

HOITOA JA HUOLENPITOA YMPÄRI VUOROKAUDEN

Ikähoiva -työryhmän muistio

Julkaisija Sosiaali- ja terveysministeriö	Julkaisun päivämäärä
Tekijät Ikähoiva työryhmä	Julkaisun laji Työryhmäraportti
	Toimeksiantaja Sosiaali- ja terveysministeriö
	HARE-numero ja toimituksen asettamispäivä STM070:00/2009

Julkaisun nimi
Hoitoa ja huolenpitoa ympäri vuorokauden. Ikähoiva -työryhmän muistio

Tiivistelmä

■ Osana Kaste -ohjelman ja Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksen toimeenpanoa sosiaali- ja terveysministeriö asetti 15.9.2009 työryhmän valmistelemaan ehdotukset ikäihmisten ympäri-vuorokautisen hoiva- ja hoitopalvelujen rakenteiden ja sisällön kehittämiseksi sekä ikäihmisten asumispalvelujen asiakasmaksujen määräytymistä koskevista linjauksista. Toimeksiantoon sisältyivät myös uudistusten toimeenpanoa koskevat linjaukset ja selvitys tarvittavista säädösmuutoksista.

Työryhmän 18 ehdotuksesta kymmenen koskee ikäihmisten ympärivuorokautisen hoidon rakennemuutosta. Työryhmä ehdottaa, että ympärivuorokautisen hoidon rakenteita muutetaan niin, että nykyisestä kolmella portaalla (tehostettu palveluasuminen, vanhainkodit, terveyskeskussairaaloiden osastot) tuotettavasta ympärivuorokautisen hoidon järjestelmästä siirrytään asteittain kohti yksiportaista ympärivuorokautisen hoidon järjestelmää. Muutoksessa laitoshoidon tilalle ei tule luoda laitospalveluita. Perusteluna muutokselle ovat iäkkään ihmisen (a) oikeus kotiin ja arkeen myös toimintakyvyn ja terveydentilan edellyttäessä hoitoa ja huolenpitoa ympäri vuorokauden ja (b) hoidon portaiden välillä tapahtuvien siirtojen minimointi. Rakennemuutoksen toteuttamisen tueksi työryhmä esittää 10 askeleen ohjelmaa.

Työryhmän asiakasmaksujen määräytymistä koskevat ehdotukset perustuvat tehdyn selvityksen esiin nostamiin ongelmiin ja SATA -komitean linjauksiin. Työryhmä ehdottaa, että (a) kunnan järjestämistä vastaavalla oleviin asumispalveluihin säädetään valtakunnallisesti yhdenmukaiset asiakasmaksujen määräytymisperusteet; (b) kunnan oma toimintana ja ostopalveluina tuotettavista asumispalveluista peritään maksut yhtenäisin perustein sekä (c) sosiaalihuoltolakea uudistava työryhmä ottaa huomioon Ikähoiva -työryhmän ehdotuksen asumispalveluiden sisällön ja maksujen määräytymisperusteiksi. Työryhmä tekee ehdotuksen sekä tavallisen että tehostetun palveluasumisen asiakasmaksun määräytymisperusteiksi.

Toimeenpanon osalta työryhmä ehdottaa (1) valtioneuvoston periaatepäätöksen valmistelua ja (2) asumispalvelujen maksuja koskevien ehdotusten valmistelun jatkamista. Tavoitteena on selvittää asiakasmaksuja koskevien muutosten taloudelliset ja toiminnalliset vaikutukset asiakkaille ja kunnille, ja tätä varten tarvitaan lisätietoa. Tämä osa työstä raportoidaan erikseen vuoden 2011 keväällä.

Asiasanat
hoitokodit, hoitolaitokset, ikääntyneet, palveluasunnot, palvelurakenne, pitkäaikaishoitoa

Bibliografiset tiedot Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010:28 ISBN 978-952-00-3075-9 (PDF)	Muut tiedot www.stm.fi/julkaisut
	Kokonaissivumäärä 92
	Kieli suomi
ISSN 1797-9897 (verkko) ISSN-L 1236-2115 URN:ISBN 978-952-00-3075-9 http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3075-9	Luottamuksellisuus Julkinen Kustantaja

PRESENTATIONSBLAD

Utgivare Social- och hälsovårdsministeriet	Utgivningsdatum
Författare Ikähoiva arbetsgrupp	Typ av publikation Rapport
	Uppdragsgivare Social- och hälsovårdsministeriet
	Projektnummer och datum för tillsättandet av organet STM070:00/2009

Publikationens titel

Vård och omsorg dygnet runt. Promemoria av arbetsgruppen Ikähoiva

Referat

■ Som en del av verkställigheten av Kaste-programmet och Kvalitetsrekommendation om tjänster för äldre tillsatte social- och hälsovårdsministeriet 15.9.2009 en arbetsgrupp för att bereda förslag till utvecklande av strukturer och innehåll i vård- och omsorgstjänster dygnet runt samt riktlinjer för fastställande av klientavgifterna för serviceboende för äldre. Uppdragen omfattade också riktlinjer för verkställighet av reformer samt utredningen av nödvändiga författningsändringar.

Tio av totalt 18 förslag på arbetsgruppen gäller strukturförändringen i vården av äldre dygnet runt. Arbetsgruppen föreslår att strukturerna i vården dygnet runt ändras så att man övergår från det nuvarande systemet med vård dygnet runt som produceras på tre nivåer (effektiverat serviceboende, ålderdomshem, hälsovårdscentralsjukhusens avdelningar) gradvis mot ett system med vård dygnet runt på en nivå. Förändringen kan genomföras genom att inte skapa institutionsvård liknande lösningar. Argumenteringar på förändringen är en äldre persons (a) rätt till ett hem och en vardag också när hans eller hennes funktionsförmåga och hälsotillstånd kräver vård och omsorg dygnet runt samt (b) förflytningar mellan vård nivåer skulle minimeras. Till stöd för strukturförändringen lägger arbetsgruppen fram ett förslag om att avancera i 10 steg.

Arbetsgruppens förslag om klientavgifterna baserar sig på de problem som utredningen lyft fram samt till vissa delar klientavgiftskommitténs förslag och SATA-kommitténs riktlinjer. Arbetsgruppen föreslår att (a) riksomfattande enhetliga grunder för fastställande av klientavgifter föreskrivs för boendeservice vars ordnande kommunen har ansvaret för; (b) avgifter tas ut för boendeservice som produceras inom kommunens egen verksamhet eller som köpta tjänster på enhetliga grunder samt (c) arbetsgruppen som reformerar socialvårdslagen beaktar arbetsgruppen Ikähoivas förslag till grunder för fastställande av innehållet i och avgifterna för boendeservice. Arbetsgruppen lägger fram förslag till grunder för fastställande av klientavgifterna för både vanligt och effektiverat serviceboende.

Verkställighet av reformer rörande föreslår arbetsgruppen att (1) man bereder statsrådets principbeslut och (2) man fortsätter beredningen av riktlinjer som gäller avgifterna för boendeservice. Målet är att utreda de ekonomiska och funktionella konsekvenserna av ändringar som gäller klientavgifter för klienterna och kommunerna. Denna del av arbetet rapporteras separat under våren år 2011.

Nyckelord långtidsvård, servicebostäder, servicestruktur, vårdhem, vårdinrättningar, äldre

Bibliografiska data Social- och hälsovårdsministeriets rapporter 2010:28 ISBN 978-952-00-3075-9 (PDF)	Ovriga uppgifter www.stm.fi/svenka	
	Sidoantal 92	Språk Finska
ISSN 1797-9897 (online) ISSN-L 1236-2115 URN:ISBN 978-952-00-3075-9 http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3075-9	Sekretessgrad Offentlig	Förlag



SOCIAL- OCH
HÄLSOVÅRDSMINISTERIET

DOCUMENTATION PAGE

Publisher	Date
Ministry of Social Affairs and Health, Finland	
Authors	Type of publication
Working Group Ikähoiva	Rapport
	Commissioned by
	Ministry of Social Affairs and Health
	Date of appointing the organ
	STM070:00/2009

Title of publication

Care and attention on a 24-hour basis. Working Group (Ikähoiva) Memorandum.

Summary

■ As a part of the implementation of the National Development Programme for Social Welfare and Health Care (Kaste programme) and the National Framework for High-Quality Services for Older People the Ministry of Social Affairs and Health set up on 15 September 2009 a working group to draft proposals for developing the structures and content of 24-hour care services for older people, and guidelines for determining the client charges for housing services for older people. The assignment involved also the implementation of the proposed reforms and an examination if the relevant legislation needs to be amended.

Ten of the working group's 18 proposals concern the internal structural change of the 24-hour care for older people. The working group proposes modifying the structures of 24-hour care by gradually changing over from the present three-tier 24-hour care system (enhanced care service housing, homes for older people, municipal health centre wards) towards a one-tier system of 24-hour care. The change can be implemented so that institutional care is not replaced by institutional like solutions. The reasons to the change are older people's right (a) to homelike housing and care surroundings and to lead an everyday life even when they as a result of reduced functional capacity and health require care and attention on a 24-hour basis and (b) minimal number of transfers between units of three-tier-24 hour care system. The working group suggests advancing by ten steps to promote the achievement of the objective.

The working group's proposals regarding client charges are based on the problems raised by the study carried out and, in some respects, on the proposals of the Committee on Client Fees in Social Welfare and Health Care and the guidelines defined by the SATA Committee for reforming social protection. The working group proposes (a) laying down in the law uniform grounds for the determination of the client charges that are collected for the housing services municipal authorities are responsible for organising; (b) collecting charges on uniform grounds for the housing services provided by municipal authorities in the form of municipal service and purchased services; and (c) that the working group to reform the Social Welfare Act should take into account the proposal of the Ikähoiva Working Group for the content and grounds of determination of the charges for housing services. The working group puts forward a proposal for determining the charge for both general service housing and for enhanced care service housing.

In relation to execution the working group proposes (1) laying down in the law uniform grounds for the determination of the client charges that are collected for the housing services municipal authorities are responsible for organising; and (2) continuing the drafting of guidelines and proposals regarding charges for housing services. The aim is to examine the economic and functional consequences of changes to client charges for both the clients and municipalities. This part of the work will be reported in spring 2011.

Key words

care homes, care institutions, long-term care, older people, service housing, service structure

Bibliographic data

Reports of the Ministry of Social Affairs and Health
2010:28
ISBN 978-952-00-3075-9 (PDF)

Other information

www.stm.fi
Number of pages Language
92 Finnish

ISSN 1797-9897 (online)

ISSN-L 1236-2115

URN:ISBN:978-952-00-3075-9

<http://urn.fi/URN:978-952-00-3075-9>

Publicity

Public

Financier



MINISTRY OF
SOCIAL AFFAIRS AND HEALTH

SISÄLLYS

Kuvailulehti.....	3
Presentationsblad.....	4
Documentation page.....	5
Sosiaali- ja terveysministeriölle.....	9
1 Johdanto.....	13
1.1 Ympäri vuorokautisen hoidon muutosajurit.....	15
1.2 Muutoksen suunta.....	17
2 Työryhmän ehdotukset perusteluineen.....	22
2.1 Ympäri vuorokautisen hoidon rakennetta ja sisältöä koskevat ehdotukset: ”I+10 – kohti yksiportaista järjestelmää 10 askeleen kautta”.....	23
2.2 Ympäri vuorokautisen hoidon asiakasmaksuja koskevat ehdotukset.....	50
3 Ehdotusten vaikutukset.....	58
3.1 lääkäisiin ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arviointi - tavoitteena enemmän elämänlaatua, parempaa arkea.....	58
3.2 Ehdotusten kustannusvaikutusten arviointi.....	59
4 Työryhmän ehdotusten toimeenpano.....	62
5 Ikäihmisten ympärivuorokautisen hoidon uudistamisen lähtökohdat ja nykytila... 63	63
5.1 Ympäri vuorokautista hoitoa ohjaava lainsäädäntö.....	63
5.2 Ympäri vuorokautisen hoidon kustannukset ja rahoitus.....	68
5.3 Terveysten ja hyvinvoinnin laitoksen selvitys tehostetun palveluasumisen nykytilasta.....	69
6 Kohti palvelualueita.....	79
KIRJALLISUUSVIITTEET.....	81
LIITTEET.....	90

SOSIAALI- JA TERVEYSMINISTERIÖLLE

■ Sosiaali- ja terveysministeriö asetti 15.9.2009 työryhmän valmistelemaan ehdotukset ikäihmisten ympärivuorokautisen hoiva-/hoitopalvelujen rakenteiden ja sisällön kehittämiseksi 15.9.2009–30.9.2010 toimikaudeksi.

Työryhmän tehtävinä oli tehdä ehdotukset

1. ikäihmisten ympärivuorokautisen hoiva- ja hoitopalvelujen rakenteiksi ja toiminnan sisällöksi
2. ikäihmisten asumispalvelujen asiakasmaksujen määräytymistä koskeviksi linjauksiksi
3. esitettyjen uudistusten valtakunnalliseksi toimeenpanoksi osana palvelurakenteen ja palvelujen kokonaisuutta hyödyntäen Palveluinnovaatio -hankkeessa kehitteillä olevat välineet olemassa olevien ja kehittyvien hyvien käytäntöjen levittämiseksi.

Työryhmän piti myös selvittää tarpeelliset lainsäädäntömuutokset.

Työryhmän puheenjohtajana toimi neuvotteleva virkamies Päivi Voutilainen ja varapuheenjohtajana lääkintöneuvos Jukka Mattila, molemmat sosiaali- ja terveysministeriöstä. Työryhmän jäseniä olivat asuntoneuvos Raija Hynynen ympäristöministeriöstä, terveydenhuollon tarkastaja, prosessinomistaja Sirkka Jakonen Itä-Suomen lääninhallituksesta (1.1.2010 alkaen johtaja Sirkka Jakonen Itä-Suomen aluehallintovirastosta), toiminnanjohtaja Pirkko Karjalainen Vanhustyön Keskusliitosta, perusturvajohtaja Marja-Liisa Lindfors Riihimäen kaupungista, lakimies Markku Litola sosiaali- ja terveysministeriöstä 16.11.2009 asti ja neuvotteleva virkamies Pia-Liisa Heiliö sosiaali- ja terveysministeriöstä 1.2.2010 alkaen, kehitysjohtaja Ulla-Maija Laiho työ- ja elinkeinoministeriöstä 22.1.2010 alkaen, neuvotteleva virkamies Minna Liuttu sosiaali- ja terveysministeriöstä, sosiaali- ja terveysjohtaja Raimo Nieminen Lempäälän kunnasta, ylitarkastaja Keijo Oikarinen Valvirasta, vanhuspalvelujohtaja Arja Peiponen Helsingin kaupungista, budjettineuvos Tuomas Sukselainen valtiovarainministeriöstä 1.7.2010 asti, lakimies Mikko Toivanen Kelasta, vanhuspalvelujohtaja Eija Tolonen Kainuun maakunta –kuntayhtymästä sekä erityisasiantuntija Eevaliisa Virnes Suomen Kuntaliitosta. Työryhmän sihteereinä toimivat kehittämisspäällikkö Kirsi Kiviniemi ja kehittämisspäällikkö Rauha Heikkilä, molemmat Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksesta.

Työryhmä perusti kaksi jaosta valmistelemaan työryhmässä käsiteltäviä asioita. Ns. konseptijaokseen kuuluivat työryhmästä Sirkka Jakonen, Pirkko Karjalainen, Kirsi Kiviniemi, Marja-Liisa Lindfors, Raimo Nieminen, Keijo Oikarinen, Eija Tolonen, Eevaliisa Virnes ja työryhmän ulkopuolelta elinkeinopoliittinen asiantuntija Aino Närkki Elinkeinoelämän keskusliitosta ja ohjelmapäällikkö Juha Teperi sosiaali- ja terveysministeriöstä. Asiakasmaksujaokseen kuuluivat työryhmästä Rauha Heikkilä, Markku Litola 16.11.2009 asti ja neuvotteleva virkamies Pia-Liisa Heiliö sosiaali- ja terveysministeriöstä 1.2.2010 alkaen, Minna Liuttu, Arja Peiponen, Mikko Toivanen, Eija Tolonen ja Eevaliisa Virnes ja työryhmän ulkopuolelta yksikön johtaja Magnus Björkgren Kokkolan yliopistokeskus Chydenius/Terveystieteiden yksiköstä, hallintojohtaja Sami Lukkarinen Attendo MedOne Oy:sta sekä ylitarkastaja Hanna Nyfors 14.4.2010 asti ja neuvotteleva virkamies Anne-Mari Raassina sosiaali- ja terveysministeriöstä.

Työryhmä otti nimekseen Ikähoiva -työryhmä.

Työryhmä kokoontui yhteensä seitsemän kertaa. Työryhmä teki työnsä pohjaksi selvityksen 59 kunnan palveluasumisen nykytilasta, erityisesti asiakasmaksujen määräytymisperusteista. Selvitys oli tarpeellinen, sillä tietoa iäkkäiden ihmisten palveluasumisen asiakasmaksuista oli käytettävissä vain hyvin vähän¹.

¹ Kuluttajavirasto 2009. Kuluttajaviraston hintavertailuja. Yksityiset vanhusten palvelutalot.

Työryhmän alustavista ehdotuksista järjestettiin 12.8.2010 pyöreän pöydän keskustelutilaisuus sosiaali- ja terveysministeriössä. Työryhmä on kuullut seuraavia asiantuntijoita ja saanut työnsä tueksi palautetta ehdotuksistaan myös työryhmän jäsenten taustayhteisöiltä:

EK/Sosiaalialan Työnantajat ry: elinkeinopoliittinen asiantuntija Aino Närkki
Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveyspiiri (Eksote): kehittämisjohtaja Merja Tepponen
Etelä-Suomen aluehallintovirasto: lääninsosiaalitarkastaja Marja Kaasalainen
Eläkeläisliittojen etujärjestö EETU ry (sihteeri), Svenska pensionärsförbundet rf SPF: toiminnanjohtaja Veronica Fellman
Sosiaali- ja terveyspiiri Helmi, Haapavesi: Vanhuspalvelupäällikkö Riitta Rajamäki
Innokylä: verkostokoordinaattori, tutkija Katariina Välikangas
Julkisten ja hyvinvointialojen liitto JHL: sopimustoimitsija Sari Bäcklund
Järvenpää: palvelujohtaja Helena Venetvaara-Nurmi
Kaste-ohjelma/Toimintakykyisenä ikääntyminen -hanke: projektipäällikkö Hanna Nyfors
Kaunialan Sairaala Oy: ylilääkäri Juho Uusvaara
Keuruu: vanhustyön johtaja Tuija Koivisto
Mainio Vire Oy: toimitusjohtaja Kristiina Hautakangas
Nurmijärven vanhusneuvosto (Kuumakunnat): puheenjohtaja Aulis Mäkinen
Oulu: vanhustyön johtaja Anna Haverinen
Palveluvaaka: projektipäällikkö Jari Suhonen & erikoissuunnittelija Salla Sainio
Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä: koti- ja asumispalvelujen johtaja Anu Olkkonen-Nikula
Rautalampi: palvelupäällikkö Birgitta Matilainen
Rovaniemi: vanhustyönjohtaja Johanna Lohtander
Senioriliike: puheenjohtaja, Turun yliopiston yleislääketieteen professori Sirkka-Liisa Kivelä
Seinäjoki: vanhustyön päällikkö Anneli Saarinen
Sosiaalialan osaamiskeskus Pikassos Oy: projektijohtaja Vuokko Lehtimäki
Suomen lähi- ja perushoitajaliitto SuPer ry: suunnittelija Soili Nevala
Suomen muistiasiantuntijat ry: toiminnanjohtaja Heli Virtanen
Suomen Sairaanhoidajaliitto ry: puheenjohtaja (31.12.2010 asti), THM Katriina Laaksonen
Talentia / Vanhustyön johtajat ry: puheenjohtaja, Kouvolan kaupungin asumispalvelujen palvelupäällikkö Arja Kumpu
Tehy: kehittämisspäällikkö Kirsi Markkanen
Turun sosiaali- ja terveystoimi: palvelujohtaja Seija Arve
Vanhus- ja lähimmäispalvelun liitto ry (VALLI): toiminnanjohtaja Marja-Liisa Kunnas
Aalto-yliopisto: professori Erkki Vauramo

Työryhmä kiittää edellä mainittuja tahoja edustavia asiantuntijoita palautteesta, jota hyödyntäen ehdotukset ovat saaneet nykyisen muotonsa.

Saatuun tehtävänsä suoritetuksi, työryhmä luovuttaa muistionsa sosiaali- ja terveysministeriölle.

Helsingissä 31. päivänä joulukuuta 2010

Päivi Voutilainen
työryhmän puheenjohtaja, neuvotteleva virkamies
Sosiaali- ja terveysministeriö

Jukka Mattila
työryhmän varapuheenjohtaja, lääkintöneuvos
Sosiaali- ja terveysministeriö

Työryhmän jäsenet:

Sirkka Jakonen, johtaja
Itä-Suomen aluehallintovirasto

Pia-Liisa Heiliö, neuvotteleva virkamies
Sosiaali- ja terveysministeriö

Pirkko Karjalainen, toiminnanjohtaja
Vanhustyön Keskusliitto

Ulla-Maija Laiho, kehitysjohtaja
Työ- ja elinkeinoministeriö

Marja-Liisa Lindfors, perusturvajohtaja
Riihimäen kaupunki

Minna Liuttu, neuvotteleva virkamies
Sosiaali- ja terveysministeriö

Raimo Nieminen, sosiaali- ja terveysjohtaja
Lempäälän kunta

Keijo Oikarinen, ylitarkastaja
Valvira

Arja Peiponen, vanhuspalvelujohtaja
Helsingin kaupunki

Mikko Toivanen, lakimies
Kela

Eija Tolonen, vanhuspalvelujohtaja
Kainuun maakunta -kuntayhtymä

Eevaliisa Virnes, erityisasiantuntija
Suomen Kuntaliitto

Työryhmän sihteerit:

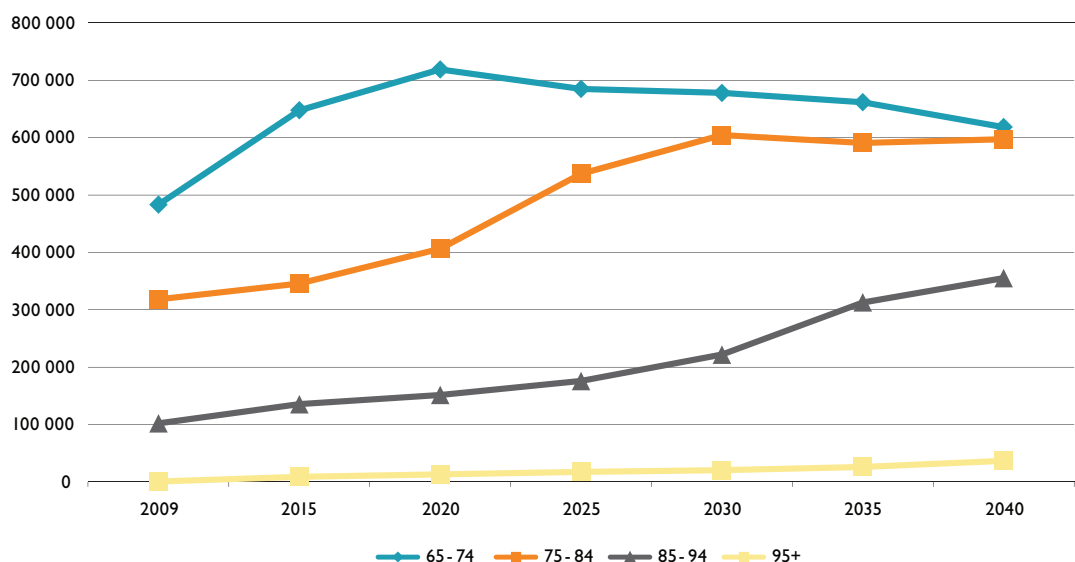
Rauha Heikkilä, kehittämisspällikkö
Terveiden ja hyvinvoinnin laitos

Kirsi Kiviniemi, kehittämisspällikkö
Terveiden ja hyvinvoinnin laitos

I JOHDANTO

Laitokset ja palvelutalot ovat tällä hetkellä asuin- ja hoitoympäristö reilulle 40 000:lle 75 vuotta täyttäneelle erilaiselle naiselle ja miehelle, jotka tarvitsevat hoitoa ja huolenpitoa ympärivuorokauden. Lähes puolet heistä asuu palvelutalossa, kolmannes vanhainkodissa ja viidennes terveyskeskussairaalan vuodeosastolla.^{2 3} Heidän määränsä lisääntyy, vaikka tavoitteet laitoshoidon vähentämisestä, kotihoidon lisääntymisestä ja ennen kaikkea terveyden edistämisestä toteutuisivatkin, sillä Suomi on Euroopan nopeimmin ikääntyvä maa.

Suomen lähivuosisikymmenien demografiset haasteet liittyvät väestön ikääntymiseen, jonka taustalla vaikuttavat suurten ikäluokkien tuleminen eläkeikään sekä syntyvyyden ja kuolevuuden aleneminen. Yhteiskunnan ikääntymisessä kyse ei siis ole vain iäkkäiden määrän kasvusta vaan koko väestörakenteen muutoksesta. Ennusteiden mukaan (kuvio 1.) iäkkäiden määrä erityisesti vanhimmissa ikäluokissa kasvaa voimakkaimmin: 75–84- ja 85 vuotta täyttäneiden ikäluokissa ikääntyneiden määrä kaksinkertaistuu nykyisestä vuoteen 2030 mennessä⁴. Samalla lasten ja työikäisen väestön määrä vähenee.



Kuvio 1. Väestöennuste 2009–2040 / 65+ väestö.

Koska väestönkehitys on maan eri osissa erilaista, on kunnilla myös erilaiset lähtökohdat ja tarpeet suunnitella iäkkäiden kuntalaisten asumis- ja palveluratkaisuja. Vuoden 2009 lopussa 75 vuotta täyttäneiden osuus oli yli 11 prosenttia Etelä-Karjalan, Etelä-Pohjanmaan, Etelä-Savon, Kainuun, Kymenlaakson ja Satakunnan maakunnissa. Kuntatasolla tarkasteltuna Keski-Suomen, Lapin ja Pirkanmaan maakunnissa oli kuntia joissa 75 vuotta täyttäneiden osuus oli lähes 13 prosenttia tai enemmän. 85 vuotta täyttäneiden osuuden ennakoidaan kuluvana vuonna yltävän 2-3 prosentin tasolle lähes kaikissa maakunnissa; vain Itä-Uudenmaan, Pohjois-Pohjanmaan ja Uudenmaan maakunnissa osuus on matalampi. Vuonna 2020 osuuden ennakoidaan kohoavan Itä- ja Länsi-Suomeen sijoittuvissa maakunnissa ja Lapissa 3-4 prosenttiin ja vuonna 2030 4-6 prosenttiin. Vuonna 2040 85 vuotta täyttäneiden osuus olisi jo 6-9 prosenttia lukuun ottamatta Itä-Uudenmaan, Pirkanmaan, Pohjois-Pohjanmaan ja Uudenmaan maakuntia.

² THL/SVT 2010a. Sosiaalihuollon laitos- ja asumispalvelut 2009. Tilastoraportti 25/2010.

³ THL/SVT 2010b. Terveyskeskusten perusterveydenhuollon vuodeosastohoito 2009. Tilastoraportti 33/2010.

⁴ Tilastokeskus 2010. Väestöennustetaulukot. Väestöennuste 2009 iän ja sukupuolen mukaan, koko maa 2009 - 2060.

Väestön ikärakenteen muutos on merkittävä ympärivuorokautisen hoidon ja hoivan tarpeeseen vaikuttava tekijä, sillä kaikki ikääntyneet eivät vanhene terveinä ja toimintakykyisinä. Muistisairaudet ovat erityisen merkittävä palvelutarpeisiin vaikuttava tekijä. Muistisairaiden ihmisten määrä lisääntyy nopeasti. Taulukossa 1. esitetään väestöennusteeseen suhteutettuna niiden muistisairaiden ihmisten määrä, joiden sairauden aste on vähintään keskivaikea (sarakeet 2009M, 2015M & 2020M); määrä on arvioitu keskivaikean ja vaikean dementian esiintyvyyttä Suomessa kuvaavilla osuuksilla⁵.

Taulukko 1. Vähintään keskivaikeasti dementoituneiden ihmisten arvioitu määrä vuosina 2009, 2015 & 2020.

	2009	2009M	2015	2015M	2020	2020M
65 - 74	483 935	19 357	647 907	25 916	719 024	28 761
75 - 84	318 622	35 048	346 015	38 062	406 582	44 724
85+	108 925	38 124	144 186	50 465	164 537	57 588
Yhteensä	911 482	92 530	1 138 108	114 443	1 290 143	131 073

Ympärivuorokautisen hoidon asiakkaat tarvitsevatkin apua pääsääntöisesti muistisairauksien aiheuttamien toimintakyvyn vajeiden vuoksi ja tulevat hoitoon keskimäärin 82–83 -vuoden iässä. Muita ympärivuorokautisen hoidon tarvetta aiheuttavia tekijöitä ovat aivohalvaus, masennusoireet, lonkkamurtumat sekä jossakin määrin myös yksin asuminen, asuin- ja elinympäristön esteellisyys sekä sosiaalisten verkostojen toimimattomuus, erityisesti läheisten antaman avun määrä.^{6 7 8 9}

Palvelujen kysynnän kannalta vanhimpiin ikäluokkiin kuuluvien määrän kasvu on olennaisen tärkeä tekijä, vaikka ikääntyneiden määrän kasvu ei suoraan heijastukaan palvelutarpeiden kasvuun. Suurin osa ikääntyneistä asuu kotona aina hyvin korkeaan ikään asti. Toiminnanvajeita ja avun tarvetta on eniten kaikkein vanhimpiin ikäluokkiin kuuluvilla ihmisillä. Alle 80-vuotiaiden toimintakyky on kohentunut¹⁰ ja koettu terveys parempi¹¹ verrattuna vanhempiin ikäluokkiin¹². Sosioekonomiset erot vaikuttavat toimintakykyyn myös iäkkäillä: ylemmässä sosioekonomisessa asemassa olevien toimintakyky on parempi kuin alemmassa¹³. 90-vuotiaiden osalta tuore suomalaistutkimus¹⁴ osoittaa, että suurimmalla osalla 90-vuotiaista ja sitä vanhemmista on toimintakyvyn rajoitteita. Erot seurantavuosien 1996–2007 välillä olivat vähäisiä ja vaihtelevia, mutta merkittävää muutosta parempaan ei ollut tapahtunut.

Kunnat tuottavat järjestämistänsä olevat ympärivuorokautisen hoidon palvelut itse tai yhteistyössä muiden kuntien kanssa. Ne voivat myös hankkia palvelut ostopalveluina yksityisiltä tai julkisilta palveluntuottajilta tai vaihtoehtoisesti antaa palvelun käyttäjälle palvelusetelin, jolla tämä hankkii palvelun yksityisiltä palveluntuottajilta. Kuntayhtymillä ja isäntäkunnilla on käytössä vastaavat palvelujen järjestämistavat kuin kunnilla. Vanhainkotihoi-
dosta kunnat ja kuntayhtymät tuottavat 88, järjestöt kymmenen ja yritykset kaksi prosenttia.

5 Viramo P. & Sulkava R. 2010. Muistioireiden ja dementian epidemiologiaa. Teoksessa: Erkinjuntti T., Rinne J. & Soininen H. (toim.) Muistisairaudet. Kustannus Oy Duodecim. ss.28-36.

6 RAI -vertailukehittäminen.

7 Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakaslaskenta 31.12.2009.

8 Nihtilä E., Martikainen P., Koskinen S. ym. 2008. Chronic conditions and the risk of long-term institutionalization among older people. *European Journal of Public Health* 18, 77-84.

9 Vaarama M., Luoma M.-L. & Ylönen L. 2006. Ikääntyneiden toimintakyky, palvelu ja koettu elämänlaatu. Teoksessa: Kautto M. (toim.) Suomalaisien hyvinvointi 2006. Stakes. ss. 104-136.

10 Sulander T., Puska P., Nissinen A. ym. 2007. 75-84 -vuotiaiden suomalaisten toiminnanvajeiden muutokset 1993-2005. *Suomen Lääkäreilehti* 62, 75-84.

11 Vaarama M. & Ollila K. 2008. Koettu hyvinvointi ja elämänlaatu kolmannessa iässä. Teoksessa: Moisio P., Karvonen S., Simpura J. & Heikkilä M. (toim.). Suomalaisien hyvinvointi. Stakes. ss. 116-140.

12 Koskinen S., Martelin T. & Sainio P. 2006. Iäkkäiden toimintakyky: ulottuvuudet, viimeaikaiset muutokset ja kehitysnäkymät. Teoksessa: Martelin T. & Kuosmanen N. (toim.) Ikääntyminen ja toimintakyky: haasteet tutkimukselle. Kolmas kansallinen ikääntymisen foorumi 9.11.2006. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B24/2007:15-25.

13 Läitalainen E., Helakorpi S., Martelin T. & Utela A. 2010. Eläkeikäisten toimintakyky on parantunut, mutta ei kaikissa ikäryhmissä. *Suomen Lääkäreilehti* 65, 3295-3301.

14 Jylhä M., Vuorisalmi M., Luukkala T. ym. 2009. Elinikä pitenee nopeammin kuin toimintakyky paranee. 90-vuotiaiden ja sitä vanhempien toimintakyvyn muutokset vuosina 1996-2007.

Tehostetun palveluasumisen osalta tilanne on toisenlainen: kunnat ja kuntayhtymät tuottavat 39, järjestöt 38 ja yritykset 23 prosenttia.¹⁵

Ikääntyneiden ympärivuorokautiseen hoitoon käytetään arviolta 2,3 miljardia euroa vuodessa¹⁶. Palvelun rahoittavat kunnat, valtio ja asiakkaat. Sosiaali- ja terveydenhuollon käyttökustannuksiin osoitetut valtionosuudet kattoivat vuonna 2008 noin 34 prosenttia kuntien lakisääteisistä menoista. Asiakasmaksuilla katettiin näistä menoista noin kahdeksan prosenttia. Kunnat rahoittivat jäljelle jääneen lähes 60 prosentin osuuden. Asiakasmaksujen osuus rahoituksesta vaihtelee eri palveluissa; iäkkäiden ihmisten palveluissa asiakasmaksujen osuus on lähes viidesosa.

1.1 YMPÄRIVUOROKAUTISEN HOIDON MUUTOSAJURIT

Nykyisen järjestelmän rakenteet ja sisältö vaativat uudistamista sekä ikäihmisten monimuotoistuvien tarpeiden että toimintaympäristön muutosten vuoksi. Tieto palvelutarvetta aiheuttavista tekijöistä, ympärivuorokautisen hoidon asiakasrakenteesta, laatuongelmista ja kehityksistä hyvistä käytännöistä luo mahdollisuuden kehittää palvelua täsmätietoon perustuen.

Nykyinen kolmiportainen ympärivuorokautista hoivaa ja hoitoa tarjoava järjestelmä on aikanaan suunniteltu hyvin erilaiseen toimintaympäristöön, eikä sen rakenteita ole uusittu perusteellisesti vastaamaan tämän päivän tarpeita. Laitoshoidon perusta luotiin köyhäinhoidon aikakautena¹⁷; järjestelmän juuret ulottuvat aina 60 vuoden taakse, jolloin vanhuspolitiikan keskeisiä kysymyksiä olivat vanhusten asumisen ja sairaanhoidon järjestäminen niin kotona kuin sairaaloissakin, sekä perhesuhteisiin perustuvista elatussuhteista irtautuminen. Laitosrakentaminen oli konkreettista toimintaa vanhuspolitiikan tavoitteiden saavuttamiseksi: laitoshoidon mahdollisuus haluttiin turvata laajalle joukolla. Jo 1950-luvulla kuitenkin pohdittiin kunnalliskotien roolia palvelujärjestelmässä: vaikka kunnalliskodit oli tarkoitettu henkilöille, jotka tarvitsivat laitoshoidoa, toimivat kunnalliskodit myös sijoituspaikkana sellaisille ikäihmisille, joita ei voitu sijoittaa muualle. Tällaisia henkilöitä oli kunnalliskodeissa 1950-luvun alussa lähes puolet: asiakkaista peräti kolmasosa oli työ- ja osatyökykyisiä! Kunnalliskoteja kritisoitiin siitä, että ne olivat kovin laitosmaisia eivätkä kyenneet tarjoamaan asiakkailleen yksityisyyttä. Avohuollon palveluiden kehittymättömyyttä ratkaistiin palvelujärjestelmässä laitoshoidon keinoin.¹⁸

1970-luvulla kansanterveystyön myötä syntyi terveyskeskussairaalarajajärjestelmä. Lain perusteissa¹⁹ sairaalan kooksi määriteltiin 3 sairaansijaa /1000 asukasta, joista vain yksi (/1000 asukasta) oli varattu akuuttihoitoon. Terveyskeskusten sairaansijat oli tarkoitettu *pitkäaikais-sairaiden hoidon tehostamiseksi*.

Ikäihmisten ympärivuorokautisen hoidon uudistamisen keskeisimmiksi ajureiksi voidaan tiivistää seuraavat: pirstaleisuus, asiakaskeskeisten hoitoketjujen toimimattomuus, laatuongelmat ja palveluasumisen asiakasmaksujen epäyhtenäisyys. Pitkäaikaishoivaa ja -hoitoa on tällä hetkellä tarjolla kolmella portaalla: terveyskeskussairaaloissa, vanhainkodeissa ja monimuotoisessa palveluasumisessa (ml. muistisairaiden ryhmäkodit ja dementiayksiköt). Tällainen tilanne on hallinnollisesti ja toiminnallisesti hyvin haasteellinen.

Pirstaleisuus muotoutuu iäkkään asiakkaan kannalta ongelmalliseksi, mikäli hän joutuu muuttamaan hoitoyksiköstä toiseen, kun hänen toimintakykynsä muuttuu. Toimintakyvyn muutoksen seurauksena ei pitäisi olla asuinpaikan vaihtaminen, vaan avun ja palvelujen lisääminen. Alustavien tutkimustulosten mukaan iäkkäät ihmiset kokevat viimeisinä elinvuosinaan useita, jopa kymmeniä siirtoja hoitopaikasta toiseen^{20 21}. Useat siirrot kuvastavat myös

15 THL/SVT 2010c. Yksityinen palvelutuotanto sosiaali- ja terveydenhuollossa.

16 Menoarvio pitää sisällään vanhainkodit, terveyskeskusten vuodeosastojen pitkäaikaishoidon sekä tehostetun palveluasumisen. Tarkempia tietoja on kustannuksia ja rahoitusta käsittelevässä luvussa.

17 Rintala T. 2003. Vanhuskuvat ja vanhustenhuollon muotoutuminen 1850-luvulta 1990-luvulle. Tutkimuksia 132. Stakes.

18 Valtioneuvosto 1952. Vanhustenhuoltokomitean mietintö 1952:11.

19 Hallituksen esitys Eduskunnalle kansanterveystyöstä ja sen voimaannpanosta annettaviksi laeiksi. 1971 vuoden valtiopäivät n:o 98.

20 Jylhä M., Forma L., Aaltonen M. ym. 2008. Pidentyvä vanhuusikä ja palvelujen uudet haasteet. Teoksessa: Ashorn U. & Lehto J. (toim.). Tutkijapuheenvuoroja terveydenhuollosta. Stakes. ss. 116-128.

21 Aaltonen M., Forma L., Rissanen P. ym. 2010. Transitions in health and social service system at the end of life. European Journal of Ageing, 7, 91-100.

palveluketjujen toimimattomuutta: asiakas saattaa joutua jonottamaan erikoissairaanhoidossa vapautuvaa paikkaa vanhainkodissa tai palvelutalossa. Hoito-/palveluketjujen toimivuus onkin ympärivuorokautisen hoidon kehittämisessä tärkeä huomio otettava laatutekijä. Yhtäältä palveluketjut katkeavat herkästi ja toisaalta suurimmat laatu puutteet osuvat eri palveluiden rajapinnoille ja siirtymiin, ns. harmaalle alueelle.

Ympäri vuorokautisen hoidon laatu ongelmia on viimeisen 10 vuoden aikana nostettu vahvasti esille. Erityisesti on kritisoitu laitospolitiikan tunnuspiirteitä: laitoksissa asuvien yksilöllisten tunnuspiirteiden hämärtymistä ("ryhmäkohtelua") ja vähäisiä mahdollisuuksia vaikuttaa omaan elämäänsä ja sitä koskeviin päätöksiin, rutiininomaista toimintaa, medikalisaatiota ja organisaatiolähtöisyyttä, jota heijastaa mm. työvuorosuunnittelu.

Kansalais- ja mediakeskustelu on kohdistunut erityisesti siihen, että henkilöstömitoitukset ympärivuorokautista hoitoa tarjoavissa yksiköissä ovat aivan liian matalat, jotta iäkkäiden ihmisten perustarpeisiin voitaisiin vastata hyvin. Myös pitkäaikaishoidon asiakkaiden epäasiallista kohtelua on keskusteluissa tuotu esiin. Hoitotyöntekijöiden näkökulmasta työssä jaksamiseen liittyvä keskustelu on ollut voimakkaimmin esillä.

Keskustelujen vauhdittamana on 1990-luvun lopulta alkaen käynnistetty useita palvelujen laadun monitahotutkimuksia, joiden tulokset ovat osaltaan vahvistaneet kansalais- ja mediakeskusteluissa esillä olleiden laatu ongelmien olemassa olon, mutta tuoneet esiin myös myönteisiä kehityskulkuja.^{22 23 24 25 26 27 28 29}

Asiakasmaksujen osalta tehostetun palveluasumisen asiakasmaksut ovat ongelmallisia asiakkaiden yhdenvertaisuuden näkökulmasta. Palveluasumisen asiakasmaksuista ei ole erityissäännöksiä asiakasmaksulaissa ja siitä syystä kuntiin on syntynyt hyvin kirjavia maksukäytäntöjä. Kuntien väliset erot ovat suuria. Lisäksi avohoidon, johon tehostettu palveluasuminen kuuluu, ja laitoshoidon asiakasmaksut määräytyvät eri periaatteella, vaikka rajanveto palvelujen sisällön perusteella voi olla keinotekoisia ja hankalaa. Tutkittua tietoa asiasta on vain vähän: Kuluttajaviraston³⁰ tuore selvitys osoittaa, että yksityiset palvelutalot hinnoittelevat palvelunsa kirjavalla tavalla ja että samanniminen palvelu voi olla eri palvelutaloissa sisällöltään hyvin erilainen.

22 Isola A. & Voutilainen P. 1998. Vanhusten pitkäaikaishoidon ulkopuolinen tarkastus. Helsingin kaupungin terveystieteiden tutkimuskeskuksen raportteja 1998:8.

23 Vaarama M., Kainulainen S., Perälä M.-L. & Sinervo T. 1999. Vanhusten laitoshoidon tila. Voimavarat, henkilöstön hyvinvointi ja hoidon laatu. Aiheita 46. Stakes.

24 Voutilainen P. 2004. Hoitotyön laatu ikääntyneiden pitkäaikaisessa laitoshoidossa. Tutkimuksia 142. Stakes.

25 Laine J. 2005. Laatu ja tuotannollista tehokkuutta. Taloustieteellinen tutkimus vanhusten laitoshoidosta. Tutkimuksia 151. Stakes.

26 Heponiemi T., Elovainio M., Laine J. ym. 2007. Productivity and employees' organizational justice perceptions in long-term care for the elderly. *Research in Nursing and Health*, 30, 498-507.

27 Pekkarinen L. 2007. The relationships between work stressors and organizational performance in long-term care for elderly residents. Research Report 171. Stakes.

28 Pekkarinen, L., Sinervo, T., Perälä, M.-L. & Elovainio M. 2004. Work Stressors and the Quality of Life in Long-Term Care Units. *The Gerontologist*, 44(5), 633-643.

29 Pekkarinen, L., Elovainio, M., Sinervo, T. ym. 2006. Nursing working conditions in relation to restraint practices in long-term care units. *Medical Care*, 44(12), 1114-1120.

30 Kuluttajavirasto 2009. Kuluttajaviraston hintavertailuja. Yksityiset vanhusten palvelutalot.

1.2 MUUTOKSEN SUUNTA

Koti kaikille

Palvelurakenteen uusintamista laitoshoidon vähentämisen sekä kotiin annettavien ja asumispalveluita lisäen koskevia suosituksia perusteluineen on esitetty useissa kotimaisissa ja kansainvälisissä tutkimuksissa ja suosituksissa^{31 32 33 34 35 36}. Palvelurakenteen muutoksen ohella on tavoitteena oltava myös ajattelutavan muutos: kodin käsitteen laajentuminen. Koti on joko yksityiskoti tai ihmisen avun tarpeen arvioinnin perusteella valittu ryhmä- tai vastaava koti. Tavoitteena oleva muutos korostaa ikäihmisen oikeutta toiminnalliseen arkeen ja itsemääräämiseen kodinomaisessa ympäristössä riippumatta hänen toimintakyvystään ja avun tarpeestaan. Tuki ja palvelut vaihtelevat asukkaiden tarpeiden mukaan niin, että palvelut liikkuvat, ei asukas. Kotiutuminen on ikäikälle ihmiselle paitsi sopeutumista fyysiseen tilaan, myös vaiheittain etenevä prosessi, jonka pituus on yksilöllinen³⁷.

Ikäihmisten palveluiden laatusuositus esittää ikääntyneiden pitkäaikaishoivan/-hoidon uudistamista rakenteita ja toimintatapoja muuttamalla:

- sellainen pitkäaikainen hoito terveyskeskusten vuodeosastoilla, joka ei ole lääketieteellisesti perusteltua, on korvattava muilla vaihtoehdoilla; tällöin terveyskeskusten vuodeosastot voivat keskittyä joustavasti ja nopeasti tarjolla olevaan akuuttihoitoon ja kuntoutukseen
- perinteisen vanhainkotihoitoon ja terveyskeskusten vuodeosastoilla annettavan pitkäaikaisen laitoshoidon tilalle on kehitettävä uusi palvelukonsepti
- kuntien palvelurakenteita kehitettäessä on ympärivuorokautista hoivaa tarkasteltava kokonaisuutena.

Pitkäaikaishoidolle, erityisesti laitoshoidon vähentämiseksi, asetettiin laatusuosituksessa myös määrällisiä tavoitteita. Tavoitteiden seuranta tukevat indikaattorit osoittavat, että tavoitteita kohden on edetty, vaikkakin muutoksen seuranta-tieto 2000-luvulta osoittaa muutoksen vauhdin olleen varsin maltillista. (Taulukko 2.)

