

Valtakunnallisen hoidon saatavuuden ja yhtenäisen hoidon perusteiden työryhmä

Iäkkäiden pitkäaikaisen laitoshoidon perusteiden alatyöryhmän muistio

IÄKKÄIDEN LAITOSHOIDON PERUSTEET

KUVAILEHTI

Julkaisija	Päivämäärä
Sosiaali- ja terveysministeriö	3.7.2017
Tekijät	Toimeksiantaja
Valtakunnallisen hoidon saatavuuden ja yhtenäisen hoidon perusteiden työryhmä	Sosiaali- ja terveysministeriö
	HARE-numero ja toimielimen asettamispäivä
	STM010:00/2015

Muiston nimi
iäkkäiden laitoshoidon perusteet

Tiivistelmä

■ Laissa ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista (980/2012) on täsmennetty pitkäaikaisen laitoshoidon edellytyksiä. Kunta voi vastata iäkkään henkilön palvelutarpeeseen pitkäaikaisella laitoshoidolla vain, jos siihen on lääketieteelliset perusteet tai asiakasturvallisuuteen tai potilasturvallisuuteen liittyvät perusteet.

Sosiaali- ja terveysministeriö asetti Valtakunnallisen hoidon saatavuuden ja yhtenäisten hoidon perusteiden työryhmän toimikaudelle 23.2.2015–31.12.2016. Työryhmän tehtävänä on muiden tehtävien ohella tehdä ehdotus iäkkäiden henkilöiden pitkäaikaisen laitoshoidon yhdenmukaisista lääketieteellisistä perusteista.

Alatyöryhmän näkemyksen mukaan laitoshoidoa ei pääsääntöisesti voida ennakoida yksittäisten diagnoosien perusteella ja 75 vuotta täyttäneestä väestöstä 0-1 % tarvitsee pitkäaikaista laitoshoidoa lääketieteellisillä perusteilla. Sairaudesta/sairauksista johtuva laitoshoidon tarve voi muodostaa perusteen esim. seuraavissa tilanteissa:

- Useita samanaikaisia sairauksia, jotka edellyttävät vaativia, usein toistuvia ja ennakoimattomia lääketieteellisiä hoitoja.
- Vaikeasti liikuteltava, vaikeasti järjestettävissä oleva tai erityisosaamista vaativa hoito ja/tai hoitovälineistö.
- Sairaana oman tai muiden ihmisten vakava terveyden tai turvallisuuden vaarantuminen.

Laitoshoidon tulee pääasiassa olla määräaikaista, vaikka se joissain tilanteissa voi muodostua pitkäaikaiseksi.

Jotta laitoshoidoa voidaan onnistuneesti vähentää, tulee koko ikääntyneiden palvelujärjestelmää kehittää. Työryhmän mielestä palveluasuminen tulee edelleen kehittää vastaamaan iäkkäiden tarpeita osaamisen, henkilöstörakenteen ja asiakasturvallisuuden näkökulmasta. Työryhmä piti erittäin tärkeänä vahvistaa kotona asumista ja palveluasumista tukevia tukipalveluja, kuten kuntoutusta, kotisairaalatoimintaa ja lääkäripalveluja. Unohtamatta omaisten ja yhteisön mahdollisuutta vaikuttaa iäkkäiden elämänlaatuun, erityisesti valitettavan yleiseen yksinäisyysongelmaan.

Asiasanat

laitushoito, avohoito, kotihoito, tehostettu palveluasuminen

Sosiaali- ja terveysministeriön
raportteja ja muistioita 2017:30

Muut tiedot
www.stm.fi

ISSN-L 2242-0037
ISSN 2242-0037 (verkkajulkaisu)
ISBN 978-952-00-3880-9
URN:ISBN:978-952-00-3880-9
<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3880-9>

Kokonaissivumäärä
29

Kieli
Suomi



SOSIAALI- JA
TERVEYSMINISTERIÖ

PRESENTATIONSBLAD

Utgivare	Datum
Social- och hälsovårdsministeriet	3.7.2017
Författare	Uppdragsgivare
Arbetsgruppen för nationell tillgång till vård och de enhetliga grunderna för vård	Social- och hälsovårdsministeriet
	Projektnummer och datum för tillsättandet av organet
	STM010:00/2015

Rapportens titel
Grunderna för institutionsvård av äldre

Referat

■ I lagen om stödjande av den äldre befolkningens funktionsförmåga och om social- och hälsovårdstjänster för äldre (980/2012) preciseras förutsättningarna för långvarig institutionsvård. Kommunen får uppfylla en äldre persons servicebehov genom långvarig institutionsvård bara om det finns medicinskt motiverade skäl till detta eller skäl relaterade till klientsäkerheten eller patientsäkerheten.

Social- och hälsovårdsministeriet tillsatte Arbetsgruppen för nationell tillgång till vård och de enhetliga grunderna för vård för verksamhetsperioden 23 februari 2015–31 december 2016. Arbetsgruppen har utöver sina andra åtaganden till uppgift att lägga fram ett förslag på enhetliga medicinska grunder för långvarig institutionsvård av äldre personer.

Enligt underarbetsgruppen kan institutionsvård i regel inte förutses baserat på enskilda diagnoser och 0–1 procent av befolkningen som har fyllt 75 år behöver långvarig institutionsvård på medicinska grunder. Behov av institutionsvård på grund av sjukdom/sjukdomar kan utgöra en grund till exempel i följande situationer:

- Flera samtidiga sjukdomar som förutsätter krävande, ofta återkommande och oförutsedda medicinska behandlingar.
- Vård och/eller vårdutrustning som är svår att förflytta, svår att ordna eller som kräver specialkunskaper.
- Den sjuka personens eller andra människors hälsa eller säkerhet äventyras allvarligt. Institutionsvården ska i huvudsak vara tidsbestämd, även om den i vissa situationer kan bli långvarig.

För att vi ska kunna minska institutionsvården med framgång måste hela servicesystemet för äldre utvecklas. Arbetsgruppen anser att serviceboendet måste vidareutvecklas så att det uppfyller de äldres behov i fråga om kompetens, personalstruktur och klientsäkerhet. Enligt arbetsgruppen är det särskilt viktigt att stärka de stödtjänster som främjar boende hemma och serviceboende, till exempel rehabilitering, hemsjukhusverksamhet och läkartjänster. Detta utan att glömma de anhörigas och samhällets möjlighet att påverka livskvaliteten, i synnerhet det beklagliga allmänna problemet med ensamhet.

Nyckelord

Institutionsvård, öppenvård, hemvård, intensifierat serviceboende

Social- och hälsovårdsministeriets rapporter och promemorior 2017:30

Övriga uppgifter
www.stm.fi/svenska

ISSN-L 2242-0037
ISSN 2242-0037 (online)
ISBN 978-952-00-3880-9
URN:ISBN:978-952-00-3880-9
<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3880-9>

Sidoantal
29

Språk
Finska



SOCIAL- OCH
HÄLSOVÅRDSMINISTERIET

SISÄLLYS

1 Miksi perusteita tarvitaan?	5
2 Taustaa	6
3 Pitkäaikaishoito muualla	12
4 läkkäiden ja kuntien kokemuksia	14
5 Laitoshoito	15
6 Avohoito	17
7 Ehdotukset lääketieteellisiksi kriteereiksi	20
8 Seuranta	22
9 Pohdintaa	23
10 Lähteet	24
11 Liitteet	25
Liite 1	25
Liite 2	27
Liite 3	29

1 MIKSI PERUSTEITA TARVITAAN?

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutoksen keskeisiä tavoitteita hoidon saatavuuden, saavutettavuuden ja yhdenvertaisuuden lisäksi ovat peruspalveluiden vahvistaminen sekä hoidon vaikuttavuuden ja kustannustehokkuuden lisääminen. Uudistus poistaa perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja sosiaalihuollon järjestämisvastuun rajat. Tällöin hoidon saatavuuden perusteet on määriteltävä uudelleen. Yhtenäisten hoidon ja palvelujen perusteiden käyttö hoidon porrastuksen apuneuvona integroituvien palvelukokonaisuuksien yhteydessä edellyttää ohjeiston rakenteellista ja sisällöllistä uudistamista.

Viime vuosina on tehty monia merkittäviä ikääntymispoliittisia linjauksia. Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveys-palveluista (980/2012) eli niin kutsuttu vanhuspalvelulaki tuli voimaan 1.7.2013. Lain keskeisimmät sisällöt liittyvät järjestelmälliseen varautumiseen, jonka keskiössä on mahdollisimman terveen ja toimintakykyisen ikääntymisen turvaaminen, oikea-aikaisten ja laadukkaiden palveluiden varmistamiseen niin, että kotiin annettavien palvelujen ensi- ja laitoshoidon viimesijaisuus toteutuu sekä iäkkäiden osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuuksien vahvistamiseen.

Vanhuspalvelulaissa on täsmennetty pitkäaikaisen laitoshoidon edellytyksiä 1.1.2015 lukien. Kunta voi vastata iäkkään henkilön palvelutarpeeseen pitkäaikaisella laitoshoidolla vain, jos siihen on lääketieteelliset perusteet tai asiakasturvallisuuteen tai potilasturvallisuuteen liittyvät perusteet. Lain perusteluissa todetaan, että tarvittaessa sosiaali- ja terveysministeriö voi täsmentää pitkäaikaisen laitoshoidon lääketieteellisiä perusteita osana yhtenäisiä hoidon perusteita.

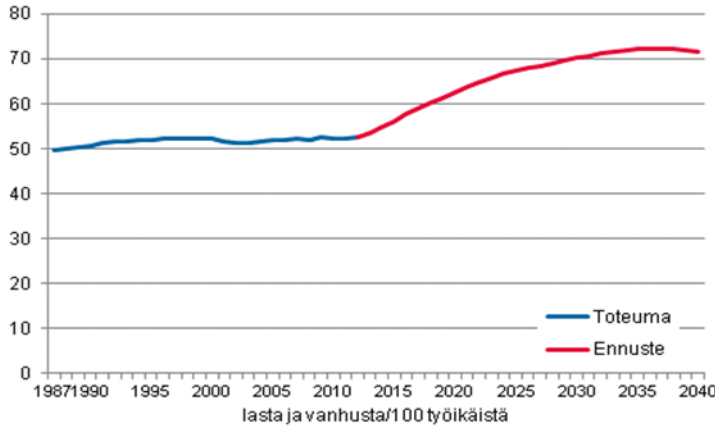
Sosiaali- ja terveysministeriö asetti Valtakunnallisen hoidon saatavuuden ja yhtenäisten hoidon perusteiden työryhmän toimikaudelle 23.2.2015- 31.12.2016. Työryhmän tehtävänä on muiden tehtävien ohella tehdä ehdotus iäkkäiden henkilöiden pitkäaikaisen laitoshoidon yhdenmukaisista lääketieteellisistä perusteista vuoden 2015 loppuun mennessä. Tätä varten työryhmä nimesi erillisen alatyöryhmän:

Louhija Jukka, LT, johtava ylilääkäri, toimialajohtaja HUS, puheenjohtaja
 Antikainen Riitta, geriatrian professori, Oulun yliopisto
 Finne-Soveri Harriet, tutkimusprofessori, THL
 Hellström Claudia, ylihoitaja, Helsingin kaupunki
 Hämäläinen Tapani, ylilääkäri, HUS, perusterveydenhuollon yksikkö
 Karppanen Satu, neuvotteleva virkamies, STM, sihteeri
 Kolimaa Maire, neuvotteleva virkamies, STM
 Rautiainen Ismo, vanhusten palvelujen ja kuntoutuksen johtaja, Lahti

Alatyöryhmä kokoontui 9 kertaa ja työryhmän muistiota valmisteltiin kokousten välillä. Edelleen pidettiin valmisteluaikana useita pienempiä kokouksia eri asiantuntijaryhmissä ja asiantuntijaverkostoissa. Alatyöryhmä järjesti työnsä tueksi kaksi laajaa kuulemistilaisuutta ja osallistui päätyöryhmän järjestämään seminaariin.

