Jussmäki ym., luku 3.1).

Henkilöstömitoitukset, henkilöstörakenne ja ammatillinen hoidon laatu

Ympäri vuorokautisen hoidon toimintayksiköissä tarkasteltiin sekä suunniteltuja että toteutuneita henkilöstömitoituksia. Toteutunut henkilöstömitoitus, joka alitti 0.50 rajan, löytyi useammin tehostetun palveluasumisen yksiköistä ja julkiselta puolelta. Jos sekä suunniteltu että toteutunut henkilöstömitoitus alittivat 0.50 suositusrajan (STM ja Kuntaliitto 2014), saattoi kyseessä olla mitä todennäköisimmin palveluasumisen yksikkö, jossa asiakkaiden palvelutarve saattaa olla pienempi tai toimintamalli erilainen. Tehostettu palveluasuminen, joka määritelmällisesti tarkoittaa henkilökunnan paikalla olemista myös yöllä, saattaa johtaa harhaan siinä tapauksessa, että hoitohenkilöstön edustaja on vain tarvittaessa valvojana tai turvana, ei vastaamassa asiakkaiden ympärivuorokautisen hoidon tarpeeseen. Tämä tarkoittaa sitä, että palveluasumisen, etenkin tehostetun palveluasumisen, toimintamalleja pitää jatkossa tarkemmin selvittää. (Noro ym., luku 3.2).

Toteutunut henkilöstömitoitus toimintayksikkötasolla on haavoittuva seurattava, koska seuranta-ajalla asiakkaiden määrä ja paikalla olevan henkilöstön määrä vaikuttavat tilanteeseen. Lisäksi henkilöstömitoituksen arvottaminen joko riittäväksi tai vajaaksi, edellyttää tietoa asiakkaiden palvelutarpeista. Jos suunniteltu mitoitus on viritetty lähelle 0.50 mitoitusta tai vähän yli, alitus voi tapahtua silloin nopeasti silloin, kun henkilökunnan määrä on seuranta-ajalla jostain syystä vähäisempi tai asiakkaita on toimintayksikössä enemmän. Monet toimintayksiköt eivät vielä olleet toiminnassaan havahtuneet siihen, että suunnitellun henkilöstömitoituksen laskentakaavassa esimiehiä ja heidän koko työaikaansa ei enää lasketa mukaan suunniteltuun henkilöstömitoitukseen vaan vain siltä osin kuin he osallistuvat hoitotyöhön. Tällainen raja- us koski aiemmin vain hoito- ja laitosapulaisia. Sama rajoitus koskee nyt myös hoiva-avustajia. Tältä osin myös suunnitellut henkilöstömitoitukset toteutuakseen tulevat edellyttämään enemmän hoitotyöhön osallistuvaa henkilöstöä. (Noro ym., luku 3.2).

Toteutunut henkilöstömitoitus ei ollut yhteydessä asiakkaiden yöruokataulun pituuteen (yli 11 tuntia), jota tarkastellaan yhtenä hoidon laatutekijänä. Yöruokatauko näyttäisi olevan pidempi hoidettaessa suurempaa pitkäaikaisessa hoidossa olevien määrää ja näin etenkin terveyskeskusten vuodeosastoilla verrattuna tehostettuun palveluasumisen yksiköihin. Terveyskeskusten pitkäaikaishoidettavilla asiakkailla on usein pitkälle edennyt muistisairaus ja fyysisen toimintakyvyn rajoituksia siten, että henkilökunta auttaa asiakkaita syömisessä. Yksityisissä toimintayksiköissä toteutunut henkilöstömitoitus oli harvemmin alempi kuin 0.50 tai yöruokatauko pidempi kuin 11 tuntia. (Noro ym., luku 3.2).

Tarkasteltaessa hoidon laatua (6 §, 20 §) ja etenkin ammatillisen hoidon laatua, on tarpeen tarkastella useita eri laadun tekijöitä. Vanhuspalvelulain 15 § korostaa iäkään toimintakyvyn monipuolista arviointia luotettavia arviointivälineitä käyttäen, mikä mahdollistaa myös hoidon laatutekijöiden tarkastelun. Ammatillisena hoidon laatuna tarkasteltiin sekä sosiaalista osallistumista, lääkehoitokäytäntöjä että klinisiä laatumuuttujia. Ammatillisen hoidon laatutekijät eli hoidon ja huolenpidon onnistuminen riippuu monista tekijöistä, mutta henkilöstömitoitus tai henkilöstörakenne ei ollut suoraan yhteydessä niihin. Vastaavasti asiakkaiden terveydentila, toimintakyky ja palvelutarve olivat voimakkaasti yhteydessä ammatillisen hoidon laatutekijöihin, mutta eri tavoin. Yksityiset ja julkiset toimintayksiköt olivat melko samankaltaisia ammatillisen hoidon laadun vertailussa. Tehostetun palveluasumisen, vanhainkotien ja terveystieteiden toimintayksiköt poikkesivat toisistaan asiakkaiden palvelutarpeen suhteen, mutta siinä ei niinkään ollut kysymys hoitohenkilökunnasta tai huonommasta laadusta vaan palvelutarpeeltaan erilaisten asiakkaiden sijoittamisesta eri palvelun tasoille. (Noro ym., luku 3.3).

Palvelurakenteen ja kuntien haasteet

Ikäihmisten palvelurakenteen muutos jo hyvässä vauhdissa

Vanhuspalveluissa on tapahtunut sisäistä rakennemuutosta jo yli vuosikymmenen ajan siten, että laitoshoidon on vähentynyt ja korvautunut tehostetulla palveluasumisella. Kotihoitoa saavien osuus ei kuitenkaan ole lisääntynyt. Tarkasteltaessa säännöllistä ja pitkäaikaista hoitoa saaneiden 65 vuotta täyttäneiden henkilöiden palveluiden käyttöä, tulokset osoittivat palvelujen painottuvan yhä vanhempiin ikäryhmiin, etenkin naisilla. Raskaammat palvelumuodot, kuten laitoshoidon, olivat vähentyneet enemmän kuin väestön ikääntymistahdin pohjalta olisi ollut odotettavissa. Kun tehostettu palveluasuminen sisällytettiin perinteisen laitospohjaisen ympärivuorokautisen hoidon tarkastelun rinnalle, kehitystrendi ympärivuorokautisen hoidon osalta oli sittenkin selkeästi aleneva. Säännöllinen kotihoito ei ole pysynyt muutoksessa mukana eikä sitä ole pystytty samassa tahdissa lisäämään, vaan se on itse asiassa vähentynyt. Omaishoidon tuen asiakkaiden kehitystrendi on ainoana ollut selkeästi kasvava jo koko 2000-luvun ajan. (Noro ym., luku 1.1). Tarkasteltaessa palvelurakenteen muutoksen kustannuksia on nähtävissä tehostetun palveluasumisen kustannusten kohoaminen nopeimmin (Rättö ym., luku 1.4). Kustannusten nousu selittyy tehostetun palveluasumisen asiakkaiden kasvavalla palvelutarpeella ja suurenevalla henkilöstömäärällä ja osaamisella.

Vanhuspalvelulain 14 § edellyttää, että iäkkäiden palvelut toteutetaan ensisijaisesti kotihoitona tai kodinomaisena hoitona ja laitoshoidon vain, jos siihen on lääketieteelliset perusteet tai jos se on iäkkään henkilön arvokkaan elämän ja turvallisen hoidon kannalta muuten perusteltua. Hallituksen rakennepoliittinen ohjelma (2013) ja kehysriihipäätös (2014) tukevat tätä tavoitetta, sillä niissä edellytetään laitoshoidon vähentämistä tai purkamista 300 miljoonalla eurolla vuoteen 2017 mennessä.

Finne-Soveri ym. tämän raportin luvussa 1.5 osoittavat, että väljät lääketieteelliset perusteet laitoshoidolle ovat olemassa korkeintaan viidesosalle ja tiukemmat perusteet noin viidelle prosentille nykyisen pitkäaikaisen laitoshoidon asiakkaista. Jatkossa vanhuspalveluiden kustannusten nousun hillintä onnistuu, jos kotihoidon ensisijaistamisen yhteydessä korjataan samanaikaisesti useita vanhuspalveluiden vinoumia, jotka näyttävät kevyenä asiakasrakenteena ja pitkinä hoitoaikoina. Tarvitaan myös tarkemmat kriteerit sille, missä vaiheessa ja millaisella palvelutarpeella palveluja myönnetään. Kolmannes nykyisestä tehostetusta palveluasumisesta on epätarkoituksenmukaisessa käytössä kevythoitoisten asiakkaiden vuoksi ja säännöllisen kotihoidon asiakkaista noin viidennes voitaisiin hoitaa terveyskeskusten avovastaanotolla asiakasvastaavamallin ja vastuuhoidattajien sekä kuljetusapujen turvin. Toimeksiantosopimuksen kunnan kanssa tehneiden omaishoitajien lukumäärää voidaan edelleen nostaa. Korvaavien toimintojen kehittäminen laitoshoidon purkamisen yhteydessä on ensiarvoista sillä muuten menetetään laitoshoidon erikoissairaanhoidon käyttöä vähentävä vaikutus. Geriatrinen akuuttihoito ja liikkuvien palvelujen kuten kotisairaalan ja tehostetun kotihoidon palvelujen kehittämisen avulla voidaan karsia myös erikoissairaanhoidon tarpeeton sairaalakäyttö. Vanhuspalvelujen kotihoitopainotteisuus voidaan toteuttaa kustannuksia hillitsevästi ja aiempaa laadukkaammin mikäli muutos toteutetaan vanhuspalvelulain mukaisesti yksilön palvelutarpeen arviointiin (15 §) perustuen. (Finne-Soveri ym., luku 1.5).