Taulukko 2. Ikäihmisten palveluprofiilin kehitys 2000–2009 ja tavoitetasot.

	2000	2005	2006	2007	2008	2009	2012*
Kotona asuvat 75 vuotta täyttäneet	89,8	89,6	89,4	89,4	89,4	89,5	91,0–92,0
Säännöllisen kotihoitoon piirissä 30.11. olleet 75 vuotta täyttäneet		11,5		11,3	11,2	11,4	13,0–14,0
Omaishoidon tuen 75 vuotta täyttäneet asiakkaat vuoden aikana	3,0	3,7	3,7	3,9	4,1	4,1	5,0–6,0
Ikääntyneiden tehostetun palveluasumisen 75 vuotta täyttäneet asiakkaat 31.12.	1,7	3,4	3,9	4,2	4,6	5,1	5,0–6,0
Pitkäaikaisessa laitoshoidossa vanhainkodeissa tai terveyskeskuksissa olevat 75 vuotta täyttäneet 31.12.	8,3	6,8	6,5	6,3	5,9	5,4	3,0

*Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksessa esitetyt tavoitetasot

31 Leskinen H. 2001. Kunta vastuuseen. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennepolitiikan toimeenpano ja sen arviointi. Acta-väitöskirjasarja 1. Acta-väitöskirjasarjan julkaisu yhdessä Kuopion yliopiston kanssa. Suomen Kuntaliitto.

32 Vaarama M., Voutilainen P. & Kauppinen S. 2005. Ikääntyneiden hoivapalvelut. Teoksessa: Heikkilä M. & Roos M. (toim.): Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2005. Stakes.

33 Voutilainen P., Kauppinen S., Heinola R. ym. Katsaus ikääntyneiden kotihoitoon kehitykseen. Teoksessa: Heikkilä M. & Lahti T. (toim.): Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2007. Stakes.

34 Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen Kuntaliitto 2008. Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2008:3.

35 Suomen Alzheimer-tutkimusseuran kokoama asiantuntijaryhmä 2008. Hyvät hoitokäytännöt etenevien muistisairauksien kaikissa vaiheissa. Suomen Lääkärilehti 63. Suplementti.

36 European Commission 2009. Directorate-General for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities. Report of the Ad Hoc Expert Group on the Transition from Institutional to Community-based Care.

37 Molony S. 2010. The Meaning of Home. A Qualitative Metasynthesis. Research in Gerontological Nursing. Research in Gerontological Nursing 3 (2), 1-17.

Euroopan komission asiantuntijaryhmä antoi raportin³⁸ laitoshoidon purkamisesta vuonna 2009. Raportin suositukset koskevat kaikkia laitoshoidossa olevia asiakasryhmiä: lapsia, iäkkäitä ihmisiä, mielenterveyskuntoutujia ja vammaisia ihmisiä. EU:n jäsenmaiden ja Turkin alueella elää laitoksissa lähes 1,2 miljoonaa ihmistä. Raportissa siirtymää laitoksesta asumis- palveluihin perustellaan ihmisoikeuksien toteutumisen sekä ihmisten itsemääräämisoikeuden, elämänlaadun ja osallisuuden paranemisen vaateilla. Raportissa esitetään laitoshoidon purkamisen yhteiset periaatteet jäsenmaissa hyödynnettäviksi:

1. Palveluiden käyttäjien oikeuksien kunnioittaminen ja heidän mukaan ottamisensa päätöksentekoon
 - laitostumisen ehkäisy
 - kenenkään ei pitäisi joutua prosessin aikana laitoshoitoon uudelleen
2. Vaihtoehtojen luominen
 - palveluiden suunnittelu palveluiden käyttäjien tarpeiden pohjalta
3. Laitosten sulkeminen
 - pilottihankkeet
 - henkilöstön koulutustarpeiden arviointi
 - erityishuomio eniten apua tarvitseviin asiakasryhmiin
4. Nykyisten laitosten investointien rajoittaminen
5. Yhteinen kehittäminen – yhteinen omistajuus
 - palvelujen käyttäjät läheisineen ja heitä edustavien järjestöjen edustajat
 - eri ammattiryhmien edustajat
 - eri palveluntuottajien (kunnat, järjestöt, yksityiset palveluntuottajat, seurakunnat)
6. Voimavarojen tehokas käyttö
 - sosiaalinen ja taloudellinen kestävyys
7. Laadunhallinta
 - järjestelmällinen laadun seuranta ja vertailu
 - monitahoarviointi (palvelujen käyttäjät, läheiset, ammattilaiset, johto jne.)
8. Kokonaisvaltainen toteutus lyhyellä ja pitkällä aikavälillä
 - johdonmukainen politiikka
 - koordinointi
9. Tietoisuuden lisääminen (asian esillä pitäminen).
 - kaikkien kansalaisten tietoisuuden kasvattaminen (erityisesti arvoista muutoksen taustalla).

Euroopan Unionin FUTURAGE -hankkeessa määritetään prioriteetit ikääntymistutkimukselle EU:n alueella. Hankkeen johtaja professori Alan Walker on esittänyt harmaantuvan Euroopan haasteeksi vastata *Live longer - die faster* -tavoitteeseen, jotta pidemmän elämän viimeiset vuodet eivät olisi toimintakykyvajeiden sävyttämiä. Keskeiset ratkaisut löytyvät seuraavista: 1) terveyden edistäminen sekä sairauksien ennaltaehkäisy, 2) asuinympäristöjen kehittäminen esteettömiksi ja toimintakyvyn vajeita kompensoiviksi sekä 3) toimintakyvyn vajeiden syntymistä ehkäisevien interventioiden kehittäminen. Näistä muotoutuvat myös gerontologisen ja geriatrisen tutkimuksen prioriteetit.

³⁸ European Commission 2009. Directorate-General for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities Report of the Ad Hoc Expert Group on the Transition from Institutional to Community-based Care.

Yhtenäisyyttä ja kohtuullisuutta asiakasmaksuihin

2000-luvulla on tehty useita iäkkäiden ihmisten asumispalvelujen asiakasmaksuja koskevia uudistamishdotuksia. Sosiaali- ja terveysministeriön asettama selvityshenkilö³⁹ selvitti niin iäkkäiden kuin vammaistenkin ihmisten asiakasmaksuihin liittyviä ongelmia ja teki ehdotukset kotiin annettavien palvelujen ja asumispalvelujen asiakasmaksujen uudistamiseksi. Selvityshenkilö ehdotti mm., että

- jatkuvasta ja säännöllisestä kotiin annettavasta kotipalvelusta ja kotisairaanhoidosta (kotihoitosta) perittäisiin palveluun käytetyn ajan (tuntia kuukaudessa) ja tulojen perusteella määräytyvä kuukausimaksu
- kuukausimaksuun sisältyisivät myös nykyisin tukipalveluksi eriytetyt työtehtävät, eivät kuitenkaan ateriapalvelu ja turvapalvelun perusmaksu
- sosiaalihuoltolain mukaisessa palveluasumisessa asiakasmaksut määräytyisivät samoin perusteiden kuin säännöllisen kotipalvelun ja kotisairaanhoidon kuukausimaksussa
- tehostetussa palveluasumisessa asiakasmaksun lisäksi voitaisiin periä kunnan päättämä kohtuullinen ympärivuorokautisen palveluasumisen maksu, jonka sisältö tulisi määritellä.

Toimeksianto liittyi sosiaali- ja terveysministeriön asettaman sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksutoimikunnan työhön; toimikunnan tehtävänä oli selvittää kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon maksupolitiikan ja maksujärjestelmän uudistamistarpeet. Toimikunta piti voimassa ollutta maksujärjestelmää keskeisiltä osiltaan toimivana ja perusteltuna ja esitti maksujärjestelmän peruslinjausten säilyttämistä, vaikka järjestelmän läpinäkyvyyden ja selkeyden parantamiseksi todettiin tarvittavan muutoksia. Keskeisiä ehdotuksia olivat muun muassa, että maksujärjestelmästä olisi säädettävä lain tasolla sisällyttämällä kaikki maksujärjestelmää koskevat säännökset yhteen lakiin ja että palvelun käyttäjältä tulisi voida periä maksu vain sellaisista sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista, jotka ovat säädetty maksullisiksi asiakasmaksulaisina. Toimikunta katsoi, että maksujen osuus palvelujen rahoituksessa pitäisi säilyttää vähintäänkin ennallaan ja maksujen reaalitaso olisi säilytettävä indeksitarkistusmenettelyn käyttöön ottamisella.

Toimikunnan ehdotukset kotona annettavien palveluiden ja asumispalveluiden maksuista vastasivat pääosin selvityshenkilö Väänänen-Sainion ehdotuksia. Toimikunta ehdotti, että jatkuvan ja säännöllisen kotona annettavan palvelun maksu säilyisi tulosidonnaisena. Maksuun sisältyisivät myös kunnan kotipalvelu- ja kotihoitohenkilöstön antamat tukipalvelut lukuun ottamatta ateriapalveluita, kuljetuspalveluita sekä turvapuhelinta ja siihen liittyviä palveluita. Kotona annettavan palvelun maksu koskisi myös sosiaalihuoltolain mukaista asumispalvelua. Käyntiperusteisista maksuista siirryttäisiin aikaperusteiseen maksuun, joka perustuisi hoito- ja palvelusuunnitelmassa määriteltyyn hoitoaikaan. Kunta määrittäisi käytetyn ajan ja maksuprosentin keskinäisen suhteen. Kotitalouden koon mukaan määräytyvät enimmäismaksuprosentit ja tulokäsitemäärittely säilyisivät muuttumattomina. Ateria- ja kuljetuspalvelusta kunta voisi periä päättämänsä kohtuullisen, enintään palvelun tuotantokustannusten suuruisen maksun. Turvapuhelimesta ja siihen liittyvistä palveluista voitaisiin periä maksu, jos ne eivät muutoin ole maksuttomia (esim. lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälineenä tai vammaispalvelulain mukaisena palveluasumisen erityiskustannuksena). Toimikunnan ehdotusten katsottiin edistävän oikeudenmukaisuutta, yhdenmukaistavan avohuollon maksujärjestelmää, kohtuullistavan erityisesti vanhusten palveluasumisen asiakasmaksuja ja tukevan kuntien avopainotteista palvelurakennetta.⁴⁰

39 Väänänen-Sainio R. 2005. Vanhusten ja vammaisten kotiin annettavien palvelujen ja asumispalvelujen asiakasmaksujen uudistaminen. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2005:17.

40 Sosiaali- ja terveysministeriö 2005a. Sosiaali- ja terveydenhuollon maksupolitiikan uudistamista selvittäneen toimikunnan mietintö. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2005:10.

Vuonna 2007 valtiovarainministeriön sisäinen virkamiestyöryhmä selvitti sosiaali- ja terveydenhuollon maksuja⁴¹. Työryhmän raportissa arvioitiin maksujärjestelmän uudistamistarpeita sosiaali- ja terveydenhuollon maksupolitiikan uudistamista selvittäneen toimikunnan mietinnön perusteella. Työryhmä kannatti toimikunnan ehdotuksia kotipalvelumaksujen ja sosiaalihuoltolain mukaisen palveluasumisen osalta.

Sosiaaliturvan uudistamiskomitea (SATA -komitea) katsoi, että sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksujärjestelmä on keskeisiltä osiltaan edelleen toimivaja perusteltu siitä huolimatta, että asiakasmaksuja ohjaavan järjestelmän läpinäkyvyyttä ja selkeyttä on parannettava sekä maksujärjestelmän hallinnollista byrokratiaa on kevennettävä. Komitea esitti nykyisen maksujärjestelmän peruslinjausten säilyttämistä. Näitä ovat mm. palvelujen verorahoitaisuus, maksujen enimmäismäärien lakisääteisyys sekä perittävien maksujen jako tasa- ja tulosidonnaisiin maksuihin. Lisäksi korostettiin, että maksupolitiikan on tuettava sosiaali- ja terveyspolitiikan yhteiskuntapoliittisia tavoitteita. Maksujärjestelmän uudistamisen lähtökohdaksi esitettiin, että asiakasmaksut ovat kohtuullisia eikä niiden suuruus saa muodostua esteeksi tarpeellisten sosiaali- ja terveyspalvelujen käytölle.

SATA -komitean mukaan kotona annettavien palvelujen asiakasmaksuja koskevat perusongelmat liittyvät lainsäädännön vaikeaselkoisuuteen ja monimutkaisuuteen. Nykylainsäädäntö mahdollistaa kunnille päättää varsin vapaasti palveluasumiseen liittyvistä maksuista. Palveluasumisen maksuista ei ole selkeitä säädöksiä, mistä on ollut seurauksena asiakkaiden eriarvoisuutta, kun samansisältöisestä palvelusta peritään kovin erilaisia maksuja. Lisäksi epäoikeudenmukaisuutta aiheutuu siitä, että korkeat maksut voivat muodostua palvelujen käytön esteeksi tai ohjata epätarkoituksenmukaiseen palvelujen käyttöön. Ongelmien poistamiseksi SATA -komitean ehdotti, että ensimmäisessä vaiheessa sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuihin tehdään sellaiset osittaiset muutokset, joilla korjataan maksujärjestelmän ilmeisimmät puutteet:

- palveluasumisen maksut tulisi yhtenäistää
- maksu olisi tulosidonnainen ja siihen sisältyisivät myös tukipalvelut lukuun ottamatta ateriapalveluita, kuljetuspalveluita sekä turvapuhelinta ja siihen liittyviä palveluita
- maksu määräytyisi käytetyn ajan perusteella
- maksu ei sisältäisi vuokraa, jonka henkilö maksaa erikseen vuokranantajalle.

Muutoksen yksityiskohtainen valmistelu esitettiin tehtäväksi Ikähoiva -työryhmässä.

Summa summarum

Työryhmä on perehtynyt edellä esitettyihin muutosajureihin ja pohtinut laajasti ympärivuorokautisen palvelujärjestelmän uudistamista. Asiakaskeskeisyys, järjestelmän yksinkertaisuus ja selkeys, iäkkäiden asiakkaiden ja heidän läheistensä mahdollisuus tehdä valintoja sekä taloudellinen ja sosiaalinen kestävyys ovat olleet työryhmän työtä ohjaavia tekijöitä, sillä hallittu rakenteellinen muutos edellyttää näiden kaikkien kokonaisuuksien samanaikaista tarkastelua. Ympärivuorokautisten palvelujen kohdennustehokkuuden parantaminen, kuntoutuksen perustan vahvistaminen, palvelujen, erityisesti palveluketjujen johtaminen sekä palvelujen rahoituspohja olivat niin ikään pohdintojen keskiössä. Työryhmä totesi, että on aika rohkeasti uudistaa vanhoja rakenteita ja muotoilla palveluiden sisältöä (palvelu-design) perustalle, joka kantaa tulevaisuuteen.

Työryhmä esittää, että rakennemuutoksen onnistumisen tueksi on varmistettava, että

- Laitospaikkoja ei vähennetä ilman, että samanaikaisesti kehitetään asumista, hyvinvointia ja terveyttä edistävien toimien ja palveluiden, kuntoutuksen sekä kotihoidon ja asumisen sisältävien palveluiden määrää ja laatua. Palvelurakennetta on aina tarkasteltava kokonaisuutena. Lisäksi erityistä huomiota on nopeasti ikääntyvässä yhteiskunnassa kiinnitettävä asumisen vaihtoehtojen kehittämiseen.

⁴¹ Valtiovarainministeriö 2007. Sosiaali- ja terveydenhuollon maksujärjestelmää selvittävän työryhmän raportti. 3.5.2007.

- Laitosten korvaajiksi ei kehitetä laitosmaisia vaihtoehtoja.
- Palvelujen käyttäjiä ja heidän läheisiään kuullaan kaikissa prosessin vaiheissa eikä palveluiden käyttäjiä tarpeettomasti siirretä paikasta toiseen.
- Henkilöstön käyttöä ja osaamista monipuolistetaan.
- Yhteiseen päämäärään sitoutumista edistetään (henkilöstö, virkamies- ja luottamushenkilöjohto).
- Prosessin aikana otetaan käyttöön laatujärjestelmä, joka tukee palveluja hakevien ja käyttävien ihmisten sekä heidän läheistensä valintojen tekoa.

Palvelurakenteen muuttaminen edellyttää myös samanaikaisia toimia asumispalvelujen asiakasmaksujärjestelmän kehittämiseksi.

Asumispalveluiden kehittämisehdotuksia työstetään kolmen ministeriön laajapohjaisissa työryhmissä: Ikähoiva -työryhmän ohella työtä tehdään kuluttajan valinnan mahdollisuutta varmistavien periaatteiden kehittämiseksi (työ- ja elinkeinoministeriö)⁴² sekä rahoituksen osalta (ympäristöministeriö). Työryhmät täydentävät toinen toisensa työtä. Ehdotusten yhteen nivominen, toimeenpanon tuki, pilottihankkeet ja arviointi ovat seuraavat askeleet asumisen ja palvelut yhdistävien palvelukonseptien kehittelytyössä.

⁴² Työ- ja elinkeinoministeriö 2010. Kuluttajanäkökulman toteutuminen palveluasumisessa ja palveluasumisen hintojen vertailtavuuden parantaminen. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja, Konserni, 70/2010.

2 TYÖRYHMÄN EHDOTUKSET PERUSTELUINEEN

Työryhmän keskeiset ehdotukset liittyvät a) ympärivuorokautisen hoidon sisäiseen rakennemuutokseen ja b) asumisen monimuotoistamiseen. Molempien asiakokonaisuuksien samanaikaisen kehittämisen tavoitteena on lisätä

- koko ikääntyvän väestön tietoisuutta asumisen ennakoinnin merkityksestä sekä mahdollisuuksia tehdä valintoja asumisen suhteen tulevia tarpeita ennakoiden
- ympärivuorokauden hoitoa ja huolenpitoa tarvitsevien asiakkaiden mahdollisuutta elää ja asua kodikkaassa ympäristössä, jossa tarvittava hoito ja huolenpito on turvattu
- järjestelmän yksinkertaisuutta ja selkeyttä.

Ehdotus korostaa iäkkään ihmisen oikeutta kotiin kodikkaassa asuin- ja hoitoympäristössä ja arkeen silloinkin, kun hänen toimintakykynsä ja terveydentilansa edellyttää hoitoa ja huolenpitoa ympäri vuorokauden. Keskeiset ehdotukset tukevat nykyisen hallituksen ohjelmaan sisältyvän avo- ja laitoshoidon rajanvedon asteittaista poistamista koskevan tavoitteen saavuttamista.

Keskeisten ehdotusten asteittaisen saavuttamisen tueksi esitetään 10 askeleen ohjelma (ehdotukset 1.-10.).

Palvelurakenteen muuttaminen edellyttää samanaikaisia toimia asumispalvelujen asiakasmaksujärjestelmän kehittämiseksi. Työryhmä esittää 8 ehdotusta asiakasmaksujärjestelmän kehittämiseksi.

2.1 YMPÄRIVUOROKAUTISEN HOIDON RAKENNETTA JA SISÄLTÖÄ KOSKEVAT EHDOTUKSET: "1+10 – KOHTI YKSIPORTAISTA JÄRJESTELMÄÄ 10 ASKELEEN KAUTTA"

Ehdotus 1: PALVELURAKENNEMUUTOS TEHDÄÄN KOKONAISUUS HALLITEN

Työryhmä ehdottaa, että

ympäri vuorokautisen hoidon rakenteita muutetaan niin, että nykyisestä kolmella portaalla (tehostettu palveluasuminen, vanhainkodit, terveyskeskussairaaloiden osastot) tuotettava ympäri vuorokautisen hoidon järjestelmästä siirrytään tavoitteellisesti kohti yksiportaista ympäri vuorokautisen hoidon järjestelmää. Tavoitteena on hallittu rakennemuutos, jossa pitkäaikaishoidon laitospaikoista pääsääntöisesti luovutaan ja iäkkäiden ihmisten tarpeita ja toiveita vastaavia asumisen ja ympäri vuorokautisen hoidon ja huolenpidon sisältäviä palvelukonsepteja lisätään, kehitetään ja tuotetaan. Tavoitteen saavuttamisen tueksi laaditaan valtakunnallinen iäkkäiden ihmisten asumisen kehittämissuunnitelma (ks. ehdotus 2.).

- a) Tehostetun palveluasumisen kattavuutta lisätään ja laitoshoidon kattavuutta vähennetään.
- b) Palvelujen rakennemuutosta tehtäessä erityistä huomiota kiinnitetään siihen, että
 - Laitospaikkoja ei vähennetä ilman, että samanaikaisesti kehitetään toimintakykyä, hyvinvointia ja terveyttä edistävän toiminnan ja palveluiden, kuntoutuksen, koti-hoidon sekä asumisen ja palvelut yhdistävien asumisvaihtoehtojen määrää ja laatua. Palvelurakennetta on aina tarkasteltava kokonaisuutena.
 - Laitoshoidon korvaajaksi ei kehitetä laitosmaisia vaihtoehtoja.
 - Palvelujen käyttäjiä ja heidän läheisiään kuullaan kaikissa palveluprosessin vaiheissa eikä palveluiden käyttäjiä tarpeettomasti siirretä paikasta toiseen.
 - Palvelun sisältöä kehitetään tavoitteena iäkkään ihmisen hyvä elämän- ja kuoleman laatu.
- c) Palvelurakennemuutoksen tehostamiseksi annetaan valtioneuvoston periaatepäätös.

Vastuutaho: STM, YM, TEM, THL, ARA, Suomen Kuntaliitto, kunnat, kuntayhtymät, järjestöt, yksityiset palveluntuottajat

Aikataulu: 2010–2015 (tarkistuspiste) →

Ehdotuksen perustelut

Palvelurakennemuutoksessa huomio ikäihmisten palveluiden kokonaisuuteen

Laitospaikkojen hallittua vähentämistä ohjaavat kuntatasolla ikäihmisten palveluiden kokonaisvaltainen tarkastelu - tieto kunnan asukkaiden väestörakenteen muutoksesta, kunta-laisten toimintakyvystä, sairastavuudesta ja asuinolosuhteista - sekä Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksen kattavuustavoitteet⁴³. Laitospaikkoja vähennettäessä on samanaikaisesti investoitava iäkkäiden hyvinvointia ja terveyttä edistäviin toimiin ja palveluihin, lisättävä kotihoitoa ja tuettava omaishoitoa. Niin koti- kuin ympäri vuorokautisessa hoidossa on muo-toitava palvelujen sisältöä ja kehitettävä henkilöstön osaamista.

Nykyinen kolmiportainen ympäri vuorokautista hoivaa ja hoitoa tarjoava järjestelmä on aikanaan suunniteltu toisenlaiseen toimintaympäristöön, eikä sen rakenteita ole uusittu perusteellisesti vastaamaan tämän päivän tarpeita. Tällä hetkellä ympäri vuorokautisen hoidon

⁴³ 91-92 % asuu kotona itsenäisesti tai palvelutarpeen arvioinnin perusteella myönnettyjen palveluiden turvin, 13-14 % saa säännöllistä kotihoitoa, 5-6 % saa omaishoidon tukea, 5-6 % on tehostetussa palveluasumisessa, 3 % on hoidossa vanhainkodeissa tai pitkäaikaisessa hoidossa terveyskeskuksen vuodeosastolla. Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen Kuntaliitto 2008. Ikäihmisten palvelujen laatusuositus.:3. Julkaisuja 2008, sivu 30.

eri portailla (terveyskeskus, vanhainkoti, tehostettu palveluasuminen) hoidetaan osittain hoidon tarpeeltaan samankaltaisia asiakkaita⁴⁴.

Siirtymä yksiportaiseen järjestelmään turvaisi osaltaan sitä, että asiakkaan ei tarvitsisi vaihtaa asuin- ja hoitoympäristöä silloin, kun hänen toimintakykynsä heikkenee. Edelleen useissa kunnissa on käytäntönä, että henkilö joutuu muuttamaan toimintakykynsä heikketessä, jopa useita kertoja. Suomalaisilla 70 vuotta täyttäneillä henkilöillä oli viimeisen kahden elinvuoden aikana keskimäärin yli kymmenen siirtoa kodin / tehostetun palveluasumisen / vanhainkodin ja terveyskeskus- tai muun sairaalaan välillä. Kuoleman lähestyessä siirtotiheys vielä kiihtyi. Terveyskeskussairaala oli yleisin paikka kuolla.⁴⁵ On selvää, että viimeisiä vuosiaan elävä ihminen tarvitsee tutkimuksia ja hoitoa akuuttien sairauksiensa toteamiseksi ja hoitamiseksi; monesti nämä edellyttävät hoitojaksoa sairaalassa. Mutta erityisen tärkeää on kehittää ympärivuorokautista hoitoa ja huolenpitoa tarjoavien yksiköiden palveluvalikoimaa niin, että sinne saadaan tarvittaessa terveydenhuollon ja kuntoutuspalveluita ja että siellä voi myös kuolla turvallisesti. Tavoiteltavaa on, että iäkäs ihminen voi asua samassa paikassa ja palvelut liikkuvat.⁴⁶

Ikäihmisten palveluja koskevan laatusuosituksen mukaan sellainen pitkäaikainen laitoshoido terveyskeskuksen sairaalassa, joka ei ole lääketieteellisesti perusteltua, korvataan muilla vaihtoehdoilla, jolloin terveyskeskussairaalat voivat keskittyä akuuttihoitoon ja kuntoutukseen. Työryhmän työn taustaksi tehdyssä tutkimuksessa⁴⁷ selvitettiin terveyskeskusten vuodeosastojen asiakasrakennetta pitkäaikaishoidossa olevien osalta. Tutkimusaineisto koottiin vuoden 2008 RAI -tietokannasta (n = 3 508). Tulosten mukaan asiakkaista 56 prosentilla toimintakyky ja avun tarve oli samantasoinen kuin vanhainkodeissa ja tehostetun palveluasumisen yksiköissä olevien asiakkaiden. Tämän perusteella arvioitiin, että vain 44 prosenttia asiakas-kunnasta (= 1 % / 75 vuotta täyttäneistä) tarvitsee sellaista sairaanhoidollista välineistöä ja erityisosaamista, että heidän hoitonsa vaatisi hoitoa juuri terveyskeskuksen vuodeosastolla.

Työryhmän ehdotuksen mukaan tehostettu palveluasuminen, ml. ryhmäkodit, ja vanhainkotiasuminen muodostavat vuoden 2015 jälkeen integroidun kokonaisuuden, jonka kattavuustavoite on 9 prosenttia / 75 vuotta täyttäneistä (vrt. laatusuositus) vuonna 2015. Tarpeen perusteluna on tieto asiakkaiden, erityisesti muistisairauksia sairastavien asiakkaiden, hoidon ja huolenpidon tarpeesta.

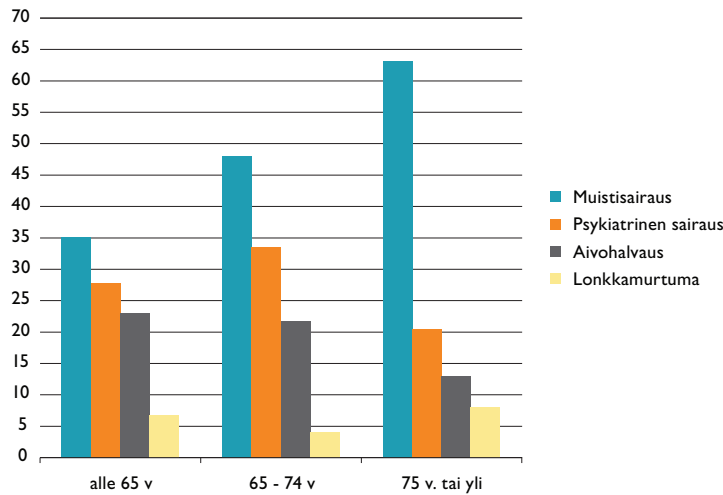
RAI -järjestelmällä arvioitiin syksyllä 2010 yli 4300 tehostetun palveluasumisen asiakasta asiakasrakenteen tarkastelemiseksi. Asiakkaista 82 prosenttia oli täyttänyt 75 vuotta, 13 prosenttia kuului ikäluokkaan 65–74 -vuotiaat, ja viisi prosenttia oli alle 65 -vuotiaita. Tehostetun palveluasumisen 75 vuotta täyttäneistä asiakkaista yli 63 prosentilla oli muistisairaus. Ikäluokassa 65–74 -vuotiaat muistisairaus oli lähes puolella ja alle 65 vuotiaista runsaalla kolmanneksella. Psykiatrinen sairausdiagnoosi oli 20–35 prosentilla asiakkaista eri ikäryhmissä. Nuorimmassa ikäryhmässä aivohalvaus oli diagnosoitu lähes 25 prosentilla. Ikäryhmässä 65–74 vuotta aivohalvausdiagnoosi oli lähes 35 prosentilla ja noin 20 prosentilla 75 vuotta täyttäneistä asiakkaista. Kaikissa ikäryhmissä lonkkamurtumia oli alle 10 prosentilla asiakkaista.

44 RAI -vertailukehittäminen.

45 Aaltonen M., Forma L., Rissanen P. ym. 2010. Transitions in health and social service system at the end of life. *European Journal of Ageing*, 7, 91-100.

46 Jylhä M., Forma L., Aaltonen M. ym. 2008. Pidentyvä vanhuusikä ja palvelujen uudet haasteet. Teoksessa: Ashorn U. & Lehto J. (toim.): Tutkijapuheenvuoroja terveydenhuollosta. Stakes. ss.116-128.

47 Finne-Soveri H. ym. 2010. Millaiset iäkkäät potilaat voisivat asua vanhainkodissa tai palvelutaloissa terveyskeskuksen vuodeosaston sijasta? Julkaistavaksi toimitettu käsikirjoitus.



Kuvio 2. Tehostetussa palveluasumisessa olevien asiakkaiden yleisimpien sairauksien osuus ikäryhmittäin vuonna 2010.

Satsaukset iäkkäiden ihmisten hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen sekä koti- ja omaishoidon lisäämiseen ovat edellytyksiä laitoshoidon vähentämiselle. Näin ollen työryhmä esittää – palvelurakenteen kokonaisuutta suunniteltaessa – koti- ja omaishoidon kattavuuden kasvattamista Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksessa esitellyllä tavalla.

Ympäri vuorokautisen hoidon sisällön kehittäminen – tavoitteena hyvä elämän- ja kuoleman laatu
Vaikka ihminen tarvitsee hoitoa ja huolenpitoa ympäri vuorokauden, on hänellä oltava mahdollisuus elää elämäänsä arvokkaasti, asua turvallisesti ja olla mielekkäässä yhteydessä toisten kanssa. Rakennemuutoksen keskeiset tavoitteet: oikeus kotiin kodikkaassa asuin- ja hoitoympäristössä ja arkeen silloinkin, kun hänen toimintakykynsä ja terveydentilansa edellyttää hoitoa ja huolenpitoa ympäri vuorokauden, edellyttävät hoidon sisällön kriittistä tarkastelua.

Laadultaan korkeatasoisen ympärivuorokautisen hoidon tavoitteena on ihmisen hyvä elämän- ja kuolemanlaatu. Tavoitteen saavuttamisen perustana on a) asiakkaiden terveydentilan, toimintakyvyn ja voimavarojen monipuolinen arviointi; b) toimintakyvyn ja kuntoutumisen ylläpitäminen ja edistäminen ja sairauksien hyvä hoito sekä c) hyvä palliatiivinen ja saattohoito silloin, kun ihmisen elämän pidentäminen ei ole enää päämäärä

Kehittämisen keskiössä on iäkkään ihmisen oikeus tarpeenmukaiseen (= kattavaan tuen ja palveluiden tarpeen arviointiin perustuvaan) ja laadukkaaseen palvelukokonaisuuteen, joka muuttuu hänen toimintakykynsä muutosten mukaan. Asiakkaan näkökulmasta laadultaan korkeatasoisen hoidon ja huolenpidon lähtökohta on *kattava tarpeiden ja voimavarojen arviointi ja kerätyn tiedon hyödyntäminen*^{48 49 50 51}. Myös voimavarojen järkevän käytön kannalta on ensisijaista, että palvelu perustuu asiakkaiden huolellisesti ja kattavasti arvioituihin tarpeisiin ja voimavaroihin, jotka muodostavat hoito- ja palvelusuunnitelman lähtökohdan. Tuen ja palveluiden tarpeeseen vastaamiseksi tehdyt sopimukset ja päätökset kirjataan asiakkaan hoito- ja palvelusuunnitelmaan, jossa asetettujen tavoitteiden saavuttamista arvioidaan säännöllisesti ja aina kun asiakkaan tilassa tapahtuu olennaisia muutoksia.

Kuntoutus ja kuntoutumista edistävä toiminta ovat korkealaatuisen ympärivuorokautisen hoidon tunnuspiirteitä. Kuntoutus voi olla toimintakykyä parantavaa, ylläpitävää tai sen heikkenemistä hidastavaa ja sen tavoitteena on toimintakyvyn ja elämänlaadun optimointi.⁵²

48 Voutilainen P. & Vaarama M. 2005. Toimintakykymittareiden käyttö ikääntyneiden palvelutarpeen arvioinnissa. Raportteja 7. Stakes.

49 Voutilainen P. Isola A. & Muurinen S. 2004. Nursing documentation in nursing homes - state-of-the-art and implications for quality improvement. Scandinavian Journal of Caring Sciences 18, 72-81.

50 Muurinen S., Vaarama M., Haapaniemi H. ym. 2006. Vanhainkotiasiakkaiden elämänlaatu, hoidon laatu ja hoidon kohdennustehokkuus. Care Keys –projekti/Helsinki-tiimi. Tutkimuksia 2006:2. Helsingin kaupungin sosiaalivirasto.

51 Muurinen S. & Soini H. 2009. Helsingin monipuolisen vanhustenkeskuksen hoitotyön arviointi 2009. Hoitotyön asiakirjojen analysointi. Tutkimuksia 2009:2. Helsingin kaupungin sosiaalivirasto.

52 Pitkälä K. 2010. Kuntoutus muistisairauksissa / Muistisairauksien diagnostiikka ja lääkehoito - Käypä hoito -suositusten sähköinen taustaineisto.

Ympäri- vuorokautisessa hoidossa on kiinnitettävä toimintakyvyn eri osa-alueiden (fyysinen, kognitiivinen, psyykinen, sosiaalinen) tukemisen lisäksi erityistä huomiota yksilön toimijuuteen ja voimavaroihin. On tunnistettava ja tuettava iäkkään ihmisen jäljellä olevia voimavaroja ja erityisesti hänelle ominaista tapaa toimia, osata, haluta ja olla: päivittäiset rutiinit ja tavat, normit, mielihalut, mielenkiinnon kohteet sekä mielihyvää tuottavat asiat. Muutto uuteen ympäristöön vaikuttaa ihmisen toimijuuteen siten, että tavanomainen toiminta ja aktiivisuus vähenevät. On todennäköistä, että henkilön elämään tulee asioita, joihin hän ei ole tottunut, ja joita hän ei haluaisi edes kokea. Hän ei koe olevansa samalla tavoin kykenevä toimimaan kuin aiemmin. Hän ei ehkä ymmärrä, miksi hänen pitää jotain tehdä, tai hän ei tunnista mahdollisuuksia, joita eri tilanteissa avautuu.⁵³ Tästä syystä toimijuuteen on kiinnitettävä aivan erityistä huomiota.

Mielekäs tekeminen, erilaiset säännölliset toiminnat, ovat toimintakykyä ja kuntoutumista edistävän hoidon perusta^{54 55 56 57}. Toiminnan tavoitteena on tukea iäkkään ihmisen normaalisuutta, itsetuntoa ja mahdollistaa aikaansaamisen ja onnistumisen kokemuksia. Toiminnat sinänsä ovat arvokkaita, ei se, mitä aikaansaadaan. Toimintojen järjestämisessä on otettava huomioon erityisesti

- yksilöllisyys; on tärkeää löytää sellaisia mielekkään tekemisen muotoja, jotka perustuvat iäkkään ihmisen elämänkulkuun
- mukauttaminen voimavaroihin; on tärkeää mukauttaa toiminnat niin, että ne tuottavat iäkkäälle ihmiselle sopivassa määrin haasteita ja onnistumisen kokemuksia
- palaute; rohkaisu, tunnustus ja tukeminen ovat tärkeitä
- tuki; on tärkeää, että eri toimintoja ohjataan tavoitteellisesti ja innostaen.

Hoitotyöntekijöiden kuntoutumista edistävä toiminta ympäri- vuorokautisessa hoidossa on tuoreen tutkimuksen⁵⁸ mukaan yhteydessä siihen, millaisiksi he näkevät asiakkaiden kuntoutumisen mahdollisuudet. Johtamisen haasteena on kehittää hoitoon osallistuvien osaamista niin, että asiakkaan voimavarat ja toimijuus nostetaan hoidon suunnittelun, toteutuksen ja arvioinnin keskiöön kuntoutumista edistävän toiminnan mahdollistumiseksi.

Sairauksien hyvä hoito, ml. turvallinen lääkehoito ja tavoitteellinen kuntoutus ovat korkealaatuisen hoidon edellytyksiä ympäri- vuorokautisessa hoidossa. Somaattisten sairauksien, mukaan lukien suun terveysongelmien, mielenterveysongelmien, erityisesti masennuksen, ja muistihäiriöiden varhainen tunnistaminen, hoito ja kuntoutus ovat tällöin keskiössä. Näiden asiakokonaisuuksien sisällölliseen kehittämiseen on olemassa runsaasti materiaalia (esim. ⁵⁹ 60 61 62 63 64 65 66), eikä niitä tässä yhteydessä käsitellä yksityiskohtaisesti. Sairauksien hyvän hoidon ja kuntoutuksen turvaamiseksi on huolehdittava siitä, että ympäri- vuorokautisessa hoidossa on käytettävissä asianmukainen moniammatillinen, ml. geriatrinen ja kuntoutuksen asiantuntemus (ks. ehdotus 7.).

53 Jyrkämä J. 2008. Toimijuus, ikääntyminen ja arkielämä -hahmottelua teoreettis- metodiliseksi viitekehikseksi. Gerontologia 2008:4:190-203.

54 Smith M., Kolanowski A., Buettner L. & Buckwalter K. 2009. Beyond Bingo: Meaningful Activities for Persons with Dementia in Nursing Homes. Annals of Long-Term Care 17, 22-30.

55 Alzheimer's Association 2006. Activity Programming for Persons with Dementia. A Sourcebook.

56 Heimonen S. & Voutilainen P. (toim.) 2006. Avaimia arviointiin. Dementoituvien kuntoutumista edistävä hoitotyö. Editia.

57 Voutilainen P. 2010. Hyvä ympäri- vuorokautinen hoito / Muistisairauksien diagnostiikka ja lääkehoito - Käypä hoito -suositusten sähköinen tausta-aineisto.

58 Vähäkangas P. 2010. Kuntoutumista edistävä hoitajan toiminta ja sen johtaminen pitkäaikaisessa laitoshoidossa. D 1060. Acta Universitatis Ouluensis.

59 Tilvis R., Pitkälä K., Strandberg T. ym. (toim.) 2010. Geriatria. 2. painos. Kustannus Oy Duodecim.

60 Erkinjuntti T., Rinne J. & Soinen H. (toim.) 2010. Muistisairaudet. Kustannus Oy Duodecim.

61 Sosiaali- ja terveysministeriö 2005b. Turvallinen lääkehoito – Valtakunnallinen opas lääkehoidon toteuttamisesta sosiaali- ja terveydenhuollossa. Oppaita 2005:32.

62 Sosiaali- ja terveysministeriö 2007a. Vanhusten turvallinen lääkehoito: Kuntien velvoitteet. Kuntatiedote 6/2007.

63 Iäkkäiden lääkehoidon tietokanta.

64 Kivelä S.-L. 2006. Geriatrisen hoidon ja vanhustyön kehittäminen. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2006:30

65 Käypä hoito –hoitosuositukset. Saatavilla: www.kaypahoito.fi

66 Gernet –verkkosivusto. Saatavilla: www.gernet.fi

Käytännön helpotusta turvallisen lääkehoidon toteuttamiseen tuo apteekkien tarjoama koneellinen annosjakelupalvelu. Siinä apteekki tarkistaa yhteistyössä hoitavan lääkärin kanssa asiakkaan kokonaislääkityksen ja toimittaa säännöllisesti käytettävät tabletit ja kapselit kahdeksi viikoksi kerrallaan pakattuina muovisiin kerta-annospusseihin. Lääkkeiden mukana toimitetaan ajan tasalla oleva lääkityskortti, josta näkyy asiakkaan koko lääkitys. Apteekki seuraa lääkitystä ja tekee muutosten yhteydessä perustarkistukset päällekkäisyydestä ja mahdollisista yhteisvaikutuksista. Lisäksi apteekki neuvottelee lääkärin kanssa mahdollisista muutostarpeista ja huolehtii reseptien uusimisesta. Tutkimuksen mukaan koneellinen annosjakelu vähensi 120 testipotilaan joukossa lääkekustannuksia noin 6 prosentilla⁶⁷. Suurimmat kustannushyödyt tulivat henkilöille, joilla oli käytössään vähintään 5 lääkevalmistetta.

Palliatiivinen hoito on iäkkään ihmisen kokonaisvaltaista hoitoa silloin, kun elämän pidentäminen ei ole enää päämäärä. Keskeistä on kivun ja muiden oireiden lievitys ja samalla ihmisen psyko-sosiaalisten ja hengellisten sekä elämänkatsomuksellisten asioiden huomioon ottaminen. Palliatiivisessa hoidossa tavoitellaan mahdollisimman hyvää elämän loppuvaihetta. Oikein toteutetun ja laadukkaan palliatiivisen hoidon avulla autetaan ihmistä elämään niin täysipainoista elämää kuin mahdollista kuolemaan asti sekä tuetaan omaisia hoitoprosessin ajan ja kuoleman jälkeen. Yksilölliset hoitolinjaukset sisältävä palliatiivinen hoito ja tehtyjen linjausten selkeä dokumentointi suuntaavat hoitoon osallistuvien työtä, vähentävät omaisten ahdistusta ja lisäävät iäkkään ihmisen elämän- ja kuolemanlaatua.

Sosiaali- ja terveysministeriön syyskuussa 2010 antamien *saattohoitosuositusten*⁶⁸ mukaan saattohoitoa on annettava siellä, missä henkilö on ollut hoidossa, esimerkiksi ryhmäkodissa tai vanhainkodissa. Suositus korostaa asiakkaan diagnoosista ja iästä riippumatonta, kuolevan ihmisen arvoihin perustuvaa saattohoitovaiheen hoitoa, johon sisältyy kivun lievitys sekä kuolevan ihmisen fyysisiin, sosiaalisiin, henkisiin ja hengellisiin tai elämänkatsomuksellisiin tarpeisiin vastaaminen. Lääkäri tekee päätöksen saattohoidosta. Saattohoitosuosituksen käytännön toteutus edellyttää ympärivuorokautista hoitoa tarjoavilta organisaatioilta toimintakäytäntöjen, henkilöstön osaamisen, tilojen ja välineiden uudelleen arviointia. On luonnollista, että saattohoitovaiheessa yksilön henkilöstöltä tarvitsema aika lisääntyy. Tässä yhteydessä on tarve henkilöstöresurssien joustavaan käyttöön esimerkiksi eri yksiköiden välillä, jotta saattohoito on mahdollista toteuttaa.

Palliatiivisen ja saattohoidon turvaaminen ympärivuorokautisessa hoidossa edellyttää sat-sauksia hoitavan henkilökunnan osaamiseen.

67 Saikkonen E-L. 2003. Koneellisen annosjakelun vaikutukset lääkekustannuksiin. Sosiaali- ja terveysturvan selosteita 29/2003.

68 Sosiaali- ja terveysministeriö 2010a. Hyvä saattohoito Suomessa. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2010:6.

Ehdotus 2: PALVELURAKENNEUUDISTUKSEN TOTEUTTAMISEKSI
ERITYISHUOMIO IÄKKÄIDEN IHMISTEN ASUMISEEN JA
ASUINYMPÄRISTÖIHIN

Työryhmä ehdottaa, että palvelurakennetavoitteiden saavuttamiseksi

- a) Laaditaan valtakunnallinen ikääntyneiden asumisen kehittämissuunnitelma, jonka kohteena ovat olemassa olevan asuntokannan ja rakennetun ympäristön kehittämistä sekä uudisrakentamista koskevat toimenpiteet ml. rahoitusmallit ja aikataulu.
- b) Kehitetään ikääntyneiden asumista pitkäjänteisesti osana kuntien asumis-, ikääntymispoliittisia ja/tai muita strategioita, joissa otetaan huomioon yhdyskunta- ja maankäytön suunnittelu, liikennejärjestelyt, lähipalvelut, liikunta- ja virkistyspalvelut.
- c) Kunnissa tehdään palveluasumista tarjoavien rakennusten määrällinen ja laadullinen arvio (ml. sijainti) ja laaditaan suunnitelma peruskorjauksen ja uustuotannon toteuttamiseksi. Arvioinnissa otetaan huomioon
 - ikääntyneille tarkoitetut vuokratalot, senioritalot, palvelutalot, vanhainkodit, veteraanien kuntoutuslaitokset, veljes- ja sairaskodit
 - kunnan muu vuokratalokanta ja sopivat tyhjillään olevat rakennukset mahdollista käyttötarkoituksen muutosta silmällä pitäen sekä
 - esteettömyys ja hyvinvointitekniikan mahdollisuudet korjaussuunnitelmissa ja uustuotannossa.
- d) Kuntien ja järjestöjen toteuttamaa korjausneuvontaa, erityisesti ikäihmisten ja vammaisten asumisen osalta vahvistetaan (→ seudullinen neuvonta ja korjausrakennuttamispalvelut).
- e) Asumista koskevaa ennakointia tehostetaan ja tuetaan:
 - ennakointi sekä asuinolojen ja asunnon korjaustarpeen arviointi otetaan osaksi hyvinvointia ja terveyttä edistäviä kotikäyntejä.
 - arvioidaan asumista helpottavan teknologian ja apuvälineiden tarve ja avustetaan niiden hankinnassa yksilökohtaisesti
 - arvioidaan lyhytaikaishoivan/-hoidon fyysinen ympäristö asiakkaan toimintakyvyn tukemisen näkökulmasta.
- f) Asumisratkaisujen omaehtoisen ennakkoinnin tärkeyttä korostetaan erityisesti 50+ väestön keskuudessa tietoisuuden lisäämiseksi.