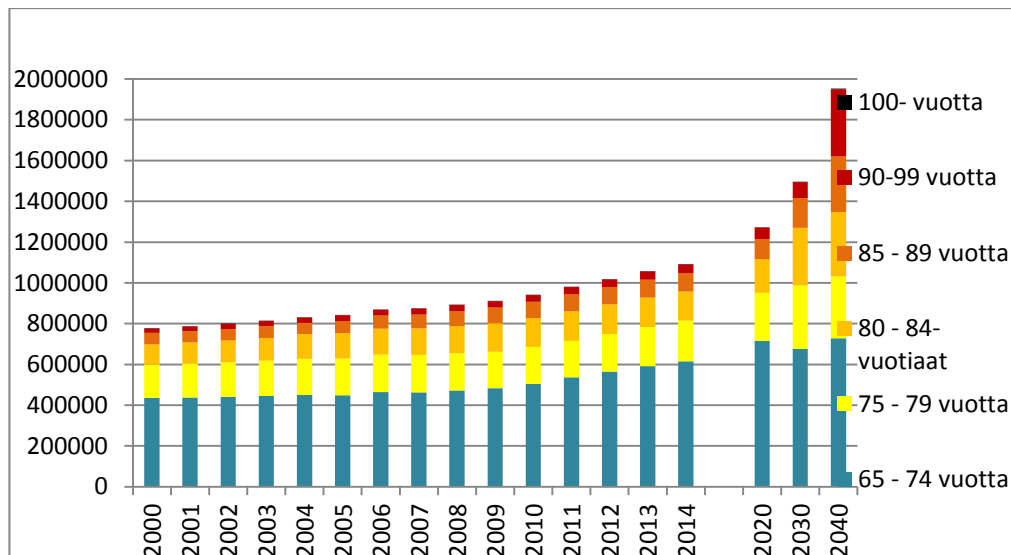
2 TAUSTAA

Yli 65-vuotiaiden osuuden väestöstä arvioidaan nousevan nykyisestä 19,9 prosentista 26 prosenttiin vuoteen 2030 ja 29 prosenttiin vuoteen 2060 mennessä. Väestöllinen huoltosuhde eli lasten ja eläkeikäisten määrä sataa työikäistä kohden nousee lähitulevaisuudessa ja pakottaa yhteiskunnan miettimään iäkkäiden palvelujen järjestämistä tulevaisuudessa.

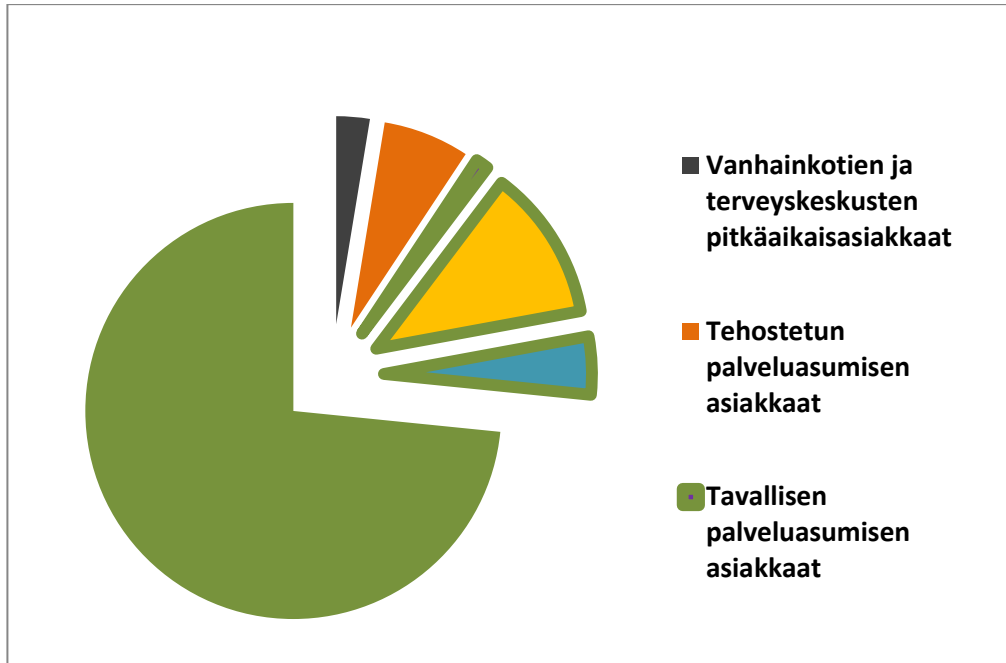


Kuvio1. Väestöllinen huoltosuhde Suomessa vuosina 1987 - 2012 ja ennuste vuoteen 2040 (lähde: Tilastokeskus työssäkäyntitilasto)

Väestöllinen huoltosuhde oli vuoden 2014 lopussa 57,1. Ennusteen mukaan 60 huollettavan raja ylittyisi vuonna 2017 ja 70 huollettavan raja vuoteen 2032 mennessä. Vuonna 2060 väestöllinen huoltosuhde olisi 76. Väestöllisen huoltosuhteen alueittaiset ja kuntakohtaiset erot ovat suuria. Väestön ikääntyessä etenkin iäkkäimpien ikäryhmien (85-99 - ja 90-99 - vuotiaat) kasvu lisää painetta sosiaali- ja terveyspalveluihin.

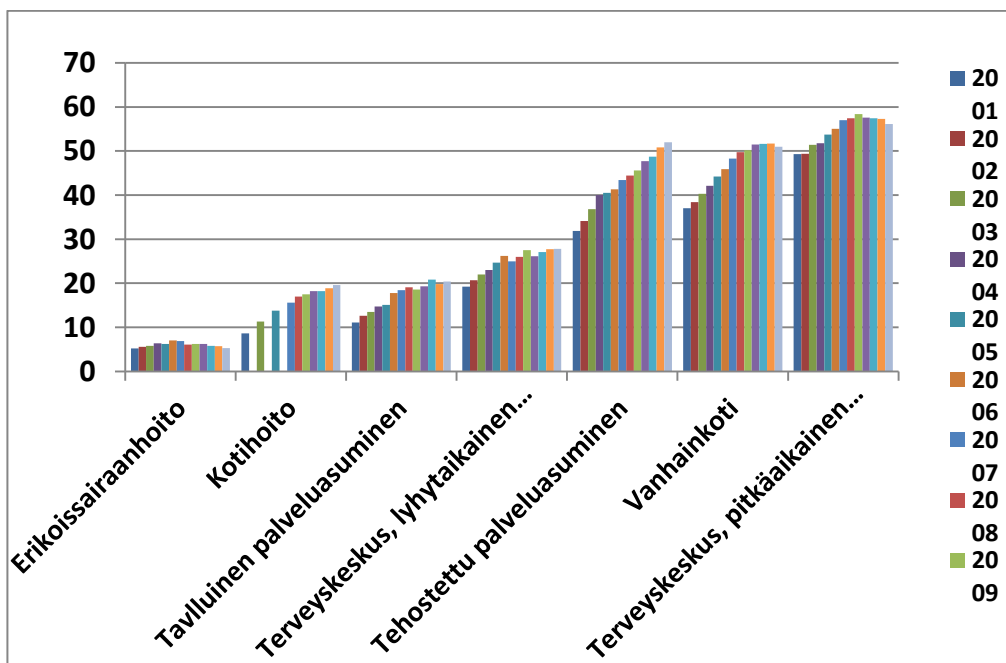


Kuvio 2. Väestön kasvu ikäluokittain 65 vuotta täyttäneillä vuodesta 2000 vuoteen 2014 ja ennusteet vuosille 2020, 2030, 2040 (lähde: Sotkanet 2015)



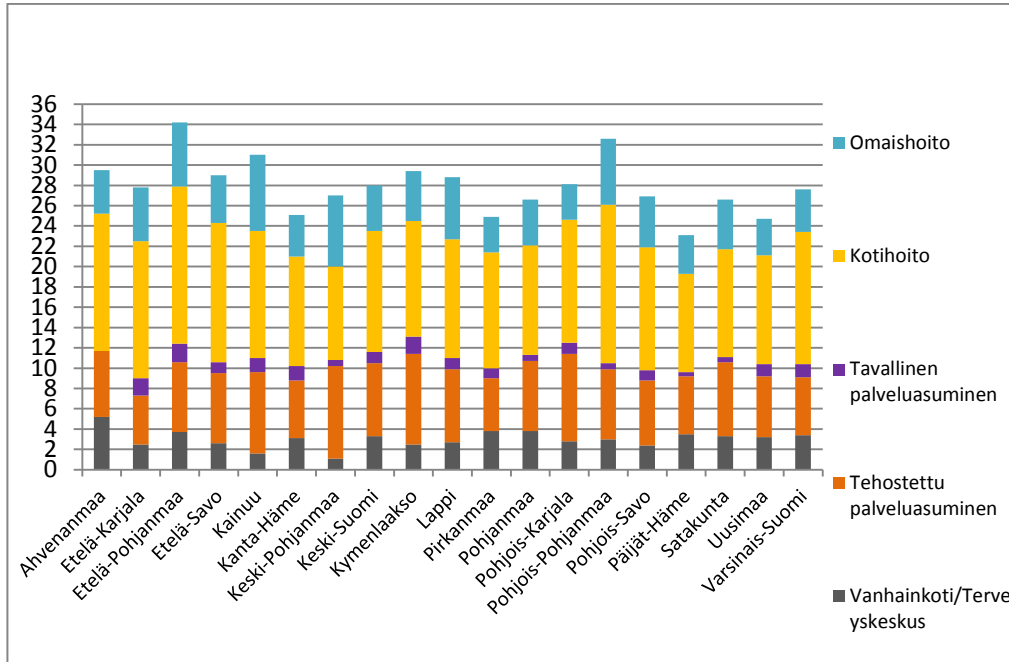
Kuvio 3. 75- vuotta täyttäneiden osuudet säännöllisissä ja normaaleissa sosiaali- ja terveystal-
veluissa vuonna 2014 (Lähde: Noro et al. 2014)

Säännöllisiä ikääntyneille tarkoitettuja palveluja sai yksi neljästä 75 vuotta täyttäneestä henkilöstä vuonna 2014 (Kuvio 2). Kolme neljästä tämän ikäisestä asui kotonaan ja käytti yleisiä koko väestölle tarkoitettuja palveluita. Ympäri vuorokautisen hoidon palveluja sai 9.3 prosenttia ja laitoshoitoa 2.6 prosenttia. Säännöllistä kotihoitoa käyttäviä kotona asuvia 75 vuotta täyttäneitä oli 11.8 prosenttia ja omaishoidon tuen asiakkaita oli 4.5 prosenttia. Terveystal-
velukusten lääkärikäynneistä noin puolet kohdentui 75 vuotta täyttäneille ja vanhemmille. Eri-
koissairaanhoidossa iäkkäiden osuus on myös suuri.