Kuntien haasteet

Kuntien haasteena on kehittää hyvinvointia edistäviä palveluja (12 §), toteuttaa kotihoitopainotteinen hoito, vähentää laitoshoidoa, kehittää korvaavia hoitomuotoja, tehostaa erikoissairaanhoidon käyttöä ja tervehdyttää vanhuspalveluiden palvelurakenne. Näitä haasteita varten vanhuspalvelulain kunnilta edellyttämä suunnitelma ikääntyneen väestön hyvinvoinnin tukemiseksi (5 §) ja sen seuranta toimii apuna. Ikääntyneiden asiakkaiden näkökantaa kuuleva suunnittelu (16 §) ja asiakkaiden asumis- ja hoitoympäristön muutostarpeet aineellisten ja aineettomien voimavarojen osalta ovat myös tärkeässä asemassa. Vanhuspalvelulain edellyttämää kotihoidon ensisijaisuutta (14 §) kehitettäessä kuntien suunnitelmiin tarvitaan myös suunnitelmat ilman läheisauttaja olevien henkilöiden tarpeista, sopimusomaishoidon ja tavallisen läheisavun piirissä olevien osalta. Lisäksi tarvitaan suunnitelmat ja toimenpideohjelmat niistä toimenpiteistä, joilla kehitetään erityisesti muistisairaiden kotona asumista (Finne-Soveri ym., luku 1.5).

Vanhuspalvelulain lähtötilanteen seuranta osoitti, että kunnissa, joilla oli jo suunnitelmat laadittuna oli paremmat seurantajärjestelmät ja arviot kunnan väestön palvelutarpeesta ja riskiväestöistä (Alastalo ym., luku 2.1). Valtakunnallista ja alueittaista tietoa iäkkään väestön tilanteesta tuottaa myös THL:n sähköinen seurantajärjestelmä, joka perustuu ATH-tutkimukseen. Se luo alueille hyvät edellytykset seurata iäkkäiden asukkaidensa hyvinvoinnin kehitystä, havaita mahdolliset uudet ongelmat ja kielteiset

kehityskulut mahdollisimman varhain ja käynnistää tehokkaita toimenpiteitä iäkkään väestön hyvinvoinnin edistämiseksi (Murto ym., luku 2.3). Erityisenä haasteena kunnissa on ikääntyneen väestön määrän kasvaessa ikääntyneen väestön hyvinvointia ja itsenäistä suoriutumista tukevien terveystarkastusten ja kotikäyntien lisääminen. Selkiyttämistä tarvitaan myös palveluohjaukseen ja palveluiden myöntämistä koskevaan päätöksentekoon (Alastalo ym., luku 2.1 ja Mäkelä ym., luku 3.2) sekä vanhusneuvostojen toimintamalleihin.

Valvonnan haasteet tarkentumassa

Viranomaisvalvontaa toteuttavat kunnat, Aluehallintovirastot ja Valvira. Valvonta voidaan nähdä perälautana, joka varmistaa palvelujen vähimmäistason. Miten ja millaiseksi palvelujen vähimmäistaso määritellään edellyttää vielä laajaa keskustelua suhteessa koettuun ja ammatilliseen hoidon laatuun sekä henkilöstörakenteeseen, -mitoitukseen ja johtamiseen. Kunnan oman viranomaisvalvonnan tehostaminen esimerkiksi omavalvontasuunnitelmien osalta, palvelujen laadun järjestelmällisessä seuraamisessa sekä viranomaisvalvonnan lisääminen ikäihmisten palveluiden ostopalveluissa on tarpeen (Aejmelaeus ym., luku 4.1).

Hyvä ja ammattitaitoinen valvonta voidaan nähdä olennaisena osana asiakas- ja potilasturvallisuutta. Haasteena on toteuttaa valvonta niin, että asiakkaiden oikeudet toteutuvat vaarantamatta palvelujen kehitystä, joustavuutta ja uusien innovaatioiden käyttöönottoa (Aejmelaeus ym., luku 4.1). Vanhuspalvelulain tavoitteena on parantaa iäkkään henkilön osallisuutta ja itsemääräämisoikeutta vanhuspalveluissa. Osallisuuden toteutuminen edellyttää, että iäkäs henkilö on tosiasiallisesti mukana läpi koko palveluprosessin ja että hänen henkilökohtaisia toiveitaan ja tarpeitaan kuullaan ja huomioidaan palvelujen toteuttamisessa. Vanhuus tai palvelujen piirissä oleminen ei vähennä henkilön itsemääräämisoikeutta. Vanhustenhuollossa ikääntyneiden itsemääräämisoikeuteen voidaan kuitenkin jossain tilanteissa joutua kohdistamaan rajoituksia. Näiden rajoitusten on oltava ikääntyneen henkilön oman tai muiden turvallisuuden tai hoidon ja hoivan toteuttamisen kannalta välttämättömiä. Itsemääräämisoikeuteen puututaan kuitenkin myös arkirutiineissa, joita ei aina tunnusteta ikääntyneen henkilön perusoikeuksiin puuttumisena. Nämä tilanteet näyttäytyvät valvontaviranomaisille usein tuen ja avun puuttumisena, joita ikääntyneet tarvitsevat itsemääräämisoikeutensa toteuttamiseksi. Ikääntynyt henkilö ei välttämättä saa tarvitsemaan tukea wc-käynteihin tai häntä pidetään alipukeutuneena liikkumisen estämiseksi. (Vidén ym., luku 4.2).

Osallisuutta ja itsemääräämisoikeutta tukevalla hoitokulttuurilla, riittävällä ja ammattitaitoisella henkilöstöllä sekä osaavalla johtamisella voidaan vaikuttaa merkittävästi asiakkaiden ja potilaiden itsemääräämisoikeuden toteutumiseen, todelliseen palvelutarpeisiin vastaamiseen sekä ihmisarvoa kunnioittavaan hoitoon ja hoivaan. Palveluntuottajat vastaavat tuottamiensa palvelujen laadusta, seurannasta ja valvonnasta, mikä tulee toteuttaa ensisijaisesti toimintayksikön omavalvonnan kautta. Omavalvon-

nalla varmistetaan toiminnan laatu, asianmukaisuus ja asiakas- ja potilasturvallisuus sekä tavoitellaan avointa toimintakulttuuria, jossa tarvittavat muutokset toteutuvat nopeasti ja läpinäkyvästi. (Vidén ym., luku 4.2).

Päätelmät

- ▶ Vanhuspalvelulaki ohjaa kuntia ja palveluntuottajia suunnitelmalliseen, järjestelmälliseen, monia palveluita yhdistävään, iäkkään henkilön toimintakykyä ja hyvinvointia tukevaan, ja iäkästä henkilöä osallistavaan toimintatapaan.
- ▶ Analyysin tulokset tilanteesta ennen vanhuspalvelulain voimaan tuloa Suomen iäkkään väestön hyvinvoinnista ja iäkkäiden henkilöiden saamista palveluista vahvistavat käsitystä siitä, että kunnilla ja palveluntuottajilla, joissa vanhuspalvelulain mukaista toimintatapaa on jo ryhdytty kehittämään, on muita paremmat edellytykset selviytyä väestön ikääntymiseen ja vanhuspalvelulain toimeenpanoon liittyvistä haasteista.
- ▶ Analyysin tulokset osoittavat kuntien ja palveluntuottajien kesken olevan suuria eroja toimintatavoissa ja onnistumisen edellytyksissä.
- ▶ Vanhuspalvelulain toimeenpanon seuranta muuttaa valvontakäytäntöjä ja painottaa palveluntuottajien omaavilvontaa ja julkisen seurantatiedon käyttöä.
- ▶ Monissa kunnissa ikääntyneen väestön hyvinvointia seurataan ja tuetaan monin keinoin ja palvelutarpeiden selvittäminen sekä integroitujen ja koordinoitujen palveluiden suunnittelu ja ohjaus ovat vakiintunutta todellisuutta.
- ▶ Monet palveluntuottajat, mutta eivät kaikki, ovat varmistaneet henkilökuntansa osaamisen, riittävyuden ja johtamisen sekä laatutulostensa seurannan asiakkaidensa palvelutarpeiden mukaisiksi.
- ▶ Vaikka väestö ikääntyy ja palvelutarve sen myötä kasvaa, ikääntyvien terveyden ja toimintakyvyn koheneminen kuitenkin vähentää ennakoitua palvelutarpeen kasvua. Tämä myös näkyy palvelurakenteen ikävakioidussa muutoksessa.
- ▶ Todellinen haaste on palvelutarpeiden selvittämisen ja palveluiden koordinaation kehittäminen niin, että myös iäkkäät muistisairaavat saavat tarpeidensa mukaiset toimintakykyä tukevat palvelut kotiin.
- ▶ Iäkkään väestön osallisuus ja asiakkaiden omien näkemysten kuuleminen eivät aina toteudu.
- ▶ Vanhuspalvelulain toimeenpanon seuranta jatkuu syksyllä 2014, jolloin nähdään mitä muutoksia nyt raportoituun tilanteeseen nähden on tapahtunut.

Liite 1 Vanhuspalveluaki 980/2012

SUOMEN SÄÄDÖSKOKOELMA

Julkaistu Helsingissä 31 päivänä joulukuuta 2012

980/2012

L a k i

ikäntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista

Annettu Helsingissä 28 päivänä joulukuuta 2012

Eduskunnan päätöksen mukaisesti säädetään:

1 luku

Yleiset säännökset

1 §

Lain tarkoitus

Lain tarkoituksena on:

- 1) tukea ikääntyneen väestön hyvinvointia, terveyttä, toimintakykyä ja itsenäistä suoriutumista;
- 2) parantaa ikääntyneen väestön mahdollisuutta osallistua elinoloihinsa vaikuttavien päätösten valmisteluun ja tarvitsemiensa palvelujen kehittämiseen kunnassa;
- 3) parantaa iäkkään henkilön mahdollisuutta saada laadukkaita sosiaali- ja terveyspalveluja sekä ohjausta muiden tarjolla olevien palvelujen käyttöön yksilöllisten tarpeitensa mukaisesti ja riittävän ajoissa silloin, kun hänen heikentynyt toimintakykynsä sitä edellyttää; sekä
- 4) vahvistaa iäkkään henkilön mahdollisuutta vaikuttaa hänelle järjestettävien sosiaali- ja terveyspalvelujen sisältöön ja toteuttamistapaan sekä osaltaan päättää niitä koskevista valinnoista.