Vastuutaho: YM, STM, THL, ARA, Suomen Kuntaliitto, kunnat, kuntayhtymät, järjestöt, vanhusneuvostot, elinkeinoelämä, asuntokannan omistajatahot

Aikataulu: 2010 →

Ehdotuksen perustelut

Sekä valtakunnan että paikallistasolla tarvitaan pitkän aikavälin suunnittelua ja toimia - strategia - ikääntyneiden ihmisten asumisen laadun parantamiseksi ja ratkaisujen monipuolistamiseksi. Ikääntyneiden henkilöiden asumisen tason kohentaminen ja asumisratkaisujen monipuolistaminen edellyttävät eri hallinnonalojen yhteistoimintaa, joka konkretisoituu tavoitteiksi ja toimenpiteiksi kansallisella tasolla ikääntyneiden ihmisten asumisen kehittämissuunnitelmassa. Kehittämissuunnitelman toteuttaminen edellyttää monipuolista asiantuntemusta ja osaamista, jossa tarvitaan suunnittelijoita ja toteuttajia niin julkiselta, yksityiseltä kuin järjestösektoriltakin. Lisäksi mukana on oltava ikääntyneitä ihmisiä edustavia järjestöjä ja vastaavia kansallisen tason toimijoita.

Kunnissa on tarpeen pohtia asuin- ja elinympäristöjen kehittämistä laajasti, sillä esimerkiksi erilaisin esteettömin asumisratkaisuin voidaan vaikuttaa ikäihmisten arjessa selviy-

tymiseen ja palvelujen tarpeeseen. Yhdyskuntasuunnittelun, kaavoitukseen ja asumiseen liittyvät ratkaisut vaikuttavat pitkälle tulevaisuuteen ja edellyttävät sitoutumista asetettujen tavoitteiden saavuttamiseksi. Riittävä lähipalvelujen, kuten kauppa-, pankki-, liikunta- ja virkistyspalvelujen tarjonta tukevat kotona asumista.

Kuntatason strategiassa keskeistä on, miten tarvittava palveluasuminen järjestetään: missä määrin peruskorjataan olemassa olevia rakennuksia ja missä määrin rakennetaan uutta. Olemassa olevan rakennuskannan hyödyntämistä on pohdittava laaja-alaisesti. Nykyisten palvelutalojen ja vanhainkotien lisäksi on huomioon otettava paikkakunnalla olevat ikääntyneiden vuokratalot, senioritalot, veteraanien kuntoutuslaitokset, veljes- ja sairaskodit, kunnan muu vuokratalokanta sekä mahdolliset rakennusten käyttötarkoituksmuutokset. Nykyisen ja tulevan tarpeen määrällinen ja laadullinen arviointi^{69 70 71 72 73 74} on keskeinen suunnittelun lähtökohta, sillä vain sen turvin löydetään täsmäratkaisuja. Hallintokuntien rajat ylittävän yhteistyön lisäksi tarvitaan verkostomaista yhteistyötä kuntien ja asuntokannan omistavien tahojen kesken.

Asumisen laadun parantaminen ja kotona asumisen tukeminen edellyttävät erityisesti esteettömyyteen, turvallisuuteen, iäkkäiden ihmisten toimintakyvyn ylläpitämiseen ja osallisuuteen panostamista. Ratkaisuja ovat hissien rakentaminen hissittömiin kerrostaloihin, asuntojen peruskorjaukset sekä muut toimet, jotka edistävät rakennuskannan ja asuinympäristöjen esteettömyyttä, toimivuutta ja turvallisuutta. Peruskorjauksissa on hissittömyyden lisäksi otettava huomioon muut liikkumiseen vaikuttavat tekijät, kuten erilaisten portaiden ja askelmien turvallisuus sekä hygieniatilojen ongelmat, kuten pesutilojen liukkaus ja ahtaus. Ahdas kylpyhuone hankaloittaa asukkaan omatoimisuutta ja avustavan henkilön toimintaa. Oikeanlainen valaistus, tilojen selkeys sekä väri- ja materiaalivalinnat ovat myös keskeinen osa esteetöntä ja turvallista asuntoa ja asuinympäristöä. Fyysisen asuinympäristön muutostöiden lisäksi apuvälineet ja hyvinvointiteknologian käyttö edistävät ikäihmisten toimintakykyä ja tukevat kotona ja kodinomaisissa ryhmäkodeissa asumista. Viime aikoina kehitetyt monet fyysisen ympäristön ratkaisut, apuvälineet ja muu teknologia helpottavat myös auttamistyötä.

Ikääntyneiden asumiseen tarvitaan myös uudenlaisia, hyvinvointia tukevia ratkaisuja. Asumisen rahoitus- ja kehittämiskeskuksen (ARA) koerakentamishankkeiden kautta voidaan tukea uudenlaisia asumisen ratkaisuja. Erilaiset asumisen ratkaisut yhdistettynä yhteisöllisyyden tukemiseen ja eriaistaiseen palvelutarjontaan monipuolistavat asumisen kirjoa. Riittävän kattavilla ja ajoissa tehdyillä asuntojen korjauksilla tai muutoilla voidaan viivyttää ikäihmisen siirtymistä ympärivuorokautisen avun mahdollistaviin asuntoihin (tehostettu palveluasuminen, ryhmäkodit). Eriasteisesti apua ja palveluja tarvitsevien ikäihmisten asumisratkaisuiksi on olemassa ja kehitteillä malleja ja hyviä käytäntöjä.

Asuinympäristön esteettömyys ja turvallisuus sekä palvelujen läheisyys ja julkisen liikenteen käyttömahdollisuus ovat toimintakyvyn, hyvinvoinnin ja terveyden ylläpitämisen näkökulmasta tärkeitä⁷⁵. WHO:n "Age-Friendly Cities" -ohjelmassa on tuotettu opas ja tarkistuslista⁷⁶, joiden avulla kunnat ja kaupungit voivat kehittää ikäystävällisyyttään. Ikäystävällinen kaupunki edistää asukkaidensa terveyttä, osallisuutta ja turvallisuutta. Asumisen lisäksi tarkastelussa ovat julkiset tilat ja liikenne, sosiaalisen osallistumisen mahdollisuudet, tiedon välittäminen ja palveluiden saavutettavuus. Esteettömään asuinympäristöön liittyviä

69 Andersson S. 2007. Palveluasuntoja ikäihmisille. Palveluasumisen nykytilanne ja tuleva tarve. Raportteja 14. Stakes.

70 Laurinkari J., Poutanen V.-M., Saarinen A. & Laukkanen T. 2005. Senioritalo ikääntyneen asumisvaihtoehtona. Kysely- ja haastattelututkimus Joensuussa, Kuopiossa ja Tampereella vuonna 2005. Suomen ympäristö 815.

71 Poutanen V.-M., Laurinkari J. & Hynynen R. 2008. Ikääntyneiden asumisratkaisut vuoden 2004 Asumis- ja varallisuustutkimuksen valossa. Suomen ympäristö 20/2008.

72 Välikangas K. 2009. Yhteisöllisyyttä, laatua ja vaihtoehtoja. Ikääntyneiden välimuotoisen asumisen ratkaisuja Ruotsissa, Norjassa, Tanskassa ja Hollannissa. Suomen ympäristö 13/2009.

73 Sosiaali- ja terveysministeriö 2009a. Kuntoutuslaitosselvitys 2009. Kuntoutuslaitosten tila ja selvitysmiesten ehdotukset kuntoutuslaitostoinnin kehittämiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:61.

74 Özer-Kempainen Ö. 2005. Senioriasumisen nykytila, kehitystarpeet ja mahdollisuudet. Julkaisu A32. Oulun yliopisto.

75 Rantakokko M., Rantakokko M., Iwarsson S. ym. 2010. Ulkona liikkumisen pelko, tyydyttämätön liikunnantarve ja ulkoympäristötekijät iäkkäiden ihmisten elämänlaadun heikentäjänä. Abstrakti S19. Gerontologia 1(24): 94.

76 WHO 2007. Global Age-Friendly Cities.

Saatavilla: http://www.who.int/ageing/publications/Global_age_friendly_cities_Guide_English.pdf

konkreettisia kehittämisen kohteita ovat katujen ja puistojen valaistus, talvikunnossapito, levähtämisen mahdollistavat penkit, jalankulkuvalojen vihreän aallon kesto jne.

Tietoisuuden lisääminen esteettömien ja joustavasti muunneltavissa olevien asumisratkaisujen merkityksestä on tärkeä osa "Ageing in Place" -periaatteen toteutumiseksi. Monet haluavat asua nykyisessä asunnossaan, mutta monet myös muuttavat uuteen asuntoon, syrjäseuduilta taajamiin lähemmäs palveluita tai erilaisiin senioriasuntoihin. Muuttotilanteissa on erityisesti pohdittava esteettömyyden, muunneltavuuden ja turvallisuuden näkökohtia.

Ehdotus 3: YMPÄRIVUOROKAUTISEN HOIDON UUDISTAMINEN ON STRATEGINEN VALINTA

Työryhmä ehdottaa, että

- a) Jokainen kunta päivittää palvelustrategiansa ja/tai erillisen ikääntymispoliittisen strategiansa huomioon ottamaan ympärivuorokautisen hoidon kehittämislinjaukset osana asumisen, palvelurakenteen ja palvelujen kehittämisen kokonaisuutta.
- b) Ympärivuorokautisen hoidon palvelujen turvaamiseksi ja kehittämiseksi sekä valinnan mahdollisuuksien lisäämiseksi hyödynnetään palvelumarkkinoita
 - Kunnat kehittävät omaa palvelutarjontaansa hankkimalla palveluja myös muilta palveluntuottajilta. Palvelujen hankinnassa on otettava huomioon:
 - asiakkaan asema
 - hankittavien palvelujen määrä ja laatu
 - palveluntuottajilta edellytettävät kriteerit (tilat, toiminta, laatujärjestelmä)
 - tarjousten arviointikriteerien määrittely (tuottajan osaaminen, palvelun laatu ja hinnan painotus tuottajan valinnassa).
 - Palvelusetelin käyttöä ympärivuorokautisen hoidon järjestämisessä asiakkaiden valinnanvapauden edistämiseksi lisätään ja sen toimivuutta ympärivuorokautisen palvelun järjestämisessä arvioidaan järjestelmällisesti (laadun monitahoarviointi, erityisesti asiakkaat läheisineen, palvelutoiminnan tulokset, kustannukset eri osapuolille: asiakas, kunta, yritys).

Vastuutaho: STM, TEM, YM, THL, Suomen Kuntaliitto, kunnat, järjestöt, yksityiset palveluntuottajat, seurakunnat, vanhusneuvostot

Aikataulu: 2010 →

Ehdotuksen perustelut

Strategia ohjaajana

Iäkkäiden ihmisten näkökulmasta on palvelu- ja/tai erillisessä ikääntymispoliittisessa strategiassa otettava huomioon

- kolmatta ja neljättä ikäänsä elävien kuntalaisten erilaiset tarpeet ja voimavarat sekä paikalliset olot
- palvelutarpeiden määrällinen ja laadullinen kehitys (vähintään 10 vuotta eteenpäin) ja niihin vaikuttavat tekijät
- yhteistyö eri hallintokuntien (esimerkiksi kaavoituksesta vastaavat), kuntalaisten, kolmannen sektorin, elinkeinoelämän ja muiden toimijoiden kanssa; erityisesti on varmistettava iäkkäiden ihmisten äänen kuuluminen strategiatyössä
- iäkkäiden ihmisten hyvinvoinnin, osallisuuden ja palvelujen turvaaminen niin, että palveluiden painopiste on lähipalveluissa.

Palvelurakenteiden uudistaminen niin, että tavoitteena oleva ympärivuorokautisen hoidon uusi suunta mahdollistuu, on strateginen valinta, jolla on vaikutuksensa sekä iäkkäiden ihmisten elämän- ja palveluiden laatuun että kustannuksiin. Strategian päivittämisessä on erityisesti otettava huomioon palvelurakenteiden palvelujen tuottamisen monimuotoistaminen, kumppanuudet palvelujen tuottamisessa, sekä palvelumuotoilun tärkeys asiakkaiden palvelujen kehittämisessä.

Ympärivuorokautinen hoito on osa sosiaali- ja terveyspalvelujen ja asumisen kokonaisuutta kunnassa. Kunnan tai kuntien ikääntymispoliittinen ohjelma tai palvelustrategia sisältää palvelujen rakenteeseen ja palvelujen tuottamiseen liittyvät linjaukset. Strategiassa määritellään kuntien omaa palvelutuotantoa, ostopalveluja ja palvelusetelin käyttöä koskevat tavoitteet ja periaatteet.

Palvelustrategiassa⁷⁷ määritellään

- 1) palvelujen toimintavolyymit ja niihin käytettävissä olevat taloudelliset ja henkilöstöresurssit kullakin toimialalla
- 2) palvelut, jotka kunta aikoo tuottaa omissa organisaatioissaan
- 3) palvelut, joissa kunta pyrkii yhteistyöhön muiden kuntien kanssa
- 4) palvelut, joiden tuottamisen kunta pyrkii ensisijaisesti antamaan ulkopuolisten toimijoiden hoidettavaksi
- 5) palvelut, joiden tuottamisen kunta pyrkii ainakin osaksi antamaan ulkopuolisten toimijoiden hoidettavaksi
- 6) palvelut, joiden järjestämisestä kunta aikoo kokonaan luopua (ei lakisääteiset tai viranomaistehtävät)
- 7) palveluiden rahoituksen järjestäminen, maksupolitiikan kehittäminen
- 8) kunnan omistajapolitiikka ja palveluiden järjestäminen.

Palvelustrategiaan liittyy henkilöstöstrategia (ks. ehdotus 7.).

Kuntien palvelustrategioilla on oltava kiinteä yhteys sosiaali- ja terveyspoliittisiin sekä elinkeinopoliittisiin tavoitteisiin. Elinkeinopoliittisen näkökulman kytkemisessä palvelujen järjestämiseen tarvitaan kuntien sosiaali- ja terveyspalveluista ja elinkeinopolitiikasta vastaavien toimijoiden ja alueen yritysten ja järjestöjen tiivistä yhteistyötä.

Strategioiden toimeenpano konkretisoituu kunnan talousarviossa ja toimintasuunnitelmassa. Strategioiden toteutumista seurataan ja arvioidaan säännöllisesti ja arvioinnin tulokset julkistetaan eri medioita hyödyntäen. Tärkeää on myös tehdä ennakoarviointia parhaiden vaihtoehtojen valitsemiseksi ja päätöksenteon perustelujen läpinäkyvyyden lisäämiseksi.

Palvelujen hankinta ostopalveluna

Iäkkäille ihmisille suunnatusta tehostetusta palveluasumisesta kunnat ja kuntayhtymät tuottavat 39, järjestöt 38 ja yritykset 23 prosenttia⁷⁸. Kilpailutus on tätä palvelua hankittaessa siis yleistä. Kilpailuttamisen oletetaan yleisesti vaikuttavan hintatasoa alentavasti ja siten tehostavan palvelutuotantoa. Se on myös keskeisin tavoite useimmilla kunnilla.⁷⁹

Silloin kun kunta hankkii palveluja oman organisaation ulkopuolelta, hankinta on lähtökohtaisesti kilpailutettava hankintalain mukaisesti (laki julkisista hankinnoista 348/2007). Hankintaprosessi käynnistetään tarjouspyyntöasiakirjojen laatimisella ja hankinnasta ilmoittamisella. Hankintaprosessi päättyy hankintasopimuksen tekemiseen.

Hankintaprosessin onnistunut läpivieminen edellyttää paitsi lainsäädännön tuntemista myös ostajan ja myyjän monipuolista ammattitaitoa ja osaamista. Hankinnan suunnittelu on

77 Suomen Kuntaliitto 2010. Kunnan palvelustrategian laatiminen.

78 THL/SVT 2010c. Yksityinen palvelutuotanto sosiaali- ja terveydenhuollossa.

79 Valkama P., Kallio O., Haatainen J. ym. 2008. Kuntapalvelujen kilpailuttamisen taloudelliset vaikutukset. I osa: Käsitteet, teoreettiset lähestymistavat, metodologia ja aikaisemmat tutkimustulokset. Kunnallisanalyyttisen tutkimuksen kehittämissäätiö KAKS.

hankintaprosessin keskeisin vaihe. Tarjouspyynnössä on määriteltävä yksiselitteisesti mm. mitä hankitaan - palvelun määrä ja laatu - sekä millä perusteella valinta tehdään. Laatutekijöiden konkretisointi on tarjouspyyntöjä laadittaessa erityisen haasteellista: olennaista olisi pystyä kuvaamaan laatu niin rakenteiden (esim. henkilöstön määrä ja rakenne), palveluprosessin kuin tulostenkin (esim. asukkaiden toimintakyky ja elämänlaatu, tyytyväisyys palveluun) näkökulmasta. Jokaiselle osa-alueelle tarvitaan selkeät ja yhdenmukaiset kriteerit

Tarjouspyynnön pitää olla niin selkeä, että tarjouspyynnön perusteella annettavat tarjoukset ovat yhteismitalliset ja vertailukelpoiset. Näin varmistetaan tarjoajien tasapuolinen tiedonsaanti ja kohtelu. Tarjousten arviointi edellyttää myös kunnan tuottamien palvelujen kustannusten läpinäkyvyyttä.

Kuntien tavoitteena kilpailuttamisessa on toistaiseksi korostunut kustannussäästöjen tavoittelu ja palveluiden kasvavaan kysyntään vastaaminen hankkimalla lisäkapasiteettia markkinoilta. Pellervon taloudellinen tutkimuskeskus⁸⁰ tutki 2000-luvun lopulla millaisia vaikutuksia palveluasumisen kilpailuttamisella on ollut palvelujen hintaan. Kilpailuttamisella saavutettuja vaikutuksia arvioitiin sopimushinnan kehityksellä usean vuoden ajalta. Tutkimukseen osallistui 18 kuntaa. Tehostetun palveluasumisen kilpailutuksissa, jotka joissakin tapauksissa oli kilpailutettu seudullisesti, tarjoajien määrä oli kilpailutuksissa suuri ja kilpailu oli hillinnyt hintojen nousua. Tutkimuksella ei voitu vastata kysymykseen, oliko kunnan koko palvelutuotannon taloudellisuus parantunut tai oliko yksityinen palvelutuotanto kunnan omaa tuotantoa edullisempaa. Tutkimus antoi viitteitä siitä, miten kilpailuttaminen toimii sopimushinnan määrääjänä. Mikäli palvelu ostettaisiin suoraan ilman kilpailuttamista, tuloksena olisi hyvin todennäköisesti korkeampi hintataso. Tulokset antoivat myös viitteitä siitä, että pitkällä yhteistyösuhteilla ja potentiaalisella kilpailulla voi olla kustannustason nousua hillitsevä vaikutus pienillä paikkakunnilla. Joskus pelkästään potentiaalisella kilpailulla ja hyvällä sopimuskumppanuudella oli saatu palvelun reaalin hintakehitys pysymään hallinnassa. Kilpailun uhalla todettiin siis olleen merkitystä.

Kilpailuttamiseen liittyviä välillisiä kustannuksia, kuten hankintaprosessin eri vaiheisiin kuluva henkilöstövoimavaroja, on vaikeampi arvioida, mutta niitä on^{81 82}.

Palvelujen hankintaan on liittynyt myös ongelmia. Kritiikkiä on esitetty erityisesti siitä, että iäkkäät asiakkaat ovat saattaneet joutua muuttamaan asumisyksiköstä toiseen, kun se palveluasumisyksikkö, jossa iäkäs ihminen on asiakkaana ollut, ei ole voittanut järjestettyä kilpailutusta. Tähän pitäisikin kiinnittää erityistä huomiota: kun iäkäs ihminen on muuttanut omasta kodistaan esimerkiksi ryhmäkotiin, pitäisi hänen voida elää siellä kuten kotona, ilman tutun elinympäristön ja ihmissuhteiden menetyksen uhkaa. Jo siitä syystä, että kotiutumisen uuteen elinympäristöön ja tottuminen uusiin ihmisiin on yksilöllinen prosessi. Siirtymä on erityisen haasteellinen muistisairaalle ihmiselle. On olennaista tärkeää, että palvelujen käyttäjiä ja heidän läheisiään kuullaan kaikissa prosessin vaiheissa eikä palveluiden käyttäjiä tarpeettomasti siirretä paikasta toiseen.

Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812/2000) säätää, että asiakasta koskeva asia on käsiteltävä ja ratkaistava siten, että ensisijaisesti otetaan huomioon asiakkaan etu. Mikäli asiakas ei sairauden tai toimintakyvyn heikkenemisen vuoksi pysty vaikuttamaan palvelunsa suunnitteluun ja toteuttamiseen taikka ymmärtämään ehdotettuja ratkaisuvaihtoehtoja tai päätösten vaikutuksia, on asiakkaan tahtoa selvitettävä yhteistyössä hänen laillisen edustajansa, omaistensa tai muun hänelle läheisen henkilön kanssa. Asiakkaan kuulemisesta ennen häntä koskevan päätöksen tekemistä säätää hallintolaki (434/2003). Näistä lähtökohdista asiakkaan (ja tarvittaessa hänen omaisensa) mielipiteen huomioon ottaminen muutostilanteessa, joka vaarantaisi hänen hoitosuhteensa pysyvyyden, on hyvin tärkeä palveluita järjestettäessä.

80 Kähkönen L. 2008. Kuntien prosessit ja kokemukset vanhusten palveluasumisen ja kotipalvelujen kilpailuttamisesta. Pellervon taloudellisen tutkimuslaitoksen työpapereita nro 109.

81 Valkama P., Kallio O. & Kankaanpää J. 2008. Kuntapalvelujen kilpailuttamisen taloudelliset vaikutukset. II osa: Empiiriset tulokset. Kunnallisanalan kehittämissäätiö KAKS.

82 Pasanen S. 2010. Vanhusten palveluasumisen vaiheet Tampereella. Asiantuntijoiden kokemuksia ja näkemyksiä. Tampereen kaupungin tietotuotannon ja laadunarvioinnin julkaisusarja CI/2010.

Kilpailumenettelyllä on toki etunsa. Kilpailutusta hyödyntämällä voitaisiin myös parantaa laatua, edistää tuottavuutta sekä kehittää uusia palvelukonsepteja.

Työryhmä toteaa, että sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö on asettanut sosiaali- ja terveystieteiden kilpailuttamisen toimivuutta käsittelevän työryhmän toimikaudeksi 1.7.–31.12.2010. Koko työryhmän tehtävänä on käsitellä sosiaali- ja terveystieteiden kilpailuttamisen periaatteita ja toimivuutta sosiaali- ja terveystieteiden asiakkaan sekä kuntien välisen yhteistyön ja yksityissektorin ja kuntien välisen kumppanuuden näkökulmasta. Ikähoiva -työryhmä toimittaa omat ehdotuksensa kilpailuttamista pohtivan työryhmän käyttöön.

Palveluseteli

Väestön ikärakenteen muutokseen varautuminen edellyttää erilaisten vaihtoehtoisten palvelujen tuotanto- ja rahoitustapojen kehittämistä, kokeilua ja kokeilujen arviointia. Palveluseteli on yksi uusi tapa järjestää iäkkäiden ympärivuorokautisia palveluita julkisen sektorin, yritysten ja kolmannen sektorin yhteistyönä.

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon palvelusetelistä (569/2009, palvelusetelilaki) tuli voimaan 1.8.2009. Kotona annettavissa palveluissa käytettävien palvelusetelien arvosta säädetään edelleen sosiaalihuoltolaissa ja kansanterveyslaissa. Uusi laki mahdollistaa kuntien tai kuntayhtymien harkinnan mukaisesti palvelusetelin käytön useimpien kunnan järjestämistä vastaavien sosiaali- ja terveystieteiden, kuten asumispalvelujen, järjestämistapana paikallisten tarpeiden ja olosuhteiden mukaisesti. Lain tavoitteena on palvelusetelin avulla lisätä asiakkaan valinnan mahdollisuuksia, parantaa palvelujen saatavuutta, monipuolistaa, tehostaa ja joustavoittaa palvelutuotantoa sekä edistää kuntien sosiaali- ja terveystoimen, elinkeinotoimen ja yksityisten palvelujen tuottajien yhteistyötä. Yhtä aikaa palvelusetelilain kanssa annetulla sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain (734/1992) muutoksella poistettiin kytkös palvelusetelin omavastuuosuuden ja asiakasmaksun välillä.

Palvelusetelin käyttö on kunnan näkökulmasta hallinnollisesti kevyin käytettävissä oleva järjestämistapa julkisen ja yksityisen sektorin yhteistyölle. Yhteistyökumppaneina toimivien palvelujen tuottajien hyväksymisessä ei edellytetä käytettäväksi samanlaista tarjousvertailumenettelyä, joka on käytössä julkisissa hankinnoissa.

Ikäihmisen näkökulmasta palveluseteli tarkoittaa sitä, että ikäihminen itse tai yhdessä läheistensä kanssa etsii itselleen kodin, kuten tehostetun palveluasumisen kodin, jonne hän muuttaa asumaan ja jossa hän saa tarvitsemansa palvelut. Palvelusetelin saamisen perusteena on ikäihmisen kokonaisvaltainen palvelutarpeen arviointi ja sen perusteella laadittu hoito-, palvelu- ja kuntoutumissuunnitelma. Palveluseteli lisää ikäihmisen valinnan mahdollisuuksia ja samalla hänelle tai hänen läheisilleen tulee vastuuta palveluiden järjestelyissä. Palvelusetelin käyttö edellyttää ikäihmisen näkökulmasta sitä, että hän tarvitsee tietoa tarjolla olevista vaihtoehdoista: sijainnista, palveluiden sisällöstä, hinnoista, laadusta. Kun ikäihminen valitsee palvelusetelin, hän myös hyväksyy sen mahdollisuuden, että palveluseteli ei kata hoidosta aiheutuvia kustannuksia täysimääräisesti.

Tähän mennessä palveluseteli on otettu Suomessa käyttöön palveluasumisessa ainakin Helsingissä, Tampereella, Hämeenlinnassa ja peruspalvelukuntayhtymä Kalliossa, joka tuottaa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut Alavieskan ja Sievin kunnille sekä Nivalan ja Ylivieskan kaupungeille. Lahti ottaa palveluasumisen palvelusetelin käyttöön vuoden 2011 alussa.

Palveluasumisen palvelusetelin myöntämiskriteerit ovat näissä kunnissa samat kuin muullakin tavoilla tuotetussa palveluasumisessa. Palvelusetelillä katettavia palveluasumisen kustannuksia ovat hoidon ja huolenpidon lisäksi joissakin kunnissa myös ateriat, siivous, turvapalvelut, pyykkipalvelut, sairaanhoitajan palvelut tai jokin näistä palveluista. Asiakas maksaa aina vuokran erikseen. Peruspalvelukuntayhtymä Kalliossa seteli voidaan kuitenkin myöntää myös lyhytaikaiseen palveluasumiseen, jolloin setelin arvo kattaa myös asumisen. Palvelusetelin arvo on kaikissa kunnissa tulositonnainen tavalla tai toisella. Palvelusetelin arvoa määriteltäessä huomioon otettavissa tuloissa on jonkin verran vaihtelua. Palvelusetelin valitseva asiakas maksaa palveluasumisestaan enemmän kuin kunnan muulla tavalla jär-

jestämässä palveluasumisessa. Peruspalvelukuntayhtymä Kalliossa asiakkaalle on kuitenkin määritelty käyttövara, joka on vuokran, ateriamaksun ja omavastuuosuuden jälkeen vähintään 100 euroa kuukaudessa. Peruspalvelukuntayhtymä Kalliossa myös puolison elatus otetaan palvelusetelin arvoa määrättäessä huomioon.

Ehdotus 4: YMPÄRIVUOROKAUTISEN HOIDON TARVETTA ON EHKÄISTÄVÄ ENNALTA JA VÄHENNETTÄVÄ

Työryhmä ehdottaa, että kunnissa investoidaan järjestelmällisesti hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen ja jatketaan Ikäneuvo -työryhmän ehdotusten⁸³ toimeenpanoa, koska

- Ennaltaehkäisyllä ja varhaisella puuttumisella toimintakyvyn heikkenemiseen ja terveysongelmiin pystytään vaikuttamaan huomattavasti pitkäaikaishoidon tarpeeseen.
- On olemassa tutkimusnäyttöä ennalta ehkäisyn, riskien hallinnan, varhaisen puuttumisen ja kuntoutuksen vaikuttavuudesta.
- Pitkäaikaissairaudet vähenevät ja hoidon ja huolenpidon tarve siirtyy elinkaarella myöhäisempään vaiheeseen, mikä hillitsee sosiaali- ja terveyspalvelumenojen kasvua.

Työryhmä korostaa hyvinvointikumppanuutta iäkkäiden ihmisten hyvinvointia ja terveyttä edistävien toimien ja palveluiden tuottamisessa.

Vastuutaho: STM, THL, Suomen Kuntaliitto, kunnat, kuntayhtymät, järjestöt, ikääntyvien yliopistot, vanhusneuvostot, RAY

Aikataulu: 2009 →

Ehdotuksen perustelut

Ikäneuvo -työryhmä teki vuonna 2009 yhteensä 18 ehdotusta, jotka jakaantuvat

- Ikääntyneiden hyvinvointia ja terveyttä edistävän toiminnan järjestämistä ja rahoitusta
- Neuvontapalvelujen kehittämistä
- Hyvinvointia edistävien kotikäyntien kehittämistä sekä
- Muita (esim. osaamisen kehittäminen perus- ja täydennyskoulutuksessa, tietopohjan vahvistaminen seurantaa ja arviointia varten)

koskeviin kokonaisuuksiin. Näiden ehdotusten toimeenpano on parhaillaan menossa⁸⁴.

Tutkimusten mukaan jokaisen uuden sukupolven toimintakyky on parempi kuin edeltäjiensä. Suuret ikäluokat vanhenevat yhä terveemmin, ja yhä useammat haluavat olla pitempään työssä. Yksilölliset erot ovat kuitenkin suuria, ja terveys ja toimintakyky ovat voimakkaasti sosiaalisesti valikoivia. Terveyden edistäminen ja sairauksien ennalta ehkäisy liittyvät olennaisesti ikääntyvän väestön toimintakyvyn parantamiseen, mutta tarvitaan myös toimia sosio-ekonomisten erojen kaventamiseksi. Terveyden edistämisen tulee perustua elämäntapajättöön eli työ alkaa raskausvaiheessa äitiysneuvolassa, jatkuu neuvolassa, koulu- ja opiskelijaterveydenhuollossa ja sen jälkeen työterveyshuollossa. Tärkeää on kaikin tavoin vaikuttaa siihen, ettei maassamme toimintakykyä, hyvinvointia ja terveyttä edistävien palveluiden ketju katkea työterveyshuoltoon.

Ympäri vuorokautisen hoidon osalta työryhmä korostaa, että terveyden edistäminen kuuluu kaikille iäkkäille ihmisille riippumatta heidän tuen tai palvelujen tarpeistaan tai asumis-

83 Sosiaali- ja terveysministeriö 2009b. Neuvonta- ja palveluverkosto ikääntyneiden hyvinvoinnin ja terveyden edistäjänä. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:24.

84 Toimeenpanosta: Terveydenhuoltolaki (HE 90/2010) sisältää säädöksen kunnan velvollisuudesta järjestää alueellaan asuville iäkkäille henkilöille hyvinvointia, terveyttä ja toimintakykyä edistäviä neuvontapalveluja. Sosiaalihuollon lainsäädäntöä uudistava työryhmä käsittelee Ikäneuvo -työryhmän ehdotuksia työsä edetessä. Neuvontapalvelujen ja hyvinvointia edistävien kotikäyntien kohdentamisen ja toteutuksen tueksi on THL:n johdolla valmistumassa sähköinen käsikirja kunnille.

muodostaan. Hyvinvointia ja terveyttä on edistettävä kaikissa ikääntyneiden palveluissa. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi tarpeelliset toimet arvioidaan aina asiakkaan palvelu- ja hoitosuunnitelman tai kuntoutumissuunnitelman laadinnan ja seurannan yhteydessä. Suunnitelmiin sisällytettävillä toimilla asetetaan tavoitteet, joiden toteutumista seurataan säännöllisesti.

Kolmas sektori on kuntien kumppani ikääntyneen väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistämisessä. Asiakkaita voidaan ohjata neuvontapalveluista tai hyvinvointia edistävän kotikäynnin jatkotoimena järjestöjen vertais-, liikunta- ja harrastusryhmiin tai muuhun asiakkaan tarpeita vastaavaan toimintaan. Kuntalaiset hakeutuvat myös omaehtoisesti kolmannen sektorin palveluihin. Järjestö- ja vapaaehtoistyö vaatii tuekseen rakenteita ja voimavaroja. Kunnat voivat tukea järjestöjen ja vapaaehtoisten toimintaa paitsi ottamalla ne mukaan ikääntyneiden hyvinvointia ja terveyttä edistävän toiminnan suunnitteluun myös antamalla niiden käyttöön tiloja, välineitä ja asiantuntijaosaamista. Järjestö- ja vapaaehtoistoiminta saavat tukea ikääntyneiden hyvinvoinnin ja terveyden edistämisestä vastaavalta yksiköltä tai asiantuntijaryhmältä. Järjestöjen tukeminen mahdollistaa osaltaan sen, että hyvinvointia edistävä toiminta pysyy saavutettavana myös pienituloisille, jotka eivät pysty maksamaan suuria jäsen- tai osallistumismaksuja. Vapaaehtoistyön ja vertaistuen organisointia ja kokemusasiantuntijuuden hyödyntämistä on kehitettävä kunnissa ja järjestöissä.

Raha-automaattiyhdistyksen tuki järjestöille ikääntyneiden toimintakykyä, hyvinvointia ja terveyttä edistävään toimintaan on turvattava myös tulevaisuudessa. Veteraanien kuntoutukselta asteittain vapautuvat määrärahat on ohjattava ikääntyvien toimintakykyä edistävään toimintaan, sillä gerontologisen kuntoutuksen - niin fyysisen kuin psykososiaalisenkin - tarve on suuri. Myös terveyden edistämisen määrärahoja on mahdollisuuksien mukaan osoitettava ikääntyneiden terveyttä edistäviin hankkeisiin.

Ehdotus 5: KOTONA ASUMISEN TURVAAMINEN EDELLYTTÄÄ ERITYISESTI KUNTOUTUKSEN LISÄÄMISTÄ JA MONIMUOTOISTAMISTA

Työryhmä ehdottaa, että kotona asumista tukevia palveluita, kuten omaishoidon tukea, apuvälinepalveluita, päivätoimintaa ja lyhytaikaishoitoa vahvistetaan niin, että

- a) Säännöllisen kotihoidon ja omaishoidon tuen kattavuutta lisätään Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksen mukaisesti.
- b) Toimintakykyä tavoitteellisesti ylläpitävää ja edistävää lyhytaikaishoitoa lisätään koti- ja omaishoidon tueksi
 - lyhytaikaisen hoidon määrällinen tarve arvioidaan kunnassa osana ympärivuorokautisen hoidon ja muiden palveluiden kokonaisuutta.
- c) Hyvinvointiteknologiaa hyödynnetään kotona asumisen turvallisuuden ja kotihoidon asiakkaiden elämänlaadun lisäämiseksi nykyistä enemmän.
- d) Erilaisia välimuotoisia palveluita, kuten perhehoitoa kodinomaisena ympärivuorokautisen hoivan vaihtoehtona päivittäistä huolenpitoa tarvitseville iäkkäille ihmisille selvitetään, lisätään ja arvioidaan.

Työryhmä ehdottaa erityishuomion kiinnittämistä kuntoutuksen lisäämiseen ja monimuotoistamiseen:

- e) Kuntoutusta lisätään tavoitteellisena, kuntoutusalan erityisasiantuntemusta vaativana palveluna iäkkään ihmisen kodissa ja/tai kuntoutusyksikössä sekä erityisesti tapana toimia: toimintakykyä edistävän työtteen käyttöä lisätään ja se sisältyy hoitotyöntekijöiden perus- ja täydennyskoulutukseen sekä perehdytysohjelmiin.
- f) Veteraanien kuntoutuksesta vapautuvia voimavaroja suunnataan järjestelmällisesti iäkkäiden ihmisten tavoitteelliseen, kotona tapahtuvaan kuntoutukseen sekä kotona asumisen mahdollisuutta jatkaviin ja omaishoitoa tukeviin kuntoutusjaksoihin kuntoutuslaitosten tiloissa. Työryhmä tukee Kuntoutuslaitos selvityksessä⁸⁵ esitettyjen toimenpide-ehdotusten toimeenpanoa:
 - Sairas- ja veljeskodeista vapautuu gerontologisen kuntoutuksen osaamista ja tiloja. Tämä resurssi on suunnattava palveluohjauksen perusteella sekä kotona että ympärivuorokautisen avun tarjoavissa asuinnoissa asuville ikäihmisille.
 - Omaishoitajien kuntouttaville palveluille on selvästi tarvetta. Kelan harkinnanvaraista määrärahaa on kohdennettava omaishoitajien kuntoutumista ja jaksamista tukevaan toimintaan.
 - Kuntoutuslaitokset monipuolistavat palveluvalikoimaansa sekä kehittävät yritystoimintaan liittyvää osaamistaan.
- g) Lääkinnällisen kuntoutuksen yläikärajaa, 65 vuotta, nostetaan ja vammaisuuksien ja kuntoutuksen välinen kytkentä poistetaan.
- h) Julkisen sektorin, järjestöjen, yritysten ja muiden toimijoiden yhteistyötä vahvistetaan palveluiden monipuolistamiseksi ja vaihtoehtoisten palveluiden tuottamiseksi. Tavoitteena on yhteistyö, josta on hyötyä kaikille mukana oleville tahoille.

Vastuutaho: STM, THL, TEM, Kela, RAY, Suomen Kuntaliitto, kunnat, kuntayhtymät, järjestöt, vanhusneuvostot, yksityiset palveluntuottajat

Aikataulu: 2010 →

⁸⁵ Sosiaali- ja terveysministeriö 2009a. Kuntoutuslaitos selvitys 2009. Kuntoutuslaitosten tila ja selvitysmiesten ehdotukset kuntoutuslaitos toiminnan kehittämiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:61.

Ehdotuksen perustelut

Kotihoidon ja omaishoidon tuen kattavuuden lisääminen

Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksessa asetettiin kotihoidolle ja omaishoidon tuelle niin määrällisiä kuin laadullisiakin vaatimuksia, sillä riittävä määrä laadukasta kotihoitoa sekä omaishoitajien tukeminen mahdollistavat pitkäaikaisen laitoshoidon osuuden vähentämisen. Valtakunnallisina tavoitteina vuoteen 2012 mennessä on, että 75 vuotta täyttäneistä henkilöistä

- 13–14 prosenttia saa säännöllistä kotihoitoa
- 5–6 prosenttia saa omaishoidon tukea.

Laadullisiksi tavoitteiksi asetettiin seuraavat

- Ennakoivuus ja kattavuus: palvelu perustuu kattavaan toimintakyvyn arviointiin ja reagoi asiakkaiden terveydentilan ja toimintakyvyn muutoksiin ripeästi.
- Toimintakyvyn edistäminen: laadukas kotihoito toteutetaan asiakkaan toimintakykyä edistäen huomioon ottaen asiakkaiden fyysinen, kognitiivinen, psyykinen ja sosiaalinen toimintakyky ja voimavarat. Kotona asumista tukeva kuntoutus painottuu avopalveluihin, kuten kotona annettaviin kuntoutusmuotoihin. Tutkimusten mukaan toimintakykyä edistävä toimintatapa on yhteydessä asiakkaiden elämän- ja palvelun laatuun: se edistää iäkkäiden ihmisten mahdollisuuksia käyttää voimavarojaan päivittäistoimissa sekä sosiaalista osallistumista⁸⁶.
- 24/7: tavoitteena on, että kotihoidon ja omaishoidon tuen asiakkaille tarjotaan palvelua ympärivuorokautisesti ilta- ja yöpartiotoiminnan turvin. Asiakkaiden ja omaisten turvallisuudentunnetta voidaan vahvistaa ja siten tukea kotona annettavan hoidon jatkumista nimeämällä vastuuhenkilö tai -toimipiste, johon he tarvittaessa voivat ottaa yhteyttä ympärivuorokautisesti.

Palveluiden laatu ja vaikuttavuus esitettiin varmistettavaksi nimeämällä vastuuhenkilö tai -pari koti- ja omaishoidon koordinaattoriksi ja turvaamalla heille konsultaatiomahdollisuudet, jotta käytettävissä on riittävä gerontologisen hoito- ja sosiaalityön sekä geriatrian asiantuntemus.

Tavoitteet - niin määrälliset kuin laadullisetkin ovat edelleen ajankohtaisia. Määrällisten tavoitteiden seurantaan kehitetyt indikaattorit osoittavat, että vain noin joka kolmas kunta ylittää tavoitteena olevaan kotihoidon ja omaishoidon tuen tavoitetasoon⁸⁷.

Välimuotoiset palvelut kotona asumisen tukena

Välimuotoisia palveluita lisätään kotihoidon ja omaishoidon tuen turvin hoidettavien henkilöiden kotona asumisen ajan pidentämiseksi. Välimuotoisten palveluiden avulla voidaan myöhentää pitkäaikaishoidon tarvetta, vähentää epätarkoituksenmukaista sairaalahoitoa sekä tukea kotiutumista sairaalasta. Välimuotoisia palveluita ovat mm. toimintakykyä tukeva päivätoiminta tai lyhytaikaishoitajaksot. Myös sairaalasta kotiutumista tukevien palvelujen, kuten eri sektorien yhteistyönä toteutettavien kotiutustiimien laajempi käyttöönnotto on tarpeellista, jotta sairaalahoidossa oleville saadaan hyvät edellytykset kuntoutua takaisin kotiin⁸⁸. Näyttö välimuotoisten palveluiden vaikuttavuudesta on osin ristiriitaista, mutta useat tutkijat korostavat niiden merkitystä pitkäaikaisen hoidon myöhentäjänä ja hoitavan omaisen jaksamisen tukijana.

86 Vähäkangas P. 2010. Kuntoutumista edistävä hoitajan toiminta ja sen johtaminen pitkäaikaisessa laitoshoidossa. Oulun yliopisto. Acta Universitatis Ouluensis, D Medica 1060.

87 Tilasto- ja indikaattoripankki SOTKANet –tietokanta. Saatavilla: www.sotkanet.fi → Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksen seuraintindikaattorit

88 Tampereen kaupunki, Kotiutustiimi Sinikka Tuli & Laura Selin-Hannola 2009. Kotiutustiimin toiminnan käynnistäminen ja mallintaminen. Kotio! -hankkeen loppuraportti.

Lyhytaikaisen hoidon määrällinen tarve arvioidaan osana kunnan ikäihmisten palveluiden kokonaisuutta. Lyhytaikaishoitoon voidaan varata osa tehostetun palveluasumisen, kuten ryhmäkodin tiloista. Vaihtoehtoisesti lyhytaikaishoito voidaan järjestää ostopalveluna siten, että tietty määrä ostopalveluna hankittavista palveluista varataan vain lyhytaikaishoidon käyttöön.

Perhehoito on yksi mahdollisuus tarjota kodinomaista ympärivuorokautista hoitoa ja huolenpitoa päivittäistä apua ja/tai valvontaa tarvitsevalle ikäihmiselle. Perhehoidon lisäämisen mahdollisuudet on tästä syystä perusteltua selvittää. Sosiaali- ja terveysministeriön toimeksiannosta selvitetään iäkkäiden ihmisten perhehoidon kehittämismahdollisuuksia. Perhehoito on ikääntyneiden keskuudessa toistaiseksi vain hyvin rajallisessa määrin käytetty palvelumuoto: vuonna 2009 perhehoidossa oli 67 henkilöä, jotka olivat täyttäneet 65 vuotta. Perhehoidon hoitopäiviä oli vajaat 21 000.

Veteraanien kuntoutuksesta asteittain vapautuvat voimavarat kotona asuvien iäkkäiden ihmisten tueksi

Veteraanien kuntoutuslaitosten, sairaus- ja veljeskotien vapautuvaa kapasiteettia on suunnattava systemaattisesti ikäihmisten kuntoutukseen (avo- ja laitospalvelu, koti- ja omaishoidon tueksi). Sosiaali- ja terveysministeriö teetti selvityksen maamme kuntoutuslaitosten tilanteesta vuonna 2009. Kuntoutuslaitosten tähänastiset toimintaedellytykset ja toimintatavat ovat muuttuneet merkittävästi 2000-luvulla ja laitosten suuri käyttäjäryhmä – veteraanit – ovat väistymässä. Kuntoutuslaitospaikkoja on tällä hetkellä enemmän kuin niille on käyttöä ja kysyntää. Selvitysraportissa ehdotetaan, että sotainvalidien sairaus- ja veljeskodeissa vapautuvaa osaamista ja tiloja suunnataan kuntien käyttöön.

Veteraanikuntoutuksen määrärahoja on suunnattu veteraanikuntoutuksen lisäksi avokuntoutuksen kehittämiseen. Hankkeissa tuotettu kotikuntoutumisen ja avokuntoutuksen paikallinen ja alueellinen mallintaminen on tuonut uutta sisältöä veteraanikuntoutukseen. Vaikka kuntoutuspalveluja toteuttavat pääsääntöisesti kuntoutusalan ammattilaiset erityisosaamiseensa perustuen, on kuntouttavaan tai toimintakykyä tukevaan työotteeseen ja kuntouttavaan kotihoitoon alettu kiinnittää entistä enemmän huomiota ikääntyvän väestön palvelutarpeita vastaavaa hoitoa kehitettäessä.

Kuntoutuslaitosten kuntoutushenkilöstön työpanosta vapautuu veteraanikuntoutettavien määrän pienentyessä 10 prosentilla vuosittain. Tämä tarkoittaa noin 30–40 henkilötyövuoden vapautumista vuodessa. Veteraanikuntoutus on ollut pääasiassa laitospalvelua. Iäkkäiden ihmisten kotona asumisen turvaaminen edellyttää kuitenkin avokuntoutusta, erityisesti iäkkäiden ihmisten koteihin vietävää kuntoutuspalvelua. Kuntoutuslaitoksista vapautuvat voimavarat olisivatkin järjestelmällisesti otettava käyttöön iäkkäiden ihmisten kotona annettavan kuntoutuksen tueksi. Moniammatillisella geriatrisella kuntoutuksella on myönteinen vaikutus ikäihmisen toimintakykyyn ja toisaalta se ehkäisee ympärivuorokautisen hoidon tarvetta⁸⁹.