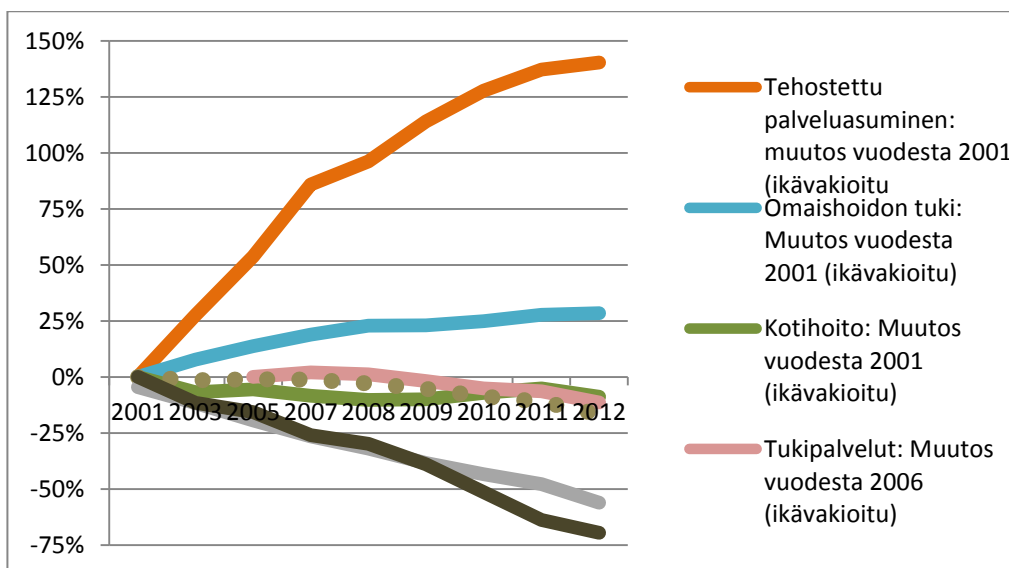
Kuvio 4. Muistisairaiden asiakkaiden osuudet palvelujärjestelmän eri tasoilla vuosina 2001–
2013 (lähde: Sotkanet, 2015)

Muistisairaat iäkkäät henkilöt ovat säännöllisten palveluiden suurin käyttäjäryhmä. Vanhainkotien ja terveyskeskusten asiakkaista muistisairaita on puolet (Kuvio 6). Vaikea muistihäiriö on yli 80 prosentilla. Kotihoidon asiakkaista joka viidennellä on muistisairaus.



Kuvio 5. Säännöllisiä palveluita saaneet 75 vuotta täyttäneet maakunnittain vuonna 2013, % (lähde: Sotkanet 2014)

Säännöllisten palvelujen käytössä on suuria alueellisia eroja (Kuvio 7). Ympäri vuorokautisen hoidon sisällä perinteisessä laitoshoidossa olleiden osuus vaihtelee yhdestä prosentista viiteen prosenttiin. Myös säännöllisen kotihoidon ja omaishoidon tuen asiakkaiden osuudet vaihtelevat suuresti maakunnittain.



Kuvio 6. Ikävakioitu palvelujen käyttö vertailuvuonna 2001, tukipalveluissa 2006 (lähde: Noro et al. 2014)

Ikävakioitu palvelujen käyttö osoittaa ympärivuorokautisen hoidon vähenemistä, mutta myös kotihoidon ja tukipalvelujen vähenemistä (Kuvio 8). Omaishoidon tuen asiakkaiden osuudet sen sijaan ovat huomattavasti lisääntyneet. Suomessa pitkään jatkunut laitoshoidon vähenemisen ja palveluasumisen lisääntymisen suuntaus jatkui myös vuonna 2014.

Nykyisen palvelujärjestelmän avulla kotiin kyetään tuottamaan apuvälineitä ja teknologiaa sekä järjestämään palvelut siten, että niiden turvin huonokuntoinen henkilö kykenee elämään kodissaan koko elämänsä, mikäli aivojen toimintakyky sen sallii.

Taulukkoon 1 on koottu noin 40 000 iäkkään henkilön otos laitoshoidon ja säännöllisen koti-hoidon saajia sekä tehostettujen palvelutalojen asukkaita syksyllä 2015. Tässä asiakassegmentointiluokituksessa asiakkaat on jaettu pää- ja alaluokkiin heidän huolenpidon tarpeidensa ja toimintakykynsä perusteella.

Taulukko 1. Iäkkäiden palveluita saavien henkilöiden sijoittuminen hoidon vaativuuden mukai-siin luokkiin RUG asiakasrakenneluokituksen mukaan

Pääluokan nimi*	Tun-nus**	Koti-hoito (%)	Tehostettu palveluasuminen (%)	Laitos-hoito (%)
Monialainen kuntoutus	RA	0,44	0,37	0,78
	RB	0,21	0,3	0,59
Erittäin vaativa hoito	SE1	0,4	0,21	0,25
	SE2	0,17	0,53	1,01
	SE3	0,03	0,09	0,17
Erityishoito	SSA	4,86	2,93	3,48
	SSB	0,3	3,35	6,04
Kliinisesti monimuotoinen	CA	9,97	1,4	1,74
	CB	1,43	1,29	1,72
	CC	1,52	6,86	14,03
Kognitiivisten toimintojen heikentyminen	IA	19,11	15,17	4,74
	IB	3,38	16,8	8,91
Käytöshäiriöt	BA	5,74	2,75	1,38
	BB	0,41	1,27	1,06
Heikentynyt fyysinen toimintakyky	PA	47,46	9,11	4,19
	PB	2,09	2,67	2,01
	PC	0,4	0,92	0,82
	PD	2,08	33,98	47,1
Kaikki yhteensä		100	100	100

* Pääluokka. Hoidon kalleutta kuvaavan asiakasrakenneluokituksen pääluokat kuvaavat asiakkaiden kliinisiä ominaisuuksia sekä tarpeita ja ne järjestyvät kalleutensa mukaan ylhäältä alas siten, että eniten hoitoaikaa tarvitsevat pääluokat ovat taulukossa ylinä.

** Tunnus on lyhennelmä pääluokan alaluokista. Tunnuksen 1-2 ensimmäistä kirjainta kuvaa pääluokan nimeä englanniksi ja viimeinen kirjain tai numero kuvaa toiminnanvajausta siten, että A tai 1 kuvaa vähiten ja D tai 3 eniten apua tarvitsevaa luokkaa.

Lähde: RAI-tietokanta, THL

Koska yhdelläkään rivillä ei ole tyhjiä ruutuja, se merkitsee, että kaikkein vaativimpiinkin luokituksen osoittamiin tarpeisiin kyetään vastaamaan laitoshoidon lisäksi palvelutaloissa ja jopa kotona.

Epävakaisten ja vaikeiden usein toistuvien lääkärin kannanottoa edellyttävien pitkäaikais-sairauksien yleisyys on laskettavissa saman aineiston perusteella. Taulukosta 2 ilmenee, että vuonna 2015 ympärivuorokautista hoitoa saaneista laitoshoidon tai palvelutalojen nykyisistä

asukkaista keskimäärin 3 prosentilla perussairaudet olivat niin epävakaista, että lääkärin täytyi puuttua hoitoon kerran tai useammin kahdessa viikossa.

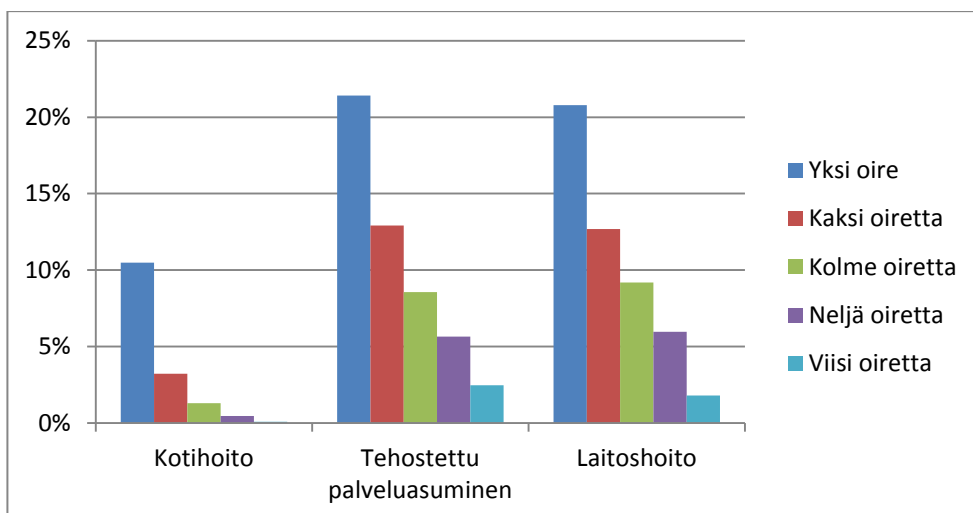
Tässä laskelmassa on huomioitu vain tiedossa olevat sellaiset pitkäaikaissairaudet, joiden perusteella asukkaan voisi olettaa tarvitsevan pitkäaikaista sijoitusta laitoshoitoon. Äkillisiä sellaisia sairauksia, jotka voisivat sattua missä tahansa kenelle hyvänsä iäkkäälle henkilölle ei ole huomioitu (kuten infektiot, akuutti sydäninfarkti tai aivotapahtuma).

Taulukko 2. Lääkärin toistuvaa kannanottoa edellyttäviä sairauksia ja tiloja vanhushuoneissa.