2 §

Sovellettamisala ja suhde muuhun lainsäädäntöön

Tässä laissa säädetään:

- 1) kunnan velvollisuudesta huolehtia ikääntyneen väestönsä hyvinvoinnin, terveyden ja toimintakyvyn ja itsenäisen suoriutumisen tukemisesta sekä iäkkäiden henkilöiden tarvitsemien sosiaali- ja terveyspalvelujen turvaamisesta kunnassa;
 - 2) iäkkään henkilön palvelutarpeiden selvittämisestä ja niihin vastaamisesta;
 - 3) iäkkäille henkilöille järjestettävien palvelujen laadun varmistamisesta.
- Tätä lakia sovelletaan 1 momentissa tarkoitettuihin asioihin sen lisäksi, mitä niistä säädetään:
- 1) sosiaalihuoltolaissa (710/1982);
 - 2) terveydenhuoltolaissa (1326/2010);
 - 3) omaishoidon tuesta annetussa laissa (937/2005);
 - 4) vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista annetussa laissa (380/1987);
 - 5) kehitysvammaisten erityishuollosta annetussa laissa (519/1977);

- 6) päihdehuoltolaissa (41/1986);
- 7) mielenterveyslaissa (1116/1990);
- 8) sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista annetussa laissa (812/2000);
- 9) potilaan asemasta ja oikeuksista annetussa laissa (785/1992);
- 10) yksityisistä sosiaalipalveluista annetussa laissa (922/2011);
- 11) yksityisestä terveydenhuollosta annetussa laissa (152/1990).

Mitä tässä laissa säädetään kunnasta, sovelletaan myös kunta- ja palvelurakennemuodistuksesta annetussa laissa (169/2007) tarkoitettuun yhteistoiminta-alueeseen.

3 §

Määritelmät

Tässä laissa tarkoitetaan:

- 1) *ikääntyneellä väestöllä* vanhuuseläkkeeseen oikeuttavassa iässä olevaa väestöä;
- 2) *iäkkäällä henkilöllä* henkilöä, jonka fyysinen, kognitiivinen, psyykinen tai sosiaalinen toimintakyky on heikentynyt korkeaan myötä alkaneiden, lisääntyneiden tai pahentuneiden sairauksien tai vammojen vuoksi taikka korkeaan ikään liittyvän rappeutumisen johdosta;
- 3) *toimintayksiköllä* julkisen tai yksityisen palveluntuottajan ylläpitämää toiminnallista kokonaisuutta, jossa tuotetaan sosiaali- tai terveyspalveluja pääasiassa iäkkäille henkilöille siten, että palvelut toteutetaan palveluntuottajan tiloissa tai iäkkään henkilön yksityiskodissa.

2 luku

Kunnan yleiset velvollisuudet

4 §

Yhteistyö

Kunnan eri toimialojen on toimittava yhteistyössä ikääntyneen väestön hyvinvoinnin, terveyden, toimintakyvyn ja itsenäisen suoriutumisen tukemiseksi.

Lisäksi kunnan on tehtävä yhteistyötä kunnassa toimivien julkisten tahojen, yritysten sekä ikääntynyttä väestöä edustavien järjestöjen ja muiden yleishyödyllisten yhteisöjen

kanssa ikääntyneen väestön hyvinvoinnin, terveyden, toimintakyvyn ja itsenäisen suoriutumisen tukemiseksi.

5 §

Suunnitelma ikääntyneen väestön tukemiseksi

Kunnan on laadittava suunnitelma toimenpiteistään ikääntyneen väestön hyvinvoinnin, terveyden, toimintakyvyn ja itsenäisen suoriutumisen tukemiseksi sekä iäkkäiden henkilöiden tarvitsemien palvelujen ja omaishoidon järjestämiseksi ja kehittämiseksi. Suunnittelussa on painotettava kotona asumista ja kuntoutumista edistäviä toimenpiteitä. Suunnitelma on laadittava osana kunnan strategista suunnittelua. Suunnitelman hyväksyy kunnanvaltuusto ja se on tarkistettava valtuustokausittain.

Edellä 1 momentissa tarkoitettua suunnitelmassa on:

- 1) arvioitava ikääntyneen väestön hyvinvoinnin tilaa, ikääntyneelle väestölle tarjolla olevien palvelujen riittävyttä ja laatua sekä ikääntyneen väestön palvelutarpeeseen vaikuttavia tekijöitä;
- 2) määriteltävä tavoitteet ikääntyneen väestön hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja itsenäisen suoriutumisen tukemiseksi sekä ikääntyneelle väestölle tarjottavien palvelujen määrän ja laadun kehittämiseksi;
- 3) määriteltävä toimenpiteet, joilla kunta vastaa 2 kohdassa tarkoitettujen tavoitteiden toteutumisesta, sekä arvioitava voimavarat, jotka kunnassa tarvitaan toimenpiteiden toteuttamiseksi;
- 4) määriteltävä kunnan eri toimialojen vastuut 3 kohdassa tarkoitettujen toimenpiteiden toteuttamisessa; sekä
- 5) määriteltävä, miten kunta toteuttaa yhteistyötä 4 §:n 2 momentissa tarkoitettujen tahojen kanssa.

Kunnan on otettava suunnitelma huomioon valmisteltaessa ikääntyneen väestön asemaan ja iäkkäiden henkilöiden tarvitsemiin palveluihin vaikuttavaa kunnan päätöksentekoa, kuntalain (365/1995) 65 §:ssä tarkoitettua talousarviota ja -suunnitelmaa sekä terveydenhuoltolain 12 §:n 1 momentissa tarkoitettua raporttia ja hyvinvointikertomusta.

6 §

Palvelujen riittävyyden ja laadun arviointi

Sen lisäksi, mitä 5 §:n 2 momentin 1 kohdassa säädetään, kunnan sosiaalihuollosta vastaavan toimielimen on vuosittain arviotava iäkkäiden henkilöiden tarvitsemien sosiaalipalvelujen riittävyyttä ja laatua alueellaan.

Palvelujen laadun ja riittävyyden arvioimiseksi kunnan on kerättävä säännöllisesti palautetta palveluja käyttäviltä, heidän omaisiltaan ja läheisiltään sekä kunnan henkilöstöltä. Lisäksi kunnan on koottava tiedot palveluihin käytetyistä taloudellisista voimavaroista sekä henkilöstön määrästä ja koulutuksesta. Arvioinnissa on lisäksi otettava huomioon sosiaaliamiehen vuosittaisessa selvityksessä esitetyt havainnot.

7 §

Palvelujen saatavuus ja saavutettavuus

Kunnan on järjestettävä ikääntyneen väestön sosiaalipalvelut sisällöltään, laadultaan ja laajuudeltaan sellaisina kuin kunnan ikääntyneen väestön hyvinvointi, sosiaalinen turvallisuus ja toimintakyky edellyttävät. Palvelut on järjestettävä niin, että ne ovat kunnan ikääntyneen väestön saatavissa yhdenvertaisesti.

Kunnan on järjestettävä 1 momentissa tarkoitetut sosiaalipalvelut lähellä asiakkaita, jollei palvelujen keskittäminen ole perusteltua niiden laadun ja turvallisuuden kannalta.

8 §

Palvelujen kieli

Yksikielisen kunnan ja kuntayhtymän on järjestettävä tässä laissa tarkoitetut ikääntyneen väestön hyvinvointia edistävät palvelut sekä iäkkään henkilön palvelutarpeiden selvittämiseen ja niihin vastaamiseen liittyvät palvelut kunnan tai kuntayhtymän kielellä. Kaksikielisen kunnan ja kaksikielisiä tai sekä suomen- että ruotsinkielisiä kuntia käsittävän kuntayhtymän on järjestettävä nämä palvelunsa suomen ja ruotsin kielellä siten, että palvelujen käyttäjä saa palvelut valitsema-

laan kielellä. Oikeudesta käyttää suomen tai ruotsin kieltä, tulla kuulluksi ja saada toimituskirjat suomen tai ruotsin kielellä sekä oikeudesta tulkkaukseen näitä kieliä viranomaisissa käytettäessä säädetään kielilain (423/2003) 10, 18 ja 20 §:ssä.

Kunnan ja kuntayhtymän on lisäksi huolehdittava siitä, että Pohjoismaiden kansalaiset voivat 1 momentissa tarkoitettuja palveluja käyttäessään tarvittaessa käyttää omaa kieltään, suomen, islannin, norjan, ruotsin tai tanskan kieltä. Kunnan ja sairaanhoitopiirin kuntayhtymän on tällöin mahdollisuuksien mukaan huolehdittava siitä, että Pohjoismaiden kansalaiset saavat tarvittavan tulkkaus- ja käännösavun.

Oikeudesta käyttää saamen kieltä säädetään saamen kielilain (1086/2003).

9 §

Kunnan voimavarat

Sen lisäksi, mitä terveydenhuoltolain 4 §:n 1 momentissa säädetään voimavarojen osoittamisesta terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen sekä terveydenhuollon palveluihin, kunnan on osoitettava tämän lain 5 §:ssä tarkoitetun suunnitelman toteuttamiseksi riittävät voimavarat ikääntyneen väestön toimintakyvyn ja itsenäisen suoriutumisen tukemiseen sekä iäkkäille henkilöille järjestettäviin sosiaalipalveluihin, jotka ovat kunnan peruspalvelujen valtionosuuden perusteena.