Kelan rooli iäkkäiden ihmisten toimintakyvyn edistämässä ja kotona asumisen tukemisessa

Kelan roolia vaikeavammaisten iäkkäiden ihmisten kuntoutuksen järjestäjänä voidaan vahvistaa kehittämällä voimassa olevaa lainsäädäntöä. Terveysturvallisuuden on kuitenkin jatkossakin vastattava etenevien toimintakykyä heikentävien sairauksien, äkillisten sairauksien ja esimerkiksi leikkausten jälkeen järjestettävästä kuntoutuksesta. Kelan järjestämällä vaikeavammaisten lääkinnällisellä kuntoutuksella voidaan tukea iäkkäiden ihmisten ympärivuorokautisen hoidon uutta suuntaa, mikäli kuntoutuksen järjestämisvelvollisuutta kehitetään SATA -komitean raportissa ehdotetulla tavalla. Keskeisiä SATA -komitean raportissa mainittuja kehittämistarpeita ovat vaikeavammaisten lääkinnällisen kuntoutuksen yläikärajan nostaminen 68 vuoteen sekä vammaisuuksien ja kuntoutuksen välisen kytkennän poistaminen. Harkinnanvaraisessa kuntoutuksessa ikäihmisten kuntoutusta on mahdollista lisätä

89 Rissanen P & Aalto A-M. 2002. Yhteenveto kuntoutuksen vaikuttavuuden arvioinnista. Teoksessa Stakes Kannattaako kuntoutus? Asian-
tuntijakatsaus eräiden kuntoutusmuotojen vaikuttavuudesta. Raportteja 267. Stakes. ss. 1-26.

omaishoitajien, ikääntyvien harvinaisia sairauksia sairastavien, sekä keskitettyä, vaativaa ja laaja-alaista kuntoutusta tarvitsevien (mm. aivohalvauspotilaat) osalta.

Kelan osallistuminen ikääntyvien kuntoutukseen edellyttää nykyisen avo- ja laitoshoidon välisen rajanvedon muuttamista. Voimassa olevaa lainsäädäntöä tulisi kehittää siten, että Kela voi järjestää palveluasumisen iäkkäille asiakkaille vaikeavammaisten lääkinnällistä kuntoutusta silloin, kun kuntoutuksen myöntämisedellytykset täyttyvät. Nykyinen avo- ja laitoshoidon välinen rajanveto aiheuttaa toistuvasti ongelmia kuntoutuksen järjestäjätahon määrittelemisessä.

Ehdotus 6: TAVOITTEEKSI EHEYS

Työryhmä ehdottaa, että

- a) Sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyötä vahvistetaan asiakaskeskeisen ympärivuorokautisen hoidon toteuttamiseksi.
- b) Erityistä huomiota kiinnitetään sekä iäkkäiden ihmisten palveluohjaukseen että asiakaskeskeisten palvelujen ja palveluketjujen johtamiseen^{90 91 92}.

Vastuutaho: STM, THL, Suomen Kuntaliitto, kunnat, kuntayhtymät, yritykset, järjestöt

Aikataulu: 2010 →

Ehdotuksen perustelut

Tavoitteena toiminnallinen ja maantieteellinen eheys

Ympäri- ja ympärivuorokautista hoitoa kehitettäessä erityistä huomiota on kiinnitettävä siihen, että a) ympärivuorokautista hoitoa kehitetään osana palvelurakenteen kokonaisuutta ja b) ympärivuorokautinen hoito muodostaa eheän toiminnallisen ja maantieteellisen kokonaisuuden. Kunta- ja palvelurakennemuutosten edetessä⁹³ ympärivuorokautisen hoidon rakenteita onkin muutettu. Kuntien keskinäinen yhteistyö on lisääntynyt, mutta kovin suuria palvelurakennemuutoksia ei vielä ole nähtävissä. Maantieteellisestä eheydestä esimerkiksi ympärivuorokautisen hoidon palvelujen osalta on kannettu aiheellista huolta: yhtäältä yhteistoiminta-alueet voivat olla maantieteellisesti hajanaisia, mutta tilanne voi olla pulmallisempi suurten keskustaajamienkin ympärillä. Kunta- ja palvelurakennemuutosten toteutumista koskevassa tutkimuksessa, jossa pitkäaikaishoitoa koskevaan kysymykseen vastasi yhteensä 313 kuntaa, todettiin, että yhtäältä pitkäaikaishoitoa oli kehitetty niin, että tehostettu palveluasuminen, vanhainkotihoito ja terveyskeskussairaala on organisoitu yhteisen yksikön alaisuuteen (36 % kunnista, 114 kuntaa). Toisaalta, 41 prosenttia (131 kuntaa) ilmoitti, että tehostettu palveluasuminen ja vanhainkotihoito ovat yhteisen yksikön ja terveyskeskussairaala oman yksikkönsä alaisena. Ainoastaan noin 10 prosenttia (33 kuntaa) kunnista ilmoitti, että kaikki edellä mainitut toiminnot ovat oman yksikkönsä alaisuudessa. Erillinen organisointi yhdistettynä eheyden tavoitteeseen on haaste, johon vastaaminen edellyttää tavoitteellista yhteistyötä ja tavoitteiden toteutumisen jatkuvaa arviointia.

Kunnan kokoluokka vaikuttaa em. tutkimuksen mukaan sosiaali- ja terveyspalveluiden integraation yleisyyteen; mitä suurempi kunta, sitä enemmän eheyttä. Alle 5000 asukkaan kunnista kolmannes (43 kuntaa) ilmoitti, että kaikki kolme ympärivuorokautisen hoidon muotoa oli organisoitu yhteisen yksikön alaisuuteen. Vastaavasti 5000 – 19 999 asukkaan kunnista 37 prosenttia (47 kuntaa) ja yli 20 000 asukkaan kunnista 44 prosenttia (24 kuntaa) ilmoitti, että kaikki kolme pitkäaikaishoidon muotoa kuuluivat yhteisen yksikön alaisuuteen.

90 Sosiaali- ja terveysministeriö: Toimiva terveyskeskus –toimenpideohjelma (lisätietoa: www.stm.fi → Vireillä → Kehittämisohjelmat ja hankkeet → Toimiva terveyskeskus –toimenpideohjelma)

91 Sosiaali- ja terveysministeriö 2009c. Johtamisella laatua ja työhyvinvointia sosiaalialalle. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:17.

92 Sosiaali- ja terveysministeriö 2009d. Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön. Toimintaohjelma 2009-2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:18.

93 Kokko S., Heinämäki L., Tynkkynen L.-K. ym. 2009. Kunta- ja palvelurakennemuutosten toteutuminen. Kuntakysely sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisestä ja tuottamisesta. Raportti 36/2009. Terveys ja hyvinvoinnin laitos.

Alle 5000 asukkaan kunnista noin 14 prosenttia (19 kuntaa) ilmoitti, että kaikki kolme pitkäaikaishoidon muotoa kuuluvat erillisten yksiköiden alaisuuteen. Vastaavat prosenttiosuudet olivat noin 9 prosenttia (11 kuntaa) 5000- 19 999 asukkaan kuntien ja noin 5 prosenttia (3 kuntaa) yli 20 000 asukkaan kuntien osalta.

Palveluohjaus ja eheä palveluketju iäkkään ihmisen tukena

Eheä ja toimiva palvelujen kokonaisuus turvataan iäkkäälle ihmiselle palveluohjauksen avulla. Palveluohjauksen perusta on iäkkään ihmisen tilanteeseen huolellisesti paneutuva, kattava voimavarojen, tuen ja palvelutarpeiden arviointi, joka puolestaan luo pohjan asiakkaan hoito- ja palvelusuunnitelman laadinnalle. Palveluohjauksella turvataan iäkkäille ihmisille ja heidän läheisilleen mahdollisimman monipuolinen tieto tarjolla olevista julkisen, yksityisen ja kolmannen sektorin toimista ja palveluista. Näin luodaan edellytyksiä tehdä valintoja ja koota olemassa olevasta tuen ja palveluiden kokonaisuudesta yksilöllinen ja tarpeita mahdollisimman hyvin vastaava kokonaisuus. Palveluohjauksessa käydään läpi myös iäkkään ihmisen läheisverkostojen mahdollisuudet rakentaa turvaverkkoa iäkkään ihmisen arjen tueksi. Palveluohjauksella on merkitystä asiakkaiden yhdenvertaisuuden turvaajana.⁹⁴

Johtamisen haasteena on turvata katkeamaton hoito- ja palveluketju. Hoito- ja palveluketjujen toimivuus on iäkkäiden ihmisten palveluiden kehittämisessä tärkeä huomioon otettava laatutekijä. Yhtäältä palveluketjut katkeavat herkästi ja toisaalta suurimmat laatupuutteet osuvat eri palveluiden rajapinnoille ja siirtymiin, ns. harmaalle alueelle. Toimiva hoito- ja palveluketju liittää sosiaalitoimen, perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja kuntoutuksen palvelut eheäksi kokonaisuudeksi. Muistipotilaan hoitoketju⁹⁵ on esimerkki ketjusta; sen tavoitteena on turvata muistisairaalle ihmiselle ja hänen läheiselleen tukea ja palveluita saumattomasti muistisairauden edetessä: oikeat palvelut, oikeassa paikassa, oikeaan aikaan niin kotona kuin pitkäaikaishoidossakin. Toimiva ketju turvaa hoito- ja kuntoutuspalveluiden jatkuvuuden muistin heikkoudesta ja kommunikation vaikeutumisesta huolimatta. Yhteistyössä toteutettu hoito säästää sekä muistisairaana ihmisen että hoitavien yksiköiden kuormitusta ja kustannuksia hoidon laatua vaarantamatta. Hoito- ja palveluketjujen johtaminen edellyttää yhteisesti sovittuja, eri osapuolten tiedossa olevia tavoitteita sekä selkeitä ja dokumentoituja vastuun ja työnjakoa.

94 Kaskisaari M., Tammelin M., Hirvonen J. ym. 2010. Kuntalaisten arvioita sosiaalipalveluista. ParasSos –tutkimus Keski-Suomen yhdeksän kunnan alueella. Raportti 6/2010. Terveystieteiden tutkimuskeskus ja hyvinvoinnin laitos.

95 Suomen Alzheimer-tutkimusseuran kokoama asiantuntijaryhmä 2008. Hyvät hoitokäytännöt etenevien muistisairauksien kaikissa vaiheissa. Suomen Lääkärilehti 63. Suplementti.

Ehdotus 7: LAADULLA ON TEKIJÄNSÄ

Työryhmä ehdottaa, että

- a) Henkilöstön määrän ja rakenteen osalta noudatetaan voimassa olevia suosituksia⁹⁶ ja samanaikaisesti kehitetään järjestelmällisesti henkilöstön mitoitusperusteita niin, että lähtökohtana ovat asiakkaiden toimintakyky sekä hoidon ja palvelujen tarve
- b) Erilaisissa kodeissa ml. ryhmäkodit, itsenäistä suoriutumista edellyttäviin arjen avustaviin tehtäviin luodaan joustava, jatkokoulutusmahdollisuudet turvaava kouluttautumisympäristö. Avustavissa tehtävissä toimivan henkilöstön käyttöä koskevat ehdotukset tehdään myöhemmin toteutettavan kokeilun arvioinnin jälkeen.
- c) Perus-, jatko- ja täydennyskoulutuksessa otetaan huomioon ympärivuorokautisen hoidon uudistamisen linjaukset. Henkilöstö perehdytetään ja täydennyskoulutetaan tehtäviinsä, ja näistä palveluista vastaava johto turvaa henkilöstölle konsultaatiomahdollisuudet, jotta käytävissä on riittävä gerontologisen hoito- ja sosiaalityön, kuntoutuksen sekä geriatrisen asiantuntemus.

Vastuutaho: STM, OKM, TEM, THL, Suomen Kuntaliitto, kunnat ja kuntayhtymät, koulutuslaitokset, sosiaalialan osaamiskeskukset, järjestöt, seurakunnat, yksityiset palveluntuottajat

Aikataulu: 2010 →

Ehdotuksen perustelut

Henkilöstömitoitustavoitteiden toteutuminen ja mitoituksen kehittämistarpeet

Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksessa asetettiin tavoitetasot ns. vähimmäis- ja hyvälle mitoitukselle. Ympärivuorokautisessa hoidossa henkilöstön vähimmäismitoitusta kuvaava tavoite asetettiin tasolle 0,5–0,6 hoitotyöntekijää asiakasta kohden. Korkeampaa vaihtoehtoa vähimmäismitoitukseksi (0,6) suositeltiin käytettäväksi silloin, kun asiakkailta on vaikeita somaattisia tai käytösoireita tai kun hoitoympäristön koko ja/tai rakenteelliset puitteet aiheuttavat henkilökunnan lisätarpeita. Mikäli lääketieteellistä hoitoa vaativia asiakkaita on pitkäaikaishoidossa terveyskeskusten vuodeosastoilla, vähimmäismitoitukseksi suositeltiin 0,6–0,7 hoitotyöntekijää asiakasta kohden. Tavoite on edelleen ajankohtainen, sillä kaikkialla vähimmäismitoitukset eivät aina toteudu.

Valvira teki keväällä 2010 kyselyn 942 ympärivuorokautista palvelua antavaan yksikköön. Näistä 422 toimi julkisella ja 520 yksityisellä sektorilla. Selvityksen tulosten⁹⁸ mukaan julkisen sektorin yksiköistä 16 prosenttia ja yksityisen sektorin yksiköistä 8 prosenttia jäi henkilöstömitoituksessa suosituksen alarajan 0,5 alapuolelle.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen hallinnoimaan RAI -tietokantaan kerätään vuosittain tietoa palveluja tuottavien yksiköiden toiminta- ja taloustiedoista. Toimintatietojen osana saadaan tietoa myös henkilöstömitoituksesta. Tietoja on kerätty vuodesta 2000 lähtien. Vuodesta 2007 lähtien henkilöstömitoitusta koskevat tiedot on kerätty Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksen mukaisin kriteerein. Palvelutaloissa henkilöstömitoitutus on noussut vuodesta 2007 ollen vuonna 2009 0,62. Vanhainkodeissa ja terveyskeskusten vuodeosastoilla henkilöstömitoitutus on pysynyt kutakuinkin samana ja oli kummassakin 0,64 vuonna 2009. Taulukossa 3. vuoden 2009 henkilöstömitoitustiedot ovat alustavia tietoja. Henkilöstömitoitutus on kehittymässä tarkastelluissa yksiköissä kohti vuonna 2008 annetun laatusuosituksen tavoitteita hyvästä mitoitusasteesta.⁹⁹

96 Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen Kuntaliitto 2008. Ikäihmisten palvelujen laatusuositus.:3. Julkaisuja 2008.

97 Sosiaali- ja terveysministeriö 2007b. Sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön tehtäväsuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:14.

98 Valvira 2010. Vanhusten ympärivuorokautisten palvelujen valvonta. Valviran kysely palvelua tuottaville yksiköille maaliskuussa 2010.

99 Valvira 2010. Vanhusten ympärivuorokautisten palvelujen valvonta. Valviran kysely palvelua tuottaville yksiköille maaliskuussa 2010.

Taulukko 3. Henkilöstömitoitukset vuosina 2000–2009.

	2000	2005	2007*	2008*	2009*
Palvelutalot	0,51	0,56	0,51	0,59	0,55
Vanhainkodit	0,58	0,62	0,63	0,62	0,62
Terveyskeskukset	0,63	0,69	0,65	0,66	0,66

Lähde: RAI -tietokanta

* Vuosien 2007 - 2009 mitoitukset ovat laatusuosituksen (2008) mukaisia mitoituksia. Vuoden 2009 tieto on alustava tieto ja mukana on palvelutalot, jotka käyttävät RAI-LTC mittaria.

Ammatillisen henkilökunnan kelpoisuusvaatimuksena on sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön kelpoisuuslain mukaan soveltuva ammattitutkinto tai muu soveltuva koulutus (lähihoitaja, apuhoitaja, perushoitaja, kodinhoitaja). Sairaanhoidajan ja muun terveydenhuollon henkilöstön kelpoisuusvaatimukset on määritelty terveydenhuollon ammattihenkilöistä annettussa laissa. Ympäri vuorokautisten hoidon henkilöstörakenne vaihtelee eri palvelumuodoissa.

Vuonna 2007 terveyskeskuksen vuodeosastoilla yli kolmasosa henkilöstöstä oli sairaanhoitajia, kun vastaava osuus vanhainkotien henkilöstöstä oli 24 ja tehostetun palveluasumisen henkilöstöstä 15 prosenttia. Vuodesta 2000 vuoteen 2007 sairaanhoitajien osuus kasvoi eniten tehostetussa palveluasumisessa. Lähihoitajien osuus kasvoi vanhainkodeissa ja terveyskeskuksissa, mutta väheni palvelutaloissa.¹⁰⁰

Valviran selvityksen tulosten mukaan julkisen sektorin yksiköistä 66 prosenttia ja yksityisen sektorin yksiköistä 80 prosenttia oli sellaisia, joissa koko hoitohenkilökunnalla oli vaadittava koulutus. Iäkkäiden ihmisten palveluissa toimivien hoitotyöntekijöiden koulutustaso on Suomessa muita pohjoismaita korkeampi¹⁰¹.

Lääkärityövoiman saatavuudesta on huolehdittava. Ympäri vuorokautisessa hoidossa on välttämätöntä, että geriatriaan perehtynyt lääkäri käy yksiköissä sovituin väliajoin. Tällöin asiakkaiden terveydentila ja hoidon tarve voidaan arvioida ja toteuttaa tarkoituksenmukainen hoito, mukaan lukien lääkehoidon säännöllinen arviointi. Asiakkaiden akuutteihin hoidon tarpeisiin vastaamiseksi ympärivuorokautisessa hoidossa on oltava selkeät ja dokumentoidut toimintakäytänteet, jotka ovat kaikkien työntekijöiden tiedossa. Siitä, miten tämä toteutuu, ei ole olemassa kattavaa tutkimustietoa.

Henkilöstövoimavarojen johtamisesta vastuussa olevat esimiehet ja johtajat tarvitsevat työvälineitä, joiden tuottaman tiedon perusteella he voivat tehdä perusteltuja päätöksiä henkilöstön määrän ja rakenteen suunnittelemiseksi sekä henkilöstövoimavarojen kohdentamiseksi niin päivittäisessä toiminnassa kuin pidemmälläkin aikavälillä. Merkityksellistä henkilöstövoimavarojen suunnittelussa on turvata asiakaskunnan toimintakykyä ja hoitoisuutta vastaavat henkilöstövoimavarat, mutta varautua myös niihin tilanteisiin, joissa yksittäinen henkilö tarvitsee hyvinkin runsaasti tukea ja hoitoa. Tällaisia tilanteita ovat esimerkiksi kuntoutuminen akuutin sairauden jälkeen tai saattohoito.

Henkilöstön mitoitusperusteita kehitettäessä on kehittämisen lähtökohdaksi otettava iäkkäiden ihmisten toimintakyky ja hoitoisuus, ei se, minkä nimisessä hoitoyksikössä he asuvat.

Henkilöstörakenteen rikastaminen ja sosiaali- ja terveysalan avustavat tehtävät

Avustavissa tehtävissä – vailla sosiaali- ja/tai terveydenhuollon perustutkintoa - toimivia hoito- ja laitosapulaisia on ollut ympärivuorokautisen hoidon yksiköissä aina. Vuonna 2009 ympärivuorokautisen hoidon yksiköissä toimi vajaat 6 000 työntekijää avustavissa tehtävissä, hoito- tai laitosapulaisina. Heidän määränsä on vähentynyt tasaisesti samalla, kun lähi- ja sairaanhoitajien määrä on lisääntynyt.

Tarve kehittää joustava väylä kouluttautua avustaviin tehtäviin sosiaali- ja terveysalalla nousee a) iäkkäiden ihmisten määrän kasvusta johtuvien palvelutarpeiden määrän kasvusta ja

¹⁰⁰ Noro A. & Finne-Soveri H. 2008. Avo- ja laitoshoidon suhde - katsaus nykytilaan ja tulevaan. Teoksessa: Ilmakunnas S. (toim.). Hyvinvointipalveluja entistä tehokkaammin, uudistusten mahdollisuuksia ja keinoja. VATT-julkaisu 2008:48. Valtion taloudellinen tutkimuskeskus. ss. 115-140.

¹⁰¹ Kröger T, Leinonen A & Vuorensyrjä M. 2009. Hoivan tekijät. Suomalainen hoivatyö pohjoismaisessa tarkastelussa. Jyväskylän yliopisto, Sosiaalityön julkaisusarja 6.

niistä johtuen henkilöstön lisääntyvästä tarpeesta (tarve kasvaa sosiaalihuollossa noin 60 000 hengellä seuraavien 20 vuoden aikana), b) eläkkeelle (vanhuus- ja työkyvyttömyyseläkkeelle) jäävien suuresta määrästä¹⁰² sekä c) lähihoitajiksi hakeutuvien määrästä¹⁰³.

Hoidon ja huolenpidon sekä toimivan arjen turvaajiksi tarvitaan sosiaali- ja terveydenhuollon koulutuksen saaneita ammattilaisia, mutta myös avustavissa tehtävissä toimiva henkilöstö voi toimia iäkkäiden asiakkaiden tukena oman osaamisensa rajoissa. Avustavan henkilöstön osalta onkin laadittava selkeät linjaukset siitä, minkälaisin tehtäviin he voivat osallistua.

Avustavissa tehtävissä korostuu asiakkaan kodissa tai tehostetussa palveluasumisessa, kuten ryhmäkodissa, asiakkaan arkitoimiin liittyvä avustaminen. Tällaisia tehtäviä ovat esimerkiksi asiakkaan avustaminen ruokailussa, peseytymisessä, pukeutumisessa, wc-käynneillä, liikkumisessa ja asioinnissa. Avustavissa tehtävissä toimiva henkilö tukee asiakkaan toimijuutta, edistää turvallisuutta ja sosiaalista kanssakäymistä. Hän osaa toimia sosiaali- ja terveydenhuollon eettisten periaatteiden mukaisesti sekä tuntee sosiaali- ja terveydenhuollon muiden ammattihenkilöiden osaamis- ja tehtäväalueet niin, että hän osaa tarvittaessa ottaa yhteyttä ja raportoida asiakkaan tilanteesta tapahtuneista muutoksista.

Palvelujärjestelmää kehitettäessä tavoitteena on luoda asiakkaiden tarpeisiin vastaavia ja toimintakyvyn muutosten mukaan joustavia palveluja sekä lisätä asiakkaiden valinnanvapautta. Sosiaali- ja terveysalan työvoimatarpeisiin vastaaminen edellyttää tehtävärakenteiden uudistamista ja ikäluokkien pienenemisestä johtuen myös uusia aikuiskoulutusratkaisuja, jotka mahdollistavat alalle tulon joustavasti ja edistävät maahanmuuttajaväestön työllistymistä.

Sosiaali- ja terveysministeriö, opetus- ja kulttuuriministeriö sekä työ- ja elinkeinoministeriö ovat käyneet keskusteluja osaamisvaatimuksista avustavissa tehtävissä sekä näihin tehtäviin johtavasta koulutuksesta. Ministeriöiden näkemyksen mukaan 1.8.2010 voimaan tullut sosiaali- ja terveysalan perustutkinto antaa mahdollisuuden sellaisten kokonaisuuksien joustavaksi muodostamiseksi, jota hoito- ja hoiva-alan avustavissa tehtävissä tarvittava vähimmäisosaaminen edellyttää.

Sosiaali- ja terveysministeriön asettama Sosiaalialan ammattihenkilöiden foorumi on valmistellut ehdotuksen osaamisvaatimuksista ja valmistavasta koulutuksesta avustaviin tehtäviin. Ensivaiheessa avustaviin tehtäviin valmistava koulutus on tarkoitus toteuttaa kokeiluna työvoimapolitiittisen koulutuksen rahoituksella. Se käynnistetään vuoden 2011 alkupuolella. Sosiaali- ja terveysministeriö sekä työ- ja elinkeinoministeriö seuraavat ja arvioivat koulutuksen tuottaman osaamisen työelämävastaavuutta ja koulutuksen suorittaneiden työhön sijoittumista julkisella ja yksityisellä sektorilla yhteistyössä ammattijärjestöjen kanssa.

Iäkkäiden ihmisten toimintakykyä ja elämänlaatua voivat merkittävästi tukea myös muiden alojen, kuten luovan työn ammattilaiset (esimerkiksi muusikin tai kuvallisen ilmaisun perustutkinnon suorittaneet), joiden osaaminen ja työpanos turvaavat iäkkäille ihmisille mielekkään tekemisen, itsensä toteuttamisen ja esteettistä kokemuksista nauttimisen mahdollisuuksia ja muulle henkilökunnalle mahdollisuuksia oppia sosiokulttuurista työtä. Sosiokulttuuriseen työhön ikääntyneiden parissa kuuluvat kaikki luovat menetelmät, kuten musiikki, draama, kuvallinen ilmaisu, kirjallisuus ja kirjoittaminen. Tällaisen työn voimavarojen turvaamiseksi on tärkeää tehdä yhteistyötä kulttuuritoimen ja järjestöjen kanssa. Tavoitteena on, että iäkkäiden ihmisten kulttuuritarpeet ja toiveet kirjataan hoito- ja palvelusuunnitelmaan ja niiden toteutumista arvioidaan osana hoito- ja palvelusuunnitelman toteutumista.¹⁰⁴

Avustavan henkilöstön ja muiden kuin sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten sisällyttäminen henkilöstömitoituksiin on moniulotteinen kokonaisuus, jonka pohdinta käynnistyy osana työryhmän ehdotusten toimeenpanoa. Tämä tehdään yhteistyössä keskeisten sidosryhmien, kuten valvontaviranomaiset (aluehallintoviranomaiset, Valvira), ammattijärjestöt, Suomen Kuntaliitto jne. kanssa.

102 Honkatukia J., Ahokas J. & Marttila. K. 2010. Työvoiman tarve Suomen taloudessa vuosina 2010-2025. VATT tutkimukset 2010:154. Valtion taloudellinen tutkimuskeskus.

103 Opetusministeriö 2009. Tutkintojen ja muun osaamisen kansallinen viitekehys. Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2009:34.

104 Liikanen A. 2010. Taiteesta ja kulttuurista hyvinvointia - ehdotus toimintaohjelmaksi 2010 - 2014. Opetusministeriön julkaisuja. 2010:1.

Ympäri vuorokautisen hoidon johtaminen

Ympäri vuorokautisen hoidon uudistaminen tulee toteuttaa osana ikäihmisten palveluiden kokonaisuutta niin strategisella kuin operatiivisenkin toiminnan tasolla. Uudistamisen perustana on kunnan palvelustrategia tai ikääntymispoliittinen strategia, joka linjaa palveluiden sisältöä, tuottamista ja tavoiteltavia vaikutuksia.

Strategisen johtamisen lisäksi iäkkäiden ihmisten palveluissa tärkeää on asiakkaiden hoito- ja palveluketjujen, henkilöstövoimavarojen (määrä, rakenne, osaaminen), verkostojen ja muutoksen johtaminen. Hoito- ja palveluketjujen johtamisen perusta on ihmiskeskeisyys ja vaikuttavuuden tavoittelu. Johto- ja esimiestehtävissä toimivilta tämä edellyttää koko palvelujärjestelmän hyvää tuntemusta ja ymmärrystä nähdä omaa yksikköä tai vastuualueetta laajempi kokonaisuus. Ikäihmisten palveluissa tämä tarkoittaa ymmärrystä iäkkäille ihmisille suunnattujen tuen ja palvelujen kokonaisuudesta: toimintakyvyn ja terveyden edistämistä, kotiin annettavista palveluista, ympärivuorokautisesta hoidosta sekä muista sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista. Myös kunnan muiden hallintokuntien toimet sekä mm. alan järjestöjen ja yritysten tuki- ja palveluvalikoima on tunnettava. Hoito- ja palveluketjujen pitää olla ihmiskeskeisiä siten, että iäkäs ihminen saa oikeaan aikaan oikeaa palvelua. Kun ikäihmisten palveluketjussa on useita toimijoita, mahdollisesti useita taloushallinnollisesti erillisiä yksiköitä, on erityisesti otettava huomioon johtaminen eri palveluja tuottavien tahojen rajapinnoilla: päätöksenteko, dokumentointi, jatkuvuuden varmistaminen. Suoritteita, kuten hoitopäiviä, tärkeämpää on seurata palvelun aikaansaamia vaikutuksia. Ympäri vuorokautisessa hoidossa vaikutuksia voidaan arvioida esimerkiksi seuraamalla asiakkaan toimintakyvyn kehittymistä, ravitsemustilaa tai mahdollisuuksia osallistua yksikön ulkopuolisiin tapahtumiin¹⁰⁵. Vaikuttavalla toiminnalla tarkoitetaan tässä sitä, että ikäihmisen saama hoito ja palvelu ylläpitävät hänen toimintakykyään ja että arjessa on sisältöä.

Resurssien johtaminen on sekä henkilöstöresurssien - henkilöstön määrän ja rakenteen, työhyvinvoinnin ja työturvallisuuden - että taloudellisten resurssien johtamista. Palveluketjujen sujuvuuden kannalta johtamisessa tarvitaan ajantasaista ja luotettavaa tietoa sekä toiminnasta, taloudesta että henkilöstöstä, jotta on mahdollista tehdä optimaalisia päätöksiä. Henkilöstövoimavarojen johtamiseen liittyy osaamisen johtaminen. Tähän liittyy ikäihmisten tarpeiden edellyttämän osaamisen tunnistaminen ja osaamisen kehittäminen. Täydennyskoulutukseen osallistuneiden määrä kuvaa yhtä näkökulmaa osaamisen kehittämisessä. Käytävissä olevien tilastojen mukaan sosiaali- ja terveystalouden täydennyskoulutuksen määrä noudattaa olemassa olevaa lainsäädäntöä määrällisesti.

Työyhteisön johtamiseen liittyvät organisaation tavoitteiden ja työtehtävien kirkastaminen yhteistyössä henkilöstön kanssa sekä luottamuksen osoittaminen henkilöstölle. Henkilöstön osallistaminen, esimiehen saatavilla olo ja molemminpuolinen palautteen antaminen kuuluvat hyvään johtamiseen. Ikäihmisten ympärivuorokautisessa hoidossa työntekijöiden vaikutusmahdollisuudet määrittävät pitkälti sitä, miten kiire tai työn vaatimukset vaikuttavat työsuoritukseen. Työntekijöiden kokemukset organisaatioiden päätöksenteon oikeudenmukaisuudesta ovat yhteydessä työssä suoriutumiseen ja palvelun laatuun. Osastoilla, joiden hoitajilla on mahdollisuus vaikuttaa työhönsä ja käyttää siinä monipuolisesti taitojaan ja kykyjään, käytetään vähemmän rajoitteita ja lääkkeitä, esimerkiksi iäkkäiden asiakkaiden liikkumisen rajoitteita tai antipsykoottisia lääkkeitä. Päätöksenteon oikeudenmukaisuus on puolestaan yhteydessä osastojen rauhoittavien ja unilääkkeiden käytön määrään.¹⁰⁶

Innovatiivisten ja luovien organisaatioiden ominaispiirteinä on, että niissä on runsaasti virallista ja epävirallista sisäistä vuorovaikutusta. Henkilöstöllä on oltava mahdollisuus ideointiin ja keskusteluun. Palveluiden kehittämisen pitää perustua iäkkäiden ihmisten palvelutarpeisiin ja tämä puolestaan edellyttää, että iäkkäät ihmiset ovat vahvasti osallisina kehittämisessä. Iäkkään ihmisen itsemääräämisen tukeminen, osallisuus hoidon ja palveluiden suunnitteluun ja arviointiin sekä toimijuuden edistäminen edellyttävät usein uudistumista, uusia tapoja

¹⁰⁵ RAI -vertailukehittäminen.

¹⁰⁶ Pekkarinen L. 2007. The relationship between work stressors and organizational performance in long-term care for elderly residents. Research Report 171. Stakes.

ajatella ja toimia, jolloin joistakin olemassa olevista toimintatavoista on voitava luopua. Uudistuminen edellyttää yhteistyötä. Yhteistyössä seurakuntien ja järjestötoimijoiden kanssa voidaan tuoda mielekästä sisältöä iäkkäiden ympärivuorokautisessa hoidossa olevien ihmisten arkeen vastaamalla esimerkiksi heidän sosiaalisiin, hengellisiin tai erilaisiin toiminnan, kuten vaikkapa ulkona liikkumisen tarpeisiin. Onkin tärkeää tunnistaa tarkoituksenmukaiset yhteistyökumppanit, ja sopia tavoitteellisesta yhteistyöstä.

Organisaatiot ja työyhteisöt toimivat jatkuvassa muutoksessa ja siksi esimiehiltä ja johtajilta edellytetään muutosjohtamisosaamista. Tavoiteltavan muutoksen konkretisointi, tarvittavien toimenpiteiden suunnittelu ja toteuttaminen sekä muutoksesta viestiminen niin asiakkaille, henkilöstölle kuin organisaation sisäisille ja ulkopuolisille yhteistyökumppaneille on tärkeää. Yhtä lailla on tärkeää tunnistaa osaamistarpeet, järjestää henkilöstölle mahdollisuus oppia uutta. Johtajan roolissa on olennaista muistaa, että yksilöt reagoivat muutostilanteessa eri tavoin. Muutokseen sitoutumisen on todettu vaihtelevan puolesta vuodesta kahteen vuoteen.

Ikäihmisten palvelujen johtamisen kehittäminen on osa koko sosiaali- ja terveydenhuollon johtamisosaamisen ja -käytäntöjen uudistamista. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansalliseen kehittämisohjelmaan, Kaste-ohjelmaan, sisältyy kolme osakokonaisuutta, joilla ohjataan johtamiskäytäntöjen uudistamista sekä työhyvinvoinnin ja -turvallisuuden kehittämistä: (1) Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön - toimintaohjelma¹⁰⁷, (2) Johtamisella laatua ja työhyvinvointia sosiaalialalle – ohjelma¹⁰⁸ sekä (3) Toimiva terveyskeskus – toimenpideohjelma¹⁰⁹. Lisäksi Innokylä -hankkeen yhteydessä valmistellaan *valtakunnallisesti toimivaa sosiaali- ja terveydenhuollon johtamisen kehittämisverkostoa*, joka tarjoaa foorumin hyvien käytäntöjen tunnistamiseen, arvioitiin ja levittämiseen sekä mahdollisuuden eri toimijoille osallistua alan johtamisen kehittämiseen.

Ehdotus 8: TUKEA JA EDELLYTYKSIÄ VALINNANVAPAUDELLE

Työryhmä ehdottaa, että

- a) Palvelujen laadun seurantaan ja vertailuun kehitetään järjestelmä, joka on kaikkien kansalaisten käytettävissä ja joka tukee palveluvalintojen tekoa
 - Palvelujen kysynnän ja tarjonnan kohtaamisen parantamiseksi kehitetään asiakaskeinen, käyttäjäystävällinen, valtakunnallisesti toimiva sähköinen asiointiportaali ('www.hoiva.fi')
 - Vaikutetaan aktiivisesti Palveluvaaka -hankkeessa tehtävään kehittämistyöhön (vrt. Äldreguiden: <http://aldreguiden.socialstyrelsen.se/Pages/About.aspx>)
 - Iäkkään ihmisen palvelukokemukset ja tyytyväisyys palveluihin liitetään osaksi palveluiden laadunseurantaa.

Vastuutaho: STM, TEM, VM, THL, Palveluvaaka, Suomen Kuntaliitto, järjestöt, elinkeinoelämä

Aikataulu: 2010 →

Ehdotuksen perustelut

Iäkkäällä ihmisellä on oikeus tehdä omaan elämäänsä liittyviä valintoja riippumatta siitä, että hän tarvitsee hoitoa ja huolenpitoa ympärivuorokauden. Tähän liittyy esimerkiksi vapaus muuttaa lähelle omaisia¹¹⁰, joka on mahdollista kotikuntalain (HE 101/2010) muutosten tultua

¹⁰⁷ Sosiaali- ja terveysministeriö 2009d. Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön. Toimintaohjelma 2009-2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:18.

¹⁰⁸ Sosiaali- ja terveysministeriö 2009c. Johtamisella laatua ja työhyvinvointia sosiaalialalle. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja julkaisuja 2009:17.

¹⁰⁹ Sosiaali- ja terveysministeriö: Toimiva terveyskeskus –toimenpideohjelma (lisätietoa: www.stm.fi à Vireillä à Kehittämisohjelmat ja hankkeet à Toimiva terveyskeskus –toimenpideohjelma)

¹¹⁰ Hallituksen esitys 101/2010 laeiksi Eduskunnalle laeiksi kotikuntalain ja sosiaalihuoltolain muuttamisesta.

voimaan vuoden 2011 alussa. Jotta tukea ja palveluja tarvitseva iäkäs ihminen läheisineen voi tehdä omaan elämäänsä vaikuttavia valintoja, hän tarvitsee tietoa: tietoa tarvitaan esimerkiksi ympärivuorokautista hoitoa tarjoavista yksiköistä, niiden palveluvalikoimasta ja palvelujen laatutasosta.

Myös palvelusetelin käyttöönotto edellyttää, että asiakas voi aidosti verrata eri palveluja, niiden sisältöä ja laatua, hinnoitteluperusteita ja hintoja keskenään. Tämä on kuluttajasuojan kannalta keskeinen asia, minkä vuoksi työ- ja elinkeinoministeriö asetti työryhmän selvittämään edellytyksiä luoda yhtenäiset, julkista ja yksityistä palvelutuottajaa koskevat määrätykset palveluasumiseen¹¹¹.

Palvelua tarvitsevan ja/tai hänen omaisensa kannalta palvelujen löydettävyys ja hankinnan helppous on tärkeää. Tässä suhteessa iäkkäille ihmisille suunnattujen palvelujen sähköisen asiointin kehittämisessä on edessä mittava työsarka. Tarjolla olevien palvelujen valtakunnallinen kokoaminen yhteen sähköiseen alustaan ja sähköisen asiointin mahdollistaminen parantaisivat palvelujen kysynnän ja tarjonnan kohtaamista ja helpottaisivat palvelua tarvitsevan ja hänen omaisensa mahdollisuuksia löytää ja hankkia sopivia palveluja. Tällaisen sähköisen palvelun kehittäminen käynnistetään vuoden 2011 alussa. Sähköisten välineiden kehittäminen tehdään tiiviissä yhteistyössä eri kehittäjien kanssa niin, että voimavaroja ei tuhjata päällekkäiseen työhön.

Palveluvaaka on toinen kehitteillä oleva iäkkään ihmisen valintojen teon mahdollisuutta tukeva sähköinen järjestelmä. Se on internet-pohjainen ja kaikille avoin sivusto, joka välittää keskeistä tietoa sosiaali- ja terveyspalvelujen saatavuudesta, laadusta, tuottavuudesta ja kustannusvaikuttavuudesta. Iäkkäiden ihmisten ympärivuorokautinen hoito on yksi Palveluvaa'an osa-alue, jonka ensimmäinen versio on käytettävissä vuoden 2011 alussa.

Palveluvaakaan koottavat tiedot on ensisijaisesti tarkoitettu tukemaan ikäihmisten ja heidän läheistensä valinnan vapautta heidän tehdessä hoitoaan koskevia päätöksiä. Palveluvaakaan koottavien tietojen on tarkoitus kattaa sekä julkiset, yksityiset että kolmannen sektorin ympärivuorokautisia hoitopalveluja tuottavat yksiköt. Kaikista yksiköistä ei kuitenkaan ole saatavilla järjestelmällisesti koottavaa ja luotettavaa tietoa. Palveluvaa'an ensimmäisessä versiossa ympärivuorokautisen hoidon osalta hoidon laadun vertailutieto pohjautuu pääasiassa RAI -arviointijärjestelmästä¹¹² saataviin vertailutietoihin; tietoa saadaan siis niiden yksiköiden osalta, joissa RAI -arviointijärjestelmä on käytössä. RAI -järjestelmä on asiakkaiden hoidon tarpeen ja laadun sekä kustannusten arviointi- ja seurantajärjestelmä, joka pohjautuu ihmisen toimintakyvyn monipuoliseen arviointiin ja arviointitiedon monipuoliseen hyödyntämiseen. Asiantuntijatyöryhmä valitsee RAI -järjestelmästä tietyt toimintayksiköiden asiakasrakennetta, henkilöstön määrää ja koulutustasoa, toimintaa sekä viihtyisyyttä kuvaavien avainmittareiden tulokset Palveluvaakaan.

RAI -järjestelmän tarjoamien tietojen lisäksi tavoitteena on saada Palveluvaakaan tietoa RAVA -indeksiä¹¹³ käyttävien yksiköiden tuloksista. RAVA -indeksiä käytetään iäkkään asiakkaan toimintakyvyn ja päivittäisen avun tarpeen arvioinnin välineenä. Myös Valviran tekemän kyselyn, tulosten esittäminen Palveluvaa'assa selvitetään¹¹⁴. Tuloksia julkaistaan Palveluvaa'assa siltä osin kuin organisaatiot antavat siihen suostumuksensa.

Kliinisten laatuindikaattoreiden lisäksi on olennaista, että palveluiden käyttäjien, asiakkaiden ääni tulee esille; tämä on haaste erityisesti Palveluvaa'an jatkokehityksessä. Asiakkaiden kokemuksista tarvitaan tietoa liittyen palveluiden rakenteisiin, prosessien toimivuuteen ja erityisesti palveluiden vaikutuksista henkilön elämän- ja palveluiden laatuun^{115 116} Tulevai-

111 Työ- ja elinkeinoministeriö 2010. Kuluttajanäkökulman toteutuminen palveluasumisessa ja palveluasumisen hintojen vertailtavuuden parantaminen. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja, Konserni, 70/2010.

112 Lisätietoa RAI vertailukehittäminen osoitteessa: <http://info.stakes.fi/finrai/FI/Index.htm>

113 Lisätietoa RAVA-järjestelmä osoitteessa: http://www.kunnat.net/k_perussivu.asp?path=1;29;145;44264;38949;37581

114 Valvira 2010. Vanhusten ympärivuorokautisen sosiaalihuollon palvelut. Toimintayksiköihin tehdyn kyselyn tulokset ja valvonnan jatkotoimenpiteet. Selvityksiä 2010:3.

115 Vaarama M., Tiit E-M., Muurinen, S., Pieper R., Saks K., Sixsmith A. & Hammond M. 2008. Care-related Quality of Life in Old Age. Concepts, Models and Empirical Findings Springer : New York, USA 2008.

116 Muurinen S., Vaarama M., Haapaniemi H. ym. 2006. Vanhainkotiasiakkaiden elämänlaatu, hoidon laatu ja kohdennustehokkuus. Care Keys -projekti / Helsinki-tiimi. Helsingin kaupungin sosiaalivirasto. Tutkimuksia 2006:2.

suudessa on olennaisen tärkeää liittää tieto ihmisten palvelukokemuksista ja tyytyväisyydestä osaksi Palveluvaakaa hyödyntäen jo tehtyä indikaattorikehittelyä, kuten Care Keys -indikaattoreita¹¹⁷.

Ehdotus 9: LAINSÄÄDÄNNÖN JA VALVONNAN KEHITTÄMIEN

Työryhmä ehdottaa, että ympärivuorokautisen palvelujärjestelmän uudistaminen otetaan huomioon kaikessa iäkkäitä ihmisiä koskevan lainsäädännön kehittämisessä:

- a) sosiaalihuollon lainsäädäntöä uudistettaessa sosiaalihuoltolakiin tehdään tarvittavat eri palvelumuotoja koskevat uudet käsitelmääritykset ja nykyisten määritelmien päivitykset
- b) sosiaalihuoltoa ohjaavien lakien osalta tehdään tarkistukset potilaan asemasta ja oikeuksista sekä sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista annettuihin lakeihin sekä lakiin yksityisistä sosiaalipalveluista
- c) asiakasmaksulakiin lisätään palveluasumisen asiakasmaksuja koskevat pykälät
- d) iäkkäiden, erityisesti muistisairaiden ihmisten, asema otetaan huomioon valmisteilla olevassa sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaan itsemääräämisoikeutta koskevassa lakihankkeessa
- e) ikääntyneiden asemaa vahvistetaan myös muiden hallinnonalojen lainsäädännössä
- f) valvonnan roolia ikäihmisten palveluiden ohjauksessa vahvistetaan.

Vastuutaho: STM

Aikataulu: 2010 →

Ehdotuksen perustelut

Osana sosiaalihuollon lainsäädännön kokonaisuudistusta¹¹⁸ ja iäkkäiden ihmisten asemaa, oikeuksia ja velvollisuuksia koskevan lainsäädännön vahvistamista¹¹⁹ voidaan merkittävästi edistää yksiportaisen ympärivuorokautisen hoito- ja huolenpitojärjestelmän kehittymistä. Uudistuvaan sosiaalihuoltolakiin (vrt. 710/1982; 17 §, 22 §) on tehtävä täsmennyksiä palveluasumista ja tukipalveluita koskeviin määräyksiin. Asiakasmaksulakiin on lisättävä sosiaalihuoltolain (710/1982) määrittämän palveluasumisen asiakasmaksujen määräytymistä koskevat pykälät. Lisäksi kaikkeen olemassa olevaan ja valmisteltavaan lainsäädäntöön pitäisi tarvittaessa lisätä iäkkäiden ihmisten asemaa, oikeuksia ja velvollisuuksia koskevaa sääntelyä.

Lainsäädäntöuudistusten lähtökohtana on iäkkään ihmisen toiminnallisen ja toimivan arjen turvaaminen riippumatta hänen toimintakyvystään tai asumismuodostaan:

- hyvinvoinnin edistäminen ja voimavaraistaminen sekä hyvinvointierojen kaventaminen
- osallisuuden mahdollistaminen ja tukeminen
- itsenäisen suoriutumisen tukeminen ja edistäminen puuttumalla ajoissa toimintakyvyn heikkenemiseen ja sen riskitekijöihin estämällä näin ongelmien kasautuminen sekä
- pääsy palvelutarpeen arviointiin sekä määrältään ja laadultaan riittävien palvelujen turvaaminen.

Ympärivuorokautisessa palvelussa tavoitteena tulisi olla turvata hauraille, toimintakykyään merkittävästi menettäneille henkilöille kattava tuki sekä tuen ja palveluiden tarpeen arviointiin perustuva laadukas kokonaisuus. Lain säädännössä voitaisiin tämän vuoksi määrittellä kronologinen ikä, joka turvaa iäkkäälle henkilölle sekä oikeuden saada palvelutarpeensa

¹¹⁷ Vaarama M., Pieper R., Ljunggren G. ym. A. 2008. Care-Related Quality of Life – An Overview. Springer.

¹¹⁸ Sosiaali- ja terveysministeriö 2010b. Sosiaalihuollon lainsäädännön uudistamistyöryhmän väliraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010:19.