Sairaus ja sen vaikeusaste	Tehostettu palveluasuminen n=9051	Vanhainkoti n=5816	Terveyskeskus, pitkäaikaissosasto n=2016
	%	%	%
Vaikea-asteinen MS-tauti , missä kaikki seuraavat: <ul style="list-style-type: none"> • ICD-10 tautiluokituksen mukainen MS-tauti • alentunut kognitio • huono istumatasapaino 	0,86	0,96	1,04
Pitkälle edennyt Parkinsonin tauti (vaikeine) tilan vaihteluineen, missä kaikki seuraavat: <ul style="list-style-type: none"> • ICD-10 tautiluokituksen mukainen Parkinsonin tauti • alentunut kognitio • päivittäinen tilanvaihtelu • huono seisomatasapaino 	4,18 3,42	5,21 4,76	4,41 3,87
Aivovamma , missä: <ul style="list-style-type: none"> • ICD-10 tautiluokituksen mukainen aivovamma ja hengityshalvaus ja hengityskoneen tarve TAI • ICD-10 tautiluokituksen mukainen aivovamma ja tajuttomuus 	0,0 0,23	0,10 0,41	0,20 0,99
Vaikea sydämen vajaatoiminta , missä <ul style="list-style-type: none"> • ICD-10 tautiluokituksen mukainen sydämen vaikea vajaatoiminta ja vaikeuksia maata selällään hengenhdistuksen vuoksi TAI • ICD-10 tautiluokituksen mukainen sydämen vaikea vajaatoiminta ja happihoito (COPD diagnoosi poissuljettu) 	0,8	1,1	1,5
Vaikea sepelvaltimotauti , toistuvat rintakivut <ul style="list-style-type: none"> • ICD-10 tautiluokituksen mukainen sepelvaltimotauti ja rintakivut 	0,86	0,76	0,64
Vaikea astma ja keuhkohtaumatauti , missä <ul style="list-style-type: none"> • ICD-10 tautiluokituksen mukainen astma tai keuhkohtaumatauti ja happi sekä lääkkeenanto spiralla (kortisoni-injektiot tarvittaessa) 	0,39	0,58	1,84
Nelirajahalvaus <ul style="list-style-type: none"> • ICD-10 tautiluokituksen mukainen nelirajahalvaus ja happi 	0,08	0,38	0,84
Vähintään yksi yllä olevista (7,63 %)	6,7	8,3	9,4
Vähintään yksi yllä olevista JA lääkäri puuttanut lääkitykseen (2 vk aikana vähintään kerran) (2,68 %)	2,24	2,73	4,46

Alentunut kognitio, CPS (Cognitive Performance scale) = suurempi kuin nolla, asteikolla 0-6, missä 0 merkitsee normaalia tai lähes normaalia kognitiota ja 6 erittäin vaikeaa kognition vajausta. Lähde: RAI-tietokanta, THL

Muistisairauksiin liittyvät psykiatriset oireet ovat yleisiä, mutta aikaa myöten usein ohimeneviä iäkkäillä palvelujärjestelmän käyttäjillä. Vaikea-asteisina niiden tiedetään johtavan omaishoitajien uupumiseen ja muun asuinpaikan kuin kodin lisääntyneeseen kysyntään.



Kuvio 7 Käyttöoireiden lukumäärä vanhuspalveluiden käyttäjillä 30.9.2015

Selite: Arvioidut käyttöoireet ovat 1) päämäärätön vaeltelu, 2) verbaalinen ja 3) fyysinen aggressiivisuus, 4) sosiaalisesti poikkeava käyttäytyminen ja 5) annetun avun, hoidon tai palvelun vastustelu

Lähde: RAI-tietokanta, THL

Kuviosta 7 ilmenee, että käyttöoireiden yleisyys niiden lukumäärän suhteen on samankaltainen tehostetun palveluasumisen ja laitoshoidon asukkailla.

3 PITKÄAIKAISHOITO MUUALLA

OECD (2011) linjaa iäkkäiden pitkäaikaishoidoksi huolenpidon, jota tarvitsevat sellaiset henkilöt joiden arjessa suoriutuminen on alentunut pitkäaikaisesti tai pysyvästi siinä määrin, että he ovat riippuvaisia toisen ihmisen avusta. Toiminnanvajaus voi johtua joko fyysisistä tai kognitiivisista syistä. Henkilökohtaisen avun OECD määrittää joko lääketieteellisiksi tai hoitajien antamiksi palveluiksi joihin voidaan liittää kodin hoitoon liittyviä muita palveluita, sisältäen myös vapaaehtoisten toimesta annettavaa apua.

Pitkäaikaista laitoshoidoa tarjotaan OECD:n määritelmän mukaan paikoissa, joissa asuminen ja huolenpito on paketoitu (package) yhteen julkisen tai yksityisen voittoa tavoittelevan tai -tavoittelemattoman palveluntuottajan toimesta. Laitoshoidon nimitystä käytetään riippumatta siitä veloitetaanko asiakasta asumisesta ja huolenpidosta yhdessä vai erikseen.

OECD:n tarkoittamaa ”laitoshoidoa” järjestetään Suomessa terveyskeskusten vuodeosastoilla ja vanhainkodeissa, mutta sen lisäksi myös tehostetussa palveluasumisessa, missä hoito ja huolenpito voi tapahtua kaikkina kellonaikoina kaikkina viikonpäivinä tai harvemmin. Suomalainen tapa nimittää laitoshoidoksi vain terveyskeskusten ja vanhainkotien pitkäaikaishoitoa on siis Suomelle ominainen lainsäädäntöön ja historiaan perustuva nimitys, joka kattaa vain osan OECD:n tarkoittamasta ”laitoshoidosta”.

STM:n toimeksiannossa asiantuntijatyöryhmä pohti kansainvälisen tiedon valossa suomalaisen määritelmän mukaisen laitoshoidon

- tarpeellisuutta tulevina vuosina
- yhdenmukaisia perusteita
- mahdollisen vähentämisen aiheuttamia kehittämispaineita muulle ikääntyneiden pitkäaikaishoidolle, erityisesti tehostetulle palveluasumiselle.

Pitkäaikaisen laitoshoidon haasteeseen on tartuttu eri maissa erilaisin tavoin johtuen lainsäädännön, kulttuurin, ajatus- ja toimintatapojen erilaisuudesta. Richard Saltmanin ym. (2006) suorittaman kattavan selvityksen mukaan pitkäaikainen laitoshoido Euroopassa käsitti useimmiten kolmiportaisen asumismalliin, missä portaikko määräytyi annetun avun määrän mukaan. Palvelujen tuottajat saattoivat olla julkisia tai sitten voittoa tavoittelevia tai tavoittelemattomia säätiöitä tai yrityksiä. Rahoituksen taustalla saattoi olla kunta tai jokin muu hallinnollinen alue, julkinen tai yksityinen vakuutus tai muukin tahon.

Vuonna 2012 päättyneessä laajassa EU-rahoitteisessa ANCIEN-tutkimuksessa selviteltiin pitkäaikaishoidon järjestämistä eri Euroopan maassa (Alankomaat, Belgia, Bulgaria, Eesti, Englanti, Espanja, Italia, Itävalta, Latvia, Liettua, Puola, Ranska, Romania, Ruotsi, Saksa, Slovakia Slovenia, Suomi, Tanska, Tšekin tasavalta ja Unkari). Maiden väliset ja maiden sisäisten alueiden väliset erot olivat suuret OECD:n määritelmän mukaisen laitoshoidon järjestämisessä.

Eri maiden välistä laitoshoidon vertailtavuutta vaikeuttaa käsitteviidakon lisäksi asiakasmaksujen osuuden ja eri rahoitusmallien kirjavuus, hoitoon pääsyn erilaiset kriteerit sekä sosiaali- ja terveydenhuollon vaihteleva keskinäinen yhteistyö. Ennen kaikkea vertailtavuutta häiritsee se, että maiden välistä yhteismitallista ja luotettavaa tietoa pitkäaikaisen laitoshoidon tuloksellisuudesta ja laadukkuudesta on asiakkaan itsemääräämisoikeuden, hoidon saavutettavuuden ja tasalaatuisuuden, elämälaadun ja taloudellisuuden näkökulmista kovin vähän.

Pohjoismaatkaan eivät ole pitkäaikaisen laitoshoidon suhteen yhtenäisiä. Ruotsissa terveydenhuoltoon kuuluvasta iäkkäiden pitkäaikaisesta laitoshoidosta luovuttiin 1.1.1992 kattavan valtakunnallisen uudistuksen (Ädelreform) yhteydessä, jolloin kunnat velvoitettiin huolehtimaan iäkkäiden pitkäaikaishoidosta. Tässä yhteydessä päättyi Suomen terveyskeskusten pitkäaikaista laitoshoidoa vastaavan hoidon järjestäminen Ruotsissa (OECD 2005). ”Särskilt boende” on ruotsalainen vastine OECD:n määritelmän mukaisesta laitoshoidosta ja yhteisnimitys

asumisen ja huolenpidon ”paketista” riippumatta siitä, onko huolenpito ympärivuorokautista vai ei ja mikä on asiakkaan maksuosuus. Palvelun kattavuus on noin 10 vuoden ajan ollut 16 prosenttia kahdeksankymmentä vuotta täyttäneistä ruotsalaisista (Socialstyrelsen).

Tanskan ”laitoshoito” on samankaltainen Ruotsin kanssa siten, että terveydenhuoltoon kuuluvaa laitoshoidoa ei ole, eikä laitoshoido ei sanana esiinny julkisessa retoriikassa vaan puhutaan pikemmin avopalveluista ja asumisesta, johon ajatellaan palvelujen kuuluvan. Vuonna 2014 Tanskan 5,6 miljoonaisesta väestöstä, joista 238 000 oli 80 vuotta täyttäneitä vuonna 2014, noin 40 000 muistisairasta iästä henkilöä asui suomalaista tehostettua palveluasumista vastaavissa ryhmäkodeissa. Luku vastaa noin 17 prosenttia Tanskan 80 vuotta täyttäneistä. Tosin Tanskassa on kuitenkin kronisk vård -osastoja sairaaloissa.

Suomessa 80 vuotta täyttäneestä väestöstä 15,2 prosenttia sai vuonna 2014 OECD:n määritelmän mukaista laitoshoidoa, joka koostui seuraavasti

1. Terveyskeskuksen pitkäaikaisosasto	0,9 %
2. Vanhainkoti	4,0 %
3. Tehostettu palveluasuminen	9,8 %
4. Tavallinen palveluasuminen	1,5 %

Suomessa vain 1 ja 2 ovat laitoshoidoa. Muiden Euroopan maiden ja suomalaisen laitoshoidon järjestämisen vertailun perusteella on pääteltävissä, että OECD:n määritelmän mukainen laitoshoido ei edellytä suomalaisen laitoshoidon määritelmän mukaista järjestämistä. Kahden Pohjoismaan esimerkki osoittaa, että oleellista on asumisen ja huolenpidon yhteensovittaminen iästä henkilöä parhaiten palvelevalla tavalla silloin kun hän ei selviydy arjestaan ilman toisen henkilön apua.

4 IÄKKÄIDEN JA KUNTIEN KOKEMUKSIA

Iäkkäiden hoidon palvelurakennetta on jo useissa paikoissa onnistuneesti muutettu siten, että pääsääntöisesti avohoidon palveluilla kyetään vastaamaan asiakkaiden tarpeisiin ja laitoshoidon on voitu merkittävästi vähentää.