Lisäksi kunnan on tuettava ikääntyneen väestön hyvinvointia, terveyttä, toimintakykyä ja itsenäistä suoriutumista osoittamalla voimavaroja muihinkin kuin 1 momentissa tarkoitettuihin toimintoihin.

10 §

Asiantuntemus

Kunnan käytettävissä on oltava ikääntyneen väestön hyvinvoinnin, terveyden, toimintakyvyn ja itsenäisen suoriutumisen tukemista sekä iäkkäiden henkilöiden tarvitsemien sosiaali- ja terveystalvelujen laadukasta järjestämistä varten riittävästi monipuolista asiantuntemusta. Erityisasiantuntemusta on oltava ainakin hyvinvoinnin ja terveyden

edistämisen, gerontologisen hoito- ja sosiaalityön, geriatrian, lääkehoidon, ravitsemuksen, monialaisen kuntoutuksen sekä suun terveydenhuollon alalta.

11 §

Vanhusneuvosto

Sen lisäksi, mitä kuntalain 27 §:ssä säädetään kunnan asukkaiden osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuuksista, kunnan on asetettava ikääntyneen väestön osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuuksien varmistamiseksi vanhusneuvosto ja huolehdittava sen toimintaedellytyksistä.

Vanhusneuvosto on otettava mukaan 5 §:ssä tarkoitetun suunnitelman valmisteluun ja 6 §:ssä tarkoitettuun arviointiin. Lisäksi neuvostolle on muutoinkin annettava mahdollisuus vaikuttaa kunnan eri toimialojen toiminnan suunnitteluun, valmisteluun ja seurantaan asioissa, joilla on merkitystä ikääntyneen väestön hyvinvointiin, terveyden, osallisuuden, elinympäristön, asumisen, liikkumisen tai päivittäisistä toiminnoista suoriutumisen taikka ikääntyneen väestön tarvitsemien palvelujen kannalta.

12 §

Hyvinvointia edistävät palvelut

Kunnan on järjestettävä ikääntyneen väestön hyvinvointia, terveyttä, toimintakykyä ja itsenäistä suoriutumista tukevia neuvontapalveluja.

Lisäksi kunnan on tarjottava hyvinvointia, terveyttä, toimintakykyä ja itsenäistä suoriutumista tukevia terveystarkastuksia, vastaanottoja tai kotikäyntejä erityisesti niille ikääntyneeseen väestöön kuuluville, joiden elinoloihin tai elämäntilanteeseen arvioidaan tutkimustiedon tai yleisen elämäkokemuksen perusteella liittyvän palvelutarvetta lisääviä riskitekijöitä.

Edellä 1 ja 2 momentissa tarkoitettuihin palveluihin on sisällytettävä:

1) hyvinvoinnin, terveellisten elintapojen ja toimintakyvyn edistämiseen sekä sairauksien, tapaturmien ja onnettomuuksien ehkäisyyn tähtäävä ohjaus;

2) ikääntyneen väestön terveyden ja toimintakyvyn heikkenemisestä aiheutuvien sosiaalisten ja terveydellisten ongelmien tunnistaminen ja niihin liittyvä varhainen tuki;

3) sosiaalihuoltoa ja muuta sosiaaliturvaa koskeva ohjaus;

4) sairaanhoitoa, monialaista kuntoutusta ja turvallista lääkehoitoa koskeva ohjaus; sekä

5) ohjaus kunnassa tarjolla olevien hyvinvointia, terveyttä, toimintakykyä ja itsenäistä suoriutumista edistävien palvelujen käyttöön.

3 luku

Iäkkään henkilön palvelutarpeet ja niihin vastaaminen

13 §

Palvelutarpeisiin vastaamista ohjaavat yleiset periaatteet

Kunnan on järjestettävä iäkkäälle henkilölle laadukkaita sosiaali- ja terveystalvveluja, jotka ovat hänen tarpeisiinsa nähden oikea-aikaisia ja riittäviä.

Palvelut on toteutettava niin, että ne tukevat iäkkään henkilön hyvinvointia, terveyttä, toimintakykyä, itsenäistä suoriutumista ja osallisuutta. Muun palvelutarpeen ennalta ehkäisemiseksi on kiinnitettävä huomiota erityisesti kuntoutumista edistäviin ja kotiin annettaviin palveluihin.

Edellä 12 §:n 3 momentissa tarkoitettua ohjausta on tarpeen mukaan sisällytettävä kaikkiin iäkkäille henkilöille järjestettäviin sosiaali- ja terveystalvveluihin.

14 §

Pitkäaikaisen hoidon ja huolenpidon toteuttamista ohjaavat periaatteet

Kunnan on toteutettava iäkkään henkilön pitkäaikainen hoito ja huolenpito ensisijaisesti hänen yksityiskotiinsa tai muuhun kodinomaiseen asuinpaikkaansa järjestettävillä sosiaali- ja terveystalvveluilla, jotka sovitetaan sisällöltään ja määrältään vastaamaan iäkkään henkilön kulloisiakin palvelutarpeita. Pitkäaikainen hoito ja huolenpito voidaan toteuttaa laitoshoidona vain, jos siihen

on lääketieteelliset perusteet tai jos se on iäkkään henkilön arvokkaan elämän ja turvallisen hoidon kannalta muuten perusteltua.

Pitkäaikaista hoitoa ja huolenpitoa turvaavat sosiaali- ja terveyspalvelut on toteutettava niin, että iäkäs henkilö voi kokea elämänsä turvalliseksi, merkitykselliseksi ja arvokkaaksi ja että hän voi ylläpitää sosiaalista vuorovaikutusta sekä osallistua mielekkäiseen, hyvinvointia, terveyttä ja toimintakykyä edistävään ja ylläpitävään toimintaan. Iäkkäille avio- ja avopuolisoille on järjestettävä mahdollisuus asua yhdessä.

Kunnan on turvattava iäkkään henkilön pitkäaikaisen hoitojärjestelyn pysyvyys, jollei järjestelyä ole aiheellista muuttaa iäkkään henkilön toivomuksen tai hänen palveluntarpeidensa muutoksen johdosta taikka muusta erityisen painavasta ja perustellusta syystä.

15 §

Palveluntarpeiden selvittäminen

Kunta vastaa siitä, että iäkkään henkilön sosiaali- ja terveydenhuollon sekä muiden hänen hyvinvointiaan, terveyttään, toimintakykyään ja itsenäistä suoriutumistaan tukevien palvelujen tarve selvitetään kokonaisvaltaisesti yhdessä iäkkään henkilön ja tarvittaessa hänen omaisensa, läheisensä tai hänelle määrätyn edunvalvojan kanssa. Palveluntarpeiden selvittämisestä vastaa työntekijä, jolla on laaja-alaista asiantuntemusta sekä tarkoitukseenmukainen sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön kelpoisuusvaatimuksista annetussa laissa (272/2005) tai terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain (559/1994) 2 §:ssä tarkoitettu kelpoisuus. Palveluntarpeiden selvittämisestä vastaavan työntekijän on toimittava iäkkään henkilön tarpeita vastavasti yhteistyössä muiden 10 §:ssä tarkoitettujen asiantuntijoiden kanssa.

Selvittäminen on aloitettava viipymättä ja saatettava loppuun ilman aiheetonta viivytystä sen jälkeen, kun:

1) iäkäs henkilö on hakeutunut sosiaalihuoltolain 40 a §:ssä tarkoitettuun sosiaalipalvelujen tarpeen arviointiin;

2) iäkäs henkilö on tehnyt kunnalle sosiaalipalveluja koskevan hakemuksen saadakseen sosiaalipalveluja toimintakykynsä tukemi-

seksi tai suoriutuakseen tavanomaisista elämän toiminnoista;

3) 12 §:ssä tarkoitettujen toiminnan yhteydessä on yhdessä iäkkään henkilön kanssa arvioitu, että hän tarvitsee säännöllisesti apua toimintakykynsä tukemiseksi tai suoriutuakseen tavanomaisista elämän toiminnoista;

4) iäkkään henkilön palveluntarpeesta on tehty 25 §:ssä tarkoitettu ilmoitus, ja selvittäminen on iäkkään henkilön taikka hänen omaisensa, läheisensä tai hänelle määrätyn edunvalvojan mielestä tarpeen sen johdosta; taikka

5) kunnan järjestämiä sosiaalipalveluja säännöllisesti saavan iäkkään henkilön olosuhteissa tapahtuu olennaisia muutoksia.

Palveluntarpeiden selvittämisen yhteydessä on arvioitava iäkkään henkilön toimintakyky monipuolisesti ja luotettavia arviointivälineitä käyttäen. Toimintakykyä arvioitaessa on selvittävä, miltä osin iäkäs henkilö pystyy suoriutumaan tavanomaisista elämän toiminnoista asuin- ja toimintaympäristössään, ja missä asioissa hän tarvitsee tukea ja apua. Arvioinnissa on otettava huomioon iäkkään henkilön fyysinen, kognitiivinen, psyykinen ja sosiaalinen toimintakyky sekä hänen ympäristönsä esteettömyyteen, asumisensa turvallisuuteen ja lähipalvelujensa saatavuuteen liittyvät tekijät.

16 §

Palvelusuunnitelma

Kunta vastaa siitä, että iäkkäälle henkilölle laaditaan sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista annetun lain 7 §:ssä tarkoitettu suunnitelma (*palvelusuunnitelma*). Suunnitelma on laadittava ilman aiheetonta viivytystä sen jälkeen, kun iäkkään henkilön palveluntarve on selvitetty, jollei kyseessä ole tilapäinen neuvonta ja ohjaus tai jollei suunnitelman laatiminen muutoin ole ilmeisen tarpeetonta.