¹¹⁹ Vastaus välikysymyksen vanhusten hoidon ja oikeuksien turvaamisesta VK 3/2009 29.9.2009.

arvioiduksi että ne palvelut, jotka hänen toimintakykynsä ja voimavarojensa kattava arviointi osoittaa tarpeellisiksi. Apu ja tuki on toteutettava niin, että iäkkäillä ihmisillä on mahdollisuus elää ja asua itsenäisesti, turvallisesti ja mielekkäässä yhteydessä toisten kanssa.

Sääntelyllä on tarkoitus vaikuttaa nykytilanteen korjaamiseen sekä iäkkään henkilön asemaan ja oikeuksiin että laajemmin koko nopeasti ikääntyvään yhteiskuntaan. Yhtäältä kyse on hauraiden ja toimintakyvyltään heikentyneiden iäkkäiden henkilöiden positiivisesta erityiskohtelusta ja toisaalta ikä syrjinnän estämisestä, ikäystävällisen yhteiskunnan kehittämisestä niin, että jokaiselle turvataan oikeus arvokkaaseen vanhuuteen ja hyvään kohteluun asuin- ja hoitopaikasta tai hoidon ja palvelun tarpeesta riippumatta.

Valvonnan roolin vahvistaminen ikäihmisten palveluiden ohjauksessa

Lainsäädäntö ei ohjaa yksityiskohtaisesti sosiaalihuollon ympärivuorokautisen palveluiden järjestämisen tapaa tai laatua. Kunta ja sen toimintayksiköt vastaavat ensisijaisesti itse järjestämiensä ja ostamiensa palvelujen laillisuudesta, laadusta ja asianmukaisuudesta. Valviran ja aluehallintovirastojen (ent. lääninhallitusten) valvonta on ensisijaisesti laillisuusvalvontaa, joka kohdistuu kunnille säädettyjen sosiaalipalvelujen ja -huollon järjestämisvelvoitteiden toteutumisen ja palvelurakennekokonaisuuden toimivuuden valvontaan. Valvonnan lähtökohtana on asukkaiden ja potilaiden perusoikeuksien tasa-arvoinen toteutuminen. Toimiva valvonta on tärkeää myös palveluiden ja toiminnan kehittämisessä. Asiakkaiden valinnanvapauden lisääntyessä ja kilpailun laajentuessa valvontaan on kiinnitettävä yhä enemmän huomiota.

Sosiaalihuollon järjestämisen on perustuttava viranomaisen tekemään päätökseen. Yksilön oikeusturvan kehittäminen edellyttää tehokasta muutoksenhakujärjestelmää, sosiaali- ja potilasasiamiesten aseman vahvistamista sekä päätöksenteolle ja päätösten toimeenpanolle asetettavien määräaikojen arvioimista. Valvontaviranomaisten vaikuttamismahdollisuuksia sosiaalipalvelujen järjestämisessä ja laadussa ilmenevien puutteiden poistamiseen on parannettava ja palvelun järjestäjän valvontavastuuta suhteessa palvelujen tuottajiin on selkeytettävä. Lisäksi on pohdittava, miten sosiaalipalvelujen laatua, sisältöjä ja toimintatapoja määrittävien sosiaali- ja terveysministeriön ja Suomen Kuntaliiton antaman laatusuosituksen ja Valvirassa laadittavien valvontasuunnitelmien¹²⁰ ja vastaavien asiakirjojen asemaa voitaisiin vahvistaa ja ohjeistusta yhdenmukaistaa. Valvonnan pitää olla läpinäkyvää ja sen tuottaman tiedon myös asiakkaan käytettävissä hänen valitessaan palveluita. Valvontatyöhön tarvittaisiin nykyistä sitovampia palvelujen järjestämisen ja laadun velvoitteita, joiden toteutumista voitaisiin tehokkaasti valvoa valvontaviranomaisten käytettävissä olevin työvälinein.

Palveluntuottajan on täytettävä laissa säädetyt toimintaedellytykset ja tästä johtuen myös jatkuvasti arvioida toimintaedellytyksiään. Omavalvonnan toteuttaminen on olennainen osa toimintayksikön toimintaa. Omavalvonnan kehittäminen ja toteuttaminen on syytä liittää organisaation/yksikön laadunhallintajärjestelmään. Omavalvonnan kehittämisessä voidaan käyttää apuna myös vertaisarviointia, jossa toimintayksiköt arvioivat toistensa toimintaa.

Valvira ja aluehallintovirastot ovat laatineet ikäihmisten ympärivuorokautisia palveluja varten ensimmäiset valtakunnalliset sosiaali- ja terveydenhuollon valvontasuunnitelmat. Tavoitteena on siirtää valvonnan painopiste ennakoivaan valvontaan. Tämä edellyttää perusvalvonnan ulottamista kaikkiin Suomessa palveluja tuottaviin yksiköihin. Valvonnan tehostamiseksi ja sen vaikuttavuuden parantamiseksi on tavoitteena 1) luoda systemaattinen, kaikkien ympärivuorokautista palvelua antavien vanhustenhuollon yksiköiden toimintaa kattava seurantajärjestelmä, jolla seurataan säännöllisesti palvelun laadulle asetettujen vähimmäistavoitteiden toteutumista. Näin saadaan karkea valtakunnallinen kokonaiskuva palvelujen laadusta. Järjestelmä toimii myös ennalta ehkäisevästi, sillä se osoittaa mm. palveluntuottajille ja kuntapäätäjille, mihin asioihin palvelutuotannossa tulee valvontaviranomaisten osoittamana erityisesti kiinnittää huomiota. Tavoitteena on myös 2) kartoittaa ympärivuorokautisten palvelujen riskikohteet, joita on tarpeen valvoa tehostetusti esimerkiksi tarkastuskäynneillä tai muilla viranomaisarvioinneilla sekä 3) kannustaa palveluntuottajia ja kuntia omavalvon-

¹²⁰ Valvira 2010. Vanhusten ympärivuorokautisten palvelujen valvontasuunnitelman toimeenpano-ohjelma vuodelle 2010.

nan kehittämiseen. Koska tarkastuskäyntien tekeminen kaikkiin yksiköihin ei ole käytössä olevilla resursseilla mahdollista, toteutetaan perusvalvonta kaikkiin yksiköihin säännöllisesti tehtävillä kyselyillä. Valvonnan seitsemältä keskeiseltä painoalueelta (henkilöstön määrä, henkilöstön koulutustaso, ravinto, toiminnan sisältö, lääkehoito, tilat sekä asiakirjahallinta ja dokumentointi) on valittu mitattavissa olevat, hoidon tulosta indikoivat muuttujat (valvonnan kriittiset pisteet).

Ehdotus 10: TIETOPOHJAN VAHVISTAMINEN

Työryhmä ehdottaa, että

- a) Sosiaali- ja terveysministeriön, Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen, Suomen Kuntaliiton ja kuntien yhteistyönä vahvistetaan tietopohjaa, kuten tilastojärjestelmiä ja seurantaindikaattoreita, jotka kertovat ympärivuorokautisen hoidon tilasta ja kehityksestä. Erityisesti tietopohjaa on kehitettävä palvelujen rahoituksen, ml. asiakasmaksut, kustannusten, ml. yksikkökustannukset sekä asiakkaiden koetun laadun osalta.
- b) Ympärivuorokautisen hoidon uudistamisen linjaukset otetaan huomioon, kun määritellään kansallisesti yhtenäisiä sosiaali- ja terveydenhuollon tietojärjestelmien tietosisältöjä ja rakenteita.
- c) Kunnat hyödyntävät käytettävissä olevaa tietoa entistä laajemmin ikäihmisten palveluiden johtamisessa.

Vastuutaho: STM, THL, Suomen Kuntaliitto

Aikataulu: 2010 →

Ehdotuksen perustelut

Ympärivuorokautisen hoidon tuottaminen, toiminnan kehittäminen ja valvonta edellyttävät vahvempaa tietoperustaa. Tilastotiedon keruuta on päivitettävä vastaamaan toimintaympäristön muutoksia ja lisäksi on koottava järjestelmällisesti asiakaspalautetta. Paikallisten asiakaspalautejärjestelmien rinnalla arvioinnin ja kehittämisen tueksi tarvitaan valtakunnallista vertailutietoa.

Ympärivuorokautisen hoidon tuotantorakenteen kehittyessä yhä monimuotoisemmaksi, myös palvelujen johtamisessa tarvittavalle tiedolle on tullut uusia vaatimuksia. Ympärivuorokautista hoitoa tuottavat sekä kuntien ja kaupunkien omat organisaatiot sekä yksityiset ja kolmannen sektorin palveluntuottajat. Kunnat ja kaupungit hankkivat palveluita ostopalveluina ja antavat palveluiden tarvitsijoille palveluseleitä. Palveluiden tilastointia on kehitettävä siten, että saadaan tietoa sekä kunnan omista palveluista, ostopalveluista että palvelusetelillä järjestettävistä palveluista. Palveluiden strategisen ja operatiivisen johtamisen on perustuttava luotettavaan ja asianmukaiseen tietoon palvelujen kustannusten, henkilöstön, sisällön sekä palvelujen asiakkaiden tilaan aikaansaamien vaikutusten ja asiakkaiden kokemusten osalta.

Kansallisesti kertyvän tietopohjan on suoritteiden¹²¹ - hoitopäivät, asiakasmäärät, kattavuus - lisäksi tuotettava tietoa palvelun laadusta ja vaikutuksista, kustannuksista ja tuottavuudesta. Ikäihmisten palveluiden osalta on tarvetta saada 75 vuotta täyttäneisiin suhteutetun tiedon lisäksi tietoa 80 vuotta täyttäneisiin suhteutettuna, sillä palvelutarve siirtyy vanhempiin ikäluokkiin.

Myös henkilöstöä kuvaavia indikaattoreita on kehitettävä. Henkilöstöindikaattoreiden osalta on valmistumassa STM:n ehdotus¹²² sosiaalihuollon palveluiden henkilöstöä kuvaavan tietopohjan vahvistamiseksi.

121 Tilasto- ja indikaattoripankki SOTKANet –tietokanta. Saatavilla: www.sotkanet.fi à Ikäihmisten palvelujen laatuosoituksen seurantaindikaattorit

122 Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön mitoitusindikaattoreiden kehittäminen avohuollossa. Tulossa.

Kliinisten laatuindikaattoreiden lisäksi on olennaista, että palveluiden käyttäjien, asiakkaiden ääni tulee esille; tämä on haaste erityisesti Palveluvaa'an jatkokehityksessä. Asiakkaiden kokemuksista tarvitaan tietoa liittyen palveluiden rakenteisiin, prosessien toimivuuteen ja erityisesti palveluiden vaikutuksista henkilön elämän- ja palveluiden laatuun^{123 124}

Kliinisten laatuindikaattoreiden lisäksi on olennaista, että palveluiden käyttäjien, asiakkaiden ääni tulee esille; tämä on haaste erityisesti Palveluvaa'an jatkokehityksessä. Asiakkaiden kokemuksista tarvitaan tietoa liittyen palveluiden rakenteisiin, prosessien toimivuuteen ja erityisesti palveluiden vaikutuksista henkilön elämän- ja palveluiden laatuun^{125 126}.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen indikaattorihankkeessa kehitetään parhaillaan indikaattoreita myös ikäihmisten palveluihin. Kehittämistyötä tehdään tiiviissä yhteistyössä kuntien kanssa. Hankkeessa on myös kysytty kuntien viranhaltijoiden ja poliittisten päättäjien tietotarpeita.

2.2 YMPÄRIVUOROKAUTISEN HOIDON ASIAKASMAKSUJA KOSKEVAT EHDOTUKSET

Työryhmän asiakasmaksuja koskevat ehdotukset perustuvat tehdyn selvityksen (ks. luku 4.1.2) esiin nostamiin ongelmiin sekä eräiltä osin asiakasmaksutoimikunnan¹²⁷ ehdotuksiin ja SATA -komitean¹²⁸ linjauksiin. Maksujen määräytymisperusteita ehdotetaan yhdenmukaistettaviksi ja maksun määräytyvän kotona annettavan palvelun maksua mukaillen. Näin siksi, että asiakasmaksujen määräytyminen on linjassa palvelurakennemuutokselle esitetyn suunnan kanssa.

YLEISET EHDOTUKSET

Ehdotus II:

- a) Kunnan järjestämävastuulla oleviin asumispalveluihin (SHL 22–23 §, SHA 10 §) säädetään valtakunnallisesti yhdenmukaiset asiakasmaksujen määräytymisperusteet.
- b) Kunnan omana toimintana ja ostopalveluina tuotettavista asumispalveluista peritään maksut yhtenäisin perustein (AML 12 §).
- c) Esitetään, että sosiaalihuoltolakia uudistava työryhmä ottaa huomioon Ikähoiva -työryhmän ehdotuksen asumispalveluiden sisällön ja maksujen määräytymisperusteiksi.

Ehdotuksen perustelut

Palveluasumisen asiakasmaksuista ei ole erityissäännöksiä asiakasmaksulaissa ja siitä syystä kunnissa on käytössä hyvin kirjavia maksujen määräytymisen käytäntöjä. Kuntien väliset erot ovat suuria ja ne heikentävät asiakkaiden yhdenvertaisuutta. Osassa kunnissa palveluasumisen maksujärjestelmä perustuu kotihoidon maksujärjestelmään ja osassa kunnista maksujärjestelmä muistuttaa pitkäaikaisen laitoshoidon maksujärjestelmää.

Avohoidon ja laitoshoidon välistä rajanvetoa on viime vuosina vähennetty alkamalla maksaa aiemmin pelkästään avohoidossa olleille maksettuja sosiaalivakuutusetuuksia myös pitkäaikaisessa julkisessa laitoshoidossa oleville henkilöille. Tästä näkökulmasta on tarkoituk-

123 Vaarama M., Tiit E-M., Muurinen, S., Pieper R., Saks K., Sixsmith A. & Hammond M. 2008. Care-related Quality of Life in Old Age. Concepts, Models and Empirical Findings Springer.

124 Muurinen S., Vaarama M., Haapaniemi H. ym. 2006. Vanhainkotiasiakkaiden elämänlaatu, hoidon laatu ja kohdennustehokkuus. Care Keys -projekti / Helsinki-tiimi. Helsingin kaupungin sosiaalivirasto. Tutkimuksia 2006:2.

125 Vaarama M., Tiit E-M., Muurinen, S., Pieper R., Saks K., Sixsmith A. & Hammond M. 2008. Care-related Quality of Life in Old Age. Concepts, Models and Empirical Findings Springer.

126 Muurinen S., Vaarama M., Haapaniemi H. ym. 2006. Vanhainkotiasiakkaiden elämänlaatu, hoidon laatu ja kohdennustehokkuus. Care Keys -projekti / Helsinki-tiimi. Helsingin kaupungin sosiaalivirasto. Tutkimuksia 2006:2.

127 Sosiaali- ja terveysministeriö 2005a. Sosiaali- ja terveydenhuollon maksupolitiikan uudistamista selvittäneen toimikunnan mietintö. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2005:10.

128 Sosiaaliturvan uudistamiskomitean (SATA)esitys sosiaaliturvan kokonaisuudistuksen keskeisistä linjauksista. 2010.

senmukaista kehittää asumispalvelujen maksujärjestelmää siten, että lähtökohtana pidetään avohoidon maksujärjestelmää.

Sosiaalivakuutukseen tehtyjen muutosten tavoitteena on ollut järjestelmä, joka kannustaa valitsemaan asiakkaalle oikean hoitopaikan asiakkaan tarpeen, ei asiakasmaksutulojen perusteella. Vuoden 2008 alusta lukien kansaneläke, leskeneläke ja maahanmuuttajien erityistuki on maksettu täysimääräisenä myös laitoshoidossa oleville henkilöille. Vuoden 2010 alusta lukien myös eläkettä saavan hoitotukea sekä vammaistukea on maksettu julkisessa laitoshoidossa olevalle henkilölle. Samalla myös säädettiin, että eläkettä saavan hoitotuki sekä vammaistuki otetaan huomioon hoidettavan tuloina asiakasmaksua määrättäessä. Samassa yhteydessä laitoshoidossa olevien asiakasmaksua korotettiin ja kunnille maksettavia sosiaali- ja terveydenhuollon valtion osuuksia alennettiin. Muutoksilla pyrittiin siihen, että kansaneläkkeiden ja vammaistuuksien laitoshoidon rajoitusten poistaminen voitiin toteuttaa kunta-valtiosuhteessa kustannusneutraalisti. Pitkäaikaiseen laitoshoitoon maksettaviin etuuksiin on edelleen olemassa rajoituksia, kun asumistukea tai sairausvakuutuskorvauksia ei laitoshoitoon makseta. Tämänhetkisten suunnitelmien mukaan on todennäköistä, että laitoshoidon rajoitus poistetaan seuraavaksi eläkkeensaajan asumistuesta.

Työryhmä katsoo, että avohoidon, johon tehostettu palveluasuminen kuuluu, ja laitoshoidon asiakasmaksujen määräytyminen eri perustein on yhä useammin keinotekoista ja hankalaa, koska palvelujen sisällössä ei ole useinkaan olennaista eroa. Asiakasrakenteen terveyskeskussairaaloiden pitkäaikashoidossa, vanhainkodeissa ja tehostetun palveluasumisen yksiköissä on samankaltaistunut. Avohoidon ja laitoshoidon välisen rajanvedon poistaminen sosiaalivakuutusetuksissa lisää mahdollisuuksia myös asiakasmaksujärjestelmien yhtenäistämiseen.

Ikähoiva -työryhmän tekemän selvityksen mukaan asumispalveluiden asiakasmaksuja koskeva termistö on kirjavaa. Myös asiakasmaksujen kattamien palveluiden sisällöissä on suuria eroja - samannimisellä palvelulla voi eri kunnissa olla hyvin erilainen sisältö. Termistön ja asiakasmaksujen kattamien palvelujen yhtenäinen sisältö ja maksun yhtenäiset määrityisperusteet tuovat järjestelmään selkeyttä ja yksinkertaisuutta, lisäävät asiakkaiden yhdenvertaisuutta ja mahdollistavat vertailujen teon. Tällä hetkellä esimerkiksi kustannusten vertailu on todella vaikeaa. Termistön yhdenmukaistaminen on yhteinen etu eri toimijoille:

- asiakkaan - ja usein hänen läheistensä - on tärkeää pystyä hahmottamaan se, mitä hoito- ja palvelumaksuun kuuluu, jotta asiakas voi seurata ja arvioida palvelujen toteutumista; lisäksi termistön yhdenmukaisuus mahdollistaa vertailut ja perusteltujen valintojen teon
- palveluita hankkivien on pystyttävä hahmottamaan, mitä ostetaan ja
- palveluita tuottavien se, mitä myydään.

Terminologia -asia on käsiteltävänä myös työ- ja elinkeinoministeriön asettamassa työryhmässä, jonka tehtävänä oli kehittää yhteismitalliset, kuluttajan valinnan mahdollisuutta varmistavat periaatteet erityisesti asumisen sisältäviin sosiaali- ja terveysalan palveluihin. Tämän työryhmän toimikausi päättyi 31.10.2010. Työryhmät ovat tehneet tiivistä yhteistyötä terminologian yhtenäistämiseksi.

KOTONA ANNETTAVAN PALVELUN MAKSUT

Ehdotus 12 a:

Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuasetuksen 3 § muutetaan siten, että jatkuvasta ja säännöllisestä kotipalvelusta ja kotisairaanhoidosta voidaan periä palvelun määrän tunteina kuukaudessa, palvelun käyttäjän maksukyvyyn sekä perheen koon mukaan määräytyvä kuukausimaksu.

Ehdotuksen perustelut

Asiakasmaksuasetuksen mukaan kotona annettavan palvelun kuukausimaksu saa olla enintään säädetyn maksuprosentin osoittama määrä tuloajan ylittävistä kuukausituloista. Esimerkiksi yhden henkilön taloudessa maksu saa olla enintään 35 prosenttia 520 euroa ylittävistä bruttokuukausituloista. Kunnat vahvistavat kotihoidon maksutaulukon, jossa ne päättävät maksuluokkien lukumäärän ja maksuprosentit kussakin maksuluokassa. Kunnat voivat porastaa palvelun määrän kuukaudessa esimerkiksi käyntikertojen mukaan tai hoito- ja palvelusuunnitelman mukaisten tuntien mukaan.

Työryhmä ehdottaa, että kotihoidon kuukausimaksu perustuisi hoito- ja palvelusuunnitelmassa määriteltyihin tunteihin. Käyntimääriin (käyntiä/kk) perustuvat maksut eivät enää olisi mahdollisia. Tuntiperusteisen maksun käyttöönottoa tukee se, että jo tällä hetkellä suuressa osassa kuntia kotihoidon maksutaulukot on tehty tuntiperusteisesti. Työryhmän ehdotus jättää kunnille vapauden määritellä maksuluokat sekä maksuluokakohtaiset tuntimäärät ja maksuprosentit nykyisen enimmäismaksuprosentin rajoissa.

Työryhmä pohti myös vaihtoehtoa, että tuntimaksu määriteltäisiin jakamalla nykyinen tuloihin suhteutettu kotona annettavan palvelun enimmäismaksu 40:llä ja että maksu perittäisiin enintään 40 tunnista kuukaudessa, jolloin enimmäismaksut säilyisivät ennallaan. Tällöin kuntakohtaiset maksuluokat, joissa asiakas voi maksaa saman maksun esimerkiksi siitä riippumatta, saako hän palvelua 10 vai 18 tuntia kuukaudessa poistuisivat, ja asiakas maksaisi palvelusta tarkemmin sen mukaan, kuinka monta tuntia hän saa palvelua (ylärajana 40 tuntia kuukaudessa). Lisäksi asiakkaan maksama hinta tuntia kohti (yksikkökustannus) olisi sama riippumatta siitä, kuinka monta tuntia hän tarvitsee palvelua. Kuntien nykyisissä maksuluokkiin perustuvissa järjestelmissä asiakkaan tuntia tai käyntiä kohti maksamat hinnat vaihtelevat olennaisesti sen mukaan, mihin maksuluokkaan asiakas sijoittuu. Pienistä tunti- tai käyntimääristä peritään yleisesti selvästi korkeampia yksikkökustannuksia kuin suuremmista tunti- tai käyntimääristä. Työryhmä kuitenkin totesi, että tuntimaksun määräytymisperusteet ja enimmäistuntimäärän rajan asettaminen edellyttävät sellaista kustannusvaikutusten arviointia, johon työryhmällä ei määräaikansa puitteissa ollut mahdollisuutta ryhtyä. Kustannusvaikutuksia arvioitaessa on otettava huomioon sekä asiakkaan (maksujen kohtuullisuus) että kuntatalouden näkökulma (asiakasmaksukertymä).

TAVALLINEN PALVELUASUMINEN

Ehdotus 12 b:

- a) Tavallisessa palveluasumisessa jatkuvasta ja säännöllisestä hoidosta ja palvelusta säädetään perittäväksi maksu samoin kuin asiakasmaksuasetuksen 3 §:n mukainen kotipalvelun ja kotisairaanhoidon kuukausimaksu.
- b) Maksua määritettäessä palvelujen määrä määritellään tunteina kuukaudessa, minkä lisäksi otetaan huomioon palvelun käyttäjän tulot sekä perheen koko.
- c) Kuukausimaksu saa olla enintään kotiin annettavien palveluiden ylimmän (yksin asuvalla henkilöllä 35 %) maksuprosentin osoittama määrä tuloajan ylittävistä bruttokuukausituloista (AMA 3 §) eli kotona annettavan palvelun enimmäismaksuun ei ehdoteta muutosta.
- d) Asiakasmaksua määritettäessä huomioon otettavat tulot ja tulot, joita ei oteta huomioon (= tulokäsite) ovat samat kuin kotona annettavissa palveluissa nykyisin (AMA 27 - 29 §).
- e) Tavallisessa palveluasumisessa asukkaalle voidaan järjestää tukipalveluja, joista peritään kunnan päättämät maksut.
- f) Kunta päättää edelleen maksuluokista ja -prosentista enimmäismaksuja koskevien säännösten rajoissa.
- g) Asuminen tavallisessa palveluasumisessa perustuu asuinhuoneiston vuokrauksesta annetun lain mukaiseen vuokrasopimukseen. Asukas maksaa asunnosta vuokran ja mahdolliset muut asumiskustannukset, kuten sähkö ja vesi.

Vastuutahot: STM, Suomen Kuntaliitto, kunnat, kuntayhtymät

Aikataulu: 2010 →

Ehdotuksen perustelut

Työryhmän ehdotuksen mukaan tavalliseen palveluasumiseen säädettäisiin tulosidonnainen kuukausimaksu samoin perustein kuin kotiin annettaviin palveluihin SATA -komitean linjauksia mukaillen. Työryhmä ehdottaa, että tavallisen palveluasumisen maksu olisi samoin kuin kotona annettavan palvelun maksu tuntiperusteinen, jolloin kuukausimaksu perustuu hoito- ja palvelusuunnitelmassa määriteltyihin tunteihin. Käyntimääriin (käyntiä/kk) perustuvat maksut eivät enää olisi mahdollisia. Työryhmän ehdotus jättää kunnille vapauden määritellä maksuluokat sekä maksuluokakohtaiset tuntimäärät ja maksuprosentit nykyisen enimmäismaksuprosentin rajoissa.

Ateria-, kuljetus-, saattaja- ja siivouspalvelu (muu kuin päivittäissiistiminen) sekä vaatehuolto täydentävät tavallisen palveluasumisen maksuun sisältyviä palveluja. Näistä palveluista peritään erillinen maksu.

Ehdotus 13:

- a) Tehostetun palveluasumisen maksu määräytyy kolmesta pääkomponentista: 1) vuokra, 2) hoito- ja palvelumaksu sekä 3) ateriamaksu.
- b) Tehostettuun palveluasumiseen säädetään tulosidonnainen kuukausimaksu, hoito- ja palvelumaksu. Maksua määritettäessä otetaan tulojen lisäksi huomioon perheen koko.
- c) Hoito- ja palvelumaksu on aina kotona annettavan palvelun enimmäismaksu korotettuna. Korotettu enimmäismaksu määritellään myöhemmin erillisen jatkoselvityksen pohjalta.
- d) Hoito- ja palvelumaksua määritettäessä huomioon otettavat tulot ja tulot, joita ei oteta huomioon (= tulokäsite) ovat samat kuin kotona annettavissa palveluissa (AMA 27 - 29 §).
- e) Otetaan käyttöön hoito- ja palvelumaksu -termi maksulle, jonka asiakas maksaa saamastaan palvelusta tehostetussa palveluasumisessa. Hoito- ja palvelumaksu käsittää
 - Asiakkaan tuen ja palveluiden tarpeen sekä voimavarojen kattavan arvioinnin
 - Hoito- ja palvelusuunnitelman laadinnan (sisältäen tavoitteet, suunnitellut toimenpiteet tavoitteiden saavuttamiseksi ja suunnitelman toteutumisen arvioinnin sovittuina ajankohtina)
 - Avustamisen asiakkaan päivittäisissä henkilökohtaisissa toimissa, asiakkaan toimintakykyä ylläpitävän ja edistävän toiminnan järjestämisen sekä päivittäissiistimisen sekä
 - Tavoitteiden saavuttamisen arvioinnin määrävälein ja aina, kun asiakkaan toimintakyky ja/tai terveydentila olennaisesti muuttuu.
- f) Ateriapalvelujen lisäksi muut tukipalvelut voivat täydentää tehostetun palveluasumisen kokonaisuutta. Tukipalveluista peritään kunnan päättämät maksut.
- g) Asuminen tehostetussa palveluasumisessa perustuu asuinhuoneiston vuokrauksesta annetun lain mukaiseen vuokrasopimukseen. Asukas maksaa asunnosta vuokran ja mahdolliset muut asumiskustannukset, kuten sähkö ja vesi.

Vastuutahot: STM, Suomen Kuntaliitto, kunnat, kuntayhtymät

Aikataulu: 2010 →

Ehdotuksen perustelut

Työryhmän ehdotuksen tavoitteena on kehittää selkeä ja yksinkertainen maksujen määräytymisperuste: asumisesta maksetaan vuokraa ja tarvittavasta tuesta ja palveluista ns. hoito- ja palvelumaksu. Ateriapalvelut sisällytetään aina tehostettuun palveluasumiseen, mutta niistä peritään erillinen maksu. Koska kotihoidon asiakkaiden toimintakyky ja hoitoisuus ovat erilaisia verrattuna tehostetun palveluasumisen asiakkaisiin^{129 130}, ehdotetaan, että hoidon ja palvelun enimmäismaksu määritellään suuremmaksi kuin kotona annettavan palvelun enimmäismaksu. Tehostetussa palveluasumisessa on henkilökuntaa paikalla vuorokauden ympäri, jolloin asiakkailla on mahdollisuus saada tarpeellista apua ympärivuorokautisesti; tällöin palvelun tuotantokustannukset ovat kotihoitoa suuremmat.

¹²⁹ Valta M. 2009. Ikääntyneiden toimintakyky ja avuntarve. Suurten ja keski suurten kaupunkien RAVA poikkileikkaustutkimus v. 2008. FCG Efeko Oy.

¹³⁰ Lisätietoa RAI vertailukehittäminen osoitteessa: <http://info.stakes.fi/finrai/FI/Index.htm>

Palvelun lähtökohta on asiakkaan kattava (fyysinen, kognitiivinen, psyykinen, sosiaalinen) toimintakyvyn ja voivavarojen, tuen ja palvelutarpeiden arviointi¹³¹, joka tehdään yhdessä asiakkaan ja hänen läheistensä kanssa. Arvioinnin perusteella yhdessä asiakkaan ja läheisten kanssa laaditaan kirjallinen hoito- ja palvelusuunnitelma. Suunnitelman toteutumista arvioidaan säännöllisesti määrävälein ja aina, kun asiakkaan toimintakyvyssä ja/tai terveydentilassa tapahtuu muutoksia.

Tehostetussa palveluasumisessa on erityistä huomiota kiinnitettävä siihen, että asiakas saa tarvitsemansa ravinnon ja apua ruokailuun. Tällä hetkellä kunta yleensä joko tuottaa ateriapalvelun itse tai ostaa ateriat asiakkaille silloin, kun he ovat kunnan järjestämässä ympärivuorokautisessa hoidossa. Joissakin kunnissa ateriapalvelu ei sisälly kunnan järjestämään palveluun, vaan asiakas hankkii sen yksityisesti. Työryhmän ehdotukset merkitsevät, että kunta perii asiakkaalta kohtuullisen ateriapalvelumaksun, jonka on oltava samansuuruinen riippumatta siitä, onko asiakas kunnan tuottamassa vai ostopalvelulla hankitussa tehostetun palveluasumisen yksikössä. Ikähoiva-työryhmän tekemän selvityksen mukaan tehostetun palveluasumisen asiakkaiden ateriapalveluhinnat vaihtelivat suuresti jopa saman kunnan sisällä. Selvityksen tulosten mukaan ateriapalvelun keskihinta oli 357 euroa kuukaudessa. Ympäri- vuorokautisessa hoidossa olevien ikääntyneiden ravitsemuksesta on vain niukasti tietoa, mutta tutkimustulokset viittaavat siihen, että aliravitsemus on yleistä^{132 133 134 135 136}. Aterian laadulla ja määrällä on tutkimusten mukaan merkittävä yhteys iäkkäiden ihmisten toimintakykyyn ja hyvinvointiin. Tämän vuoksi ateriapalvelu on yksi keskeinen osa ympärivuorokautisen avun järjestämistä ja on tärkeää, että ikäihmiset eivät joudu rajoittamaan ateriapalvelujen hankkimista korkeiden kustannusten vuoksi. Selvityksessä tuli esille, että korkeat ateriapalvelumaksut ovat merkittävin yksittäinen tekijä, jonka vuoksi henkilön hoitopalvelumaksua joudutaan alentamaan. Tämä vähentää kuntien asiakasmaksutuottoja.

Koska tehostetun palveluasumisen asiakasmaksun määräytymisperusteet ja asiakasmaksujen tilastointikäytänteet ovat niin moninaiset, on asiakasmaksukertymän arvioiminen luotettavasti mahdotonta. Arviointia tämän ehdotuksen asiakkaalle (maksujen kohtuullisuus) ja kunnalle (asiakasmaksukertymä) aiheuttamista kustannusvaikutuksista on siitä syystä tarpeen jatkaa.

131 Sosiaali- ja terveysministeriö 2006. Ikäihmisten toimintakyvyn selvittäminen osana palvelutarpeen arviointia sosiaalihuollossa. Kuntainfo 5/2006.

132 Finne-Soveri H. 2009. Mitä tapahtui hoidon laadulle 10 vuodessa? Esitys tiedotustilaisuudessa 23.9.2009.

133 Paturi M., Tapanainen H., Reinivuo H. ym. 2008. Finravinto 2007 tutkimus. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja 23/2008.

134 Soini H., Muurinen S., Sandelin E. ym. 2007. Ympäri- vuorokautisessa hoidossa olevien vanhusasiakkaiden ravitsemussuosituksukset Helsingissä. Gerontologia 21: 329-334.

135 Suominen M. 2007. Nutrition and nutritional care of elderly people in Finnish nursing homes and hospitals. Academic dissertation. University of Helsinki.

136 Valtion ravitsemusneuvottelukunta. 2010. Ravitsemussuosituksukset ikääntyneille.

TEHOSTETUN PALVELUASUMISEN VÄHIMMÄISKÄYTTÖVARA

Ehdotus 14:

- a) Tehostettuun palveluasumiseen säädetään ns. vähimmäiskäyttövara, joka on jätävä asiakkaan henkilökohtaiseen käyttöön kunnan järjestämästä palveluasumisesta aiheutuvien menojen, kuten asumisen kustannukset, hoito- ja palvelumaksu ja ateriat, jälkeen.
- b) Vähimmäiskäyttövaran suuruus päätetään paikallisesti.

Vastuutahot: STM, Suomen Kuntaliitto, kunnat, kuntayhtymät

Aikataulu: 2010 →

Ehdotuksen perustelut

Tehostetussa palveluasumisessa asiakas maksaa itse lääkehoidosta (sairausvakuutuksen lääkekatto 672,70 euroa/vuosi vuonna 2010) ja terveydenhuollosta (terveydenhuollon maksukatto 633 euroa/vuosi vuonna 2010) aiheutuvat kulut. Säättämällä käyttövarasta halutaan turvata kaikille tehostetun palveluasumisen asiakkaille vähimmäistoimeentulo riippumatta siitä, ovatko he hakeneet maksujen alentamista vai eivät. Käyttövara säättämällä vähennetään myös tarvetta alentaa asiakasmaksuja ja siihen liittyvää hallinnollista työtä. Työryhmän näemyksen mukaan vähimmäiskäyttövara olisi määriteltävä asiakkaan nettotuloista. Käyttövara olisi tarkoitettu esimerkiksi lääkkeiden omavastuuosuuksiin, sairaalalaskuihin, parturi- ja kampaamopalveluihin, vaatehankintoihin, matkakuluihin ja virkistysmenoihin.

Työryhmä ei päässyt yksimielisyyteen vähimmäiskäyttövaran määrästä. Työryhmä pohti yhtenä vaihtoehtona vähimmäiskäyttövaraa, joka olisi suuruudeltaan sama kuin toimeentulotuen perusosa, josta on vähennetty ravintomenojen laskennallinen osuus, 49 prosenttia perusosasta, jolloin käyttövaraksi jäisi 212,90 euroa vuonna 2010.

Ikähoiva -työryhmän tekemän selvityksen mukaan lähes kaikissa selvitykseen osallistuneissa kunnissa oli määritelty vähimmäiskäyttövara. Vähimmäiskäyttövaralle oli määritelty euromääräinen raja (keskiarvo 155 €) tai vähimmäiskäyttövara oli tulosidonnainen (keskiarvo 166 €). Osa kunnista ilmoitti käyttövaran olevan sama kuin toimeentulotuen perusosa vähennettynä ravintomenojen osuudella.

MUUT ASIAKSMAKSUIHIN LIITTYVÄT EHDOTUKSET

Ehdotus 15: PUOLISOJEN MAKSUT

Työryhmä ehdottaa, että asiakasmaksulakiin sisällytetään pitkäaikaista laitoshoidoa koskevan, asiakasmaksulain 7 c §:n 2 momenttia vastaavat erityissäännökset siitä, miten suurempituloisen puolison tehostetun palveluasumisen asiakasmaksu puolittuu silloin, kun puoliso ovat välittömästi ennen suurempituloisen puolison tehostettuun palveluasumiseen siirtymistä eläneet yhteistaloudessa ja puoliso ei ole tehostetun palveluasumisen eikä laitoshoidon asiakas.

Säännöksellä turvataan tehostettuun palveluasumiseen siirtyvän henkilön puolison asema vastaavalla tavalla kuin tilanteessa, jossa suurempituloisen puoliso siirtyy pitkäaikaiseen laitoshoitoon.

Ehdotus 16:MAKSUJEN PERIMINEN POISSAOLON AJALTA

Työryhmä ehdottaa, että poissaolon ajalta palveluasumisen maksut perittäisiin sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun asetuksen 32 §:ssä säädetyllä tavalla.

Palveluasumisen keskeytyessä yli viideksi päiväksi kuukausimaksua ei perittäisi viisi päivää ylittävältä ajalta. Jos palveluasuminen keskeytyy lyhyemmäksi ajaksi kunnasta johtuvasta syystä tai palvelun saajan ollessa kunnallisessa laitoshoidossa, kuukausimaksua ei perittäisi myöskään mainitun viiden päivän ajalta. Palveluasumisen keskeytyksen jatkuessa koko kuukauden, maksua ei perittäisi lainkaan.

Ehdotus 17: LYHYTAIKAISEN TEHOSTETUN PALVELUASUMISEN ASIAKASMAKSU

Työryhmä ehdottaa, että kun asiakkaan palveluasuminen ei ole jatkuvaa ja se kestää alle 90 vuorokautta, sitä pidetään lyhytaikaisena palveluasumisena. Lyhytaikaisen palveluasumisen asiakasmaksu säädetään enintään samaksi kuin lyhytaikaisen laitoshoidon asiakasmaksu (AMA 12 §). Lyhytaikaisen palveluasumisen asiakkaalta ei peritä erikseen vuokraa eikä maksua ateria- ja tukipalveluista. Paikallisella tasolla lyhytaikaisen palveluasumisen maksu voidaan määrittää asetuksessa säädettyä enimmäismaksua matalammaksi.

Ehdotus 18:TEHOSTETUN PALVELUASUMISEN MAKSUJA KOSKEVA JATKOTYÖ

Työryhmä ehdottaa, että asumispalvelujen maksuja koskevien linjausten ja ehdotusten valmistelua jatketaan. Jatkotyössä toteutetaan pilotointi, jossa selvitetään riittävän laajalla kuntaotannalla kuntien nykyiset laitoshoidon ja tehostetun palveluasumisen kustannukset ja maksukertymä sekä mahdollisten asiakasmaksuja koskevien muutosten taloudelliset ja toiminnalliset vaikutukset asiakkaille ja kunnille.

Vastuutahot: STM, Suomen Kuntaliitto, kunnat, kuntayhtymät

Aikataulu: 2010 →

3 EHDOTUSTEN VAIKUTUKSET

3.1 IÄKKÄISIIN IHMISIIN KOHDISTUVIEN VAIKUTUSTEN ARVIOINTI - TAVOITTEENA ENEMMÄN ELÄMÄNLAATUA, PAREMPAA ARKEA

Ympäri vuorokauden hoitoa ja huolenpitoa tarvitseviin iäkkäisiin ihmisiin kohdistuvia vaikutuksia on arvioitava niin valtakunnallisella kuin paikallisellakin tasolla muutoksia suunniteltaessa, muutoksia toimeenpantaessa ja niiden vaikutuksia arvioitaessa. Arviointi

- vahvistaa iäkkäiden ihmisten ja heidän läheistensä osallisuutta - antaa mahdollisuuden osallistua päätöksentekoon
- tuottaa tietoa ympärivuorokautisten palveluiden nykytilasta ja kehittämistarpeista
- tuo esiin toiminnan ja päätösten ennakoituja vaikutuksia.

Ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arvioinnin eri muotoja ovat:

1. *ennakoarviointi*, jolloin suunnitteilla olevan päätöksen, toimenpiteen tai ohjelman todennäköisiä vaikutuksia iäkkäiden ihmisten elämään arvioidaan ennen päätöksen toteuttamista
2. *prosessiarviointi*, jolloin vaikutuksia ja toimeenpanon sujumista analysoidaan päätöksen/toimenpiteen/ohjelman toteutuksen yhteydessä
3. *seuranta*, jolloin selvitetään, miten aikaisemmin jo tehty päätös/toimenpide/ohjelma on vaikuttanut iäkkäiden ihmisten elämään.

Arvioinnin kohteet ovat sekä välittömiä että välillisiä:

- *välittömiä vaikutuksia* ovat esimerkiksi muutokset ympärivuorokautisen hoidon saataavuudessa, asiakkaiden toimintakyvyssä ja elämänlaadussa, asuin- ja hoitoympäristössä, osallisuudessa jne.
- *välillisiä vaikutuksia* ovat esim. muutokset palvelurakenteessa.

Työryhmän ehdotusten toimeenpanon tavoitteena on turvata iäkkään ihmisen oikeus kotiin kodinomaisessa asuin- ja hoitoympäristössä ja arkeen silloinkin, kun hänen toimintakykynsä ja terveydentilansa edellyttää hoitoa ja huolenpitoa ympäri vuorokauden. Tavoitteena on myös, että tuki ja palvelut vaihtelevat asukkaan tarpeiden mukaan niin, että palvelut liikkuvat, ei asiakas. Näin siksi, että kotiutuminen on iäkkäälle ihmiselle paitsi sopeutumista fyysiseen tilaan, myös vaihteittain etenevä prosessi, jonka pituus on yksilöllinen.

Onnistuessaan ehdotusten toimeenpano turvaa ympärivuorokauden hoitoa ja huolenpitoa tarvitsevalle iäkkäälle ihmiselle

- kodikkaan ja turvallisen asuin- ja hoitoympäristön, jossa hänen itsemääräämisoikeutensa kunnioitetaan ja osallisuuttaan tuetaan niin, että hän voi tehdä arkeensa liittyviä valintoja ja että hän saa päätöksentekoaan varten tietoa ja muuta tukea
- kattavaan toimintakyvyn ja voimavarojen arviointiin perustuvan, hoito- ja palvelusuunnitelmassa määritellyn ”täsmätuen ja -palvelut”, joiden tarvestaavuutta ja vaikutuksia (muutokset toimintakyvyssä ja elämänlaadussa) säännöllisesti arvioidaan
- mahdollisuuden mielekkääseen tekemiseen, tukea toimijuudelleen

- mahdollisuuden elää ja kuolla 'Ageing in Place' -ideologian mukaisesti niin, että hän ei joudu tarpeettomasti siirtymään paikasta toiseen
- mahdollisuuden saada ympärivuorokautista hoitoa yhdenvertaisesti eri puolella Suomea.

3.2 EHDOTUSTEN KUSTANNUSVAIKUTUSTEN ARVIOINTI

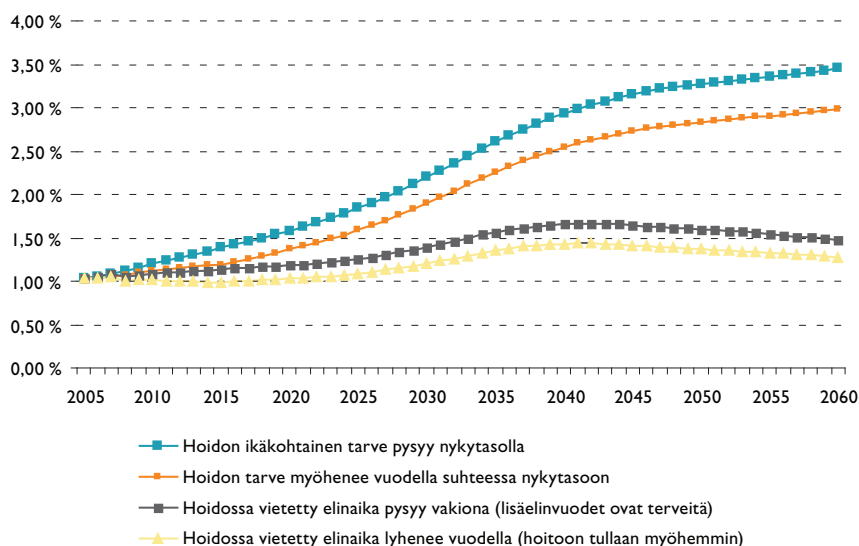
Työryhmän ehdottama palvelurakenteen muutos on jatkoa Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksessa esitetylle rakennemuutokselle. Tavoitteeksi asetettu palvelurakenteen muutos hillitsee toteutuessaan sosiaali- ja terveyspalvelujen kustannusten kasvua. Mikäli palvelurakenteita ei uudisteta, kustannusten kasvua on vaikea hillitä, kun väestön ikärakenne muuttuu nopeasti ja palvelutarpeet kasvavat. Rakenteiden ohella myös palveluprosesseja on uudistettava. Kustannukset kasvavat joka tapauksessa, koska iäkkäiden ihmisten määrä kasvaa, mutta erilaisilla valinnoilla on erilaiset seuraukset käyttökustannuksiin.

Kustannusvaikutuksia arvioidaan seuraavasti:

1. Ympärivuorokautisen hoidon tarpeen vähenemistä skenarioiden
2. Ehdotetun palvelurakennemuutoksen vaikutuksia käyttökustannuksiin ennakoiden sekä
3. Ehdotetun asiakasmaksumuutosten vaikutuksia asiakkaiden ja kuntien (asiakasmaksukertymä) näkökulmista tutkien.

E erityisen tärkeää on ehkäistä ympärivuorokautisen hoidon tarvetta ennalta, sillä ehkäisyllä on kustannusvaikutuksia pitkällä aikavälillä. Kuviossa 3. on eri oletuksiin perustuvia arvioita ympärivuorokautisen pitkäaikaishoidon menojen kehityksestä vuoteen 2060 saakka. Laskelmat sisältävät tehostetun palveluasumisen, vanhainkotihoitoon sekä pitkäaikaisen vuodeosastohoidon terveyskeskuksissa. Lähtötietona on hoidon kustannusjakauma ikä- ja sukupuoliryhmittäin vuonna 2006. Menoprojektio on tehty vertaamalla tätä tietoa väestöennusteen mukaiseen ikärakenteen muutokseen. Laskelmat on tehty sosiaali- ja terveysministeriön niin sanotulla SOME -laskentamallilla.