Alatyöryhmä pyysi Vaasan kaupungin, Porvoon kaupungin ja Eksoten (Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus) näkemyksiä siitä mitä palvelurakenteen muuttaminen ja laitoshoidosta luopuminen edellyttää palvelujärjestelmältä. Seuraavat asiat nousivat keskeisiksi muutosprosessissa:

- johdon sitoutuminen
- hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen tehostaminen
- investoiminen tehostettuun palveluasumiseen alkuvaiheessa
- kotihoidon kehittäminen
- kuntoutuksen lisääminen rakenteen kaikilla tasoilla
- tukipalveluiden ja uusien kotona-asumista tukevien toimintamallien kehittäminen
- monialaisen palvelutarpeen arvioinnin kehittäminen ja asiakasohjaus
- kotihoidon ja palveluasumisen lääkäripalveluiden kehittäminen

Nykyiset iäkkäät ovat valmiimpia käyttämään varallisuuttaan vanhuuden hoitomenoihin kuin tulevat iäkkäät (Taulukko 3).

Taulukko 3. Omien varojen vapaaehtoiseen käyttämiseen vanhuuden hoitomenoihin myönteisesti suhtautuneet ikäluokissa ja läheisavun antamiseen osallistumisen mukaan vuonna 2013 %.

	18-24 v.	25-34 v.	35-44 v.	45-54 v.	55-64 v.	65-74 v.	75 tai yli
Kaikki	44,2	55,7	61,1	60,6	65,1	72,7	74,9
Läheisauttajat	35,4	46,9	64,5	59,6	63,6	73,3	72,7
Ei läheisauttajat	46,2	57,9	59,8	61,3	66,1	72,5	75,4

Lähde: Vilkkonen, Muuri, Saarikalle, Noro, Finne-Soveri, Jokinen. Läheisavun moninaisuus. Kirjassa Suomalaisten hyvinvointi 2014 (toim. Vaarama ym.). THL 2014.

Kotihoidon palveluita parhaillaan (2015) käyttävistä iäkkäistä vain yhteensä kahdeksan prosenttia piti muuta asuinpaikkaa kuin kotia hyvänä vaihtoehtona. Sen sijaan heidän hoitajistaan lähes kaksinkertainen osuus (14 %) ajatteli samoin. Tietoa ei kuitenkaan ole siitä, millä tavalla asumisen tai palvelutyypin pitäisi heidän mielestään olla. (Noro & al. Läheisavun moninaisuus, THL 2014)

5 LAITOSHOITO

Iäkkäille henkilöille tarkoitettu laitoshoido määritellään toisaalta laissa ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalveluista annetun lain muuttamisesta (1351/2014) eli laissa vanhustalvelulain muuttamisesta ja toisaalta sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetussa laissa (734/1992).

Vanhustalvelulain muuttamista koskevassa laissa tarkoitettua laitoshoidoa ovat iäkkään henkilön hoidon ja huolenpidon toteuttaminen iäkkäille henkilöille tarkoitettussa ympärivuorokautista hoitoa ja huolenpitoa tarjoavassa sosiaali- tai terveydenhuollon laitostyksikössä. Iäkkäille henkilöille tarkoitettuna ympärivuorokautista hoitoa ja huolenpitoa tarjoavana laitostyksikkönä pidetään terveyskeskuksen vuodeosastoa ja vanhainkotiä. Laitoshoidoa ei määritelmän mukaan ole esimerkiksi tehostettu palveluasuminen, jossa asiakas asuu itse vuokraamassaan asunnossa.

Lisäksi sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain (734/1992) 7 b §:n mukaan pitkäaikaisessa laitoshoidossa on henkilö, jonka hoidon ja huolenpidon tarve laitoksessa on kestänyt tai sen arvioidaan kestäväen pidempään kuin kolme kuukautta, vaikka laitoshoido tulisi loppumaan tilan kohentuessa.

Valtakunnallisesti tarkasteltuna ympärivuorokautisessa hoidossa eroja on sekä terveyskeskusten pitkäaikaisoidon että vanhainkotioidon sisällä. Laitoshoidon järjestäminen ei välttämättä perustu aina hoidon tarpeeseen, vaan saattaa johtua organisaatiorakenteista ja palvelujen järjestämistavoista.

Eroja on hoidon tasossa ja järjestelmissä. Käytännössä tämä tarkoittaa, että nykyisessä palvelujärjestelmässä ei voida tehdä yleistettävii johtopäätöksiä siitä, milloin ikääntynyt olisi hoidettava laitoshoidossa. Palvelutarpeiden ja sairauksien lisäksi laitoshoidoon ohjautumiseen vaikuttavat mm. tarjolla olevien laitostpaikkojen määrä.

Avohoido ja laitoshoido muodostavat jatkumon, jossa palvelujen rajat ovat epäselviä. Tehostettu tai tavallinen palveluasuminen ovat avohoidoa, jossa asiakas asuu itse vuokraamassaan asunnossa.

Laitoshoidoa on korvattu runsaasti tehostetun palveluasumisen palveluilla. Ero erityisesti sosiaalihuoltolain mukaisen laitoshoidon ja tehostetun palveluasumisen välillä on pieni ja usein nämä kaksi palvelumuotoa erottaa toisistaan vain asiakasmaksujen perusteet.

Viime kädessä lähes kaikki sairaalassa annettava hoito on mahdollista antaa myös kotona ja palveluasumisen yksiköissä, mutta se ei ole aina järkevää ja perusteltua. Ympärivuorokautista palvelua annetaan myös kotioidossa ja ikääntyneitä hoidetaan kotona elämän loppuun saakka. Myös ikääntyneiden saattohoito toteutetaan perinteisen laitoshoidon sijaan yhä enemmän palveluasumisessa ja kotioidossa. Tällöin ratkaisut ohjaavat, että erityisosaamista sisältävät palvelut viedään laitoshoidon sijasta asiakkaan luokse. Oleellista on pohtia, millaisilla panostuksilla ja minkälaisessa toimintaympäristössä tämä on mahdollista. Esimerkiksi kotisairaala-toiminta on hyvin vaihtelevasti järjestetty eri kunnissa.

Vanhustalvelulain muuttamista koskevan lain perusteluiden mukaan pitkäaikaisen laitoshoidon lääketieteellinen peruste pohjautuu lääkärin arvioon. Tällöin potilaan tarvitsema sairauden hoito tai monialainen kuntoutus toteutuu ainoastaan laitoshoidossa. Perustelutekstien mukaan tällaista voi olla esimerkiksi potilaan sairauksien hoidon, seurannan tai kuntoutuksen edellyttämä erityisosaaminen ja tässä tarvittavat laitteet ja välineet, useiden samanaikaisten sairauksien hoidon ja kuntoutuksen moniammatillinen toteuttaminen, vaikeasti muistisairaahan henkilön runsaat käytösoireet tai erityisesti somaattisesti epävakaille potilaille valmius nopeasti lisätä sairaanhoitoa.

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista asettaa uudenlaisia vaatimuksia myös laitoshoidolle. Kun laitoshoidon voidaan antaa enää lääketieteellisin perustein, tulee laitoshoidonkin olla sellaista, jolla voidaan vastata ikääntyneen lääketieteellisen ja sairaanhoidollisen palvelun tarpeeseen. Tämä edellyttää laitoshoidon sisällön tarkastelua ja yhtenäistämistä.

Perusteltua olisikin korvata sosiaalihuoltolain mukainen laitoshoidon kokonaan tehostetulla palveluasumisella.

6 AVOHOITO

Avohoidolla tarkoitetaan palveluita, joita asiakas voi saada kotiinsa tai jotka ovat kotoa käsin saavutettavissa. Myös palveluasuminen ja tehostettu palveluasuminen katsotaan avohoidoksi, koska siinä asiakas asuu vuokraamassaan asunnossa vaikka ne ovatkin ympärivuorokautisen hoidon muotoja. Sosiaalihuoltolain (1301/20149) asumispalveluita koskevan 21 §:n mukaan palveluasumisella tarkoitetaan palveluasunnossa järjestettävää asumista ja palveluja. Palveluihin sisältyvät asiakkaan tarpeen mukainen hoito ja huolenpito, toimintakykyä ylläpitävä ja edistävä toiminta, ateria-, vaatehuolto-, peseytymis- ja siivouspalvelut sekä osallisuutta ja sosiaalista kanssakäymistä edistävät palvelut. Tehostetussa palveluasumisessa palveluja järjestetään asiakkaan tarpeen mukaisesti ympärivuorokautisesti.

Mitä pitkäaikaisesta laitoshoidosta luopuminen edellyttää avohoidolta:

- avohoidon osaamista ja henkilöstörakennetta tulee kehittää
- toimintakyvyn laaja-alainen arviointi ja yhdenmukaiset arviointikriteerit
- tarjolla riittävästi erilaisiin tarpeisiin vastaavia palveluja, joihin on tehokas asiakasohjaus
- tarjolla riittävästi lääkäriyöaika
- kotihoitopainotteista palvelujärjestelmää tukevat asiakasmaksut
- liikkuvat hoitoyksiköt
- osaamisen kehittäminen avohoidossa
- asumispalveluyksiköiden erikoistuminen
- akuutti sairaanhoito tukee kotona asumista
- saattohoito järjestetään kotiin

Valtakunnallisena tavoitteena on, että iäkkäiden tarvitsemat palvelut järjestetään ensisijaisesti asiakkaan kotiin tai siten, että ne ovat kotoa käsin saavutettavissa. Jos muut vaihtoehdot eivät ole mahdollisia, turvaututaan laitoshoitoon, joka pyritään suunnittelemaan määräaikaiseksi. Tavoitteen saavuttaminen edellyttää, että palvelujärjestelmässä on tarjolla riittävästi asiakkaiden tarpeisiin vastaavia vaihtoehtoja. Kun laitoshoidon puretaan, on avohoidon toimintatapoja kehitettävä niin, että ne vastaavat iäkkäiden palvelutarpeisiin. Se tarkoittaa palveluissa mm. kotikuntoutusta, kotisairaala- ja lääkäreiden osallistumista ja sitoutumista iäkkäiden avohoitoon.

ETLAn juuri ilmestyneessä tutkimuksessa osoitetaan, että eliniän piteneminen ei oleellisesti pidennä hoitajaksoja eli hoivatarve ei liity suoraan ikään, vaan ennemminkin kuoleman läheisyyteen. Iäkkäiden ihmisten toimintakyky ja terveys ovat parantuneet samanaikaisesti eliniän pitenemisen kanssa.

Koska hyvin vanhojen iäkkäiden määrä nousee tulevaisuudessa (85 vuotta täyttäneiden määrän ennustetaan nousevan nykyisestä noin 136 000 hengestä noin 360 000 henkeen eli noin 2,6-kertaistuvan vuoteen 2040 mennessä), tulee ympärivuorokautisen hoidon tarve kuitenkin lisääntymään huomattavasti tulevina vuosina mikäli palvelurakennetta ja palveluiden sisältöä ei merkittävästi kehitetä.

Iäkkäiden asumis- ja hoivapalvelujärjestelmään joutumisen syistä ylivoimaisesti suurin tulosy on dementia. Yleensä dementian aiheuttama kotona pärjäämättömyys on syynä noin 75 prosentilla asumis- ja hoivapalvelujärjestelmän asiakkaista. Sen vuoksi muistisairaiden avopalveluihin tulee kiinnittää erityistä huomiota.