Palvelusuunnitelmassa on määriteltävä iäkkään henkilön toimintakykyä koskevan arvon perusteella, millainen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen kokonaisuus tarvitaan hänen hyvinvointinsa, terveytensä, toimintakykynsä ja itsenäisen suoriutumisensa tukemiseksi sekä hänen hyvän hoitonsa turvaami-

seksi. Iäkkään henkilön ja tarvittaessa hänen omaisensa, läheisensä tai hänelle määrätyn edunvalvojan kanssa on neuvoteltava vaihtoehtoista kokonaisuuden muodostamiseksi. Iäkkään henkilön näkemykset vaihtoehtoista on kirjattava suunnitelmaan.

Palvelusuunnitelma on tarkistettava ilman aiheetonta viivytystä aina silloin, kun iäkkään henkilön toimintakyvyssä tapahtuu hänen palveluntarpeeseensa vaikuttavia olennaisia muutoksia.

17 §

Vastuutyöntekijä

Kunnan on nimettävä iäkkäälle henkilölle vastuutyöntekijä, jos hän tarvitsee apua palvelujen toteuttamiseen ja yhteensovittamiseen liittyvissä asioissa.

Vastuutyöntekijän tehtävänä on:

1) seurata yhdessä iäkkään henkilön ja tarvittaessa hänen omaistensa, läheistensä tai hänelle määrätyn edunvalvojan kanssa palvelusuunnitelman toteutumista sekä iäkkään henkilön palveluntarpeiden muutoksia;

2) olla tarvittaessa yhteydessä sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisestä vastaaviin ja muihin tahoihin iäkkään henkilön tarpeisiin vastaamiseksi; sekä

3) neuvoa ja auttaa iäkkästä henkilöä palvelujen ja etuuksien saantiin liittyvissä asioissa.

Vastuutyöntekijällä on oltava iäkkään henkilön palvelukokonaisuuden kannalta tarkoituksenmukainen sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön kelpoisuusvaatimuksista annetussa laissa tai terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain 2 §:ssä tarkoitettu kelpoisuus.

18 §

Päätös sosiaalipalvelujen myöntämisestä ja oikeus palveluihin

Kunnan on tehtävä päätös iäkkään henkilön kiireellisesti tarvitsemien sosiaalipalvelujen myöntämisestä kirjallisen tai suullisen hakemuksen johdosta ja järjestettävä myönnetty palvelut viipymättä siten, ettei iäkkään henkilön oikeus välttämättömään huolenpitoon vaarannu.

Päätös muiden kuin kiireellisten sosiaalipalvelujen myöntämisestä on tehtävä ilman aiheetonta viivytystä sen jälkeen, kun kirjallinen tai suullinen hakemus on tullut vireille. Iäkkäällä henkilöllä on oikeus saada hänelle myönnettyt muut kuin kiireelliset sosiaalipalvelut ilman aiheetonta viivytystä ja viimeistään kolmen kuukauden kuluttua päätöksen teosta.

Päätöstä tehtäessä on otettava huomioon, mitä 13 ja 14 §:ssä säädetään. Sosiaalipalvelujen riittävyyden määrittelyn perustana on pidettävä 15 §:ssä tarkoitettua palveluntarpeiden selvittämistä sekä palvelusuunnitelmaa, jos se on tehty.

4 luku

Palvelujen laadun varmistaminen

19 §

Palvelujen laatu

Iäkkäälle henkilölle tarjottavien sosiaali- ja terveyspalvelujen on oltava laadukkaita ja niiden on turvattava hänelle hyvä hoito ja huolenpito.

20 §

Henkilöstö

Toimintayksikössä on oltava henkilöstö, jonka määrä, koulutus ja tehtävarakenne vastaavat toimintayksikön palveluja saavien iäkkäiden henkilöiden määrää ja heidän toimintakykynsä edellyttämää palvelun tarvetta ja joka turvaa heille laadukkaat palvelut.

Jos toimintayksikön tiloissa hoidettavana olevan iäkkään henkilön toimintakyky on alentunut siten, että hän tarvitsee huolenpitoa vuorokaudenajasta riippumatta, toimintayksikössä on oltava riittävästi henkilöstöä kaikkina vuorokauden aikoina.

21 §

Johtaminen

Toimintayksikössä on oltava johtaja, joka vastaa siitä, että asiakastyössä noudatetaan 13, 14 ja 19 §:ssä säädettyjä periaatteita sekä

että palvelut täyttävät muutkin niille asetetut vaatimukset.

Toimintaa on johdettava siten, että se tukee laadukasta asiakaslähtöisten sosiaali- ja terveyspalvelujen kokonaisuutta, kuntouttavan työotteen edistämistä, eri viranomaisten ja ammattiryhmien yhteistyötä sekä toimintatapojen kehittämistä.

22 §

Toimitilat

Palveluntuottajan on huolehdittava siitä, että iäkkäiden henkilöiden käytössä olevat palveluntuottajan toimitilat ovat riittävät, turvalliset, esteettömät, kodikkaat sekä muutenkin olosuhteiltaan sopivat heidän tarpeisiinsa nähden.

23 §

Oma- ja valvonta

Toimintayksikön johtajan on huolehdittava, että toimintayksikössä järjestetään oma- ja valvonta palvelujen laadun, turvallisuuden ja asianmukaisuuden varmistamiseksi. Oma- ja valvontaa varten on laadittava oma- ja valvontasuunnitelma, joka on pidettävä julkisesti nähtävänä. Suunnitelman toteutumista on seurattava ja palveluja kehitettävä toimintayksikön palveluja saavilta iäkkäiltä henkilöiltä, heidän omaisiltaan ja läheisiltään sekä toimintayksikön henkilöstöltä säännöllisesti kerättävän palautteen perusteella.

Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto voi antaa tarkempia määräyksiä oma- ja valvontasuunnitelman sisällöstä, laatimisesta ja seurannasta.

24 §

Viranomaisvalvonta

Iäkkäille henkilöille tarkoitettujen palvelujen valvontaan ja toimenpiteisiin valvonnan yhteydessä havaittujen puutteiden korjaamiseksi sovelletaan, mitä sosiaalihuoltolain 55—57 §:ssä, yksityisistä sosiaalipalveluista annetun lain 4 luvussa, kansanterveyslain (66/1972) 42—45 §:ssä ja yksityisestä ter-

veydenhuollosta annetun lain 4 ja 5 luvussa säädetään.

5 luku

Erinäiset säännökset

25 §

Ilmoittaminen iäkkään henkilön palveluntarpeesta

Jos terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetussa laissa tarkoitettu terveydenhuollon ammattihenkilö taikka kunnan sosiaalitoimen, alueen pelastustoimen, hätäkeskuksen tai poliisin palveluksessa oleva on tehtävässään saanut tiedon sosiaali- tai terveydenhuollon tarpeesta olevasta iäkkästä henkilöstä, joka on ilmeisen kykenemätön vastaamaan omasta huolenpidostaan, terveydestään tai turvallisuudestaan, hänen on salassapitosäännösten estämättä ilmoitettava asiasta viipymättä kunnan sosiaalihuollosta vastaavalle viranomaiselle.

Sen lisäksi, mitä 1 momentissa säädetään, terveydenhuollon ammattihenkilön on ilmoitettava kunnan sosiaalihuollosta vastaavalle viranomaiselle iäkkään henkilön kotiuttamisesta terveydenhuollon laitoshoidosta. Ilmoitus on tehtävä hyvissä ajoin ennen kotiuttamista.

Muu kuin 1 momentissa tarkoitettu henkilö voi tehdä ilmoituksen häntä koskevien salassapitosäännösten estämättä.

26 §

Odotusaikojen julkaiseminen

Kunnan on julkaistava ainakin puolivuositain tiedot siitä, missä ajassa iäkäs henkilö voi saada hakemansa sosiaalipalvelut. Tiedot on julkaistava sellaisia menetelmiä käyttäen, että iäkkäillä henkilöillä on tosiasiallinen mahdollisuus tietojen saamiseen.

27 §

Suunnittelu ja rahoitus

Jollei lailla toisin säädetä, kunnan tämän lain nojalla järjestämään toimintaan sovelle-

taan sosiaali- ja terveydenhuollon suunnitelusta ja valtionavustuksesta annettua lakia (733/1992) sekä kunnan peruspalvelujen valtionosuudesta annettua lakia (1704/2009).

28 §

Voimaantulo

Tämä laki tulee voimaan 1 päivänä heinäkuuta 2013.

Helsingissä 28 päivänä joulukuuta 2012

Lain 5 ja 6 §:ää sovelletaan kuitenkin vasta 1 päivästä tammikuuta 2014 sekä lain 17 ja 23 §:ää 1 päivästä tammikuuta 2015.

Kunnan käytettävissä on oltava erityisasiantuntemusta 10 §:ssä mainituilta aloilta viimeistään 1 päivänä tammikuuta 2015.

Lain 11 §:ssä tarkoitettu vanhusneuvosto on asetettava viimeistään 1 päivästä tammikuuta 2014.

Ennen lain voimaantuloa voidaan ryhtyä lain täytäntöönpanon edellyttämiin toimiin.

Tasavallan Presidentti

SAULI NIINISTÖ

Peruspalveluministeri *Maria Guzenina-Richardson*

Liite 2 STM:n kirje 24.1.2013; STM/461/2013

■
SOSIAALI- JA
TERVEYSMINISTERIÖ

KIRJE

657711

24.01.2013

STM/461/2013

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
Pääjohtaja Pekka Puska
PL 30
00271 Helsinki

VANHUSPALVELULAIN TOIMEENPANOON TUKEI, SEURANTA JA ARVIOINTI

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista (nk. vanhuspallvelulaki 980/2012) tulee voimaan 1.7.2013.