Menojen kehityksestä on tehty neljä vaihtoehtoista arviota. Perusvaihtoehdossa oletetaan, että pitkäaikaishoidon ikäkohtainen tarve pysyy nykytasollaan. Tällöin iäkkäiden ihmisten terveys ja toimintakyky olisivat huonot kaikkina lisäelinvuosina elinikä pidetessä. Toinen vaihtoehto on, että hoivan tarve lykkääntyisi vuotta myöhemmäksi 2015 mennessä. Kolmannessa vaihtoehdossa oletetaan, että pitkäaikaishoidossa vietetty elinaika pysyy nykytasolla. Tällöin kaikki lisäelinvuodet olisivat terveitä, ja hoidon ikäkohtainen tarve myöhentyisi samaan tahtiin kuin ihmisten elinikä pitenee. Neljäs vaihtoehto on, että pitkäaikaishoidossa vietetty elinaika lyhenee vuodella. Pitkäaikaishoidon tarve on siis suurin ensimmäisessä skenaariossa ja pienin viimeisessä. Laskelmat osoittavat, että muutokset hoidon ikäkohtaisessa tarpeessa vaikuttavat huomattavasti pitkäaikaishoidon menojen kehitykseen. Perusvaihtoehdossa, jossa hoidon ikäkohtainen tarve ei muutu, ympärivuorokautisen pitkäaikaishoidon menojen bkt-osuus nousee lähelle 3,5 prosenttia vuoteen 2060 mennessä. Suhteessa vuoden 2008 bruttokansantuotteeseen tämä vastaa noin 6,5 miljardia euroa. Hoidon tarpeen myöheneminen vuodella vähentäisi menoja 0,5 prosenttiyksikköä suhteessa bruttokansantuotteeseen, mikä vastaisi noin 1 miljardin euron säästöä vuoden 2008 tasossa. Optimistisen oletuksen mukaisessa laskelmassa, jossa lisäelinvuodet ovat terveitä, menojen bkt-suhde jäisi noin 1,5 prosenttiin. Suhteessa vuoden 2008 bruttokansantuotteeseen menot olisivat noin 3 miljardia euroa ja perusvaihtoehtoon verrattuna säästöt lähes 4 miljardia euroa. Neljännessä laskelmassa päädytään noin 1,3 prosentin bkt-osuuteen. Erot peruslaskelmaan ovat siis huomattavia. Eläkeikäisen väestön terveyden ja toimintakyvyn parantaminen on tärkeä tavoite terveydellisessä ja sosiaalisessa mielessä. Esitettyjen laskelmien perusteella voidaan todeta, että tulevina vuosina voitaisiin myös säästää huomattavia summia pitkäaikaishoidon kustannuksissa, jos hoidon tarvetta pystytään siirtämään myöhempään ikään.



Kuvio 3. Ympäri vuorokautisen pitkäaikaishoidon menot eri oletuksilla hoidon tarpeen kehityksestä - Projektio vuoteen 2060 (Menot prosenttia bkt:sta)

Taulukossa 4 esitetään laskennallinen esimerkki ikääntyneen väestön määrän kehityksen ja palvelujen kattavuuden vaikutuksesta eräiden palvelujen kustannusten kehitykseen vuodesta 2008 vuoteen 2015. Laskelmassa käytetyt yksikkökustannukset perustuvat tutkimukseen¹³⁷. Taulukon 4 laskelmassa yksikkökustannukset on korotettu terveydenhuollon hintaindeksillä vuoden 2008 tasoon. Kaikissa eri vaihtoehtoissa kustannukset kasvavat, mutta nykyisen palvelurakenteen ylläpitäminen on kallein vaihtoehto. Säännöllisen kotihoidon, omaishoidon tuen ja tehostetun palveluasumisen kattavuuden lisäykset kasvattavat kustannuksia, laitoshoidon vähentäminen alentaa niitä.

Taulukossa 4. esitetään neljä vaihtoehtoista mallia vuoden 2015 palvelurakenteelle. Jos palvelurakenne olisi vuonna 2015 samanlainen kuin vuonna 2008, palvelujen bruttokäyttökustannukset kasvaisivat 486,6 miljoonaa euroa vuoteen 2008 verrattuna (Vaihtoehto A). Kustannusten kasvu selittyisi ikääntyneen väestön määrän kasvulla.

Jos kotihoidon kattavuus kasvaisi 13 prosenttiin ja omaishoidon tuen ja tehostetun palveluasumisen kummankin 5 prosenttiin 75 vuotta täyttäneestä väestöstä samalla kun vanhainkotihoidon kattavuus laskisi 2 prosenttiin ja terveyskeskuksissa pitkäaikaishoidossa olevien osuus 1 prosenttiin 75 vuotta täyttäneestä väestöstä, palvelujen bruttokäyttökustannukset kasvaisivat 74,3 miljoonaa euroa vuodesta 2008 vuoteen 2015 (Vaihtoehto B).

Jos kotihoidon kattavuus kasvaisi 14 prosenttiin, omaishoidon tuen 6 prosenttiin, tehostetun palveluasumisen 7 prosenttiin sekä vanhainkotihoidon kattavuus ja terveyskeskusten sairaaloissa pitkäaikaishoidossa olevien osuus vähenisivät kumpikin 1 prosenttiin 75 vuotta täyttäneistä, palvelujen bruttokäyttökustannukset kasvaisivat 313,9 miljoonaa euroa vuodesta 2008 vuoteen 2015 (Vaihtoehto C).

Jos kotihoidon kattavuus kasvaisi 14 prosenttiin, omaishoidon tuen 6 prosenttiin ja tehostetun palveluasumisen 9 prosenttiin samalla kun vanhainkotihoito ja pitkäaikaishoito terveyskeskusten sairaaloissa lopetettaisiin, palvelujen bruttokäyttökustannukset kasvaisivat 218,8 miljoonaa euroa vuodesta 2008 vuoteen 2015 (Vaihtoehto D).

¹³⁷ Hujanen T, Kapiainen S ja Tuominen U. 2009. Terveydenhuollon yksikkökustannukset Suomessa vuonna 2006. Työpapereita 3/2008. Stakes.

Taulukko 4. Laskennallinen esimerkki eräiden palvelujen kattavuuden (% 75 vuotta täyttäneistä) muutosten kustannusvaikutuksista 2008 - 2015 (vuoden 2008 hinnoin)

Vaihtoehto	Kustannusten muutos, milj. euroa
A. Nykyisen palvelurakenteen ylläpitäminen	486,6
B. Muutos: Kh 13,0 % oht 5,0 %, palvas.5,0 %, vk, 2,0 % tk 1,0%	74,3
C. Muutos: Kh 14,0 %, oht 6,0 %, palvas.7,0 %, vk 1,0 %, tk 1,0 %	313,9
D. Muutos: Kh 14,0 %, oht 6,0 %, palvas. 9,0 %, vk 0 %, tk 0 %	218,8

kh = kotihoito

oht = omaishoidon tuki

palv.as. = ympärivuorokautinen 24/7 palveluasuminen

vk = vanhainkoti

tk = terveyskeskuksen vuodeosasto

Asumispalvelujen maksuja koskevien linjausten ja ehdotusten valmistelua jatketaan, koska ehdotusten kustannusvaikutusten arviointi nykyisiä tietolähteitä hyödyntämällä ei ollut mahdollista riittävän luotettavalla tavalla. Jatkotyössä a) kerätään tietoa ja sekä b) pilotoidaan tehtyjä ehdotuksia niin laajassa joukossa kuntia (edustava otos), että tuloksia voidaan yleistää koko maan tasolle. Tavoitteena on selvittää asiakasmaksuja koskevien muutosten taloudelliset ja toiminnalliset vaikutukset asiakkaille ja kunnille. Tämä osa työstä raportoidaan erikseen.

4 TYÖRYHMÄN EHDOTUSTEN TOIMEENPANO

Työryhmän keskeisimmät ehdotukset liittyvät a) ympärivuorokautisen hoidon sisäiseen rakennemuutokseen ja b) asumisen monimuotoistamiseen. Molempien asiakokonaisuuksien samanaikaisen kehittämisen tavoitteena on lisätä

- ympärivuorokauden hoitoa ja huolenpitoa tarvitsevien asiakkaiden mahdollisuutta elää ja asua kodinomaisessa ympäristössä, jossa tarvittava hoito ja huolenpito on turvattu
- järjestelmän yksinkertaisuutta ja selkeyttä sekä
- koko ikääntyvän väestön tietoisuutta asumisen ennakkoinnin merkityksestä sekä mahdollisuuksia tehdä valintoja asumisen suhteen tulevia tarpeita ennakoiden.

Palvelurakenteen muuttaminen edellyttää samanaikaisia toimia asumispalvelujen asiakasmaksujärjestelmän kehittämiseksi.

Näiden ehdotusten toimeenpanossa keskeisiä toimijoita ovat sosiaali- ja terveysministeriö (STM), ympäristöministeriö (YM) sekä työ- ja elinkeinoministeriö (TEM), Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL), Asumisen rahoitus- ja kehittämiskeskus (ARA), Suomen Kuntaliitto, kunnat, kuntayhtymät, järjestöt, vanhusneuvostot ja yksityiset palveluntuottajat. Asumisen kehittämisen osalta myös asuntokannan omistajatahot.

Työryhmä ehdottaa toimeenpanon osalta seuraavaa:

- 1) Ympärivuorokautisen hoidon sisäisen rakennemuutoksen ja samanaikaisen iäkkäiden ihmisten asumisen kehittämisen tueksi valmistellaan valtioneuvoston periaatepäätös. Keskeiset toimeenpanotahot ovat sosiaali- ja terveys- sekä ympäristöministeriö.
- 2) Osana Toimiva terveyskeskus -ohjelmaa tuotetaan vuoden 2011 aikana tietoa ja malleja terveyskeskusten vuodeosastojen muutoksen tueksi. Tämä osa työstä raportoidaan erikseen. Keskeinen toimeenpaneva taho on sosiaali- ja terveysministeriö.
- 3) Koska palvelurakennemuutosta koskevat ehdotukset ovat jatkoa Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksessa esitetyille tavoitteille, on muutoksen seurantaan käytettävissä tilasto- ja indikaattoripankki SOTKANetin Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksen seurantaindikaattorit. Osana ehdotusten toimeenpanoa määritellään tavoitetasot suhteessa 80 vuotta täyttäneisiin ja esitetään Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksen seurantaindikaattoreiden muuttamista tältä osin seurannan mahdollistamiseksi. Keskeiset toimeenpanevat tahot ovat sosiaali- ja terveysministeriö sekä terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- 4) Asumispalvelujen maksuja koskevien linjausten ja ehdotusten valmistelua jatketaan, koska ehdotusten kustannusvaikutusten arviointi nykyisiä tietolähteitä hyödyntämällä ei ollut mahdollista riittävän luotettavalla tavalla. Jatkotyössä a) kerätään tietoa ja sekä b) pilotoidaan tehtyjä ehdotuksia niin laajassa joukossa kuntia (edustava otos), että tuloksia voidaan yleistää koko maan tasolle. Tavoitteena on selvittää asiakasmaksuja koskevien muutosten taloudelliset ja toiminnalliset vaikutukset asiakkaille ja kunnille. Tämä osa työstä raportoidaan erikseen. Keskeiset toimeenpanevat tahot ovat sosiaali- ja terveysministeriö sekä terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

5 IKÄIHMISTEN YMPÄRIVUOROKAUTISEN HOIDON UUDISTAMISEN LÄHTÖKOHDAT JA NYKYTILA

5.1 YMPÄRIVUOROKAUTISTA HOITOA OHJAAVA LAINSÄÄDÄNTÖ

Suomen perustuslaki muodostaa perustan niin julkisen vallan veloitteelle järjestää sosiaali- ja terveydenhuoltoa kuin myös yksittäisen asiakkaan oikeuksien toteutumiseksi. Perustuslain 19 § turvaa jokaiselle oikeuden välttämättömään toimeentuloon ja huolenpitoon sekä perusturvan ja riittävät sosiaali- ja terveystaloudelliset palvelut. Perustuslain vapausoikeudet (esimerkiksi yhdenvertaisuus, yksityisyyden suoja, oikeus henkilökohtaiseen vapauteen, koskemattomuuteen ja turvallisuuteen sekä ihmisarvoiseen kohteluun) asettavat rajat sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämiselle ja siinä toteutettavalle kohtelulle. Lisäksi laissa säädetään menettelyä koskevista oikeusturvatakeista. Perustuslaissa turvatut oikeudet toteutuvat pääsääntöisesti alemman tasoisen sääntelyn turvin. Oikeus välttämättömään toimeentuloon ja huolenpitoon on sikäli poikkeus, että se turvaa yksilöille subjektiivisena oikeutena taloudellisen ja muun huolenpidon osalta vähimmäisturvan kaikissa elämäntilanteissa.

Kunnanvaltuustolla on kuitenkin keskeinen asema kunnan toiminnasta päätettäessä. **Kuntalain** (365/1995) 65 § antaa valtuustolle lähtökohtaisesti laajan budjettivallan ja sen puitteissa mahdollisuuden määrittellä varsin yksityiskohtaisesti kunnan talousarviossa ja -suunnitelmassa kunnan toiminnalliset ja taloudelliset tavoitteet. Tätä päättävältä ohjaavat lainsäädännölliset puitteet. Kunnan asukkaille yksilöllisinä subjektiivisina oikeuksina taatut palvelu- ja rahamääräiset etuudet sitovat vahvasti kunnan budjettivaltaa ja sen käyttöä, mutta määrärahasidonnaisten lakisääteisten etuuksien kohdalla kunnan liikkumatila on suurempi. Lähtökohtaisesti suurin liikkumatila on luonnollisesti kuitenkin kunnan vapaaehtoisesti järjestämien etuuksien alueella, edellyttäen että kunnalla on tällaisten etuuksien toteuttamiseen tarvetta ja varaa. Kunta voi lisäksi osaltaan vaikuttaa järjestämiensä määrärahasidonnaisten lakimääräisten etuuksien, ennen muuta palveluettuuksien, toteuttamistapaan ja vaikuttavuuteen, esimerkiksi panostamalla edistävään ja ennaltaehkäisevään palvelu- ja neuvontatyöhön.

Kuntalain mukaan valtuuston on pidettävä huolta siitä, että kunnan asukkailla ja palvelujen käyttäjillä on edellytykset osallistua ja vaikuttaa kunnan toimintaan.

Sosiaalihuoltolain (710/1982) 5 §:n mukaan kunnan on pidettävä huolta sosiaalihuollon suunnittelusta ja toteuttamisesta sen mukaisesti kuin kyseisessä laissa säädetään. Laissa säädetään niistä tehtävistä, joista kunnan on sosiaalihuoltoon kuuluvina asukkailleen huolehdittava. Ikääntyneiden kannalta sosiaalihuollon tehtävistä keskeisimpiä ovat sosiaalipalvelujen ja toimeentulon järjestäminen sekä sosiaalihuoltoa, sen käyttämistä ja muuta sosiaaliturvaa koskevan ohjauksen ja neuvonnan järjestäminen. Sosiaalihuoltolain mukaisina palveluina kunnan on huolehdittava sosiaalityön, kotipalveluiden, asumispalveluiden, laitoshuollon ja perhehoidon järjestämisestä. Lisäksi kunnan on järjestettävä päihdepalveluja ja omaishoidon tukea siten kuin erikseen säädetään.

Kunnan asukkuus määräytyy **kotikuntalain** (201/1994) nojalla. Kotikuntalain 2 §:n mukaan henkilön kotikunta on eräin säädetyin poikkeuksin se kunta, jossa hän asuu. Pykälän 2 momentin mukaan, jos henkilöllä on käytössään useampia asuntoja tai jos hänellä ei ole käytössään asuntoa lainkaan, hänen kotikuntansa on se kunta, jota hän perhesuhteidensa, toimeentulonsa tai muiden vastaavien seikkojen johdosta itse pitää kotikuntanaan ja johon hänellä on mainittujen seikkojen perusteella kiinteä yhteys.

Kotikuntalain 3 §:ssä säädetään kotikunnan muuttamista koskevista rajoituksista. Henkilön kotikunta ei säännöksen mukaan esimerkiksi muutu, jos hänen asumisensa toisessa kunnassa johtuu pääasiassa hoidosta perhehoidossa tai laitoshoidossa taikka asumisesta asumispalvelujen

avulla. Vuoden 2011 alusta voimaan tulleen kotikuntalain muutoksen (1377/2010), 3 a §:n, mukaan perhehoitoon, laitoshoitoon tai asumispalvelujen avulla järjestettyyn asumiseen muun kuin kotikuntansa alueelle sijoitettu henkilö voi 3 §:n säännöksen estämättä valita uudeksi kotikunnakseen sen kunnan, jonka alueella olevassa toimintayksikössä tai asunnossa hän asuu. Valinta-oikeuden käyttäminen edellyttää, että hoidon tai asumisen arvioidaan kestävän tai se on kestänyt yli vuoden. Muutoksen myötä iäkäs henkilö voi hakeutua myös toisen kunnan sosiaalipalveluiden piiriin halutessaan muuttaa toisen kunnan asukkaaksi sosiaalihuoltolain 16 a §:ssä tarkemmin säännellyin perustein. Mikäli kunta myöntää hänelle palvelun, myös henkilön kotikunta muuttuu kotikuntalain 3 b §:n nojalla.

Asiakkaana ympärivuorokautisessa hoidossa

Laitoshuollon ja -hoidon perustana ovat sosiaalihuoltolain 24 § ja **sosiaalihuoltoasetuksen** (607/1983) 11 § sekä **terveydenhuoltolain** (1326/2010) 67 §.

Laitoshuollolla tarkoitetaan *hoidon, ylläpidon ja kuntouttavan toiminnan* järjestämistä jatkuvaa hoitoa antavassa sosiaalihuollon toimintayksikössä. Laitoshuoltoa annetaan henkilölle, joka tarvitsee *apua, hoitoa* tai *muuta huolenpitoa*, jota ei voida tai ei ole tarkoituksenmukaista järjestää hänen omassa kodissaan muita sosiaalipalveluita hyväksikäyttäen. Laitoshuoltoa toteutettaessa on henkilölle järjestettävä hänen *ikänsä* ja *kuntonsa* mukainen *tarpeellinen kuntoutus, hoito* ja *huolenpito*. Hänelle on lisäksi pyrittävä järjestämään *turvallinen, kodinomainen* ja *virikkeitä antava elinympäristö*, joka antaa mahdollisuuden *yksityisyyteen* ja *edistää hänen kuntoutumistaan, omatoimisuuttaan ja toimintakykyään*. Laitoshuoltoa järjestetään vanhainkodissa. Laitoshuoltoa voidaan järjestää lyhytaikaisena tai jatkuvana päivä- tai yöhoitona taikka ympärivuorokautisena hoitona. Laitoksessa voidaan lisäksi järjestää itsenäistä asumista tukevaa sekä kuntouttavaa toimintaa. (sosiaalihuoltolaki 24 §, sosiaalihuoltoasetus 11 §) Laitoshoidolla puolestaan tarkoitetaan hoitoa ja kuntoutusta sairaalan, terveyskeskuksen tai muun terveydenhuollon toimintayksikön vuodeosastolla tai sitä vastaavissa olosuhteissa. (terveydenhuoltolaki 67 §)

Palveluasumisen perustana on sosiaalihuoltolain asumispalveluja sääntelevät 22 ja 23 § sekä sosiaalihuoltoasetuksen 10 §. Säännösten mukaan asumispalveluilla tarkoitetaan palveluja tukiasumisen järjestämistä. Asumispalveluja annetaan henkilölle, joka erityisestä syystä tarvitsee apua tai tukea asunnon tai asumisensa järjestämisessä. Asumispalveluja järjestetään palveluasunnoissa ja tukiasunnoissa, joissa henkilön itsenäistä asumista tai siirtymistä itsenäiseen asumiseen tuetaan sosiaalityöllä ja muilla sosiaalipalveluilla. Asiakkaan asumisen perustana palveluasumisessa on tavallisesti **asuinhuoneiston vuokrauksesta annetun lain** (481/1995) mukainen vuokrasopimus, ja asiakas maksaa vuokransa itse.

Palveluasumisessa asiakkaan tarvitsemat palvelut järjestetään sosiaalihuoltolain, -asetuksen ja mahdollisesti sosiaalihuollon erityislakien sekä terveydenhuoltoa ohjaavan lainsäädännön nojalla. Sosiaalihuoltolain 20 ja 21 §:ssä ja sosiaalihuoltoasetuksen 9 §:ssä säädetään esimerkiksi palveluasumiseen usein kiinteästi liittyvään avun tarpeeseen soveltuvista kotipalveluista. Kotipalveluilla tarkoitetaan *asumiseen, henkilökohtaiseen hoivaan ja huolenpitoon, sekä muuhun tavanomaiseen ja totunnaiseen elämään kuuluvien tehtävien ja toimintojen suorittamista* tai *niissä avustamista*. Kotipalveluja annetaan *alentuneen toimintakyvyn, perhetilanteen, rasittuneisuuden, sairauden, vamman tai muun vastaavanlaisen syyn* perusteella niille, jotka tarvitsevat *apua suoriutuakseen* edellä tarkoitetuista tehtävistä ja toiminnoista. Kotipalveluina järjestetään: 1) kodinhoitajan tai kotiavustajan antamaa kodissa tapahtuvaa yksilön ja perheen *työapua, henkilökohtaista huolenpitoa* ja *tukemista*; 2) tukipalveluja, kuten *ateria-, vaatehuolto-, kylvytys-, siivous-, kuljetus-, saattaja-* sekä *sosiaalista kanssakäymistä edistäviä palveluita*. (sosiaalihuoltolaki 20–21 §, sosiaalihuoltoasetus 9 §)

Mikäli asiakkaalla on muita tarpeita, esimerkiksi vammaisuudesta johtuvia, palveluita ja tukitoimia on annettava sen mukaisesti kuin sosiaalihuoltolaissa tai **vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista annetussa laissa** (380/1987) säädetään.

Palveluasumisen piiriin pääseminen edellyttää asiakkaan *palvelutarpeen arviointia* ja sen perusteella laadittavaa *hoito- tai palvelusuunnitelmaa*. Sosiaalihuoltolain 40 a § edellyttää, että kunta järjestää 75 vuotta täyttäneelle tai **vammaisuuksista annetun lain** (570/2007) mukaista eläkettä saavan hoitotukea saavalle pääsyn sosiaalipalvelujen tarpeen arviointiin viimeistään seitsemäntenä arkipäivänä yhteydenotosta. Sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista säädetään **sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista annetussa laissa** (812/2000). Palveluasumisen tulee sosiaalihuollon asiakaslain nojalla julkisessa palvelussa perustua päätökseen tai yksityisessä palvelussa sopimukseen sosiaalihuollon järjestämisestä. Asiakkaan sosiaalihuollon toteuttamisesta on laadittava palvelu- tai hoitosuunnitelma.

Asiakkaiden toimeentulo turvataan pääsääntöisesti eläkelainsäädännön perusteella heille myönnettävillä etuuksilla (**työntekijän eläkelaki** (395/2006), **valtion eläkelaki** (1295/2006), **kunnallinen eläkelaki** (549/2003), **yrittäjän eläkelaki** (1272/2006), **maatalousyrittäjän eläkelaki** (1280/2006), **merimieseläkelaki** (1290/2006), **evankelis-luterilaisen kirkon eläkelaki** (261/2008), **kansaneläkelaki** (568/2007), **laki maahanmuuttajan erityistuesta** (1192/2002), **sotilasvammalaki** (404/1948), **rintamasotilaseläkelaki** (119/1997), 1.3.2011 alkaen **laki takuueläkkeestä** (703/2010)). Lisäksi asiakas voi saada vammaisuuksista annetun lain mukaista eläkettä saavan hoitotukea. Asumiskustannusten alentamiseksi henkilölle voidaan maksaa **eläkkeensaajan asumistuesta annetun lain** (571/2007) mukaisesti asumistukea. Mikäli henkilön toimeentuloa ei voida muuten riittävästi turvata, sovellettavaksi voi tulla myös **toimeentulotuesta annettu laki** (1412/1997).

Palveluasumisessa olevilla henkilöillä voi olla joko satunnaisesti, säännöllisesti tai jatkuva- luonteisesti tarvetta myös terveydenhuollon palveluille. Näistä palveluista ja niiden saamisesta säädetään terveydenhuollon lainsäädännössä, 20.4.2011 asti **kansanterveyslaissa** (66/1972) ja **erikoissairaanhoidolaissa** (1062/1989). 1.5.2011 voimaan tuleva terveydenhuoltolaki velvoittaa kuntia huolehtimaan mm. asukkaidensa terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä, sairaanhoidosta ja suun terveydenhuollosta. Terveydenhuoltolain 20 §:ssä säädetään iäkkäille järjestettävistä neuvontapalveluista ja 68 §:ssä lääkehoidosta. **Lääkinnällisestä kuntoutuksista annetussa asetuksessa** (1015/1991) säädetään lääkinnällisestä kuntoutuksista, joka järjestetään osana terveydenhuoltolaissa tarkoitettua sairaanhoitoa. Terveydenhuollon lainsäädäntöön sisältyy myös säännökset hoitotakuusta, joka turvaa yhteydensaannin terveyskeskukseen, hoidon tarpeen arvioinnin ja hoitoon pääsyn määräajassa. **Mielenterveyslaissa** (1116/1990) säädetään mielenterveyspalvelujen järjestämisestä ja **päihdehuoltolaissa** (41/1986) päihde- palveluiden järjestämisestä. Kunnan tai kuntayhtymän on huolehdittava siitä, että kyseiset palvelut järjestetään sisällöltään ja laajuudeltaan sellaisiksi kuin kunnassa tai kuntayhtymän alueella esiintyvä tarve edellyttää. Terveydenhuoltolain 25 §:ssä säädetään kotisairaanhoidosta. Kotisairaanhoido on hoito- ja palvelusuunnitelman mukaista tai tilapäistä potilaan asuinpaikassa, kotona tai siihen verrattavassa paikassa moniammatillisesti toteutettua terveyden ja sairaanhoidon palvelua.

Lisäksi sosiaalihuoltolakiin ja kansanterveyslakiin sisältyy **eräiden tehtävien järjestämistä koskeva kokeilu**, jonka perusteella kunta tai kuntayhtymä voi kokeilla eräiden sosiaalihuollon ja kansanterveystyön tehtävien järjestämistä poiketen niitä koskevista säännöksistä vanhusten ja muiden asiakasryhmien tarpeita vastaavien sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukokonaisuuksien muodostamiseksi. Tämä tarkoittaa esimerkiksi tiettyjen sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden järjestämistä yhden toimielimen alaisuudessa ikääntyneiden henkilöiden tarpeiden mukaisina.

Asiakkaan asema ja oikeudet

Sosiaalihuollon asiakaslaki edellyttää, että sosiaalihuolto toteutettaessa on ensisijaisesti otettava huomioon asiakkaan mielipide ja kunnioitettava hänen itsemääräämisoikeuttaan. Laissa on myös säännökset tilanteesta, jossa asiakas ei ole kykenevä sitä käyttämään. Laki turvaa myös mm. asiakkaan oikeuden laadultaan hyvään sosiaalihuoltoon ja kohteluun. Lisäksi asiakkaalle tulee selvittää hänen oikeutensa ja velvollisuutensa ja antaa selvitys erilaisista toimenpidevaihtoehdoista tämän asiassa.

Asiakkaan oikeusturvakeinot sisältyvät pääasiassa sosiaalihuoltolakiin ja asiakaslakiin. Ensin mainitussa säädetään sosiaalihuollon muutoksenhausta, toisessa muistutuksen tekemisestä.

Lisäksi **potilaan asemasta ja oikeuksista annettu laki** (785/1992) tulee sovellettavaksi, jos terveydenhuollon ammattihenkilö suorittaa toimenpiteitä asiakkaan terveydentilan määrittämiseksi taikka hänen terveytensä palauttamiseksi tai ylläpitämiseksi.

Viranomaisten ja julkista tehtävää hoitavan yksityisen toimijan menettelyä ohjaa toiminnassa **hallintolaki** (434/2003).

Asiakkaan ollessa yksityisesti tai kunnan palvelusetelillä järjestämässä palvelussa yksityisessä toimintayksikössä asiakkaan käytettävissä on myös **kuluttajansuojalaissa** (38/1978) turvatut kuluttajaoikeudelliset keinot.

Jos asiakas ei kykene vajaavaltaisuuden, sairauden tai muun syyn vuoksi itse pitämään huolta taloudellisista asioistaan, asiakkaalla voi olla **holhustoimesta annetun lain** (442/1999) mukainen edunvalvoja. Jos etua on valvottava muussa kuin taloudellisessa asiassa, holhustoimi huolehtii siitä sen mukaisesti, kuin asiasta säädetään.

Järjestäminen

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä säädetään sosiaalihuoltolaissa, kansanterveyslaissa ja erikoissairaanhoidolaissa sekä sosiaali- ja terveydenhuoltoa ohjaavissa erityislaeissa. Sosiaalihuollon järjestämisen tavoista säädetään **sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionavustuksesta annetussa laissa** (733/1992). Lisäksi palvelusetelin käytön osalta yksityiskohtaisempaa sääntelyä on **sosiaali- ja terveydenhuollon palvelusetelistä annetussa laissa** (569/2009) ja sosiaalihuoltolain 3 a luvussa. Kuntien (ja muiden hankintayksiköiden) on kilpailutettava hankintansa siten kuin **julkisista hankinnoista annetussa laissa** (348/2007) säädetään. **Arvonlisäverolaki** (1501/1993) määrittää sen, milloin sosiaalihuollon järjestämisestä on suoritettava arvonlisävero.

Vuoden 2011 loppuun asti voimassa oleva **sosiaali- ja terveydenhuollon saumattoman palveluketjun kokeilusta annettu laki** (811/2000) mahdollistaa sosiaali- ja terveydenhuollon ja muun sosiaaliturvan saumattoman palveluketjun järjestämisen, mikäli kunta on mukana alueellisessa kokeilussa. Saumattomassa palveluketjussa asiakkaan sosiaali- ja terveydenhuollon ja muun sosiaaliturvan asiakokonaisuuteen liittyvät palvelutapahtumat yhdistyvät asiakaslähtöiseksi ja joustavaksi kokonaisuudeksi riippumatta siitä, mikä toiminnallinen yksikkö on palvelujen järjestäjä tai toteuttaja.

Sosiaalihuoltolakiin sisältyy säännöksiä kunnallisen sosiaalihuollon ja kansanterveyslakiin kunnallisen kansanterveystyön valvonnasta. Yksityisten sosiaalipalvelujen valvonnasta säädetään **yksityisten sosiaalipalvelujen valvonnasta annetussa laissa** (603/1996) ja **yksityisen terveydenhuollon valvonnasta yksityisestä terveydenhuollosta annetussa laissa** (152/1990). Ammattihenkilöstöä koskevista edellytyksistä säädetään **sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön kelpoisuusvaatimuksista annetussa laissa** (272/2005) ja **terveydenhuollon ammattihenkilöstöstä annetussa laissa** (559/1994).

Asiakkaan tietojenantovelvollisuudesta, asiakastietojen saannista ja niiden eteenpäin luovuttamisesta sekä tietojen käsittelystä ja tallentamisesta säädetään mm. **sosiaalihuollon asiakaslaissa**, **potilaslaissa**, **sosiaali- ja terveydenhuollon asiakirjojen sähköisestä käsittelystä annetussa laissa** (159/2007), **henkilötietolaissa** (523/1999), **sähköisestä asioinnista viranomais-toiminnassa annetussa laissa** (13/2003) ja **arkistolaissa** (831/1994). Lisäksi viranomaisasiakirjojen julkisuudesta, kuten oikeudesta saada tieto viranomaisten julkisista asiakirjoista sekä viranomaisessa toimivan vaitioloovelvollisuudesta, asiakirjojen salassapidosta ja muista tietojen saantia koskevista yleisten ja yksityisten etujen suojaamiseksi välttämättömistä rajoituksista, säädetään **viranomaisten toiminnan julkisuudesta annetussa laissa** (621/1999).

Rahoitus

Kuntien peruspalvelujen valtionosuudesta annetussa laissa (1704/2009) säädetään kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon käyttökustannuksiin myönnettävästä valtionosuudesta. Lisäksi **sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionavustuksesta annetussa laissa (733/1992)** säädetään valtionavustuksista.

Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetussa laissa (734/1992) ja **asetuksessa (912/1992)** säädetään kunnallisista palveluista palvelunkäyttäjiltä palvelun järjestämisestä aiheutuvien kustannusten kattamiseksi perittävistä asiakasmaksuista. Lain 7 b-c §:ssä sekä 10 b-c §:ssä on säädetty maksujen määräytymisestä pitkäaikaisessa laitoshoidossa. Palveluasumisen osalta maksujen sääntely rajoittuu asiakasmaksujärjestelmän yleisiin periaatteisiin. Kunnilla on oikeus asiakasmaksulain 1 §:ään perustuen määritellä itsenäisesti maksun määräytymisen perusteet. Asiakasmaksulain 2 §:n mukaan palvelusta perittävä maksu saa olla kuitenkin enintään palvelun tuottamisesta aiheutuvien kustannusten suuruinen. Lisäksi laissa on erikseen säännelty kunnan velvollisuudesta kohtuullistaa maksuja niiden vaarantaessa henkilön toimeentulon. Asiakasmaksulain 11 §:n mukaan sosiaalihuollon palveluista määrätty ja terveydenhuollon palveluista henkilön maksukyvyn mukaan määrätty maksu on jätettävä perimättä tai sitä on alennettava siltä osin kuin maksun periminen vaarantaa henkilön toimeentulon edellytyksiä. Päätöksen maksujen alentamisesta tai perimättä jättämisestä tekee kunta. Se, miten palvelut järjestetään, ei saa myöskään asiakasmaksulain 12 §:n mukaan vaikuttaa maksujen määräytymiseen. Kunnan tai kuntayhtymän on palveluita ostopalveluina järjestäessään perittävä käyttäjältä samat maksut ja korvaukset kuin kunnan tai kuntayhtymän itse järjestämistä palveluista.

Palveluasumisen ja laitoshuollon suhde

Rajanvedon tekeminen palveluasumisen ja laitoshuollon välillä ei ole aina yksiselitteistä. Tarvittaessa Kansaneläkelaitos ja kunnat neuvottelevat **sosiaali- ja terveysministeriön avohoidon ja laitoshoidon määrittelyn perusteista antaman asetuksen (1507/2007)** mukaisesti, onko toiminnassa kyse laitoshuollosta/-hoidosta vai avohoidosta.

Asetuksen liitteen nojalla hoito on laitoshoittoa aina, kun se on järjestetty sairaalan tai terveyskeskuksen vuodeosastolla tai hoitoa vastaavassa sosiaalihuollon laitoksessa. Hoito on laitoshoittoa myös, kun terveyskeskuksen vastaava lääkäri tai sairaalan lääkäri on päättänyt siitä kansanterveyslain tai erikoissairaanhoidon mukaisesti tai kyseessä on sosiaalihuoltolain 24 §:n ja –asetuksen 11 §:n mukainen laitoshoido.

Liitteen mukaan palvelu on avohoittoa:

- kun se järjestetään muualla kuin laitoshoidon yhteydessä mainituissa toimintayksiköissä, ellei ole *ilmeisen painavia perusteita* pitää sitä laitoshoidona.
- kun hoidossa korostuu henkilön *omaehtoinen vaikutusmahdollisuus* palvelujen ja asumisen järjestämiseksi. Voidaan kuitenkin järjestää myös henkilölle, joka ei vammansa tai sairautensa vuoksi pysty itse osallistumaan päätöksentekoon.
- kun henkilö asuu vuokra- tai omistusasunnossa tai saa sosiaalihuoltolain mukaisia asumispalveluita.
- kun se on perhehoitoa.
- kun se on omaishoitoa.
- kun laitoksen päivä- tai yöhoitoa saava henkilö on kotona.
- kun jaksottaisessa laitoshoidossa oleva henkilö on jaksojen välillä.
- kun se on kotisairaanhoidoa.
- kun se on erikoissairaanhoidon järjestämää hoitoa potilaan kotona.

Asetuksen liitteen mukaan se, onko henkilö avo- tai laitoshoidossa, ratkaistaan *toimintayksikön koko toiminnan* ja siellä olevien *henkilöiden saaman hoidon ja huolenpidon tarpeen arvioinnin perusteella*, jos rajanvetoa ei em. perusteella voida tehdä.

Lähtökohdiana on, että toiminta on laitoshoidoa *vain, jos laitoshoido-kohdassa mainitut edellytykset täyttyvät*. Muissa tapauksissa toiminnan katsominen laitoshoidoksi edellyttää ilmeisen painavia perusteita, joiden perusteella voidaan katsoa, että tarkoituksena on ollut laitoshoidon järjestäminen. Hoidon on myös vastattava sisällöltään laitoksissa annettua hoitoa. Lisäksi huomiota on kiinnitettävä seuraavien seikkojen muodostamaan kokonaisuuteen:

- a) Toimintayksikön antamien *palvelujen laatu ja määrä*,
- b) *toimintayksikön koko* sekä siellä työskentelevän *hoitohenkilöstön koulutus, määrä ja työajat*,
- c) toimintayksikössä olevien henkilöiden *asumisen järjestäminen yhden tai useamman henkilön huoneisiin ja muut tilajärjestelyt*, sekä
- d) toimintayksikössä olevien *henkilöiden toimintakyky* sekä heidän *omaehtoinen mahdollisuutensa vaikuttaa asumisen, palvelujen ja henkilökohtaisen toiminnan järjestelyihin*.

Avohoidon piiriin kuuluvia asumispalveluyksiköitä voi olla myös kunnan omien sosiaalitoimen laitosten välittömässä yhteydessä. Jotta tällaista yksikköä voitaisiin pitää avopalveluyksikkönä, tulee sen olla toiminnallisesti selvästi erossa toimintayksikön laitososasta. Tällaisissa yksiköissä asuvien kohdalla tulee toteutua avohoidon tunnusmerkkien: *asukas maksaa vuokraa ja vastaa elinkustannuksistaan sekä saamistaan palveluista*. Lisäksi annettavan hoidon tulee *poiketa selvästi* laitoshoidossa olevien saamasta hoidosta.

Toiminta ei ole avohoitoa esimerkiksi sellaisessa tilanteessa, jossa kunnallinen vanhainkoti on ainoastaan uudelleennimetty asumispalveluyksiköksi ilman, että sen toimintaa on käytännössä muutettu. Jotta laitos muuttuisi avohoitoyksiköksi, tulee myös sen toiminnan muuttua.

5.2 YMPÄRIVUOROKAUTISEN HOIDON KUSTANNUKSET JA RAHOITUS

Kuntien sosiaali- ja terveystoimen käyttökustannukset olivat yhteensä 17,8 miljardia euroa vuonna 2008. Kun siitä vähennetään asiakasmaksut, olivat sosiaali- ja terveystoimen nettokustannukset 15,6 miljardia euroa. Kustannukset vaihtelevat paljon kunnittain, sillä nettokustannukset olivat korkeimmillaan noin 4000 euroa ja pienimmillään noin 2000 euroa asukasta kohti.

Ikääntyneiden ympärivuorokautisen hoidon kokonaiskustannukset vuonna 2008 olivat arviolta 2,3 miljardia euroa. Kustannuksista ei ole tarkkaa tietoa, mutta arviossa on huomioitu seuraavat menoerät:

- terveyskeskusten vuodeosastojen pitkäaikaishoito: 543 miljoonaa euroa,
- vanhainkodit: 918 miljoonaa euroa, tehostettu palveluasuminen: arviolta 860 miljoonaa euroa (vuoden 2008 arvio perustuu Stakesin julkaisuun *Miesten ja naisten terveystoimenot ikäryhmittäin 2006*).
- Huomioimatta jäävät yksityisten ostamat palvelut. Niiden osuus lienee suhteellisen pieni verrattessa kuntien järjestämiin ja ostamiin palveluihin.

Sosiaali- ja terveydenhuollon käyttökustannuksiin osoitetut valtionosuudet kattoivat vuonna 2008 noin 34 prosenttia kuntien lakisääteisistä menoista. Asiakasmaksuilla katettiin näistä menoista noin kahdeksan prosenttia. Kunnat rahoittivat jäljelle jääneen lähes 60 prosentin osuuden.

Asiakasmaksujen osuus rahoituksesta vaihtelee eri palveluissa. Vanhuspalveluissa asiakasmaksujen osuus on lähes viidesosa. Asiakkaan maksuosuutta arvioitaessa on otettava huomioon esimerkiksi se, että laitoshoidossa asumisen osuus peritään osana asiakasmaksua, kun taas avohoidossa (ml. ympärivuorokautinen asumispalvelu) maksetaan vuokraa. Toisaalta avohoidon asiakkaat saavat Kelalta muun muassa asumistukea.

Ikäihmisten keskimääräiset terveydenhuolto- ja vanhustenhuoltomenot

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) Terveys- ja hyvinvointitaloustieteen yksikkö (CHESS) on julkaissut terveydenhuollon ja vanhustenhuollon menot ikäryhmittäin ja sukupuolittain vuonna 2006. Tutkimuksesta saadaan tietoa siitä, kuinka paljon ikäihmisten palvelujen käyttö keskimäärin maksaa vuodessa.

Taulukko 5. Ikääntyneiden terveyden- ja vanhustenhuollon nettomenot euroina asukasta kohti (laskettu vuoden 2006 palvelujen käytön mukaan, esitetään vuoden 2009 hinnoilla).

€/asukas	Yht.	Miehet				Naiset			
	65+ yht.	65-74	75-84	85+	65+ yht.	65-74	75-84	85+	65+ yht.
Erikoissairaanhoito yhteensä	2036	1884	2771	3353	2272	1499	2204	2321	1876
Somaattinen erikoissairaanhoito yhteensä	1963	1805	2725	3307	2205	1410	2122	2291	1798
Vuodeosastohoito	1442	1298	2031	2400	1611	962	1600	1880	1327
Avohoito (ml. ostopalvelut)	521	506	694	906	594	449	522	411	471
Psykiatrinen erikoissairaanhoito yhteensä	73	80	46	46	67	88	82	30	78
Perusterveydenhuolto yhteensä	1333	665	1476	2981	1083	689	1648	4003	1503
Vuodeosastohoito, pitkäaik.	475	121	463	1280	309	106	596	2287	588
Vuodeosastohoito, lyhytaik.	398	174	520	1198	355	128	523	1224	427
Avohoito (ml. ostopalvelut)	460	371	493	502	419	455	529	491	488
Kunnallinen hammashoito (ml. ostopalvelut)	30	29	31	38	30	35	27	25	31
Vanhainkodit	843	150	777	2894	536	159	1008	4353	1052
Palveluasuminen	670	159	582	2055	422	159	936	2994	839
Kotihoito (kotipalvelu ja kotisairaanhoito)	768	232	740	2147	524	238	1091	2976	933
Omaishoidon tuki	88	47	106	193	76	40	120	235	96
Yhteensä	5769	3167	6483	13660	4943	2819	7033	16907	6330

Lähde: Hujanen ym. (2008) Miesten ja naisten terveystenot ikäryhmittäin 2006. Työpapereita 37/2008. Stakes. Julkaisun luvuista on poistettu asiakasmaksut keskimääräisen asiakasmaksuprosentin mukaan, joten taulukon luvut kuvaavat yhteiskunnan maksettavaksi jääviä menoja. Menot on muutettu julkisten menojen hintaindeksillä vuoden 2009 hinnoiksi.

Keskimäärin 65 vuotta täyttäneen henkilön terveydenhuolto ja vanhustenhuolto maksaa noin 5 800 euroa vuodessa. Siitä kolmasosa menee erikoissairaanhoitoon, neljäsosa perusterveydenhuollon ja vajaa puolet vanhustenhuollon palveluihin. Naisten palvelujen käyttö on 65–74-vuotiaiden ikäryhmää lukuun ottamatta suurempaa kuin vastaavan ikäisten miesten. Eniten menoja on luonnollisesti vanhimmilla eli 85 vuotta täyttäneillä.

5.3 TERVEYDEN JA HYVINVOINNIN LAITOKSEN SELVITYS TEHOSTETUN PALVELUASUMISEN NYKYTILASTA

Selvityksen tausta

Ikähoiva työryhmä selvitti ikääntyneiden ympärivuorokautisen hoidon ja hoivan nykytilaa palvelurakenteen ja toiminnan sisällön sekä palveluasumisen asiakasmaksujen määräytymisperusteiden osalta. Selvityksen otos oli 28 kuntaa ja kuntayhtymä/ysteistoiminta-alueita, jotka kattoivat kaiken kaikkiaan 59 kuntaa ja kaupunkia. Selvityksessä mukana olevat tahot valittiin huomioiden seuraavat kriteerit: kaupunkimaiset ja maaseutumaiset kunnat, pitkien etäisyyksien kunnat, saaristokunnat, tuoreet kuntaliitokset, PARAS-lain mukaiset sosiaali- ja terveystalouden yhteistoiminta-alueet ja alueellinen kattavuus. Selvityksessä on mukana kuntia 16 mannersuomen 19 maakunnasta. Väestöpohjaltaan mukana olevat kunnat kattavat 49 % Suomen väestöstä ja 75 vuotta täyttäneiden osalta 44 %. Tämän perusteella voi todeta, että selvitys antaa kattavan kuvan Suomen ympärivuorokautisen hoivan ja hoidon palvelurakenteesta, toiminnan sisällöstä ja palveluasumisen asiakasmaksujen määräytymisperusteista valittujen kysymysten osalta.

Selvityksen aineisto kerättiin puhelinhaastatteluilla kahden haastattelijan toimesta. Kun kunnan tai vastaavan tahon virkamiesjohdolta oli saatu lupa kyselyn toteutukseen, otettiin yhteyttä yhdyshenkilöihin. Yhdyshenkilöihin oltiin yhteydessä kahdessa eri vaiheessa. Ensimmäiseen yhteydenottoon sisältyi yhdyshenkilön informointi ja ohjaus varsinaiseen haastatteluun valmistautumisesta. Tämän jälkeen yhdyshenkilölle lähetettiin kyselylomake, jotta hän pystyi valmistautumaan varsinaiseen haastatteluun ja keräämään tarvittavat tiedot. Toiseen yhteydenottoon sisältyi varsinainen haastattelu, jotka kestivät 30 – 60 minuuttia. Haastattelun kuluessa haastattelijä kirjasi vastaukset sähköiselle Webropol-lomakkeelle. Näin saatiin talteen myös avointen kysymysten vastaukset ja mahdolliset, keskustelussa esille tulleet muut olennaiset seikat. Yhdyshenkilöt toimittavat haastattelijoille myös kirjallisia dokumentteja esimerkiksi palveluasumisen asiakasmaksuja koskevia lautakuntien päätöksiä, palvelukuva- uksia ja kilpailutuksessa käytettäviä kriteeristöjä.