Aalto-yliopiston toteuttamassa tutkimuksessa on hahmotettu tällä hetkellä EU:n alueella nähtävissä olevia trendejä varautumisessa väestön ikääntymiseen. Selvää on, että huoltosuhteen huononeminen ja taloudelliset vaikeudet ovat yhteisiä haasteita kaikissa EU-maissa.

Keskeisenä keinona on nähty porrastetun ja sektoroidun järjestelmän purkaminen ja palveluiden ryhmitteleminen uudella tavalla sekä uusien palveluinnovaatioiden löytäminen. Ympäristöuudistuksen palveluita pyritään korvaamaan erilaisilla kotiin tuotavilla ja kotoa käsin tavoitettavilla päiväpalveluilla. Myös tehokkaan monimuotoisen kuntoutuksen merkitykseen kotona asumisen tukemisessa on havahduttu.

Asumisen, sekä asunnon että asuinympäristön, merkitys korostuu kotihoitoa painottavassa palvelujärjestelmässä. Palvelujen tulee olla saavutettavissa kotoa käsin ja asuntojen mahdollistaa kotona asuminen (esteettömyys).

Kolmannen sektorin vapaaehtoistoiminnan rooli kasvaa kun yhteiskunnan niukkenevat voimavarat keskitetään välttämättömien raskaiden palveluiden toteuttamiseen.

Osaaminen ja hoitokäytännöt

Avohoitoa kehitettäessä on huolehdittava, että palvelujärjestelmässä toimivat sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiset ovat ammattitaitoisia ja pystyvät vastaamaan asiakkaiden tarpeisiin. Henkilöstön on tunnettava toimintaympäristön kokonaisuus, jotta se osaa ohjata tarvittaessa kotona asuvaa ikääntynyttä henkilöä tarjolla olevien muiden palvelujen piiriin. Henkilöstön osaaminen ja oikea henkilöstörakenne ovat tulevaisuudessa todennäköisesti entistä keskeisempi kysymys hyvän sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen laadun ja kohtuullisten kustannusten kannalta.

Henkilöstön osaamista tässä yhteydessä (kriteerit laitoshoidolle) tarkastellaan siinä tilanteessa, kun henkilö on vielä avohoidossa ja arvioidaan laitoshoidon tarvetta.

Osaamiseen sisältyy mm. seuraavia asioita:

- iäkkään henkilön palvelutarpeen ja palvelukokonaisuuden tunnistamisen taito
- iäkkään henkilön osallisuus palveluja suunniteltaessa ja toteutettaessa
- yhteistyöosaaminen ja moniammatillisen yhteistyön taidot
- oman osaamisen rajojen tunnistaminen
- uudet palveluinnovaatiot ja teknologian hyödyntäminen
- sisällöllinen osaaminen, kuten kuntouttava työote, geriatrinen/ gerontologinen osaaminen
- saattohoidon osaaminen

Iäkkään henkilön palvelutarpeen ja muutosten tunnistamisen taito

Iäkkään kanssa työskentelevän tulisi pystyä tunnistamaan iäkkään ihmisen toimintaympäristö ja siinä pärjääminen sekä potilaan toimintakyvyssä tapahtuneet muutokset. Erityisesti kotihoidossa on tunnistettava ihmisen omat voimavarat ja niiden hyödyntäminen. Ammattilaisen on kyettävä arvioimaan iäkkään henkilön toimintakyky ja kuntoutustarve käyttäen apunaan esim. siihen laadittuja toimintakykymittareita. Tämä liittyy kokonaisvaltaisen hoito- ja palvelusuunnitelman käyttöön.

Iäkkään henkilön osallisuus palveluja suunniteltaessa ja toteutettaessa

Henkilöstön laaja-alaiseen ammattitaitoon kuuluu iäkkään henkilön kunnioittaminen ja hänen mielipiteensä huomioon ottaminen. Iäkkäälle henkilölle ja tarvittaessa hänen omaisilleen tulisi antaa mahdollisuus vaikuttaa, osallistua ja suunnitella myös hoitopaikan valintaa.

Yhteistyöosaaminen ja moniammatillinen työ

Iäkkään ihmisen kanssa työskentelee useasti useita toimijoita. Sosiaali- ja terveydenhuollossa on toimijoita eri ammattiryhmistä, joiden kaikkien osaamista tarvitaan iäkkään henkilön tarpeisiin vastaamisessa ja kotona pärjäämisen turvaamiseksi. Sote-ammattilaisten lisäk-

si yhteistyötä tehdään mm. asumisasioita hoitavien viranomaisten kanssa. Lisäksi tulevat toimijat kuten järjestöjen, seurakunnan ja yksityisen sektorin toimijat. Yhteistyö omaisten kanssa on tärkeää, mutta myös muut läheiset ja verkostot on huomioitava.

Oman osaamisen rajojen tunnistaminen

Kotihoidossa iäkkäiden henkilöiden tilanne saattaa vaihdella nopealla aikataululla. Yleistilanne saattaa heiketä sairauden, ravitsemuksen, lääkityksen tai jonkun muun syyn takia. On erittäin tärkeää konsultoida kollegoita, muita henkilöstöryhmiä tai erikoissairaanhoidon oman tilanearvioin tueksi.

Uudet palveluinnovaatiot ja teknologian hyödyntäminen

Henkilöstöllä tulee olla osaamista iäkkäiden henkilöiden tukemisessa internet- ja mobiilipohjaisten palveluiden käyttöönotossa myös sosiaali- ja terveydenhuollossa. Sähköisten asiointipalveluiden lisäksi tulee ikääntyneitä tukea ja motivoida uusien hyvinvointitekniikoiden välineiden käyttöön omaehtoiseen terveydestä ja hyvinvoinnista huolehtimiseen. Erityisesti ikääntyneiden omahoitoa tukevia välineitä ovat erilaiset muistutus- ja kalenteriratkaisut. Lisäksi henkilöstöllä tulisi olla omassa käytössään internet- ja mobiilipohjaiset sovellukset ja ohjelmat, jotta laitoshoidon arviointiprosessi on kaikkien siinä mukanaolevien käytettävissä.

Sisällöllinen osaaminen/hoitokäytännöt/toimintatavat

Ikääntyneiden hoitoon kuuluu sekä laitoshoidossa että kotihoidossa asiakaslähtöinen toimintatapa, kuntouttava työote/toimintakyky ylläpitävä työtapa, asiakasohjaus, geriatrinen/gerontologinen osaaminen.

Saattohoito

Saattohoito kuuluu pääsääntöisesti perusterveydenhuollon vastuulle. Saattohoito-osaaminen on kaikkien avohoidossa työskentelevien vastuulla ja kuuluu perusosaamiseen. Diagnoosista riippumatta saattohoidossa korostuvat oireiden lievitys, henkisestä hyvinvoinnista huolehtiminen ja perheen tai muun lähipiirin tukeminen. Saattohoidon periaatteisiin kuuluu, että potilaalla on oikeus saada elää ympäristössä, joka pystyy sopeutumaan hänen tilanteeseensa ja jossa on turvallisia ihmisiä. Potilaalla on myös oikeus elää perheensä/sukunsa jäsenenä ja voida säilyttää halutessaan yhteys niihin yhteisöihin, joihin hän kuuluu. Moni haluaa kuolla kotonaan, tutussa ympäristössä, turvallisesti. Harva haluaa olla yksin lähdön hetkellä. Kivunhoito ja muu palliativinen hoito on oltava hyvin järjestettyä. Saattohoidon henkilöstöllä tulee olla mahdollisuus konsultointiin ja yhteistyöhön muiden toimijoiden kanssa.

7 EHDOTUKSET LÄÄKETIETEELLISIKSI KRITEREIKSI

Alatyöryhmän näkemyksen mukaan laitoshoidon ei pääsääntöisesti voida ennakoita yksittäisten diagnoosien perusteella.

Vanhuspalvelulain mukaisesti laitoshoidon voidaan sijoittaa ainoastaan lääketieteellisillä syillä ja perustuen niihin liittyvään yksilölliseen harkintaan. Ennen laitoshoidon sijoittamista tulee aina selvittää muut vaihtoehdot sekä huolehtia siitä, että potilaan lääketieteellinen tila on asianmukaisesti selvitetty ja potilas on saanut riittävän kuntoutuksen.

Alatyöryhmän käsityksen mukaan 0-1 % 75 vuotta täyttäneistä tarvitsee pitkäaikaista laitoshoidon lääketieteellisillä perusteilla paikallisista olosuhteista riippuen.

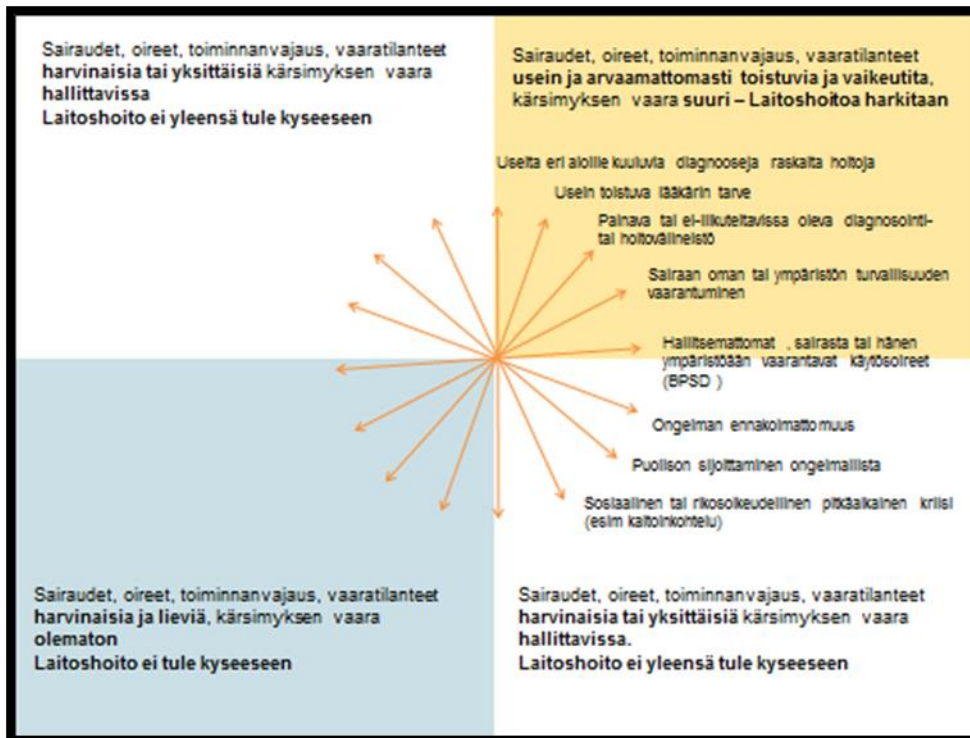
Pitkäaikaista laitoshoidon harkittaessa huomioitavat asiat

- sairaudesta/sairauksista johtuva laitoshoidon tarve voi muodostaa perusteen seuraavissa tilanteissa:
 - Useita samanaikaisia sairauksia, jotka edellyttävät vaativia, usein toistuvia ja ennakkoimattomia lääketieteellisiä hoitoja.
 - Vaikeasti liikuteltava, vaikeasti järjestettävissä oleva tai erityisosaamista vaativa hoito ja/tai hoitovälineistö.
 - Sairaalan oman tai muiden ihmisten vakava terveyden tai turvallisuuden vaarantuminen.
- Seuraavat tilanteet eivät yksinään muodosta perustetta pitkäaikaiselle laitoshoidolle:
 - apuvälineiden/sairaalateknologian tarve
 - geropsykiatriset oireet
 - saattohoito
 - sairaalabakteerien kantajat
 - toiminnan vajaus eri ulottuvuuksissaan
 - välimatka
 - yksinäisyys tai turvattomuuden tunne

Miksi emme anna esimerkkejä?