Hyväksyessään lakiehdotuksen eduskunta edellytti, että hallitus arvioi henkilöstömitoituksen toteutumisen vanhuspallvelulaisla tarkoitettulla tavalla vuoden 2014 aikana. Lisäksi eduskunta edellytti, että hallitus seuraa ja arvioi lain tavoitteiden toteutumista ja vaikutusta erityisesti

- ikääntyneen väestön hyvinvointiin, terveyteen ja toimintakykyyn
- sosiaali- ja terveyspalvelujen saatavuuteen sekä
- kunnille aiheutuviin kustannuksiin.

Syksyn 2012 budjettiriihessä hallitus teki sopimuksen, jonka mukaan sosiaali- ja terveysministeriö uudistaa ikäihmisten palvelujen laatusuositukset kotihoidon osalta 1.7.2013 mennessä sekä kehittää hoidon laadun ja hoitoisuuden mitareita yhteistyössä mm. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen kanssa. Samalla sovittiin, että ympärivuorokautisen hoidon laatua parannetaan varmistamalla laatusuositusten toteutuminen niin, että hoitajamitoitus on vähintään 0,5:n tasolla. Sopimuksen mukaan laatusuositusten vaikutusarviointi toteutetaan vuoden 2014 loppuun mennessä.

Lain toimeenpanon tukeminen, seuranta ja arviointi edellyttävät Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen sekä Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontaviraston asiantuntemusta. Edellä mainitut tehtävät kuuluvat lähtökohtaisesti kummankin laitoksen hoidettaviksi suoraan lain¹ nojalla ja normaalin rahoituksen turvin. Koska tässä tapauksessa laitoksilta edellytetään vuosina 2013 – 2014 tavallista merkittävämpää panostusta, tarkoitukseen voidaan käyttää valtion vuoden 2013 talousarvioon momentille 33.60.38 varattua erillistä määrärahaa, joka on osoitettu vanhuspallvelulain toimeenpanon tukea varten. Sosiaali- ja terveysministeriö on päättänyt, että momentin määrärahasta (5 757 000 euroa) käytetään 5 milj. euroa kuntien ja kuntayhtymien kehittämishankkeisiin osoitetuihin valtionavustuksiin. Tässä kirjeessä tarkoitettuihin Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen sekä Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontaviraston tehtäviin on käytettävissä laitosten oman rahoituksen lisäksi loput momentin määräraha eli 757 000 euroa.

¹ Mm. laki Terveyden- ja hyvinvoinnin laitoksesta (668/2008) 1-2 § ja laki Sosiaalialan lupa- ja valvontavirastosta (1263/2010) 1-2 §)



Sosiaali- ja terveysministeriö pyytää sekä Terveyden ja hyvinvoinnin laitosta että Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirastoa laatimaan suunnitelman niistä toimenpiteistään, joilla laitos voisi asiantuntemuksensa ja toimenkuvansa perusteella parhaiten osallistua vanhuspalvelulain toimeenpanon tukemiseen, seurantaan ja arviointiin. Suunnitelmassa pyydetään arvioimaan toimenpiteisiin tarvittavien henkilöstöresurssien määrä sekä muut mahdolliset lisäkustannuksia aiheuttavat tekijät. Sosiaali- ja terveysministeriö tekee päätöksen määrärahan kohdentamisesta laitoksille.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitokselta pyydetään erityisesti vahvaa panostusta käytännönläheisen informaatio-ohjauksen, kuten sähköisen käsikirjan, tuottamisessa lain toimeenpanon tueksi. Lisäksi laitosta pyydetään suunnittelemaan järjestelmällinen tiedon tuottaminen lain vaikutusten seurantaan, arviointia ja raportointia varten siten, että kootun tiedon avulla saadaan kuva tilanteesta ennen lain voimaantuloa ja lain voimaantulon jälkeen. Seurannan, arvioinnin ja raportoinnin tulee kohdistua kuntien toimenpiteisiin ikääntyneen väestön hyvinvoinnin, terveyden ja toimintakyvyn tukemiseksi (lain 2 luku), iäkkäiden henkilöiden palvelutarpeisiin vastaamiseen (lain 3 luku), iäkkäille tarjottavien palvelujen laatuun (lain 4 luku), sekä kunnille lain toimeenpanosta aiheutuviin kustannuksiin. Toimenpiteet tulee toteuttaa hyödyntäen laitoksen laaja-alaista asiantuntemusta sekä tehden tarpeen mukaan yhteistyötä laitoksen ulkopuolisten tahojen kanssa. Lisäksi tehtävissä tulee hyödyntää laitoksen käytettävissä olevia monipuolisia tietovarantoja ja tarvittavia uusia tiedonkeruita.

Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontaviraston pyydetään vastaavasti kohdistavan laillisuusvalvontaa monipuolisesti lain eri sisältöalueisiin ja iäkkäille tarkoitettuihin palveluihin. Laitokselta toivotaan erityisesti selvitystä siitä, millainen on iäkkäiden asiakkaiden hoidon ja huolenpidon laatu ympärivuorokautista hoitoa tarjoavissa toimintayksiköissä ennen lain voimaantuloa ja vuoden 2014 lopulla. Huomiota tulee kiinnittää henkilöstömitoitusten lisäksi muihinkin hoidon laatua kuvaaviin tekijöihin.

Sosiaali- ja terveysministeriö edellyttää, että Terveyden ja hyvinvoinnin laitos ja Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto toimivat yhteistyössä sekä suunnitelmaa laatiessaan että sitä toteuttaessaan.

Laitoksia pyydetään toimittamaan suunnitelmat ministeriöön 28.2.2013 mennessä. Suunnitelmien yksityiskohdista neuvotellaan tarvittaessa tarkemmin laitojen ja ministeriön kesken.

Lisätietoja antavat johtaja Päivi Voutilainen ja hallitusneuvos Riitta Kuusisto.

Osastopäällikkö Eija Koivuranta

Osastopäällikkö Aino-Inkeri Hansson

Johtaja Päivi Voutilainen



JAKELU	Terveyden ja hyvinvoinnin laitos Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto
TIEDOKSI	Peruspalveluministeri Maria Guzenina-Richardson Valtiosihteeri Sinikka Näätsaari Kansliapäällikkö Päivi Sillanaukee



Liite 3 THL:n ja Valviran vanhuspalvelulain seuranta- tutkimus, erilliskyselyjen aineistonkuvaus

Teppo Jussmäki, Suvi Peltola, Anja Noro

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista tuli voimaan 1.7.2013. Eduskunta edellytti vanhuspalvelulakiin liittyvässä vastauksessa (EV 162/2012 vp) muun muassa, että hallitus seuraa ja arvioi lain tavoitteiden toteutumista ja vaikutusta erityisesti ikääntyneen väestön hyvinvointiin, terveyteen ja toimintakykyyn ja sosiaali- ja terveyspalvelujen saatavuuteen ja kunnille aiheutuviin kustannuksiin.

STM lähetti kirjeen Terveyden ja hyvinvoinnin laitokselle (THL) ja Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirastoon (Valvira) ja pyysi suunnitelmaa vanhuspalvelulain toimeenpanon arvioimisesta vuosina 2013 ja 2014. THL:n suunnitelmassa vanhuspalvelulain toimeenpanon seurannan tavoitteina vuosina 2013 ja 2014 on

1. selvittää erilliskyselyin ikääntymiseen varautuminen ja ikäihmisten palvelut, mukaan lukien palvelutarve, hoidon laatu ja henkilöstömitoitus ennen – jälkeä tilanteessa Suomen kunnissa ja toimintayksiköissä
2. hyödyntää jo olemassa olevaa tilasto- ja tutkimustietoa aluetason väestön riskiprofilointiin (mukaan lukien elinolot, terveydentila, toimintakyky, elämänlaatu, eri palvelujen koettu tarve ja sen tyydyttäminen) ja tuottaa seurantaosoittimet niiden perusteella
3. arvioida vanhuspalvelulain toimeenpanon kustannuksia
4. luoda malli säännöllisesti koottavaksi ja vertailukelpoista tietoa tuottavaksi vanhuspalvelulain seurantajärjestelmäksi ja julkiseksi raportointijärjestelmäksi, joka palvelee myös valvontaa

Vanhuspalvelulain toimeenpanon seurantatutkimuksen ensimmäisen tavoitteen THL suoritti yhteistyössä Valviran kanssa keväällä 2013 ja se sisälsi tiedonkeruun kolmella erillisellä kyselyllä

1. kuntakysely
2. ympärivuorokautisen hoidon toimintayksikköjen kysely tehostettuun palveluasumiseen, vanhainkoteihin ja terveyskeskusten pitkäaikaishoidon osastoille
3. kotihoidon toimintayksikköjen kysely kotihoidon, kotisairaanhoidon ja kotipalvelun yksiköihin

Seurantakyselyssä kunta tarkoittaa vanhuspalvelulain (2§) määritelmän mukaan myös kunta- tai palvelurakennemuutostuksesta annetussa laissa (167/2007) tarkoitettua yhteistoiminta-aluetta.

Toimintayksikkö tarkoittaa ”*julkisen ja yksityisen palveluntuottajan ylläpitämää toiminnallista kokonaisuutta, jossa tuotetaan sosiaali- ja terveyspalveluja pääasiassa iäk-*

käille henkilöille siten, että palvelut toteutetaan palveluntuottajan tiloissa tai iäkkään henkilön yksityiskodissa” (Vanhuspalvelulaki 980/2012, 3§). Ympäri- vuorokautisen hoidon kyselyssä toimintayksikkökyselyyn pyydettiin vastaamaan mahdollisimman tarkalla tasolla esim. jos toiminta oli jaettu tai johdettu osastoittain, kerroksittain tai yksiköittäin, pyydettiin kyselyyn vastaamaan jokaisen osaston/yksikön osalta erikseen. Kotihoidon kyselyssä vastaajia pyydettiin vastaamaan saamaansa kyselyyn sillä tasolla, jolla toimintaa (henkilöstö, asiakkaat, asiakaskäynnit) johdetaan. Toimintayksiköt voivat siten edustaa joko kunnan tai alue- tai tiimin tasolla. Toimintayksikkökyselyt lähetettiin sekä julkisille että yksityisille palveluntuottajille.