Kyselyssä käytettiin käsitteitä tehostettu palveluasuminen ja laitoshoido. Tehostettu palveluasuminen on palveluasumista, jossa henkilökuntaa on paikalla ympäri vuorokauden. Tehostetulla palveluasumisella tarkoitetaan tässä kokonaisuutta, jossa asuminen ja asumista tukevat palvelut liittyvät kiinteästi yhteen. Asumisesta asiakas maksaa vuokrasopimuksen mukaisen vuokran. Asumista tukevista palveluista, kuten hoiva- ja hoitopalveluista ja erilaisista tukipalveluista, asiakkaalta peritään asiakasmaksuja. Kunta voi järjestää tehostettua palveluasumista omana toimintana, ostopalveluna tai antamalla asiakkaalle palvelusetelin. Laitoshoido tarkoitti sekä vanhainkotihoitoa että pitkäaikaishoitoa terveyskeskuksen vuodeosastolla. Vanhainkotihoito oli kunnan järjestämää ikääntyneiden laitoshoidoa sosiaalitoimessa. Terveyskeskuksen laitoshoido oli terveyskeskusten yleislääkärijohtoisilla osastoilla annettua hoitoa. Pitkäaikaista hoitoa on silloin, kun asiakkaalle on tehty pitkäaikaishoitopäätös tai kun asiakas on ollut hoidossa yli 90 vuorokautta¹³⁸. Kunnallisten terveyskeskusten lisäksi mukaan lasketaan myös joitakin muita kunnallisia tai yksityisiä palvelutuottajia, jotka vastaavat terveyskeskustoiminnasta tietyllä alueella.

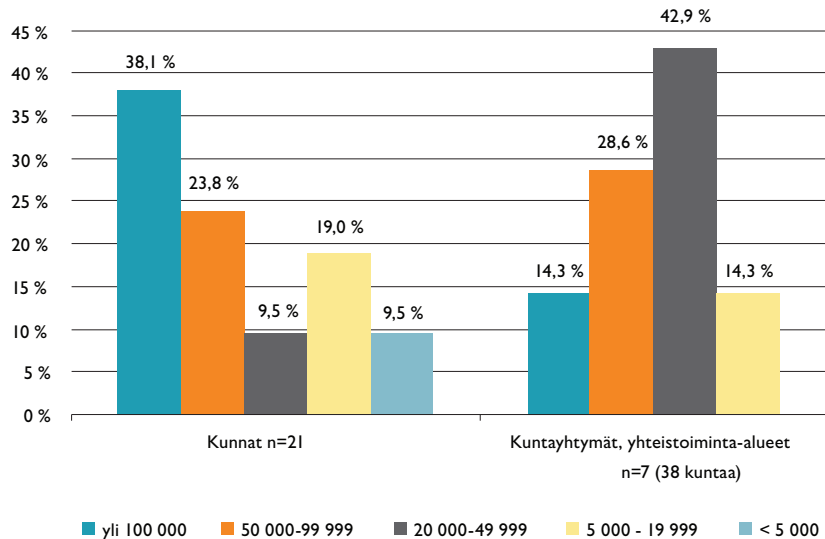
Aineisto analysoitiin soveltuvin osin SAS 9,1 tilasto-ohjelmalla ja avointen kysymysten vastauksissa käytettiin sisällön analyysia.

Tulosten raportoinnissa käytetään termejä vastaaja ja kunta. Näillä termeillä tarkoitetaan vastaajatahoa, joka oli siis joko yksittäinen kunta tai kuntayhtymä/yhteistoiminta-alue (n = 28). Vastaaja termi ei viittaa henkilöön, joka toimi selvityksen yhteyshenkilönä ja puhelinhaastattelun vastaajana.

Vastaajista 21 oli kuntia ja 7 kuntayhtymä/yhteistoiminta-alueita. Kuntayhtymä/yhteistoiminta-alueet käsittivät yhteensä 38 kuntaa. Näin ollen tässä raportissa esitettävät tiedot kuvaavat ympärivuorokautisen hoidon nykytilaa 59 suomalaisen kunnan osalta.

Kunnista 38 % ja kuntayhtymä/yhteistoiminta-alueista 14 oli yli 100 000 asukkaan kokonaisuuksia (kuvio 4). 50 000 – 100 000 asukasta oli 24 % kunnista ja 29 % kuntayhtymä/yhteistoiminta-alueista. 20 000 – 50 000 asukkaan kuntia oli 10 % ja kuntayhtymiä 43 %. 5 000 – 20 000 asukasta oli 19 % kunnista ja 14 % kuntayhtymistä. Alle 5 000 asukkaan kuntia oli 10 %.

¹³⁸ Sosiaali- ja terveydenhuollon vuosikirja. 2009. THL. SVT Sosiaaliturva.



Kuvio 4. Kuntien ja kuntayhtymä/yhteistoiminta-alueiden väestöpohja

Ympäri vuorokautisen hoidon rakenne

Lähes 80 %:a vastaajista järjesti tehostettua palveluasumista ja vajaa puolet järjesti laitoshoidon ostopalveluna. Kunnat olivat pääsääntöisesti kilpailuttaneet ostopalvelunsa lukuun ottamatta vanhainkotihoitoa syystä, että palvelun tuottajia on niukasti. Osalla vastaajista ostopalveluna hankittava tehostettu palveluasuminen perustui vielä vanhoihin sopimuksiin tai kunnan käytäntönä oli maksusitoumusten antaminen.

Vastaajilta kysyttiin, mikä on tehostetun palveluasumisen osalta oman tuotannon, ostopalveluiden ja palvelusetelin osuus tällä hetkellä, ja mikä tilanteen ennakoidaan olevan vuonna 2020. Osa vastauksista perustuu kunnan laatimaan pitkän aikavälin palvelustrategiaan, mutta osa vastauksista on virkamiesten näkemys vuoden 2020 tilanteesta.

Puolet vastaajista järjesti tehostetusta palveluasumisesta yli 50 % kunnan omana palvelutuotantona. Kolmella kunnalla ei ollut lainkaan omaa tehostetun palveluasumisen tuotantoa. Yhden kunnan palveluvalikoimassa ei ollut lainkaan tehostettua palveluasumista. Palveluseteli oli käytössä tehostetun palveluasumisen osalta kahdessa kunnassa.

Vuonna 2020 kaikki vastaajat ennakoivat tuottavansa itse tehostettua palveluasumista, myös ne vastaajat, joilla ei tällä hetkellä ollut omaa tehostetun palveluasumisen tuotantoa. Vajaa kolmannes vastaajista ennakoi tuottavansa itse yli 50 % tehostetusta palveluasumisesta. Lähes kaikki vastaajat ennakoivat hankkivansa osan tehostetusta palveluasumisesta ostopalveluna. Yli 60 % vastaajista ennakoi, että palveluseteli on käytössä tehostetussa palveluasumisessa.

Laitoshoidon osalta vastaajat ovat kehittäneet ikäihmisten palvelurakennetta laatusuosituksen linjausten mukaisesti eli pitkäaikaisen laitoshoidon osuus on pienentynyt samalla kun tehostetun palveluasumisen osuus on kasvanut. Kaikki vastaajat ilmoittivat, että he järjestävät laitoshoidon omana palvelutuotantona. Lähes kolmannes vastaajista järjesti laitoshoidon myös ostopalveluna. Palveluseteli ei ollut käytössä laitoshoidossa yhdelläkään vastaajista.

Vuoden 2020 osalta kaksi vastaajaa ennakoi, että heillä ei ole tarjolla nykyisen laitoshoidon (vanhainkoti, terveyskeskuksen vuodeosasto) kaltaista palvelumuotoa lainkaan. Osa vastaajista ennakoi järjestävänsä laitoshoidon oman palvelutuotannon lisäksi myös ostopalveluna. Muutama kunta ennakoi ottavansa palveluvalikoimaansa palvelusetelin myös laitoshoidon osalta.

Ympäri vuorokautisen hoidon tarpeen arviointi

Yhtä lukuun ottamatta kaikilla kunnilla oli käytössään yksi tai useampia mittareita ympärivuorokautisen hoidon tarpeen arvioinnissa. Useimmin käytetty mittariyhdistelmä oli kognitiivista toimintakykyä mittaava MMSE (Mini Mental State Examination) ja fyysisistä toimintakykyä

ja hoitoisuutta mittaava RaVa-mittari. Arvioinnissa käytettiin lisäksi Cerad:n kognitiivsta tehtäväsarjaa ja masennusmittaria GDS (Geriatric Depression Scale). Useampi kunta käytti myös RAI-mittarijärjestelmää palvelutarpeen arvioinnissa. Kunnat olivat kehittäneet myös omia kriteeristöjä edellä mainittujen mittarien perusteella. Kriteeristöissä huomioitiin myös ikäihmisen sosiaalinen tilanne sekä koti- ja asuinympäristöön liittyvät tekijät.

Ympäri vuorokautisen hoidon sisältö ja laatu

Hoidon sisältöä tarkasteltiin tässä selvityksessä lääkäripalvelujen ja lääkejakelun toteutuksen näkökulmasta, ja laatua laatujärjestelmän olemassa ololla.

Pääsääntöisesti lääkäripalvelut on tehostetussa palveluasumisessa järjestetty yhteistyössä kunnan terveyskeskuksen kanssa sekä kunnan omassa tehostetussa palveluasumisessa että ostopalveluissa. Useimmiten terveyskeskuslääkäri kävi tehostetun palveluasumisen yksiköissä. Hieman harvemmin käytössä oli vaihtoehto, jossa tehostetun palveluasumisen asiakkaat kävivät terveyskeskuslääkäriin vastaanotolla. Osa kunnista oli delegoinut vastuun lääkäripalveluiden järjestämisestä ostopalvelun tuottajille.

Useampi vastaaja toi esille, että lääkäripalveluiden järjestämisessä tehostetun palveluasumisen asiakkaille on kehitettävää. Useimmin mainittuja kehittämiskohteita olivat terveyskeskuksen lääkäripula, yhteistyö eri hallintokuntien/tulosalueiden kesken ja se, että kunta osti palveluita usealta eri tuottajalta ja tämän seurauksena oli useita erilaisia käytäntöjä.

Lääkejakelu

Lääkejakelu toteutui useimmiten käsin sekä vastaajan omissa yksiköissä että ostopalveluyksiköissä. Kolmasosassa kunnan omista yksiköistä oli käytössä koneellinen annosjakelu. Alle viidennes ilmoitti koneellisen annosjakelun olevan pääasiallisin lääkejakelun muoto ostopalveluissa. Useampi vastaaja suunnitteli koneellisen annosjakelun käyttöönottoa. Ongelmana oli kuitenkin se, että paikallinen apteekki ei ollut aina kiinnostunut koneellisen annosjakelun aloittamisesta. Ikäihmiset maksoivat pääsääntöisesti erikseen lääkejakelun logistiikkaan kuuluvat kustannukset. Osa kunnista käytti asiakkaiden säännöllisten lääkkeiden koneellista annosjakelua yhtenä kriteerinä ostopalvelujen kilpailutuksessa

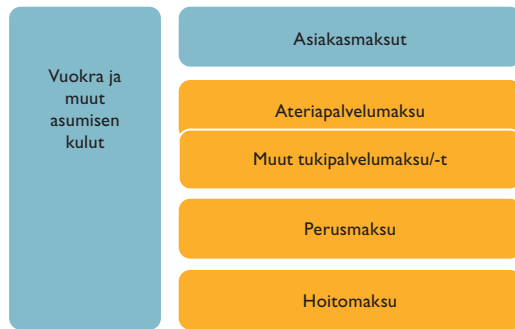
Palvelun laatu

Laadun arviointimenetelmä on käytössä puolella ostopalveluyksiköitä ja alle kolmanneksella vastaajien omia yksiköitä. Yleisimmin käytössä olevat laadun arviointijärjestelmät olivat: Resident Assessment Instrument, RAI; European Foundation for Quality Management, EFQM; Social and Health Quality Services, SHQS ja ISO laatujärjestelmä. Vastaajat tekivät myös asiakastytyväisyyskyselyjä, tarkastuskäyntejä ja heidän käytössään oli laatukäsikirjoja.

11 prosenttia vastaajista ilmoitti, että laadunarvioinnin tulokset ovat kuntalaisten saatavilla joko lautakunnan kokousliitteissä, yksikön ilmoitustaululla tai että tiedot saa pyytämällä yksiköstä. Tieto laatujärjestelmän sertifiointista tai auditoinnista mainittiin organisaation nettisivuilla.

Tehostetun palveluasumisen kustannukset ikäihmisen näkökulmasta

Tehostetun palveluasumisen kustannukset muodostuvat yksilön näkökulmasta asumisen kuluista ja asiakasmaksuista. Tehostetun palveluasumisen asiakasmaksuista ei tällä hetkellä ole erityissäännöksiä, joten kunnat voivat itse päättää maksujen määräytymisen perusteista, suuruudesta ja sisällöstä asiakasmaksulain ja -asetuksen yleisten linjausten puitteissa. Tästä johtuen maksun määräytymisen perusteiden sekä maksujen termien ja sisältöjen kirjo oli hyvin laaja. Palveluasumiseen liittyvät asiakasmaksut muodostuivat pääsääntöisesti seuraavista maksuista: ateriapalvelumaksu, muut tukipalvelumaksut tai tukipalvelupakettimaksu, perusmaksu ja hoitomaksu (kuvio 5).



Kuvio 5: Tehostetun palveluasumisen kulut yksilön näkökulmasta

Vuokra ja muut asumisen kulut

Tehostetussa palveluasumisessa asuva henkilö oli pääsääntöisesti vuokrasuhteessa palveluasumisen tuottajaan. Vastaajat ilmoittivat, että henkilö maksaa pääsääntöisesti vuokran ja muut mahdolliset asumisen kulut suoraan vuokranantajalle. Tästä käytännöstä oli joitakin poikkeuksia. Muutama kunta peri henkilöiltä vuokran ja asumisen kulut ja maksoi edelleen vuokranantajalle. Haastattelussa tuli myös esille, että osa vastaajista noudatti käytäntöä, jossa henkilöllä ei ollut vuokrasopimusta asumispalvelun tuottajan kanssa.

Tieto tehostetun palveluasumisen keskivuokrasta/m²/kuukausi saatiin vain muutamalta vastaajalta. Mikäli käytettävissä oli tehostetun palveluasumisen kuntakohtainen halvin ja kallein vuokra/m²/kuukausi, laskettiin aritmeettinen keskiarvo, keskivuokra/m²/kuukausi. Tällä tavoin saatiin tieto 21 vastaajan oman tehostetun palveluasumisen asuntojen keskivuokrasta ja 16 vastaajan osalta myös tehostetun palveluasumisen ostopalveluissa asuntojen keskivuokra. Ostopalveluiden osalta tieto asuntojen vuokrasta jäi osaksi saamatta siksi, että ostopalveluyritykset eivät halunneet ilmoittaa vuokria selvitykseen osallistuville tahoille. Halvimmillaan keskivuokra/m² oli kuukaudessa 9,6 euroa ja kalleimmillaan 47,6 euroa kunnan järjestämässä ostopalvelussa. Ostopalveluissa keskivuokrien keskiarvo oli 16,5 euroa kuukaudessa. Halvimman ja kalleimman keskivuokran suuren eroon vaikuttivat kunnan sijainti sekä rakennuskannan ikä, kunto ja varustetaso. Näistä seikoista ei kuitenkaan tässä selvityksessä saatu tarkempaa tietoa. Vastaajien omassa tehostetussa palveluasumisessa asuntojen keskivuokra/m² vaihteli kuudesta eurosta 16,9 euroon. Kuntien oman tehostetun palveluasumisen keskivuokrien keskiarvo oli 9,8 € kuukaudessa.

Vuokrakustannusten osalta voi todeta, että vaikka vuokrien hajonta oli suuri, niin keskivuokrien mediaanit asettuvat kuitenkin lähelle toisiaan. Puolet vastaajien omassa tehostetun palveluasumisen asunnoissa asuvista henkilöistä maksavat asunnostaan vuokraa 9,7 euroa/m²/kk tai vähemmän ja ostopalveluyksiköissä puolet henkilöistä maksaa asunnostaan vuokraa 12,0 euroa/m²/kk tai vähemmän.

Muita ikäihmiseltä perittäviä asumisen kuluja olivat sähkö ja vesi. Joissakin yksiköissä oli asukaskohtaisia sähkömittareita, mutta useimmiten sähkön kulutus perustui arvioon yhden henkilön sähkökulutuksesta. Sähkömaksu vaihteli yleensä 10 euron molemmin puolin. Vesimaksut perustuivat myös arvioon yhden henkilön keskimääräisestä kulutuksesta.

Ateriapalvelumaksut

Sosiaalihuoltoasetuksen mukaan ateriapalvelu on yksi tukipalvelu, joita kunnan tulee järjestää avopalveluissa. Selvityksessä ateriapalvelulla tarkoitettiin kokonaisuutta, johon kuuluivat aamupala, lounas, päivällinen ja iltapala. Tieto ateriapalvelun hinnoista tehostetussa palveluasumisessa saatiin 26 vastaajalta. Ikäihminen maksoi ateriapalvelusta halvimmillaan 255 euroa/kk ja kalleimmillaan 724 euroa kuukaudessa.

Kunnilla oli erilaisia käytäntöjä tehostetun palveluasumisen ateriapalvelujen järjestämisen suhteen.

- a) Yhdeksän vastaajan (32 %) käytäntönä oli, että ikäihminen maksaa ateriapalvelusta kunnalle kunnan määrittämän tasamaksun riippumatta siitä asuiko henkilö kunnan tehostetun palveluasumisessa tai ostopalveluna hankittavissa tehostetussa palveluasumisessa. Tasamaksut vaihtelivat 255 euron ja 372 euron välillä.
- b) Yhdentoista vastaajan (39 %) kohdalla käytäntönä oli, että kunnan omassa tehostetussa palveluasumisessa henkilöt maksoivat tasamaksun ateriapalvelusta. Mutta ostopalveluna järjestettävässä tehostetussa palveluasumisessa asuva henkilö maksoi ateriapalvelusta suoraan palvelun tuottajalle tämän määrittelemän hinnan. Kunnan perimät ateriapalvelumaksut olivat 300 – 502,2 euroa kuukaudessa. Ikäihmisen hankkiessa ateriapalvelun suoraan palvelun tuottajalta, ateriapalvelun hinta vaihteli 256 eurosta 724 euroon kuukaudessa.
- c) Kuuden vastaajan (21 %) käytäntönä oli, että ateriapalvelu oli osa palvelupakettia, josta henkilöltä perittiin tasamaksu tai tulosidonnainen maksu. Näiden osalta ei ateriapalvelun maksua ollut mahdollista eritellä.

Vastaajan omassa tehostetussa palveluasumisessa olevat ikäihmiset maksoivat ateriapalvelustaan keskimäärin 349 € kuukaudessa (mediaani 348 €). Ostopalveluna järjestettävässä tehostetussa palveluasumisessa ikäihmiset maksoivat ateriapalvelustaan keskimäärin 443 € kuukaudessa (mediaani 433 €). Mediaani 348 € tarkoittaa sitä, että puolet ikäihmisistä maksoi ateriapalvelustaan 348 euroa tai vähemmän kuukaudessa.

Ateriapalveluiden maksut vaihtelivat suuresti. Halvimman ja kalleimman ateriapalvelun hintaero oli lähes kolminkertainen. Henkilön maksamaa ateriapalvelumaksua ei ole syytä tarkastella irrallaan tehostetun palveluasumisen kokonaiskuluista asiakkaalle tai miten se vaikuttaa kunnan saamiin asiakasmaksutuottoihin. Suuressa osassa kuntia ateriapalvelumaksu oli yksi kuluerä, joka vähennettiin asiakkaan nettotuloista ennen kuin määriteltiin asiakkaan maksaman hoitopalvelun hinta (asiakasmaksu hoidosta). Osassa kuntia käytäntönä oli taas se, että hoitopalvelun hinta määriteltiin bruttotuloista, ja sen jälkeen huomioitiin kokonaistilanne. Hoitopalvelumaksua alennettiin, jotta henkilö pystyi tuloillaan maksamaan vuokran ja ateriapalvelun ja että hänelle jäi määritellyn suuruinen käyttövara. Näin ateriapalvelumaksu tuli tavalla tai toisella huomioitua hoitopalvelumaksua määriteltäessä.

Muut tukipalvelumaksut

Sosiaalihuoltoasetuksen 9 § toisen momentin mukaisia tukipalveluja ateriapalvelun lisäksi ovat vaatehuolto-, kylvytys-, siivous-, kuljetus-, saattaja- sekä sosiaalista kanssakäymistä edistävät palvelut. Tässä selvityksessä kiinnostuksen kohteena olivat mistä tukipalveluista tehostetun palveluasumisen asiakkaat maksoivat erikseen ja mitkä tukipalvelut oli sisällytetty osaksi palveluasumisen muita asiakasmaksuja. Merkittävin huomio oli, että eri kuntien käytännöissä on suuria eroja ja toisaalta, että saman kunnan ikäihmiset saattoivat olla hyvin erilaisessa asemassa riippuen siitä, asuivatko he kunnan omassa tehostetussa palveluasumisessa vain kunnan järjestämässä tehostetun palveluasumisen ostopalvelussa. Tässä kyselyssä ei ollut mahdollista selvittää eri variaatioita ostopalveluiden osalta.

Useimpien vastaajien (39 %) toimintakäytäntönä oli, että jokainen asetuksessa mainittu tukipalvelu, mikäli oli käytössä, oli hinnoiteltu erikseen. Maksun peruste oli joko kuukausi-, tunti- tai kertaperusteisuus. Useimmin käytössä olevia tukipalveluja olivat saatto-, siivous- ja turvapalvelu sekä vaatehuolto. Näissä kunnissa ikäihminen maksoi tukipalveluista suoraan palvelun tuottajalle, mikäli hän asui kunnan ostopalveluna järjestämässä tehostetussa palveluasumisessa.

21 prosentilla vastaajista oli käytössä erilaisia tukipalvelupaketteja. Tukipalvelupakettien sisällöissä ja hinnoissa oli suurta kirjavuutta. Paketit olivat joko tasahintaisia, tulosidonnaisia

tai niiden hinta määräytyi ikäihmisen palvelutarpeen perusteella. Tasahintaisten palvelupakettien hinnat vaihtelivat 110 eurosta 403,8 euroon.

18 prosentilla vastaajista tukipalvelut ateriapalvelua lukuun ottamatta liittyivät kiinteästi ikäihmisen saamaan hoitoon/hoivaan. Tällöin tukipalveluista ei peritty erillistä maksua. Hoidosta ja tukipalveluista perittiin maksu, joka määräytyi prosenttiosuutena henkilön nettotuloista tai bruttotuloista. Bruttotuloihin perustuva maksu noudatti kotiin annettavien palveluiden maksun määräytymisen perusteita. Maksu oli joko kotihoidon ylin maksu eli 35 % bruttotuloista tai korotettu kotihoidon maksuprosentti (38 – 43 %). Pääsääntöisesti näissä kunnissa ikäihmiset olivat maksujen suhteen yhdenvertaisessa asemassa riippumatta siitä asuivatko he kunnan omassa tehostetussa palveluasumisessa vain ostopalveluna järjestettävässä tehostetussa palveluasumisessa.

14 prosenttia vastaajista sovelsi ”yhden maksun periaatetta”, joka tarkoitti sitä, että tukipalveluja asumista ja hoitoa/hoivaa tarkasteltiin yhtenä kokonaisuutena, ja josta myös perittiin yksi maksu. Tällöin kaikki tehostetussa palveluasumisessa asuvat ikäihmiset olivat yhdenvertaisessa asemassa maksujen suhteen.

Yhteenvetona tukipalveluista voi todeta, että niiden vertailu sisällön ja hinnan suhteen on täysin mahdotonta.

Perusmaksu

Vastaajilta kysyttiin, maksoivatko henkilöt perusmaksua tai asumispalvelumaksua tehostetussa palveluasumisessa, mitä palveluja maksu kattaa ja mikä on sen määräytymisen peruste. Aineistoa kerättäessä ja analysoitaessa selvisi myös, että käytössä on erilaisia termejä tähän liittyen kuten asumishuoltomaksu, peruspalvelumaksu ja ylläpitomaksu. Perusmaksu kattoi erilaisia tarvikkeita ja palveluja: turvapalvelu, virkistystoiminta, pyykkihuolto, siistimis- ja pesuaineet, wc- ja käsipyyhepaperit, tv-lupa, lehdet, ruoka- ja pesulaput, ympärivuorokautinen valvonta, suojakäsineet, lääkekuljetus, kylvetys- ja saunapalvelu tai siivous.

Neljännes (n = 7) vastaajista ilmoitti, että tehostetun palveluasumisen asiakkailta peritään perusmaksua joko kaikilta tai sitten kunnan omassa tehostetun palveluasumisen yksiköissä asuvilta tai ostopalveluyksiköissä asuvilta. Kuudella vastaajalla perusmaksu oli tasamaksu/kuukausi ja yhdellä vastaajalla tulosidonnainen, neliportainen kuukausimaksu. Perusmaksun suuruus vaihteli 30 € ja 110 € välillä.

Hoitomaksu

Hoitomaksu kuvaa tässä asiakkaan maksamaa maksua henkilökohtaisesta hoidosta ja hoivasta, jota toteutetaan tarpeen arvioinnin perusteella. Hoitomaksun osalta selvitettiin maksun määräytymisen perusteet, maksun suuruus ja maksun sisältö. Kuten perusmaksun kohdalla niin myös tämän maksun kohdalla aineistoa kerättäessä ja analysoitaessa selvisi, että käytössä on erilaisia termejä kuvaamassa ensisijaisesti hoidosta ja hoivasta perittävää asiakasmaksua.

Useimmat vastaajat käyttivät maksusta termiä asiakasmaksu. Muut käytössä olevat termit olivat: hoitomaksu, hoivamaksu, hoivapalvelumaksu, asumispalvelumaksu, palvelumaksu, kotihoitomaksu, säännöllisestä kotihoidosta perittävä korvaus, kotona annettavan palvelun kuukausimaksu, maksu henkilökohtaisista palveluista, palvelupakettimaksu ja palveluasuntomaksu.

Kahta vastaajaa lukuun ottamatta hoitomaksu oli tulosidonnainen. Hoitomaksua määriteltäessä käytössä olivat tulokäsitteet bruttotulot ja nettotulot. Bruttotulojen kohdalla viitattiin pääsääntöisesti kotihoidon kuukausimaksun perusteena oleviin tuloihin (Asiakasmaksuasetus, 29§). Asetuksen 29 §:ssä on säädetty tulot, joita ei oteta huomioon maksua määrättäessä. Tuloja, joita ei oteta huomioon, ovat esimerkiksi yleinen asumistuki ja eläkkeensaajan asumistuki, rintamalisä sekä muut vammaisetuudet. Pääsääntöisesti vastaajat huomioivat tuloina asiakkaan säännölliset verolliset ja verottomat tulot mukaan lukien eläkkeen saajan asumis- ja hoitotuki.

Suurin osa vastaajista toi esille, ja oli myös kirjannut asiakasmaksutiedotteeseen, että maksu ei saa ylittää palvelun tuottamisesta aiheutuneita kustannuksia. Osa vastaajista oli myös kirjannut kyseisen summan tiedotteeseen. Joitakin poikkeuksia oli. Kahdella vastaajalla maksun määrittämisen peruste erosi sen mukaan oliko henkilö kunnan itse tuottamassa palveluyksikössä vai ostopalveluyksikössä. Useat vastaajat toivat esille, miten maksun määräytymisen perusteet olivat kehittyneet nykyiseen muotoonsa. Maksun määräytymisen perusteisiin oltiin kohtuullisen tyytyväisiä. Erityisen tyytyväisiä olivat ne, joilla oli käytössään yhden maksun periaate. Käytäntöä pidettiin asiakkaan näkökulmasta yhdenvertaisena eikä malli vaatinut maksuja määrittävältä ja laskutusta hoitavalta henkilöstöltä kohtuutonta työpanosta.

Ikäihmisen bruttotulojen perusteella hoitomaksun määritteli lähes puolet eli 13 vastaajaa. Maksun määräytymisperusteiden osalta oli tunnistettavissa kaksi vaihtoehtoa. Tehostetun palveluasumisen hoitomaksu oli kotihoidon maksutaulukon ylin prosenttiosuus eli 35 prosenttia bruttotuloista. Toisena bruttotuloihin perustuvana määrittelyperusteena oli se, että hoitomaksu oli korotettu kotihoidon maksu, 37 – 60 prosenttia bruttotuloista. Vastaajilla oli erilaisia käytäntöjä sen suhteen, huomioitiinko maksua määrättäessä ikäihmisen joitakin kulueria.

Henkilön nettotulojen perusteella hoitomaksun määritteli 12 (46 %) vastaajaa. Maksua määriteltäessä huomioitiin pääsääntöisesti kaikki henkilön nettotulot, myös eläkkeensaajan hoito- asumistuki. Nettotuloista perittävän hoitomaksu vaihteli 60 prosentista 85 prosenttiin. Yksi vastaaja ilmoitti hoitomaksun määräytymisperusteeksi ikäihmisen nettotulot, joista huomioidaan 520 euron suojaosuus ja tämän ylittävästä osasta hoitomaksun osuus on 35 %. Vastaajilla oli erilaisia käytäntöjä sen suhteen, mitä vähennyksiä nettotuloista tehdään ennen hoitomaksun määrittämistä. Nettotulojen perusteella hoitomaksun määrittävistä vastaajista 2/3 vähensi vuokran ja puolet ateriapalvelun maksun ennen hoitomaksun määrittelyä. Osa vastaajista vähensi nettotuloista myös lääkemenoja (omavastuuosuuden), perusmaksun, tukipalvelumaksuja ja edunvalvonnan kuluja.

Kahdessa kunnassa hoitomaksu oli tasamaksu, joka määräytyi henkilön hoidontarpeen perusteella. Toisella vastaajalla oli käytössään kolmen eri hinta- ja palvelutason ”hoitopaketteja” asiakkaan tarpeen mukaan. Hoitopakettimaksun (556 – 992 €) lisäksi asiakas maksoi ainoastaan vuokran ja mahdollisesti muita asumisen kuluja. Toisella vastaajalla oli käytössä neliportainen maksujärjestelmä, joka pohjautui henkilöiden saamaan eläkkeensaajan hoitotukeen: ei saa tukea, saa hoitotukea, saa korotettua hoitotukea tai saa erityishoitotukea (hoitomaksu vaihteli 60 – 170 euroon). Alin hintaryhmä oli niille, jotka eivät hoitotukea saaneet..

Maksujen määräytymisen hajanaisuuden lisäksi on todettava, että eroa oli myös palvelun sisällössä ja tarkkuudessa, jolla sisältöjä oli määritelty.

Tehostetun palveluasumisen hoitomaksujen määräytymisperusteet ovat moninaiset. Ikäihmiset eri kunnissa eivät ole yhdenvertaisia hoitomaksuja määrättäessä. Sen lisäksi ikäihmisten ja heidän läheistensä on mahdotonta vertailla, mitä tehostetun palveluasumisen kokonaisuus tulisi henkilölle maksamaan kokonaisuutena. Ensinnäkin hoitomaksun kattama sisältö vaihtelee. Toiseksi tukipalveluiden sisällöissä on kirjavuutta ja tukipalvelumaksujen määräytymisperusteet vaihtelevat.

Käyttövara, henkilökohtaiseen käyttöön jätettävä rahamäärä

Asiakasmaksulaissa (AML 7c §) säädetään pitkäaikaisessa laitoshoidossa olevan henkilön henkilökohtaiseen käyttöön kuukaudessa jäävästä osuudesta (käyttövara). Vuonna 2010 tämä osuus on 97 euroa. Tehostetusta palveluasumisesta ei ole erityissäännöksiä, eikä siten säännöksiä käyttövarasta. Viittä vastaajaa lukuun ottamatta, kaikki kunnat olivat määrittäneet tehostetun palveluasumisen asiakkaan henkilökohtaiseen käyttöön jätettävän osuuden. Osuus oli tulosisidonnainen tai sille oli määritelty vähimmäismäärä. Tulosisidonnainen käyttövara oli käytössä kuudella vastaajalla ja käyttövaran vähimmäismäärä vaihteli 92,5 euron ja 250 euron välillä. Käyttövaran vähimmäismäärän keskiarvo oli 172,5 euroa. Kuusitoista kuntaa ilmoitti käyttövaralle määritetyn vähimmäismäärän, joka vaihteli 110 eurosta 212,9

euroon. Näiden kuntien vähimmäiskäyttövaran keskiarvo oli 155,15 euroa. Useampi kunta sovelsi vähimmäiskäyttövaran määrittelyssä toimeentulotuen perusosaa, josta oli vähennetty ravintomenojen osuus eli vuonna 2010 perusosan määrä on 212,9 euroa.

Käyttövarallaan ikäihminen kustantaa henkilökohtaiset menonsa kuten lääkkeiden omavastuusuuden, lääkäri- ja sairauskulut, silmälasit, harrastemenot, vaate- ym. henkilökohtaisten tavaroiden hankinnan.

Tehostetun palveluasumisen asiakasmaksut kuntatalouden näkökulmasta

Vastaajia pyydettiin arvioimaan miten suuren osuuden tehostetun palveluasumisen käyttökustannuksista asiakasmaksutuotot kattoivat. Lähes kolmasosalta vastaajista ei saatu tietoa asiakasmaksutuottojen osuudesta. 29 % vastaajista ilmoitti, että asiakasmaksutuottojen osuus on 20 % tai alle käyttökustannuksista. 36 % vastaajista arvioi asiakasmaksutuottojen kattavan yli 20 % kustannuksista. Neljä vastaajaa arvioi asiakasmaksutuotoilla katettavan jopa 30 – 32 % tehostetun palveluasumisen käyttökustannuksista. Asiakasmaksutuottojen osuus tehostetun palveluasumisen käyttökustannuksista, ei kuulunut vastaajien systemaattisesti seuraamiin indikaattoreihin.

Kuntien ja kuntayhtymien vuoden 2008 talous- ja toimintatilaston¹³⁹ mukaan vanhusten laitospalveluiden osalta asiakasmaksutuotot kattoivat 18,4 % käyttökustannuksista ja kotipalveluiden osalta asiakasmaksutuotot kattoivat 15,5 % käyttökustannuksista. Tämän perusteella näyttää siltä, että tehostetun palveluasumisen osalta asiakasmaksutuottojen osuus käyttömenoista on selvästi suurempi kuin esimerkiksi vanhusten laitospalveluiden asiakasmaksutuottojen osuus.

Asiakasmaksujentuottojen osuuksia tarkasteltaessa on huomioitava, että useat vastaajat ilmoittivat osuuden olevan arvio, sillä tietojärjestelmistä ei tietoa ollut yksiselitteisesti saatavilla. Lisäksi on huomioitava, että osassa ilmoitetuista prosenttiluvuista ovat mukana vuokrat ja toisaalta kiinteistökustannukset ja osassa ei. Näin ollen prosenttiosuuksien laajaa hajontaa pitää tarkastella varovaisuudella. Uudet kunnat ja kuntayhtymä/yhteistoiminta-alueet ilmoittivat isointa kuntaa tai isäntäkuntaa koskevan osuuden, koska uutta hallinnollista kokonaisuutta koskevaa tietoa ei vielä keväällä 2010 ollut käytettävissä.

Asiakasmaksutuottojen osuus ristiintaulukoitiin hoivasta/hoidosta perittävän asiakasmaksun määrääytymisperusteiden kanssa. Muuttujien välillä oli yhteys siten, että kunnat, jotka määrittivät tehostetun palveluasumisen hoitomaksut henkilön bruttotulojen perusteella, kattoivat yli 20 % käyttökustannuksista asiakasmaksuilla. Nettotulojen perusteella hoitomaksun määrittäminen oli yhteydessä alle 20 % asiakasmaksutuotto-osuuteen. Yhteydet eivät olleet kuitenkaan tilastollisesti merkitseviä. Lisäksi on huomioitava otoksen pieni koko ja se, että vastaajilta saadut tiedot asiakasmaksutuotto-osuuksista olivat osin suuntaa antavia.

Selvityksessä tarkasteltiin myös asiakasmaksutuottojen yhteyttä ateriapalvelumaksukäytäntöön. Kunnat, joissa ikäihmiset olivat yhdenvertaisia ja maksoivat saman hinnan ateriapalveluistaan, asiakasmaksutuotto-osuus oli yli 20 %. Vastaavasti kunnat, joissa ikäihmisten ateriapalvelun hinta oli riippuvainen siitä, oliko hän kunnan omassa voi ostopalveluna järjestettävässä tehostetussa palveluasumisessa, asiakasmaksutuotto-osuus oli 20 prosenttia tai vähemmän. Yhteys ei kuitenkaan ollut tilastollisesti merkittävä.

Asiakasmaksujen alentaminen

Lähes 70 % vastaajista ilmoitti, että asiakasmaksuja (hoito/hoiva) joudutaan alentamaan melko harvoilla. Oli kuitenkin vastaajia, jotka ilmoittivat, että maksuja alennetaan noin viidenneksellä palvelun piirissä olevilta henkilöiltä. Muutama vastaaja ilmoitti, että lähes puolen tai yli puolen tehostetun palveluasumisen asiakkaiden asiakasmaksuista joudutaan alentamaan. Esille tuli, että asiakasmaksuja jouduttiin alentamaan kunnan tai kuntayhtymä/yhteistoiminta-alueen järjestämän ostopalveluiden piirissä olevien henkilöiden osalta useammin kuin kunnan omissa yksiköissä asuvien henkilöiden kohdalla. Tässä yhteydessä

¹³⁹ Kuntien ja kuntayhtymien vuoden 2008 talous- ja toimintatilasto.

mainittiin kalliit ateriapalvelut yhtenä syynä asiakasmaksujen alentamisen tarpeeseen. Toinen mainittu tekijä olivat isot lääkekustannukset. Tässä yhteydessä on huomioitava, että asiakasmaksujen alentamista koskevaa tietoa ei dokumentoida tietojärjestelmiin. Tämä hankaloitti tähän kysymykseen vastaamista. Kunnan oman toiminnan osalta tieto saattoi olla jäljitettävissä, mutta ostopalveluiden osalta tiedon etsiminen saattoi olla työlästä, jopa mahdotonta. Asiakasmaksujen alentamista koskevaa tietoa ei systemaattisesti dokumentoida eikä tietoa myöskään seurata.

Toimeentulotuen myöntäminen

Yli puolet vastaajista ilmoitti, että tehostetun palveluasumisen asiakkaille ei ole myönnetty toimeentulotukea. Kaksi viidesosaa vastaajista ilmoitti, että toimeentulotukea oli myönnetty, mutta ainoastaan muutamalle prosentille asiakasryhmästä. Se, että toimeentulotukea ei ole myönnetty ei välttämättä tarkoittanut, että tehostetun palveluasumisen asiakkaille ei olisi syntynyt oikeutta toimeentulotukeen. Useimmat vastaajat totesivat, että mikäli toimeentulotuen tarve ilmenee, ensisijaisia tukitoimia ovat asiakasmaksun (hoito/hoiva) alentaminen tai maksusitoumuksen antaminen esim. kalliisiin lääkemenoihin tai satunnaisiin korkeisiin terveydenhuoltomenoihin. Suurin osa vastaajista oli sitä mieltä, että tehostetussa palveluasumisessa olevien ikäihmisten toimeentulo tulee turvata ilman toimeentulotukea. Yksi vastaaja kuitenkin totesi, että suunnitelmissa on käynnistää toimeentulotuen edellytysten arviointi tehostetun palveluasumisen asiakkaiden kohdalla. Toimeentulotuen myöntämistä tehostetun palveluasumisen asiakkaille ei dokumentoida, seurata eikä tietoa ole myöskään helposti saatavilla tietojärjestelmistä.

6 KOHTI PALVELUALUEITA

Työryhmä visioi, että vuoden 2015 jälkeen Suomen kunnissa on enenevässä määrin palvelualueita (palvelukampuksia, ks. kuvio 6.), jotka on suunniteltu ikääntyvän väestön ääntä kuullen. Näillä alueilla on yksityisasuntoja, senioritaloja, asumisyhteisöjä sekä ympärivuorokautista hoitoa ja huolenpitoa tarjoavia ryhmäkoteja. Alueiden suunnittelussa on otettu huomioon iäkkäiden ihmisten oikeus kotiin ja toimivaan arkeen, itsemääräämiseen, yksilöllisyyteen ja yhteisöllisyyteen.

Palvelualue tarjoaa ympäristön asunnoissa asuville ikäihmisille toimintakykyä, hyvinvointia ja terveyttä edistävää toimintaa. Siellä toimii neuvontakeskus, josta iäkkäät ihmiset saavat tukea ja ohjausta omaehtoiseen hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen. Keskus tarjoaa myös yleistä, palveluja ja etuuksia koskevaa tietotusta ja neuvontaa, sekä tietoa erilaisista osallistumismahdollisuuksista, kuten harrastus-, virkistys-, kulttuuri- ja vapaaehtoistoiminnasta. Neuvontakeskuksen palveluvalikoimaan sisältyy aina tieto ja ohjaus lähialueen julkisista, järjestöjen, seurakuntien ja yksityisten tuottajien palveluista ja niiden hinnoista sekä sosiaaliturvaan liittyvät kysymykset.

Palvelualueella on tarjolla erilaisia koti- ja ympärivuorokautisen hoidon välimaastoon sijoittuvia palveluja kuten päivätoimintaa ja lyhytaikaishoitoa, joilla tuetaan kotona asuvien ja omaistaan hoitavien ikäihmisten toimintakykyä, hyvinvointia ja terveyttä. Toiminta on monipuolista ulottuen liikuntamahdollisuuksista hengellisiin ja erilaisiin yhteisöllisyyttä edistäviin harrastetoimintoihin. Toiminnan järjestämiseen osallistuvat niin julkinen sektori, yritykset, järjestöt ja seurakunnat kuin ikäihmiset itse esimerkiksi vertaisryhmien vetäjinä.

Palvelualueella on tarjolla ympärivuorokautisen hoidon ja huolenpidon mahdollistavia esteettömiä ja turvallisia koteja, kuten ryhmäkoteja. Suuri osa ympärivuorokautista apua tarvitsevista ihmisistä on muistisairaita ja siksi alueen asunnoissa ja palvelualueen ympäristössä on otettu tämän asiakasryhmän tarpeet huomioon. Hyvän arjen turvaavaa teknologiaa, kuten valvontatekniikkaa ja rakenteellista turvatekniikkaa^{140 141}, sovelletaan laajasti.

Työryhmän visio perustuu Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen Ikähorisontti -hankkeessa kehitettyyn palvelukonseptiehdotukseen¹⁴², jota kehitetään edelleen. Konseptia koekäytetään ja arvioidaan Kaste -ohjelmasta valtionavustuksia saaneissa hankkeissa sekä eräiden muiden kuntien kanssa. Palvelukonseptin kehittämisessä on otettu huomioon mm. Tanskassa kehitetty palvelualuemalli ja Hollannin naapurustomalli¹⁴³. Myös Suomessa on jo esimerkkejä samansuuntaisten konseptien kehittämisestä, muiden muassa Espoon Elä ja asu -malli¹⁴⁴, Helsingin monipuolinen vanhustenkeskus¹⁴⁵, Hämeenlinnan Keinusaari¹⁴⁶, Kinkomaan Vitapolis¹⁴⁷, Lieksan ikäihmisten yhteisöasumisen malli¹⁴⁸ sekä Ristijärven SeniorPolis¹⁴⁹. Esimerkki suomalaisesta vientituotteesta on Finnish Wellbeing Center FWBC¹⁵⁰.

140 Sievänen L ym. 2007. Opas ikääntyneen muistioireisen kodin muutostöihin. Ympäristöopas. Ympäristöministeriö.

141 Ikäteknologia; ks. www.ikateknologia.fi

142 Muurinen S., Voutilainen P. & Finne-Soveri H. 2010. Uusia palvelukonsepteja ikäihmisille. Teoksessa: Muurinen S. ym. (toim.) Uusi terveydenhuolto. Hoitotyön vuosikirja 2010. FIOCA Oy, Helsinki. ss. 151-160.

143 Välikangas K. 2009. Yhteisöllisyyttä, laatua ja vaihtoehtoja. Ikääntyneiden välimuotoisen asumisen ratkaisuja Ruotsissa, Norjassa, Tanskassa ja Hollannissa. Suomen ympäristö 13/2009.

144 Espoon elä ja asu -malli. Saatavilla: <http://www.rakli.fi/attachements/2008-10-16T14-43-3986.pdf> Luettu 30.8.2010.

145 Muurinen S. & Soini H. 2009. Helsingin monipuolisen vanhustenkeskuksen hoitotyön arviointi 2009. Tutkimuksia 2009:2. Helsingin kaupungin sosiaalivirasto.

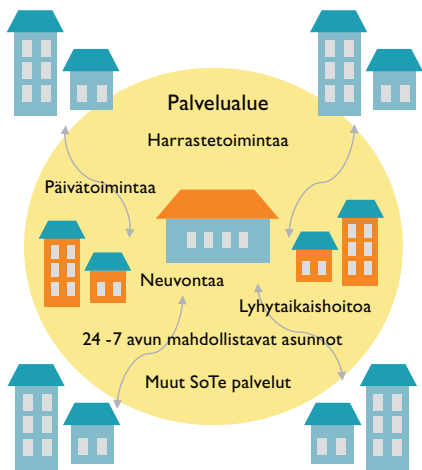
146 Hämeenlinna Keinusaari. Lisätietoa saatavilla osoitteessa: http://www.kunnat.net/k_peruslistasivu.asp?path=1;29;353;85691;129992;149105;164156;164760;164769 Luettu 30.8.2010.

147 Vitapolis. Lisätietoa saatavilla osoitteessa: <http://www.vitapolis.fi> Luettu 30.8.2010.

148 Lieksan ikäihmisten yhteisöasumisen malli. Saatavilla: <http://www.chydenius.fi/yksikot/yhteiskuntatieteet/tutkimus/hankkeet/kampa/kampa-mallivihko-2> Luettu 30.8.2010.

149 SeniorPolis. Lisätietoa saatavilla osoitteessa: <http://www.seniorpolis.com/> Luettu 30.8.2010

150 Finnish Wellbeing center. Lisätietoa saatavilla osoitteessa: http://www.fwbc.fi/index.php?option=com_content&task=view&id=3&Itemid=4 Luettu 30.8.2010.



Kuvio 6. Palvelualue.

Kaikki edellä kuvatut palvelukonseptit korostavat iäkkään ihmisen oikeutta kotiin kodikkaassa asuin- ja hoitoympäristössä ja toimivaan arkeen silloinkin, kun hänen toimintakykynsä ja terveydentilansa edellyttävät hoitoa ja huolenpitoa ympäri vuorokauden. Tämänkaltaisen tavoite haastaa laajan joukon toimijoita: kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon ohella merkittäviä ratkaisuja tehdään asumisen, kulttuuri-, liikenne- ja sivistyspalveluiden sekä yhdyskuntasuunnittelun alueella, järjestöissä ja elinkeinoelämässä.