- lopullinen harkinta on aina paikallisella toimintaorganisaatiolla
- kuntien toimintarakenteen ja käytänteet vaihtelevat (vuoden 2016 alussa) niin merkittävällä tavalla toisistaan, että yksityiskohtaisia esimerkkejä ei ole perusteltua antaa.

Alla olevassa nelikentässä havainnollistetaan niitä monimuotoisia tekijöitä, joita on otettava huomioon laitospäätöstä harkittaessa.



8 SEURANTA

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos on sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksena toteuttanut vanhuspalvelulain toimeenpanon seuranta- ja arviointia. Osana vanhuspalvelulain yleistä toimeenpanon tukea seurataan ja arvioidaan myös palvelurakenteen muutoksen etenemistä. Aiemmat seurannat on toteutettu vuosina 2013 ja 2014. Seuraavat seuranta- ja arviointitutkimukset tehdään syksyllä 2016 ja 2018 osana Ikäihmisten kotihoidon kehittäminen ja kaikenikäisten omaishoidon vahvistaminen - kärkihanketta.

Vanhuspalvelulain muuttamiseen liittyvässä hallituksen esityksessä (240/2014) arvioitiin, että täsmentämällä iäkkäiden pitkäaikaisen laitoshoidon kriteereitä laitoshoidon piirissä olevien osuus 75 vuotta täyttäneistä pienenesi lähes kahdella prosenttiyksiköllä vuosina 2012- 2017. Samaan aikaan tehostetussa palveluasumisessa olevien osuus nousi vajaalla prosentilla, säännöllisen kotihoidon piirissä olevien osuus yli prosentilla ja omaishoidon tuen piirissä olevien osuus yhdellä prosentilla. Kokonaisuudessaan palveluiden piirissä olevien osuus kasvaisi 1,2 prosenttiyksikköä vuosina 2012–2017. Palvelurakenteen muutoksen seurauksena iäkkäiden palvelujen kustannusten kasvu hidastuisi noin 272 miljoonaa euroa vuoden 2015 rahassa.

9 POHDINTAA

Alatyöryhmän tehtävänä oli etsiä iäkkäiden pitkäaikaisen laitoshoidon lääketieteellisiä kriteereitä ja sen vuoksi työryhmä keskittyi työssään niihin ja siten monia tärkeitä ja monia iäkkäitä koskettavia teemoja, kuten yksinäisyys, turvattomuus, hoitavien omaisten kuormittuminen ja rakennuksiin liittyvät ongelmat on tässä muistiossa jätetty käsittelemättä.

Iäkkäiden laitoshoidon vähentyminen on tuonut mukanaan itsemääräämisoikeuden ja vallinnanvapauden vahvistumista. Edellisessä kappaleessa mainitut ongelmat on ratkaistava yhteiskunnan toimesta eivätkä ne saa johtaa laitoshoitoon.

Laitoshoidon järjestämisen tarve on vahvasti sidoksissa ikääntyneiden muuhun palvelujärjestelmään. Palvelujärjestelmän kehittämiseen liittyvät tekijät jotka edistävät vähäistä laitoshoidon tarvetta ovat:

- 1) Vahva panostus asiakasohjaukseen, asiakkaan osallistamiseen ja ennaltaehkäiseviin palveluihin
- 2) Monialainen toiminta ikääntyneiden yksinäisyyden vähentämisessä ja asuinalueiden yhteisöllisyyden kehittämisessä, mukaan lukien asumisen kehittäminen
- 3) Kotihoidon toimivuus
- 4) Kotona asumista tukevien muiden palvelujen kehittäminen: kotisairaala- ja mobiili-toiminta, ensihoidon kanssa tehtävä yhteistyö, kotiin ja palveluasumiseen annettavat kuntoutuspalvelut
- 5) Toimivat kotihoidon ja palveluasumisen lääkäripalvelut
- 6) Uuden turva- ja hoitoteknologian hyödyntäminen
- 7) Toimiva akuutti- ja kuntoutussairaalahoito silloin, kun asiakkaan tilanne sitä vaatii
- 8) Geriatrisen näkökulman vahvistaminen koko palvelujärjestelmässä, ml. päivystys ja erikoissairaanhoido
- 9) Saattohoidon osaamisen vahvistaminen koko palvelujärjestelmässä

Työryhmän johtopäätös on, että jäljelle jäävillä laitostyöyksiköillä pitää olla riittävä lääketieteellinen ja sairaanhoidollinen osaaminen, joten sosiaalisen sektorin laitoshoidolle ei tulevaisuudessa ole tarvetta. Laitoshoidon tulee pääasiassa olla määräaikaista, vaikka se joissain tilanteissa voi muodostua pitkäaikaiseksi.

Jotta laitoshoidosta voidaan luopua, on kotihoitoa ja palveluasumista kehitettävä vastaamaan iäkkäiden tarpeita esimerkiksi osaamisen, henkilöstörakenteen, asiakasturvallisuuden ja tarjolla olevien tukipalveluiden suhteen. Asuinolosuhteet ovat pääsääntöisesti parantuneet niin, että iäkkäiden ei sen vuoksi enää tarvitse muuttaa vaan palveluita voidaan tuoda asiakkaan luokse.

Alatyöryhmä törmäsi työssään useaan otteeseen siihen, että nykyisin käytössä olevat käsitteet eivät enää sovi/vastaa todellisuutta iäkkäiden palveluissa menossa olevassa rakenteellisessa ja kulttuurisessa murrosvaiheessa. Sen on johtanut siihen, että kunnissa on otettu käyttöön paljon erilaisia nimikkeitä kuvaamaan samaa toimintaa ja toisaalta samoilla käsitteillä saateen tarkoittaa eri asioita.

Käsitteiden epäselvyys ei ole pelkästään suomalainen ilmiö. Maiden vertailu osoitti, että täsmälleen samankaltaisesti ikääntyneiden asumispalvelut järjestäneitä ja rahoittaneita maita, joiden asiakasvalinnan kriteeritkin olisivat samat, ei varmuudella ole. Kuitenkin ainakin kaksi naapurimaistamme (Ruotsi ja Tanska) on kyennyt kestävästi järjestämään ikääntyneiden palvelut siten, että terveydenhuollon yksiköissä tai sairaaloissa ei tarvitse asua.

10 LÄHTEET

Ancien 2009–2012 Grant agreement no.: 223483

<http://www.ancien-longtermcare.eu/>

Long-term Care for Older People, OECD 2005, Paris

Läheisavun moninaisuus. Kirjassa Suomalaisten hyvinvointi 2014 Vilkko, Muuri, Saarikalle, Noro, Finne-Soveri, Jokinen. (toim. Vaarama ym.). THL 2014.

Miten sote-uudistus toteutetaan? Petra Kinnula, Teemu Malmi ja Erkki Vauramo, Kunnallissalan kehittämissäätiö, Tutkimusjulkaisu nro 91, 2015

RAI-tietokanta 2015, THL

Socialstyrelsen, Ruotsi

<https://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikefteramne/socialtjanstinsatsertillaldreochpersonermedfunktionsnedsattning>

Sotkanet 2015

Työssäkäyntitilanne 2014, Tilastokeskus

Vanhusten pitkäaikaishoidon tarve vuoteen 2040. Eija Kauppi, Niku Määttänen, Tomi Salmi-nen ja Tarmo Valkonen, Kunnallissalan kehittämissäätiö, Tutkimusjulkaisu nro 90, 2015

Äldreomsord i Norden 2015. Elizabeth Dahler-Larsen, Tine Rostgaard, Vibeke Høy Worm, Jón Anton Sigurjónsson, Jónas Tór Næs, Harriet Finne-Soveri, Maj-Len Österlund, Sigur-veig H Sigurdardottir, Thorstein Ouren, Ann-Kristin Granberg.

<http://www.nordicwelfare.org/Publications/Aldreomsorg-i-Norden/>

11 LIITTEET

LIITE 1

Alatyöryhmän järjestämiin kuulemistilaisuuksiin osallistivat:

Kristiina Backlund, Helsingin kaupunki
 Virpi Dufva, Vanhus- ja lähimmäispalvelun liitto
 Sirkka-Liisa Heimonen, Ikäinstituutti
 Satu Helin, Vanhustyön keskusliitto
 Eeva Hölttä, Helsingin kaupunki
 Outi Lyytikäinen, THL
 Pirkko Mahlamäki, Vammaisfoorumi
 Soili Nevala, SUPER
 Aino Närkki, Sosiaalialan työnantajat
 Riitta Suhonen, Sairaanhoidajaliitto, Turun yliopisto
 Jaana Tamminen, Muistiliitto
 Erkki Vauramo, Aalto-yliopisto

Kuulemisessa nousi esiin seuraavia laitoshoidon kriteereiden kannalta huomioitavia näkökulmia:

- *palvelujen määritelmien epäselvyys ja epätarkoituksenmukaisuus nykytilanteessa*
- *tilojen käytettävyys ja asianmukaisuus*
- *teknologian hyödyntäminen*
- *asiakkaiden siirtelemisestä on päästävä eroon*
- *yhtenäiset kriteerit toimintakyvyn mittaamiselle ja palveluiden saamiselle*
- *asiakasohjauksen hyödyntäminen tarkoituksenmukaiseen palveluun ohjaamisessa*
- *konsultaatiomahdollisuuksista huolehtiminen*
- *toimintakäytänteet alueellisesti vaihtelevia*
- *yksiportainen järjestelmä, osaaminen on siirrettävissä, ei ole kiinni seinissä*
- *laitoshoidon sisällön määritelmä puuttuu tai kunnat ovat määritelleet sen kukin omalla tavallaan*
- *tarvitaan visio siitä, mikä on tulevaisuuden laitos eli kenelle se on tarkoitettu*
- *hoito- ja palveluketjun toimivuutta ei ole arvioitu*
- *itsemääräämisoikeuskysymykset on huomioitu vaihtelevasti eri kunnissa tai jääneet huomioimatta*
- *ikäntyvien erityisryhmien kuten vammaisten ja mielenterveysongelmaisten tarpeet on huomioitu vaihtelevasti eri kunnissa tai jääneet huomioimatta*
- *asiakasmaksu- ja rahoitusjärjestelmä ohjaavat toimintaa epätarkoituksenmukaiseen suuntaan ja estävät asiakkaan tarpeiden mukaista kehitystä*