Yhteystietojen keruu kyselyjen kohdentamista varten

Ennen kyselyjen lähettämistä tehtiin yhteystietojen laajamittaista päivitystä ja täydennystä, sillä olemassa olevat rekisterit ja tietokannat eivät tarjonneet suoraan kyselyjen tarkoitukseen soveltuvaan, ajantasaista yhteystietoluetteloa kansallisella tasolla. Yhteyttä kyselyihin osallistujiin pidettiin sähköpostilla ja itse tiedonkeruut toteutettiin Webropol -kyselyinä.

Kyselyjen vastaanottajina olivat kunnat, joita pyydettiin välittämään toimintayksikkökyselyt (ympäri- vuorokautisen hoidon ja kotihoidon kyselyt) eteenpäin omille toimintayksiköilleen. Kunnat saivat samassa postituksessa saateen sekä kuntakyselyyn että ympäri- vuorokautisen hoidon ja kotihoidon toimintayksikkökyselyyn vastaamiseksi. Vastaavalla tavalla meneteltiin lähestyttäessä yksityisiä palveluntuottajia, joista osa sai kyselyn suoraan ja suurempia palveluntuottajia pyydettiin välittämään toimintayksikkökyselyt (ympäri- vuorokautisen hoidon ja kotihoidon kyselyt) eteenpäin omille toimintayksiköilleen.

Kuntakysely kohdennettiin vanhuspalvelujärjestäjille, joita olivat joko kunnat, kuntayhtymät, yhteistoiminta-alueet tai muut vastaavat kuntien yhteenliittymät. Pohjatietoa kuntien välisestä sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyöstä saatiin THL:n RAMU¹ -tietokannasta, mutta yhteystiedot hankittiin Internet -lähteistä sekä sähköposti- ja puhelinyhteydenpidossa. Kunnan yhteyshenkilöinä toimivat useimmin vanhuspalvelujohtajat, perusturvajohtajat ja sosiaalijohtajat. Yksityisten palveluntuottajien yhteyshenkilöinä toimivat pääsääntöisesti organisaation esimiehistö.

Yksityisellä sektorilla lähetysluettelon pohjana oli Valviran ja aluehallintovirastojen ylläpitämän Valveri -rekisterin² ote, jota täydennettiin THL:n TOPI³- ja RAI⁴-asiakasrekistereiden tiedoilla. Yhdistämisen jälkeen aloitettiin puuttuvien sähköpostiyhteystietojen täydentäminen pääsääntöisesti Internet-lähteistä, sekä kyselyjen piiriin kuulumattomien palveluntuottajien seulominen.

1 RAMU on Sosiaali- ja terveyspalveluiden rakenne- ja järjestämistrakaisujen tietokanta, jota THL ylläpitää.

2 Valveri on Valviran ja aluehallintovirastojen ylläpitämä rekisteri yksityisistä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen tuottajista ja itsenäisistä ammatinharjoittajista.

3 TOPI:ssa eli Sosiaali- ja terveydenhuollon toimipaikkarekisterissä on palveluntuottajien tiedot, jotka toimittavat THL:ään laitos- ja asumispalvelun ja kotihoidon hoitoilmoitustietoja (HILMO).

4 RAI-asiakasrekisteri sisältää yhteystietoja niistä toimintayksiköistä, jotka osallistuvat RAI-vertailukehittämiin. Rekisteriä ylläpitää THL.

Alustavien yhteystietojen keruun jälkeen kunnille ja yksityisille palveluntuottajille lähetettiin tekninen esikysely 10.5.2013. Esikyselyssä ilmoitettiin tulevasta kyselystä, pyydettiin ilmoittamaan minkä kunnan/yksityisen palveluntuottajan puolesta kyselyyn vastataan, varmentamaan yhteyshenkilö ja hänen sähköpostiosoitteensa, ilmoittamaan kyselyjen vastauskieli, tai mikäli ei koe kuuluvansa kyselyjen kohderyhmään. Kunnille ja yksityisille palveluntuottajille, jotka eivät olleet vastanneet esikyselyyn, lähetettiin muistutus 15.5.2013. Teknisen esikyselyn ja muiden yhteydenottojen perusteella yhteystietoja päivitettiin.

Tiedonkeruulomakkeet

Tiedonkeruulomakkeita on kolme erilaista ja niitä työstettiin yhteistyössä Valviran kanssa. Kuntaliitto osallistui valmisteluvaiheessa kaikkien lomakkeiden kommentointiin. Lomakkeet myös esiteltiin muutaman kunnan kanssa.

Kuntakysely sisältää kysymyksiä koskien kunnan yleisiä velvollisuuksia, kunnan voimavaroja, käytettävissä olevaa asiantuntemusta, vanhusneuvostojen toimintaa, hyvinvointia edistäviä palveluja, palvelutarpeiden selvittämistä, palvelusuunnitelmia, päätöksiä ja odotusaikoja ja johtamista.

Ympärivuorokautisen hoidon toimintayksikköjen kysely sisältää kysymyksiä koskien taustatietoja yksiköstä, palvelutarpeen ja toimintakyvyn arvioinnista sekä palvelusuunnitelmista, toimintayksikön toimintamalleista sekä johtamisesta ja henkilöstöstä. Toimintayksiköissä suoritettiin henkilöstön työajan seuranta yhden viikon ajalta viikolla 22, jotta toteutunutta henkilöstön työaikaa ja asiakasmääriä voitiin seurata vakanssien ja hoitopaikkatietojen lisäksi.

Kotihoidon toimintayksikköjen kysely sisältää kysymyksiä koskien taustatietoja yksiköstä ja kotihoidon toteuttamisesta, palvelutarpeen ja toimintakyvyn arvioinnista sekä palvelusuunnitelmista, toimintayksikön toimintamalleista sekä johtamisesta ja henkilöstöstä. Myös kotihoidon toimintayksiköissä suoritettiin henkilöstön työajan seuranta yhden viikon ajalta viikolla 22, jotta toteutunutta henkilöstön työaikaa ja asiakasmääriä voitiin seurata vakanssien ja hoitopaikkatietojen lisäksi.

Kuntakyselyn, ympärivuorokautisen hoidon toimintayksikköjen ja kotihoidon toimintayksikköjen kyselylomakkeet ovat nähtävissä vanhuspalvelulain seurannan tu-lossivustolla www.thl.fi/vanhuspalvelulainseuranta.

Kuntakyselyn toteutus

Kuntakysely lähetettiin sähköpostitse kuntien yhteyshenkilöille 22.5.2013, jonka jälkeen muistutuksia vastaanmisesta lähetettiin 5.6., 19.6. ja 24.10.2013. Niihin kuntiin, jotka eivät vastanneet kuntakyselyyn muistutusten jälkeen, oltiin yhteydessä vielä puhelimitse ja sähköpostitse.

Varsinaisen tiedonkeruun tavoiteajan (22.5.–31.5.2013 ja täydennyskierros 3.6.–20.8.2013) jälkeen täytettyjä lomakkeita oli kertynyt 193. Ensimmäinen verkossa raportoitu tiedonjulkistus toteutettiin lokakuussa 2013. Syksyn aikana toteutetun täydennyskierroksen jälkeen (24.10.–27.11.2013) kertyneitä, raportissa käytettäviä vastauksia oli yhteensä 219, ja ne kattoivat jokaisen Manner-Suomen kunnan (304) sekä yksitoista Ahvenanmaan kuudestatoista kunnasta. Verkkoraportointia täydennettiin aiemmin puuttuneilla vastauksilla. Kuntakyselyn täyttivät tavanomaisesti kuntien vanhustyön, peruspalvelujen tai sosiaalipalvelujen johtajat. Kuntakyselyn vaste Manner-Suomen osalta on 100 %.

Toimintayksikkökyselyjen toteutus

Ympäri vuorokautisen hoidon toimintayksikkökysely suunnattiin vanhainkodeille, tehostetun palveluasumisen yksiköille, perusterveydenhuollon sekä yksityisten palveluntuottajien pitkäaikaisosastoille ja sotainvalidien hoitolaitoksille. Kotihoidon toimintayksikkökysely kohdennettiin kotipalvelun ja kotisairaanhoidon sekä yhdistetyn kotisairaanhoidon ja kotipalvelun yksiköille.

Vuoden 2013 kyselykierroksella vastaajia pyydettiin antamaan vastaukset viikkoa 22 (27.5.–2.6.2013) kuvaavan tilanteen mukaan. Tavoitteena oli saada vastaus kaikista toimintayksiköistä, jotka kuuluivat seurannan piiriin. Toimintayksikkökyselyt postitettiin 22.5.2014 kuntien ja yksityisten palveluntuottajien yhteyshenkilöille, jotka välittivät kyselyt toimintayksikköjensä esimiehille. Yhteyshenkilöille lähetettiin muistutus vastaamisesta 19.6.2013.