Ympäri vuorokautisen hoidon ja huolenpidon palveluiden kansainvälinen tarkastelu osoittaa, että esimerkiksi Tanska ja Hollanti ovat kehittäneet palvelualue-ajattelua jo vuosien ajan. Katsaus viiden maan 24/7 hoidon järjestämiseen (liite 1) osoittaa myös, että iäkkään henkilön itsemäärääminen ja valinnan vapaus ovat keskeisiä kehittämistä ohjaavia arvoja. Tällöin korostuu iäkkään ihmisen oikeus kotiin myös silloin, kun hoidon ja huolenpidon tarve on ympärivuorokautista. Perinteisestä pitkäaikaisesta laitoshoidosta (vrt. terveyskeskusvuodeosasto, vanhainkoti) on luovuttu esimerkiksi Hollannissa, Ruotsissa ja Tanskassa. Laitoksia korvaamaan on kehitetty vaihtoehtoisia asumismuotoja ja näiden läheisyyteen palveluita tuottavia keskuksia. Myös Englannissa on vahva suuntaus pois laitoshoidosta. Palvelutarpeen arviointi, palveluohjaus ja käytettävissä olevien resurssien yhdenvertainen ohjaaminen iäkkäille ihmisille on kehittämisen kohteena useassa maassa. Asiaksmaksu henkilökohtaisesta hoidosta oli joko täysin ilmaista tai sitten asiakkaat maksoivat tasamaksun tai tuloihin suhteutetun summan. Asiaksmaksua määriteltäessä saatettiin tulojen lisäksi huomioida myös varallisuus.

KIRJALLISUUSVIITTEET

- Aaltonen M., Forma L., Rissanen P., Raitanen J. & Jylhä M. 2010. Transitions in health and social service system at the end of life. *European Journal of Ageing*, 7, 91-100.
- Alzheimer's Association 2006. *Activity Programming for Persons with Dementia. A Sourcebook*.
Saatavilla: <http://lifecenter.ric.org/index.php?tray=content&tid=top4&cid=3234>
- Andersson S. 2007. Palveluasuntoja ikäihmisille. Palvelusasumisen nykytilanne ja tuleva tarve. Raportteja 14. Stakes.
Saatavilla: <http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/raportit/R14-2007-VERKKO.pdf>
- Erkinjuntti T., Rinne J. & Soininen H. (toim.) 2010. *Muistisairaudet*. Kustannus Oy Duodecim.
- Espoon elä ja asu -malli 2008. Saatavilla: <http://www.rakli.fi/attachements/2008-10-16T14-43-3986.pdf>
- European Commission 2009. Directorate-General for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities Report of the Ad Hoc Expert Group on the Transition from Institutional to Community-based Care.
- Hallituksen esitys Eduskunnalle kansanterveystyöstä ja sen voimaannpanosta annettaviksi laeiksi. 1971 vuoden valtiopäivät n:o 98.
- Hallituksen esitys 90/2010 Eduskunnalle terveydenhuoltolaiksi sekä laeiksi kansanterveyslain ja erikoissairaanhoidon lain muuttamiseksi sekä sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain muuttamiseksi.
Saatavilla: [http://www.eduskunta.fi/triphome/bin/thw/?\\${APPL}=akirjat&\\${BASE}=akirjat&\\${THWIDS}=0.42/1290544062_482322&\\${TRIPPIFE}=PDF.pdf](http://www.eduskunta.fi/triphome/bin/thw/?${APPL}=akirjat&${BASE}=akirjat&${THWIDS}=0.42/1290544062_482322&${TRIPPIFE}=PDF.pdf)
- Hallituksen esitys 101/2010 Eduskunnalle laeiksi kotikuntalain ja sosiaalihuoltolain muuttamisesta. Saatavilla: <http://www.edilex.fi/virallistieto/he/fi/20100101.pdf>
- Heimonen S. & Voutilainen P. (toim.) 2006. Avaimia arviointiin. Dementoituvien kuntoutumista edistävä hoitotyö. Edita.
- Heponiemi T., Elovainio M., Laine J., Pekkarinen L., Eccles M., Noro A., Finne-Soveri H. & Sinervo T. 2007. Productivity and employees' organizational justice perceptions in long-term care for the elderly. *Research in Nursing and Health*, 30, 498-507.
- Honkatukia J., Ahokas J. & Marttila. K. 2010. Työvoiman tarve Suomen taloudessa vuosina 2010-2025. VATT tutkimukset 2010:154. Valtion taloudellinen tutkimuskeskus. Saatavilla: http://www.vatt.fi/file/vatt_publication_pdf/t154.pdf
- Hujanen T., Kapiainen S ja Tuominen U. 2009. Terveydenhuollon yksikkökustannukset Suomessa vuonna 2006. Työpapereita 3/2008. Stakes.
- Hujanen T., Peltola M., Häkkinen U. & Pekurinen M. 2008. Miesten ja naisten terveysmenot ikäryhmittäin 2006. Stakesin työpapereita 37/2008.
Saatavilla: <http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/tyopaperit/T37-2008-VERKKO.pdf>

- Isola A. & Voutilainen P. 1998. Vanhusten pitkäaikaishoidon ulkopuolinen tarkastus. Helsingin kaupungin terveysturvaston raportteja 1998:8.
- Jylhä M., Forma L., Aaltonen M., Raitanen J. & Rissanen P. 2008. Pidentyvä vanhuusikä ja palvelujen uudet haasteet. Teoksessa: Ashorn U. & Lehto J. (toim.). Tutkijapuheenvuoroja terveydenhuollosta. Stakes. ss. 116-128.
- Jylhä M., Vuorisalmi M., Luukkala T., Sarkeala T. & Hervonen A. 2009. Elinikä pitenee nopeammin kuin toimintakyky paranee. 90-vuotiaiden ja sitä vanhempien toimintakyvyn muutokset vuosina 1996-2007. Suomen Lääkärilehti, 64, 2285-2290. Saatavilla: <http://www.fimnet.fi/cl/laakarilehti/pdf/2009/SLL252009-2285.pdf>
- Jyrkämä J. 2008. Toimijuus, ikääntyminen ja arkielämä -hahmottelua teoreettis-metodologiseksi viitekehykseksi. Gerontologia, 22, 190-203.
- Kaskisaari M., Tammelin M., Hirvonen J., Hämeenaho P., Ilmarinen K. & Vartiainen A. 2010. Kuntalaisten arvioita sosiaalipalveluista. ParasSos –tutkimus Keski-Suomen yhdeksän kunnan alueella. Raportti 6/2010. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Saatavilla: <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/55b5dafa-c856-4f65-b34f-cfbf80605b09>
- Kivelä S.-L. 2006. Geriatrisen hoidon ja vanhustyön kehittäminen. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen selvityksiä 2006:30.
- Kokko S., Heinämäki L., Tynkkynen L.-K. ym. 2009. Kunta- ja palvelurakennemuutoksen toteutuminen. Kuntakysely sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen järjestämisestä ja tuottamisesta. Raportti 36/2009. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Saatavilla: <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/eaf43d23-6dd0-4e42-b4f6-5b8243c3386e>
- Koskinen S., Martelin T. & Sainio P. 2006. Iäkkäiden toimintakyky: ulottuvuudet, viimeaikaiset muutokset ja kehitysnäkymät. Teoksessa: Martelin T. & Kuosmanen N. (toim.). Ikääntyminen ja toimintakyky: haasteet tutkimukselle. Kolmas kansallinen ikääntymisen foorumi 9.11.2006. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja 2007:B24. ss. 15-25. Saatavilla: http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja_b/2007/2007b24.pdf
- Kröger T., Leinonen A. & Vuorensyrjä M. 2009. Hoivan tekijät. Suomalainen hoivatyö pohjoismaisessa tarkastelussa. Jyväskylän yliopisto, Sosiaalityön julkaisusarja 6. Saatavilla: <http://www.tsr.fi/tsarchive/files/TietokantaTutkittu/2006/106110Loppuraportti.pdf>
- Kuluttajavirasto 2009. Kuluttajaviraston hintavertailuja. Yksityiset vanhusten palvelutalot. Saatavilla: http://www.kuluttajavirasto.fi/File/d15ae057-1ebf-4bba-80a9-d06274543d68/090610_Palvelutalot.pdf
- Kuntien ja kuntayhtymien vuoden 2008 talous- ja toimintatilasto.
- Kähkönen L. 2008. Kuntien prosessit ja kokemukset vanhusten palveluasumisen ja kotipalvelujen kilpailuttamisesta. Pellervon taloudellisen tutkimuslaitoksen työpapereita nro 109. Saatavilla: http://www.ptt.fi/dokumentit/tp109_2406081304.pdf
- Laurinkari J., Poutanen V.-M., Saarinen A. & Laukkanen T. 2005. Senioritalo ikääntyneen asumisvaihtoehtona. Kysely- ja haastattelututkimus Joensuussa, Kuopiossa ja Tampereella vuonna 2005. Suomen ympäristö 2005:815. Saatavilla: <http://www.ymparisto.fi/default.asp?contentid=173173&lan=fi>
- Laine J. 2005. Laatu ja tuotannollista tehokkuutta. Taloustieteellinen tutkimus vanhusten laitoshoidosta. Tutkimuksia 151. Stakes.

- Laitalainen E., Helakorpi S., Martelin T. & Uutela A. 2010. Eläkeikäisten toimintakyky on parantunut, mutta ei kaikissa ikäryhmissä. Suomen Lääkärilehti 65, 3295-3301.
- Leskinen H. 2001. Kunta vastuuseen. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennepolitiikan toimeenpano ja sen arviointi. Acta-väitöskirjasarja 1. Acta-väitöskirjasarjan julkaisuja yhdessä Kuopion yliopiston kanssa. Suomen Kuntaliitto.
- Lieksan ikäihmisten yhteisöasumisen malli. Saatavilla: <http://www.chydenius.fi/yksikot/yhteiskuntatieteet/tutkimus/hankkeet/kampa/kampa-mallivihko-2>
- Liikanen A. 2010. Taiteesta ja kulttuurista hyvinvointia - ehdotus toimintaohjelmaksi 2010 - 2014. Opetusministeriön julkaisuja. 2010:1.
- Molony S. 2010. The Meaning of Home. A Qualitative Metasynthesis. Research in Gerontological Nursing, 3, 1-17.
- Muurinen S. & Soini H. 2009. Helsingin monipuolisen vanhustenkeskuksen hoitotyön arviointi 2009. Helsingin kaupungin sosiaalivirasto. Tutkimuksia 2009:2. Saatavilla: http://www.hel.fi/wps/wcm/connect/892bf804a176e2694eefc3d8d1d4668/2_hoitotyö.pdf?MOD=AJPERES
- Muurinen S., Vaarama M., Haapaniemi H., Mikkilä S., Hertto P. & Luoma M-L. 2006. Vanhainkotiasiakkaiden elämänlaatu, hoidon laatu ja kohdennustehokkuus. Care Keys -projekti / Helsinki-tiimi. Helsingin kaupungin sosiaalivirasto. Tutkimuksia 2006:2. Saatavilla: http://www.hel.fi/wps/wcm/connect/8d908c004a176e2694ddfc3d8d1d4668/2_ck_raportti.pdf?MOD=AJPERES
- Muurinen S., Voutilainen P. & Finne-Soveri H. 2010. Uusia palvelukonsepteja ikäihmisille. Teoksessa: Muurinen S., Nenonen M., Wilskman K. & Agge E. (toim.). Uusi terveydenhuolto. Hoitotyön vuosikirja 2010. FIOCA Oy, Helsinki. ss. 151-160.
- Nihtilä E., Martikainen P., Koskinen S., Reunanen A., Noro A. & Häkkinen U. 2008. Chronic conditions and the risk of long-term institutionalization among older people. European Journal of Public Health, 18, 77-84.
- Noro A. & Finne-Soveri H. 2008. Avo- ja laitoshoidon suhde - katsaus nykytilaan ja tulevaan. Teoksessa: Ilmakunnas S. (toim.). Hyvinvointipalveluja entistä tehokkaammin, uudistusten mahdollisuuksia ja keinoja. VATT-julkaisuja 2008:48. Valtion taloudellinen tutkimuskeskus. ss. 115-140. Saatavilla: http://www.vatt.fi/file/vatt_publication_pdf/j48.pdf
- Opetusministeriö 2009. Tutkintojen ja muun osaamisen kansallinen viitekehys. Opetusministeriön työryhmämuistiota ja selvityksiä 2009:34. Saatavilla: <http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Julkaisut/2009/liitteet/tr24.pdf?lang=fi>
- Pasanen S. 2010. Vanhusten palveluasumisen vaiheet Tampereella. Asiantuntijoiden kokemuksia ja näkemyksiä. Tampereen kaupungin tietotuotannon ja laadunarvioinnin julkaisusarja 2010:C1. Saatavilla: http://www.tampere.fi/material/attachments/v/5pnFWqpuf/Vanhusten_palveluasumisen_vaiheet_Tampereella.pdf
- Paturi M., Tapanainen H., Reinivuo H. & Pietinen P. (toim.) 2008. Finravinto 2007 -tutkimus. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B 23/2008.
- Pekkarinen L. 2007. The relationships between work stressors and organizational performance in long-term care for elderly residents. Research Report 171. Stakes.

- Pekkarinen L., Elovainio M., Sinervo T., Finne-Soveri H. & Noro A. 2006. Nursing working conditions in relation to restraint practices in long-term care units. *Medical Care*, 44, 1114-1120.
- Pekkarinen L., Sinervo T., Perälä M.-L. & Elovainio M. 2004. Work Stressors and the Quality of Life in Long-Term Care Units. *The Gerontologist*, 44, 633-643.
- Pitkälä K. 2010. Kuntoutus muistisairauksissa / Muistisairauksien diagnostiikka ja lääkehoito - Käypä hoito -suosituksen sähköinen tausta-aineisto. Saatavilla: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/nix01641>
- Poutanen V-M., Laurinkari J. & Hynynen R. 2008. Ikääntyneiden asumisratkaisut vuoden 2004 asumis- ja varallisuustutkimuksen valossa. *Suomen ympäristö 2008:20*. Saatavilla: <http://www.ymparisto.fi/default.asp?contentid=283848&lan=fi&clan=fi>
- Rantakokko M., Iwarsson S., Kauppinen M., Leinonen R., Heikkinen E. & Rantanen T. 2010. Ulkona liikkumisen pelko, tyydyttämätön liikunnantarve ja ulkoympäristötekijät iäkkäiden ihmisten elämänlaadun heikentäjänä. *Abstrakti S19. Gerontologia*, 24, 94.
- Rintala T. 2003. Vanhuskuvat ja vanhustenhuollon muotoutuminen 1850-luvulta 1990-luvulle. *Tutkimuksia 132. Satakes*.
- Rissanen P & Aalto A-M. 2002. Yhteenveto kuntoutuksen vaikuttavuuden arvioinnista. Teoksessa: *Kannattaako kuntoutus? Asiantuntijakatsaus eräiden kuntoutusmuotojen vaikuttavuudesta. Raportteja 267. Stakes*. ss. 1-26.
- Saikkonen E-L. 2003. Koneellisen annosjakelun vaikutukset lääkekustannuksiin. *Sosiaali- ja terveysturvan selosteita 29/2003*. Saatavilla: [http://www.kela.fi/in/internet/liite.nsf/NET/110903114226PB/\\$File/annosjakelu.pdf?OpenElement](http://www.kela.fi/in/internet/liite.nsf/NET/110903114226PB/$File/annosjakelu.pdf?OpenElement)
- Sievänen L., Sievänen M., Välikangas K. & Eloniemi-Sulkava U. 2007. Opas ikääntyneen muistioireisen kodin muutostöihin. *Ympäristöopas. Ympäristöministeriö*. Saatavilla: <http://www.ymparisto.fi/download.asp?contentid=66821>
- Smith M., Kolanowski A., Buettner L. & Buckwalter K. 2009. Beyond Bingo: Meaningful Activities for Persons with Dementia in Nursing Homes. *Annals of Long-Term Care* 17, 22-30.
- Soini H., Muurinen S., Sandelin E., Suominen M. & Pitkälä K. 2007. Ympäri vuorokautisessa hoidossa olevien vanhusasiakkaiden ravitsemussuositukset Helsingissä. *Gerontologia*, 21, 329-334.
- Sosiaali- ja terveydenhuollon vuosikirja. 2009. THL. SVT Sosiaaliturva.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2005a. Sosiaali- ja terveydenhuollon maksupolitiikan uudistamista selvittäneen toimikunnan mietintö. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2005:10. Saatavilla: <http://pre20090115.stm.fi/pr1129877421184/passthru.pdf>
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2005b. Turvallinen lääkehoito – Valtakunnallinen opas lääkehoidon toteuttamisesta sosiaali- ja terveydenhuollossa. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2005:32. Saatavilla: <http://pre20090115.stm.fi/pr1139565646410/passthru.pdf>
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2006. Ikäihmisten toimintakyvyn arviointi osana palvelutarpeen arviointia sosiaalihuollossa. *Kuntainfo 5/2006*. Saatavilla. <http://www.stm.fi/tiedotteet/kuntainfot/kuntainfo/view/1258673#fi>

- Sosiaali- ja terveysministeriö 2007a. Vanhusten turvallinen lääkehoito: Kuntien velvoitteet. Kuntatiedote 6/2007.
Saatavilla: <http://www.stm.fi/tiedotteet/kuntainfot/kuntainfo/view/1236539#fi>
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2007b. Sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön tehtävärakennesuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:14. Saatavilla: http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3685.pdf&ttitle=Sosiaalihuollon_ammattillisen_henkiloston_tehtavarakennesuositus_fi.pdf
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2009a. Kuntoutuslaitosselvitys 2009. Kuntoutuslaitosten tila ja selvitysmiesten ehdotukset kuntoutuslaitostoiminnan kehittämiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:61.
Saatavilla: http://www.stm.fi/julkaisut/selvityksia-sarja/nayta/_julkaisu/1480996#fi
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2009b. Neuvonta ja palveluverkosto ikääntyneiden terveyden ja hyvinvoinnin edistäjänä. Ikäneuvo-työryhmän muistio. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:24. Saatavilla: http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-9894.pdf
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2009c. Johtamisella laatua ja työhyvinvointia sosiaalialalle. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:17. Saatavilla: http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-10778.pdf
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2009d. Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön. Toimintaohjelma 2009-2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:18. Saatavilla: http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-10623.pdf
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2009f. Sosiaaliturvan uudistamiskomitean (SATA) ehdotukset sosiaaliturvan uudistamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:62. Saatavilla: http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=1082856&name=DLFE-10834.pdf
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2010a. Hyvä saattohoito Suomessa. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2010:6.
Saatavilla: http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/_julkaisu/1528097
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2010b. Sosiaalihuollon lainsäädännön uudistamistyöryhmän väliraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010:19. Saatavilla: http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=1082856&name=DLFE-11731.pdf
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2010. Sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön mitoitussindikaattoreiden kehittäminen avohuollossa. Tulossa.
- Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen Kuntaliitto 2008. Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:3.
Saatavilla: http://www.stm.fi/julkaisut/julkaisujasarja/nayta/_julkaisu/1063089#fi
- Sosiaaliturvan uudistamiskomitean (SATA)esitys sosiaaliturvan kokonaisuudistuksen keskeisistä linjauksista. 2010.
Saatavilla: <http://www.stm.fi/tiedotteet/tiedote/view/1381629>
- Sulander T., Puska P., Nissinen A. ym. 2007. 75-84 -vuotiaiden suomalaisten toiminnanvajeiden muutokset 1993-2005. Suomen Lääkärilehti 62, 75-84.
- Suomen Alzheimer-tutkimusseuran kokoama asiantuntijaryhmä 2008. Hyvät hoitokäytännöt etenevien muistisairauksien kaikissa vaiheissa. Suomen Lääkärilehti 63. Supplementti.

- THL/SVT 2009. Sosiaali- ja terveydenhuollon tilastollinen vuosikirja 2009. Saatavilla: <http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2009/julkaisut/sosteri2009.pdf>
- THL/SVT 2010a. Sosiaalihuollon laitos- ja asumispalvelut 2009. Tilastoraportti 25/2010. Saatavilla: http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2010/Tr25_10.pdf
- THL/SVT 2010b. Terveyskeskusten perusterveydenhuollon vuodeosastohoito 2009. Tilastoraportti 33/2010. Saatavilla: http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2010/Tr33_10.pdf
- THL/SVT 2010c. Yksityinen palvelutuotanto sosiaali- ja terveydenhuollossa. Saatavilla: <http://info.stakes.fi/yksityinenpalvelutuotanto/FI/yksityisenosuus/sosiaalipalvelut/index.htm>
- Tilasto- ja indikaattoripankki SOTKANet –tietokanta. Saatavilla: www.sotkanet.fi à Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksen seurantaindikaattorit
- Tilastokeskus 2009. Kuntien ja kuntayhtymien sosiaali- ja terveystoimen käyttökustannukset ja maksutuotot. Kuntien ja kuntayhtymien talous- ja toimintatilasto 1997 - 2008. Saatavilla. www.kunnat.net/attachment.asp?path=1;29;353;15284;95081
- Tilvis R., Pitkälä K., Strandberg T., Sulkava R. & Viitanen M. (toim.) 2010. Geriatria. 2. painos. Kustannus Oy Duodecim.
- Työ- ja elinkeinoministeriö 2010. Kuluttajanäkökulman toteutuminen palveluasumisessa ja palveluasumisen hintojen vertailtavuuden parantaminen. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja, Konserni, 70/2010. Saatavilla: http://www.tem.fi/files/28523/70_2010_web.pdf
- Vaarama M., Kainulainen S., Perälä M-L. & Sinervo T. 1999. Vanhusten laitoshoidon tila. Voimavarat, henkilöstön hyvinvointi ja hoidon laatu. Aiheita 46. Stakes.
- Vaarama M., Luoma M-L. & Ylönen L. 2006. Ikääntyneiden toimintakyky, palvelut ja koettu elämänlaatu. Teoksessa: Kautto M. (toim.). Suomalaisten hyvinvointi 2006. Stakes. ss. 104-136.
- Vaarama M. & Ollila K. 2008. Koettu hyvinvointi ja elämänlaatu kolmannessa iässä. Teoksessa: Moisio P., Karvonen S., Simpura J. & Heikkilä M. (toim.). Suomalaisten hyvinvointi. Stakes. ss. 116-140.
- Vaarama M., Pieper R., Ljunggren G., Muurinen S., Saks K. & Sixsmith A. 2008. Care-Related Quality of Life – An Overview. Springer.
- Vaarama M., Tiit E-M., Muurinen S., Pieper R., Saks K., Sixsmith A. & Hammond M. 2008. Care-related Quality of Life in Old Age. Concepts, Models and Empirical Findings. Springer.
- Vaarama M., Voutilainen P. & Kauppinen S. 2005. Ikääntyneiden hoivapalvelut. Teoksessa: Heikkilä M. & Roos M. (toim.). Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2005. Stakes.
- Valkama P., Kallio O., Haatainen J., Laurila H. & Siitonen P. 2008. Kuntapalvelujen kilpailuttamisen taloudelliset vaikutukset. I osa: Käsitteet, teoreettiset lähestymistavat, metodologia ja aikaisemmat tutkimustulokset. Kunnallisan kehittämissätiö KAKS. Saatavilla: http://www.kaks.fi/sites/default/files/1198-KunnatJaKilp_9_web.pdf

- Valkama P., Kallio O. & Kankaanpää J. 2008. Kuntapalvelujen kilpailuttamisen taloudelliset vaikutukset. II osa: Empiiriset tulokset. Kunnallisalan kehittämissäätiö KAKS.
Saataavilla: http://www.kaks.fi/sites/default/files/1203-Kunnat_ja_kilp_12_web.pdf
- Valta M. 2009. Ikääntyneiden toimintakyky ja avuntarve. Suurten ja keski suurten kaupunkien RAVA poikkileikkaustutkimus v. 2008. FCG Efeko Oy.
- Valtion Taloudellinen Tutkimuslaitos 2010. Työvoiman tarve Suomen taloudessa vuosina 2010-2025. Tutkimukset 154.
- Valtioneuvosto 1952. Vanhustenhuoltokomitean mietintö 1952:11.
- Valtiovarainministeriö 2007. Sosiaali- ja terveydenhuollon maksujärjestelmää selvittävän työryhmän raportti. 3.5.2007.
- Valtion ravitsemusneuvottelukunta. 2010. Ravitsemussuositukset ikääntyneille.
Saataavilla: www.evira.fi/attachments/vnr/ikaantyneet.suositus.pdf
- Valvira 2010. Vanhusten ympärivuorokautisten palvelujen valvontasuunnitelman toimeenpano-ohjelma vuodelle 2010.
Saataavilla: <http://www.valvira.fi/files/toimeenpano-ohjelma%2028052010.doc>
- Valvira 2010. Vanhusten ympärivuorokautisen sosiaalihuollon palvelut. Toimintayksiköihin tehdyn kyselyn tulokset ja valvonnan jatkotoimenpiteet. Selvityksiä 2010:3. Saataavilla: http://www.valvira.fi/files/Vanhusten_sosiaalihuollon_palvelut.pdf
- Vastaus välikysymykseen vanhusten hoidon ja oikeuksien turvaamisesta VK 3/2009 29.9.2009. Saataavilla: <http://www.vn.fi/toiminta/valikysymykset/valikysymysvastaukset/fi.jsp?oid=271487>
- Viramo P. & Sulkava R. 2010. Muistioireiden ja dementian epidemiologiaa. Teoksessa: Erkinjuntti T., Rinne J. & Soininen H. (toim.) Muistisairaudet. Kustannus Oy Duodecim. ss. 28-36.
- Voutilainen P. 2004. Hoitotyön laatu ikääntyneiden pitkäaikaisessa laitoshoidossa. Tutkimuksia 142. Stakes.
- Voutilainen P. 2010. Hyvä ympärivuorokautinen hoito / Muistisairauksien diagnostiikka ja lääkehoito - Käypä hoito -suosituksen sähköinen tausta-aineisto. Saataavilla: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/nix01676>
- Voutilainen P., Isola A. & Muurinen S. 2004. Nursing documentation in nursing homes - state-of-the-art and implications for quality improvement. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18, 72-81.
- Voutilainen P., Kauppinen S., Heinola R., Finne-Soveri H., Sinervo T., Kattainen E., Topo P. & Andersson S. 2007. Katsaus ikääntyneiden kotihoidon kehitykseen. Teoksessa: Heikkilä M. & Lahti T. (toim.). Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2007. Stakes.
- Voutilainen P. & Vaarama M. 2005. Toimintakykymittareiden käyttö ikääntyneiden palvelutarpeen arvioinnissa. Raportteja 7. Stakes.
- Vähäkangas P. 2010. Kuntoutumista edistävä hoitajan toiminta ja sen johtaminen pitkäaikaisessa laitoshoidossa. Oulun yliopisto. *Acta Universitatis Ouluensis, D Medica* 1060. Saataavilla: <http://herkules oulu.fi/isbn9789514262319/isbn9789514262319.pdf>

Välakangas K. 2009. Yhteisöllisyyttä, laatua ja vaihtoehtoja. Ikääntyneiden välimuotoisen asumisen ratkaisuja Ruotsissa, Norjassa, Tanskassa ja Hollannissa. Suomen ympäristö 2009:13.

Saatavilla: <http://www.ymparisto.fi/default.asp?contentid=318366&lan=fi&clan=fi>

Väänänen-Sainio R. 2005. Vanhusten ja vammaisten kotiin annettavien palvelujen ja asumispalvelujen asiakasmaksujen uudistaminen. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2005:17.

WHO 2007. Global Age-Friendly Cities. Saatavilla: http://www.who.int/ageing/publications/Global_age_friendly_cities_Guide_English.pdf

Özer-Kemppainen Ö. 2005. Senioriasumisen nykytila, kehitystarpeet ja mahdollisuudet. Oulun yliopisto. Julkaisu 2005:A32.

Saatavilla: <http://herkules oulu.fi/isbn9514276442/isbn9514276442.pdf>

Internet lähteet:

Finnish Wellbeing center. Lisätietoa saatavilla osoitteessa: http://www.fwbc.fi/index.php?option=com_content&task=view&id=3&Itemid=4 Luettu 30.8.2010.

Gernet –verkkosivusto. Saatavilla: www.gernet.fi

Hämeenlinna Keinusaari. Lisätietoa saatavilla osoitteessa: http://www.kunnat.net/k_peruslistasivu.asp?path=1;29;353;85691;129992;149105;164156;164760;164769 Luettu 30.8.2010.

Ikäteknologia; ks. www.ikateknologia.fi

Ikäkkäiden lääkehoidon tietokanta. Saatavilla: <http://www.fimea.fi/ajankohtaista/1/33029> Luettu 30.8.2010

Käypä hoito –hoitosuosituksset. Saatavilla: www.kaypahoito.fi

RAI vertailukehittäminen. Lisätietoa osoitteessa: <http://info.stakes.fi/finrai/FI/Index.htm>

RAVA-järjestelmä. Lisätietoa osoitteessa: http://www.kunnat.net/k_perussivu.asp?path=1;29;145;44264;38949;37581

SeniorPolis. Lisätietoa saatavilla osoitteessa: <http://www.seniorpolis.com/> Luettu 30.8.2010

Sosiaali- ja terveysministeriö: Toimiva terveyskeskus –toimenpideohjelma (lisätietoa: www.stm.fi à Vireillä à Kehittämishjelmat ja hankkeet à Toimiva terveyskeskus –toimenpideohjelma)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakaslaskenta. 31.12.2009. Lisätietoa: <http://www.stakes.fi/FI/tilastot/aiheittain/index.htm>

Tilasto- ja indikaattoripankki SOTKANet –tietokanta. Saatavilla: www.sotkanet.fi à Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksen seurantaindikaattorit

Vitapolis. Lisätietoa saatavilla osoitteessa: <http://www.vitapolis.fi> Luettu 30.8.2010.

Äldreguiden: <http://aldreguiden.socialstyrelsen.se/Pages/About.aspx>

Julkaisemattomat lähteet:

Finne-Soveri H. 2009. Mitä tapahtui hoidon laadulle 10 vuodessa? Esitys tiedotustilaisuudessa 23.9.2009.

Finne-Soveri H. ym. 2010. Millaiset iäkkäät potilaat voisivat asua vanhainkodissa tai palvelutaloissa terveyskeskuksen vuodeosaston sijasta? Julkaistavaksi toimitettu käsikirjoitus.

Ympäri vuorokautisen hoidon nykytila (v. 2009 - 2010) Ruotsissa, Tanskassa, Hollannissa, Englannissa ja Itävallassa.

	Ruotsi	Tanska	Hollanti	UK (Englanti)	Itävalta
Terminologia: asuminen ja 24/7 hoito/palvelu	Special housing (sateenvarjokäsite kattaa vanhaa hoitoa, service houses, group homes)	Care homes ("perinteinen ryhmäkoti"), older people's housing tai close-care accommodation	Nursing home, residential home	Nursing home (terveyspalvelut); residential care (sosiaalipalvelut); myös extra care housing and sheltered housing	Long-term residential care; nursing homes or old people's homes
Asuminen ja 24/7 hoito / palvelun järjestämisvastuu ja palvelun tuottajat	Järjestämisvastuu on kunnalla. Informaatio-ohjausta on, mutta kunnat voivat päättää hyvin itsenäisesti monista asioista palvelun järjestämisessä. Yksityisiä palveluntuottajia runsaasti, myös kunnallista palveluntuotantoa.	Järjestämisvastuu alue- ja paikallisviranomaisilla (ministeriön informaatio-ohjaus). Palvelun tuottajat ovat pääasiassa yksityisiä julkisen sektorin organisaatioita.	Järjestämisvastuu on alueellisilla palveluohjaustoimistoilla; ministeriön informaatio-ohjaus. Palvelun tuottajat pääasiassa yksityisiä, joita tavoittelemattomia organisaatioita.	Järjestämisvastuu paikallisilla (ministeriön informaatio-ohjaus). Palvelun tuottajat ovat julkiset organisaatiot, joita tavoittelemattomat yksityiset organisaatiot, yritykset ja yhteiskunnalliset tuottajat. Myös julkisia ja yksityisiä on palvelun tuottajina.	Aluehallinnolla (länder) on järjestämisvastuu. Aluehallinto voi melko itsenäisesti päättää miten palvelu järjestetään. Yksityiset, joita tavoittelemattomat organisaatiot ovat merkittäviä palvelujen tuottajia. Myös julkisia ja yksityisiä on palvelun tuottajina.
Ympäri vuorokautisen hoidon rakenne	Ikäihmisiä muuttavat 24/7 asumisen yksiköihin vasta, kun ovat toimintakyvyttöinä hyvin haureita; 24/7 asumisen yksiköistä ei muuteta toimintakyvyn heikentyessä.	Lähes jokainen ikäihminen asuu palvelualueella omassa asunnossaan, ja saa tarvitsemansa palvelut. Muutos palvelutarpeessa ei edellytä muuttoa.	Asiakas asuu ja saa tarvitsemansa hoidon (nursing home, residential home); hoitotarpeen muutoksen vuoksi ei tarvitse muuttaa.	Palvelun tuottajat osin profiloituneet esim. sairauksien hoitoon tai huolenpitoon. Muutokset palvelutarpeesta saattavat edellyttää muuttoa yksiköiden välillä.	Palvelutarpeen muutos ei edellytä muuttoa, mutta vaikuttaa palvelun hintaan.
Palvelutarpeen arviointi	Palvelutarpeen arviointi kuntatasolla (care manager). Palvelutarpeen arviointia ei ole ohjeistettu kansallisella tasolla. Palvelun pääsyn kriteerit voivat vaihdella hyvinkin paljon eri kunnissa. Samankaltaisesti tehdään päätös palvelustosta.	Palvelutarpeen arviointi (ministeriön informaatio-ohjaus) toteutetaan paikallisella tasolla moniammatillisesti.	Keskityt, alueelliset palvelutarpeen arviointiyksiköt (ministeriön informaatio-ohjaus); tarkoituksellisesti määrättyä euromäärä, jolla asiakas on oikeutettu saamaan hoitoa (= asiakkaan "hoitopaketti"). Ikkäiden 24/7 hoidossa ei ole käytössä henkilökohtaisia budjetteja. Lisäksi palveluntuottajien arviointi tarpeen ja laati hoitosuunnitelman.	Kokonaisvaltainen moniammatillinen palvelutarpeen arviointi kattaa toimintakyvyn, terveyden ja sosiaalisen tuen tarpeen. Standardoidut mittarit käytössä. Tarpeen arviointin perusteella määrätään palvelutaso (=euromäärä), johon hänellä on oikeus. Palvelutaso on neijä. Käytössä on palveluseteli.	Palvelutarpeen arvioi lääkärit. Määräytymisperuste on, kuinka paljon henkilö tarvitsee kuukaudessa henkilökohtaista hoitoa (50 t - yli 180 t). Arvioinnin perusteella määrätty henkilön saaman 7-portaisen hoitoavustuksen (pflegegeld) suuruus. Arviointikriteerit ja myös saman portaan avustuksen euromäärä vaihtelee maan eri osissa.
Palveluohjaus	Palveluohjaus liittyy kiinteästi palvelutarpeen arviointiin. Vastuu kunnallisilla viranomaisilla.	Palveluohjaus liittyy kiinteästi palvelutarpeen arviointiin ja on paikallisten viranomaisten vastuulla (ministeriön informaatio-ohjaus).	Keskityt, alueelliset palveluohjaus-toimistot. Koordinoi ja tukee tarvittaessa asiakasta hoitoyksikön valinnassa huomioiden arviointiyksikön allokoiden euromäärän.	Paikallisella tasolla palveluohjaajat (care case manager) koordinoivat palvelutarpeen arviointin, hoitosuunnitelman ja asiakkaan tarvitsemat palvelut.	Asiakkaan näkökulmasta palvelujen koordinoimille olisi tarvetta, mutta sitä ei ole systemaattisesti kehitetty ja otettu käyttöön.
Asiakasmaksut	Tasamaksu henkilökohtaisesta hoidosta (noin 1670 kr vuonna 2010). Jos asiakkaan tulot alle 4800 kr (v. 2010), hoidosta ei peritä asiakasmaksua. Lisäksi asiakas maksaa vuokran ja asumisen kulut sekä ateenat.	Asiakas maksaa asumisesta vuokraa todellisten kustannusten mukaan (tulosisolomaksu asumistukea mahdollista saada). Henkilökohtainen hoito on maksuton. Ateriapalvelu, pyykkihuolto ja siivous maksullista.	Kuukausimaksu määrätty "hoitopaketin" laajuuden mukaan, varallisuutta ei huomioida. Maksimimaksu määrätty (2081,60 € /kk v. 2010). Yhtenäinen käytäntö koko maassa.	Tulosisolomaksu k-maksu. Maksu voi olla enintään 80 % tuloista. Myös varallisuus ja säästöt huomioidaan. Henkilö voi käyttää maksua samaansa hoitoavustusta, mutta se kattaa vain pienen osan asiakasmaksusta.	Tulosisolomaksu k-maksu. Maksu voi olla enintään 80 % tuloista. Myös varallisuus ja säästöt huomioidaan. Henkilö voi käyttää maksua samaansa hoitoavustusta, mutta se kattaa vain pienen osan asiakasmaksusta.
Asiakasmaksun kattama hoito	Henkilökohtainen hoito sisältää hygieniasta huolehtimisen, lääkehoidon toteutuksen, ruokailussa, liikkumisessa ja ihon hoidossa avustamisen, sosiaaliseen toimintaan liittyvät aktiviteetit, fysio- ja toimintaterapia sekä apuvälineet.	Henkilökohtaiseen hoitoon sisältyvät hygieniasta huolehtiminen, lääkehoidon toteutus, päivittäisissä toiminnoissa (ruokailu, liikkuminen, erityisesti ihonhoito) avustaminen, fysio- ja toimintaterapia, apuvälineet ja ostettain sosiaaliseen toimintaan liittyvät aktiviteetit. Palvelutarjonta vaihtelee kunnittain.	"Hoitopaketti" käsittää viisi osatekijää: henkilökohtainen hoito, sairaanhoito, ennaltaehkäisy, asuminen ja hoitotoimipenit. Asiakkaan "hoitopaketti" sisältää kaikki osiot tai asumisen lisäksi van jonkin osatekijän.	Henkilökohtainen hoito sisältää hygieniasta huolehtimisen, lääkehoidon toteutuksen, ruokailussa, liikkumisessa ja ihon hoidossa avustamisen, sosiaaliseen toimintaan liittyvät aktiviteetit, fysio- ja toimintaterapia sekä apuvälineet. Palvelun hinta määrätty sen mukaan, mitkä kaikki palvelut siihen sisälty.	Henkilökohtainen hoito sisältää hygieniasta huolehtimisen, lääkehoidon toteutuksen, ruokailussa, liikkumisessa ja ihon hoidossa avustamisen, sosiaaliseen toimintaan liittyvät aktiviteetit, fysio- ja toimintaterapia sekä apuvälineet. Palvelun hinta määrätty sen mukaan, mitkä kaikki palvelut siihen sisälty.

	Ruotsi	Tanska	Hollanti	UK (Englanti)	Itävalta
Vähimmäiskäyttövara	Hallitus määrittelee vuosittain, tarvittaessa asiakasmaksua alennetaan.	Ei ole määritelty.	Tasamääräinen. Vuonna 2009 yksinäinen henkilö 288,37 €, puolison kyseessä ollessa 448,53 €	Ei tietoa.	Tulosdominainen. 20 % tuloista on jätettävä henkilön käyttövaroksi.
Valinnan vapaus	Asiakas valitsee palvelun tuottajan kunnan kanssa sopimuksen tehneistä tuottajista. Valinnan mahdollisuuksia tukee internet-pohjainen Aldreguiden (http://aldreguiden.socialstyrelsen.se/), jossa on tietoa eri palvelun tuottajien palveluiden laadusta.	Oikeus valita asumisratkaisu (vuodesta 2002) ja palveluntuottaja (vuodesta 2003) aluetasolla (5 aluetta). Valinta on mahdollinen myös aluerajojen yli, kummankin alueen tekemän palvelutarvearvion perusteella.	Asiakkaalla on oikeus valita vapaasti palvelun tuottaja ja hän voi valita arviointiyksikön määrittämää kevyemmän "hoitopakettin". Ministeriö ylläpitää portaalia (www.kiesbetern), mistä asiakas voi etsiä itselleen soveliainta palveluntuottajaa.	Asiakas saa tietoa palvelutasojen kriteereistä. Hän osallistuu hoitoaan koskevaan päätöksentekoon ja hoitopaikan valintaan. Care Quality Commission'n nettisivujen kautta asiakas voi etsiä palveluntuottajia (www.ccqc.org.uk)	Asiakas valitsee itse palveluntuottajan.
Tulevaisuuden linjauksia	Tarve saada kansallisesti yhtenäinen palvelutarpeen arvioinnin väline ja kriteeristö ohjaamaan palvelutarpeen arviointia ja palveluiden kohdentamista. Vuoden 2010 alusta kunnat ovat olleet velvollisia laatimaan henkilöille kokonaisvaltaisen hoitosuunnitelman (kattaa terveys-, sosiaali-, kuntoutus- ym. henkilön tarvitsemat palvelut) vrt. tavoitteena palveluketjun eheys yksilön näkökulmasta.	Kehitetään edelleen palveluita siten että asumisen alue on erillään palvelualueesta, mutta tuottaa asukkaalle tarvitsemat palvelut (close-care accommodation).	"Raha seuraa asiakasta" (individual-trailing funding) -ajattelu. Eroa henkilökohtaisesta budjetista (personal budget) siinä, että asiakas ei hallinnoi budjettia vaan hänelle kohdennetaan rahaa palvelutarpeen arvioinnin ja siihen liittyvän hoitosuunnitelman perusteella, viranomaisen hallinnoimalla. Kokeilu vuosina 2009-2011. Asiakkaan tarpeeseen perustuvien "hoitopaketien" kehittäminen. Tavoitteena eriyttää asumisen ja hoidon kustannus.	Tavoitteena terveys- ja sosiaalipalvelujen integraatio yksilön näkökulmasta. Tavoitteena, että yhä useammalla 24/7 hoitoa tarvitsevalle iäkkäällä asiakkaalla on oma asunto, jonne hän saa tarvitsemansa palvelut. Asiakaskeskeisyys, itse määrääminen ja perinteisestä laitoshoidosta luopuminen ohjaavat vahvasti 24/7 hoidon kehittämistä. Palveluntuottajien rekisteröinti käynnistynyt syysyllä 2010. Tähän liittyy laatusuranta ja ennakoiva puuttuminen epäkohtiin (www.ccqc.org.uk)	Tavoitteena on kehittää sosiaali- ja terveyspalveluiden integraatiota yksilön näkökulmasta.
Muut huomiot	Asiakkaista kerätään henkilökohtaisesta tiedosta vuosittain: sukupuoli, ikä, asumisen muoto, hoitopäätös pvm, hoidon aloitus pvm, hoidon lopetus pvm. Tiedot on yhdistettävissä esim. reseptillä ostettuihin lääkkeisiin.	Typillistä moniammatillinen tiimityö (ml. fysio- ja toimintaterapeutit). Ei 24/7 hoitoa saaville, yli 75 vuotiaalle vuosittain 2 ennaltaehkäisevää kotikäyntiä sisältäen palvelutarpeen arvioinnin.	Alueellisuus, iäkkään ihmisen luonnollisten sosiaalisten verkostojen tukeminen ja vapaaehtoistoimijat ovat tärkeitä selkkoja 24/7 hoidossa. Palvelutarpeen arvioinnin nykykäytäntö byrokraattinen, tavoitteena kehittäminen.	Hallituspohjainen muutos keväällä 2010 toi merkittäviä muutoksia, mm. sen että Care Quality Commission'n ylläpitämä 24/7-hoito tuottavien yksiköiden laatua kuvaavasta tähtiluokuksesta luovuttiin.	Ongelmana nähdään, että palvelutarpeen arviointi perustuu vain fyysisen toimintakyvyn arviointiin eikä käytössä ole kansallisesti yhtenäisiä mittaritietoja.

Taulukossa käytetyt lähteet:

Socialstyrelsen 2009. Care of older people in Sweden 2008. Saatavilla:

<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/17857/2009-12-6.pdf>

Schultz E. 2010. The long-term care system in Denmark. Discussion paper. Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung. Berlin. Saatavilla:

http://www.diw.de/documents/publikationen/73/diw_01.c.359021.de/dp1038.pdf

Internet-lähteet:

Austria. Social support system. Alzheimer Europe.

Saatavilla: <http://www.alzheimer-europe.org/Policy-in-Practice2/Country-comparisons/Social-support-systems/Austria> Luettu 30.12.2010.

Denmark. Social support system. Alzheimer Europe.

Saatavilla: <http://www.alzheimer-europe.org/EN/Policy-in-Practice2/Country-comparisons/Social-support-systems/Denmark> Luettu 30.12.2010.

Netherlands. Social support system. Alzheimer [http://www.alzheimer-europe.org/EN/Policy-in-Practice2/Country-comparisons/Social-support-systems/](http://www.alzheimer-europe.org/EN/Policy-in-Practice2/Country-comparisons/Social-support-systems/Netherlands)

NetherlandsEurope. Luettu 30.12.2010.

Sweden. Social support system. Alzheimer Europe.

Saatavilla: <http://www.alzheimer-europe.org/EN/Policy-in-Practice2/Country-comparisons/Social-support-systems/Sweden> Luettu 30.12.2010.

UK. Social support system. Alzheimer Europe. Saatavilla: <http://www.alzheimer-europe.org/EN/Policy-in-Practice2/Country-comparisons/Social-support-systems/United-Kingdom-England> Luettu 30.12.2010.

UK. Care Quality Commission / adult social care services.

Lisätietoa saatavilla: <http://www.cqc.org.uk/> Luettu 30.12.2010.

Julkaisemattomat lähteet:

Austrian national report. Work package 6: governance and finance. March 2010. Interlinks.

Danish national report. Work package 6: governance and finance. March 2010. Interlinks.

Dutch national report. Work package 6: governance and finance. March 2010. Interlinks.

Swedish national report. Work package 6: governance and finance. March 2010. Interlinks.

English national report. Work package 6: governance and finance. March 2010. Interlinks.

Interlinks: Health systems and long-term care for older people in Europe – Modelling the INTERfaces and LINKS between prevention, rehabilitation, quality of services and informal care. Lisätietoa saatavilla: <http://www.euro.centre.org/interlinks>