Alatyöryhmä osallistui myös päätyöryhmän järjestämään seminaariin 26.8.2015, jossa tuotiin esiin seuraavia iäkkäiden pitkäaikaiseen laitoshoidon liittyviä näkökulmia:

Mitä ovat pitkäaikaisen laitoshoidon lääketieteelliset kriteerit:

- *Diagnoosi ei ole ratkaiseva tekijä*
- *Lääketieteellinen tulokulma on kapea - moniammatillisuus*
- *Diagnoosin sijasta korostuu toimintakyky, diagnoosi selittää toimintakykyä*

- *Laaja toimintakyvyn ja palvelutarpeen yksilöllinen arviointi toimintatapana, ei ole pelkästään lääketieteellinen asia*
- *Toimintakyvyn arvioinnin työkalut*
- *Mikä on laitos? Laitoskirjo on laaja.*
- *Mitä laitossyksiköiltä edellytetään*
- *Mitkä ovat laitoshoidon laatuvaatimukset*

Mitä lääketieteellisiin kriteereihin rajoittuva pitkäaikainen laitoshoido edellyttää muulta palvelujärjestelmältä:

- *Laitoshoidon määrän tarve on sidoksissa muun palvelujärjestelmän toimivuuteen*
- *Varhaisten palvelujen palveluvalikko – innovoidaan uusia palveluja*
- *Terveyskeskuksen vuodeosastolle ajaututaan, kun muuta paikkaa ei ole. Järjestelmä ei saa vuotaa. Laitoshoido on myös ollut paisuntasäiliö.*
- *Laitoksen ei pitäisi olla kenenkään koti*
- *Laitos vai koti – välissä muitakin palveluja, ei pitäisi nähdä vain ääripäitä, mitä tarkoitetaan pitkäaikaisella laitoshoidolla*
- *Missä ihmiset pärjää – mikä on muu palvelujärjestelmä*
- *Kuntoutuksen rooli merkittävä*
- *Teknologian hyödyntäminen*
- *Turvallisuusongelma muistisairaiden kohdalla*
- *Asiakasohjaus ja palvelujen koordinointi on järjestelmän toimivuuden peruspilari*
- *Asiakas keskiössä, palvelujärjestelmästä asiakaslähtöinen ratkaisu*
- *Omaisten ja läheisten rooli on merkittävä*
- *Kotona asumista tukevat palvelut: lääkäripalvelut, kuntoutuspalvelut*
- *Yksinäisyyden haaste on iso yhteiskunnallinen kysymys ja se on ratkaistava monialaisessa yhteistyössä*
- *Asumisen kehittäminen, yhteisöllisyys ja kotona asumisen tuki*
- *Palveluasumisen ongelma iäkkäiden maksukyky – yksikanavainen rahoitusjärjestelmä*
- *Valinnanvapaus ongelma erityisesti pienissä kunnissa*
- *Iäkkäiden ihmisten mielenterveyspalvelut*
- *Mitä eri palveluissa pitää pystyä hoitamaan*
- *Riittävä osaaminen kaikissa palveluissa*
- *Apuvälinepalvelut: riittävyys ja laatu, myös kommunikoinnin apuvälineet*
- *Kansalaisten oman elämän suunnittelu keskiöön*
- *Kustannusten läpinäkyvyys*
- *Suun terveydenhuolto kuntoon*
- *Asiakaslähtöisen palvelukulttuurin kehittäminen*
- *Saumattomat palveluketjut*

LIITE 2

Eksoten, Porvoon ja Vaasan kokemuksia palvelurakenteen muuttamisesta ja laitoshoidon vähentämisestä:

Johtaminen

- Tarvitaan viranhaltijoiden ja poliitikkojen yhteinen tahtotila ja päätös. Näin suunnitelmaa voidaan toteuttaa yli budjettivuosien. Suunnitelmaa pitää jatkuvasti operationaalistaa /konkretisoida ja viestiä siitä jatkuvasti ja ymmärrettävästi.
- Henkilöstön kanssa keskustelu ja muutoksen vastaanottamiseen kouluttaminen. Muutoksen läpivienti ei onnistu ilman henkilöstön panosta.
- Johtaminen ja esimiestyö on arvioitava. Tarvitaan tietoa ja oikeat välineet. Esim. kotihoidon toiminnanohjausjärjestelmä.
- Muutoksen edellytys oli vahva johdon sitoutuminen ja määrätietoinen muutoksen johtaminen. Muutokset kaikissa palveluketjun osissa on otettava huomioon eli myös päivityksessä ja erikoissairaanhoidossa. Saadaksesen jotakin uutta on myös luovuttava joistakin asioista.

Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen

- Syöttöä palvelujen piiriin on estettävä. Parempikuntoisten, nuorten eläkeläisten jumppa ja virikkeet vaativat oman strategiansa ja ne kuuluvat koko kunnan toimialaan.
- Hyvinvointia ja terveyttä edistävää toimintaa on lisättävä. Matalan kynnyksen toimintaa on vahvistettu esim.
 - o Palveluneuvontaa, terveystarkastuksia, toimintakykyarvioita, liikuntaneuvontaa, hyvinvointia tukevia kotikäyntejä, teema-tapahtumia
 - o vertaistoimintaa esim. liikunnassa, ATK-taitojen vahvistamisessa, kolmannen sektorin koordinoija aktivoimassa alueen toimintaa

Tehostettu palveluasuminen

- Laitospaikkoja on vähennetty ja osa niistä on korvattu tehostetulla palveluasumisella.
- Yksiköiden profilointi. Joukko psykogeriatrisia potilaita asuu vuodeosastoilla, vanhainkodeissa, jopa erikoissairaanhoidossa. Nämä eivät usein sovellu normaaliin muistihäiriöisten yms. palvelutaloon. Tälle asiakasryhmälle rakennetaan (ikäntyneet skitsofreenikot, päihteiden dementoimat, paljon käytöshäiriöiset dementoituneet) oma tehostetun hoidon palvelutalo.
- Pienet ja sokkeloiset palvelutalot nielevät paljon henkilökuntaa (vars. yöt) ja investoinnit toimiviin tiloihin maksavat itsensä pian takaisin.

Kotihoito

- Laitoshoidosta vapautuneet resurssit kohdistettiin kotona asumisen tukemiseen ja kuntoutuksen eri alueille.
- Keskitetty monialainen palvelutarpeen arviointitiimi malli on otettu käyttöön, kotihoidon asiakkaaksi ohjautumisen palvelupolku on uudistettu, kuntouttava arviointijakso ja lyhyet interventiot on otettu käyttöön. Sairaalasta kotiutuksessa on siirrytty keskitettyyn kotiutusmalliin.

- Ympäri vuorokautisen hoivan myöntämisperusteet tarkistettiin.
- Toteutettuja toiminnallisia muutoksia:
 - o Kotisairaaloiminta on aloitettu
 - o ympärivuorokautinen lääkäripalvelu
 - o päivystysvalmiuden lisääminen
 - o Saattohoito-yksikkö on perustettu
 - o Kotikuntoutustiimin perustaminen. Tarkistettiin myös työnjakoa fysioterapian kanssa.
 - o Muutosten johdosta yhä huonompikuntoisia asiakkaita voidaan hoitaa kotona ja turvallisuudentunne kuitenkin säilyi. Kotona ja palvelutalossa voidaan myös järjestää kuoleminen turvallisesti (kipupumput, iv.-hoito).
- Tarvitaan toimivat tilat. Kotihoidon toimitiloja on tiivistetty. Tilat mahdollistavat tiimiytymisen, toisaalta on optimoitava kuljettavia matkoja.
- Avopuolella pitää olla riittävä henkilöstö (määrä ja vars. sairaanhoidollinen osaaminen). Ilman kokeneita yleislääkäreitä tai geriatreja ei monisairaita vanhuksia voi hoitaa kotona tai palvelutaloissa.

Kuntoutus

- Kuntoutus joka portaalla, kotihoidossa tarvitaan tiimeissä toiminta- ja fysioterapeutteja.
- Kuntoutusta on vahvistettu ja monipuolistettu
 - o Laitoksessa lyhytaikaista kuntoutusta
 - o Kotikuntoutusmalli on otettu käyttöön
 - o Muistikoordinaattoritoimintaa on lisätty
 - o Tehostettua kotisairaanhoidoa on lisätty ja yhteistyö- ja koulutusmalli kotihoidon ja ensihoidon kanssa monipuolistettu.
 - o Kotihoidon määrää lisätty ja toimintakulttuuria muutettava kuntouttavan kotihoidon suuntaan.
 - o Koulutusta on järjestetty koko henkilöstölle.
 - o Asiakkaan palvelukokonaisuuden koordinoimiseksi on otettu käyttöön vastuuhoidajamalli
- Täsmäinterventtioiden (eril. tuotteistetut ryhmät, kuntosalit yms.) kohdentaminen jo toimintakykyään menettäneisiin (somaattiset ongelmat, masennus/ yksinäisyys, muistihäiriöiset) vanhuksiin. Painopisteenä ovat vielä kotona asuvat vanukset ja arjessa selviytyminen.

Johtopäätöksiä

- Oleellisinta oli, että kehittämistyö ja muutokset tehtiin samanaikaisesti hoidon joka tasolla.
- Tavoitteena on, että pitkäaikaishoidossa on vain yksittäisiä monisairaita, jatkuvasti lääkärin tarkkailua tai erittäin vaativia hoitotoimenpiteitä tarvitsevia potilaita. Sairaalassa hoidettaisiin jatkossa akuuttigeriatrisia potilaita, tehtäisiin monipuolista kuntoutusta, vastattaisiin sairaalapaikkaa tarvitsevista palliatiivisen hoidon potilaista.
- Konsulttia saatetaan tarvita muutoksen läpiviemisessä, vaikka konsultti ei olekaan muutoksen johtaja.
- Ensivaiheessa sairaalassa asuminen lopetetaan ja tarvitaan paljon uudisrakentamista. Jatkossa tarvitaan monimuotoisia asumisen ja hoivan mahdollistavia kevyempiä ratkaisuja. Pääpaino tulee selkeämmin olemaan vanhusten yksilöllisten tarpeiden huomioon ottamisessa ja arjen tukemisessa.

LIITE 3

Keskeisiä käsitteitä

- Avohoito: Palveluasuminen ja tehostettu palveluasuminen. Asumiseen vuokrasopimus; asiakas voi ostaa tarvitsemansa palvelut.
- Laitoshoido: Vanhainkoti. Pitkääikaista (90 vrk tai enemmän tai pitkäaikais-hoidon päätös) tai lyhytaikaista hoitoa; pitkäaikaishoidon maksu (sisältää asumisen, lääkkeet ja hoidon ja palvelun)
- Laitoshoido: Terveyskeskusten pitkäaikaishoido/vuodeosastot. Pitkääikaista (90 vrk tai enemmän tai pitkäaikaishoidon päätös) tai lyhytaikaista hoitoa; pitkäaikaishoidon maksu (sisältää asumisen, lääkkeet ja hoidon ja palvelun)