Tutkimusaineistoja täydennettiin syystalven 2013–2014 aikana. Kuntia ja yksityisiä palveluntuottajia pyydettiin 23.10.2013 sekä uudelleen 5.12.2013 tarkastamaan kevään ja kesän aikana vastanneet ympäri vuorokautisen hoidon ja kotihoidon toimintayksikkönsä, sekä ilmoittamaan kyselyjen piiriin kuuluvat vastaamattomat toimintayksikkönsä yhteystietoineen. Kuntia pyydettiin tarkastamaan myös alueensa yksityiset toimintayksiköt. Ilmoitetuille vastaamattomille toimintayksiköille lähetettiin kyselysaatteet ja kyselyyn pyydettiin vastamaan takautuvasti, toukokuun 2013 tilanteen mukaan. Lopuksi, 7.1.2014, toimintayksikköjä muistutettiin vielä kyselyjen sulkeutumisesta. Ympäri vuorokautisen hoidon kyselyn vastaukset kerättiin aikavälillä 28.5.2013–16.1.2014 ja kotihoidon kyselyn vastaukset aikavälillä 27.5.2013–14.1.2014.

Tutkimusaineistot koskien tilannetta ennen vanhuspalvelulain voimaan tuloa

Ympäri vuorokautisen hoidon kyselyssä palvelutyypikseen terveyskeskuksen/sairaalan pitkäaikaishoidon ilmoittaneisiin kuuluivat perusterveydenhuollon pitkäaikaisosastot (terveyskeskussairaalat ja kaupunginsairaalat), ja lisäksi vastanneissa on muutamia yksityissairaaloita, kuntoutussairaaloita ja yksityiselle sektorille ulkoistettuja perusterveydenhuollon osastoja. Kyselyn ulkopuolelle rajattiin tavallinen palveluasuminen, lyhyt-

aikainen tai muu kuin ympärivuorokautinen hoito, sekä yksiköt, joissa asiakaskunta koostui suurelta osin muista kuin ikääntyneistä henkilöistä. Annettujen vastausten perusteella aineistosta rajautui ulos tämän lisäksi yksiköitä, joiden henkilöstömitoituksessa tai henkilökunnan paikallaoloasteessa oli selvästi virheellisiä tai tavallisesta poikkeavia lukuja. Näitä vastauksia pyrittiin korjaamaan yhteistyössä vastaajien kanssa.

Ympärivuorokautisen hoidon toimintayksikköjä koskevassa tutkimusaineistossa vastaukset on ilmoitettu tyyppillisesti joko laitos-, organisaatio-, osasto- tai tiimitasolla, sillä vastaajan annettiin identifioida oman arvionsa mukaan vastaustansa koskeva yksikkö. Aineistossa on yksittäisiä suuria asiakasmääriä palvelevia, mutta yhtenä toimintayksikkönä vastauksensa antaneita laitoksia

Kotihoidon kyselyn ulkopuolelle rajattiin yhden työntekijän toimintayksiköt ja yksiköt, joiden palvelutyyppejä ei voitu luokitella vertailukelpoisesti kotihoidoksi, kotisairaanhoidoksi tai kotipalveluksi. Kyselyvastausten perusteella rajattiin ulos yksiköitä, joissa tehtyjen työtuntien sekä ilmoitettujen vakanssien välillä havaittiin huomattavan suuri epäsuhde. Kotihoidon toimintayksikköjä koskevassa aineistossa on joitakin hyvin pieniä toimintayksiköitä, joiden tekemien kotikäyntien määrä jäi seurantaviikon aikana alle viiteen asiakaskäyntiin.

Kun tutkimusaineistoista poistettiin samaa yksikköä koskevat ylimääräiset vastaukset, oli ympärivuorokautisen hoidon tutkimusaineistossa kaikkiaan 2 075 toimintayksikkövastausta ja kotihoidon tutkimusaineistossa kaikkiaan 788 toimintayksikkövastausta. Tutkimusaineistoissa olevien toimintayksikköjen lisäksi on tunnistettu maaliskuuhun 2014 mennessä noin sata ympärivuorokautisen hoidon ja alle sata kotihoidon yksikköä, joiden vastausta ei aiemmin puuttuneiden yhteystietojen, kadonneen kyselyvastauksen tai vastaamatta jättämisen takia ole voitu kerätä. Kun kahteen kertaan vastanneiden lisäksi aineistosta rajattiin ulos poikkeavien vastausten, väärin palvelutyyppejen ja muiden syiden takia virheellisiä vastauksia, lopulliset tutkimusaineistoissa olevat toimintayksikköjen määrät on kuvattu taulukossa 1.

Ympärivuorokautisen hoidon tutkimusaineisto (n = 1 842) sisältää kaksi ympärivuorokautisen hoidon yksikköä Ahvenanmaalta. Kotihoidon tutkimusaineisto (n = 641) koostuu pelkästään Manner-Suomen alueella sijaitsevista toimintayksiköistä. Ympärivuorokautisen hoidon tutkimusaineiston peittävyyttä voi arvioida vertaamalla aineistossa ilmoitettujen, viikon 22 aikana ympärivuorokautista palvelua saaneiden pitkä- ja lyhytaikaisen hoidon asiakkaiden lukumääriä, hoitoilmoitusrekisteriin ilmoitettuihin lukumääriin vastaavaa palvelua saaneista henkilöistä. Uusin saatavilla oleva hoitoilmoitusrekisteritieto koskee vuotta 2012.

Tehostetussa palveluasumisessa aineiston asiakaslukumäärä vastaa 96 prosentin osuutta hoitoilmoitusrekisteriin kirjatuista vuoden 2012 lopun asiakasmääristä. Myös julkisessa vanhainkotihoidossa päästään melko korkeaan 84 prosentin asiakaspeittävyteen. Yksityisessä vanhainkotihoidossa sekä sairaaloiden tai terveyskeskusten vuodeosastohoidossa aineiston asiakasmäärät eivät vastaa rekisteritietoihin merkittyjä lukumääriä, vaan ovat näitä yli 40 prosenttia pienemmät.

Taulukko 1. Toimintayksiköiden lukumäärät sektoreittain ja palvelutyypeittäin ympärivuorokautisen hoidon ja kotihoidon tutkimusaineistoissa.

Tutkimusaineistot	Sektori		
	Julkinen	Yksityinen	Yhteensä
Ympäri vuorokautisen hoidon toimintayksiköt			
Vanhainkotihoito	328	37	365
Tehostettu palveluasuminen	642	662	1304
Sairaalan tai terveyskeskuksen pitkäaikaisosasto	153	8	161
Sotainvalidien laitoshoido	0	12	12
Yhteensä	1 123	719	1 842
Kotihoidon toimintayksiköt			
Kotipalvelu	51	28	79
Kotisairaanhoido	20	4	24
Kotihoito (yhdistetty kotipalvelu ja kotisairaanhoido)	453	85	538
Yhteensä	524	117	641

Taulukko 2. Ympäri vuorokautisen hoidon tutkimusaineiston asiakaspeittävyys.

Palvelutyyppi	Asiakkaiden lukumäärä		Asiakaspeittävyys
	Tutkimusaineisto	Vertailuarvo: hoitoilmoitusrekisteri ¹	
Tehostettu palveluasuminen			
Julkinen	15 758	16 474	96 %
Yksityinen	15 182	15 783	96 %
Vanhainkotihoito			
Julkinen	9 973	11 878	84 %
Yksityinen	990	1 709	58 %
Sairaalan tai terveyskeskuksen pitkäaikaisosasto	4 778	6 316	76 %
Yhteensä	46 681	52 160	89 %

¹ Vuoden 2012 lopun tietoja kaikenikäisistä asiakkaista. Vuodeosastohoidon asiakasmäärä on terveyskeskusten pitkäaikashoidon ja sairaaloiden vuodeosastohoidon vuoden lopun ennakkotieto 2012.

Hoitoilmoitusrekisterin vuoden lopun tietojen asiakaslaskenta ympärivuorokautisen hoidon yksiköissä on tehty kaikista palveluja säännöllisesti saavista asiakkaista, jotka olivat yksikössä kirjoilla 31.12.2012 riippumatta siitä, olivatko nämä lyhyt- vai pitkäaikaisia asiakkaita (THL 2012). Sotainvalidien laitoshoidon lukuun ottamatta ympärivuorokautisen hoidon aineiston asiakaspeittävyys on 89 prosenttia (Taulukko 2).

Hoitoilmoitusrekisterin tietomäärittelyissä kotihoidolla tarkoitetaan joko osittain tai kokonaan yhdessä järjestettyjä kotipalveluja sekä kotisairaanhoidoa. Kotihoidonlaskenta sisältää henkilöitä, joilla oli 30.11.2012 joko voimassa oleva palvelu- ja hoitosuunnitelma tai jotka muutoin saivat säännöllistä palvelua (THL 2012). Säännöllistä palvelua saavia asiakkaita on kotihoidon laskentaan kirjattu yhteensä 70 529. Kotihoidon toimintayksikkökyselyssä kotihoitoa, kotisairaanhoidoa tai näitä molempia palveluja saavia säännöllisiä asiakkaita seurantaviikon aikana oli yhteensä 63 124, mikä on 90 prosenttia kotihoidon laskennan vertailuarvosta.

Tulokset vanhuspalvelulain seurantakyselyistä osoitteessa:

www.thl.fi/vanhuspalvelulainseuranta

1. *Kuntakyselyn tulokset julkistettiin 3.10.2013 ja täydennettiin 4.12.2013*
2. *Ympäri vuorokautisen hoidon toimintayksikköjen tulokset julkistettiin 4.12.2013 ja päivitys tehtiin 4.2.2014*
3. *Kotihoidon toimintayksikköjen tulokset julkistettiin 4.2.2014*

Lähteet

EV 162/2012 vp: Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemista sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista sekä laiksi terveydenhuoltolain 20 §:n kumoamisesta.

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista (980/2012)

THL, 2012: HILMO Sosiaalihuollon ja terveydenhuollon hoitoilmoitus 2012. Määrittely ja ohjeistus. Luokitukset, termistöt ja tilasto-ohjeet 2/2012.

www.thl.fi/vanhuspalvelulainseuranta