



Teknisten apuvälineiden hyödyntäminen kotiin annettavissa vanhuspalveluissa

Valtiontalouden tarkastusviraston
tarkastuskertomus 3/2015



Tuloksellisuustarkastuskertomus
**Teknisten apuvälineiden hyödyntäminen kotiin
annettavissa vanhuspalveluissa**

ISSN-L 1799-8093
ISSN 1799-8093 (nid.)
ISSN 1799-8107 (PDF)
ISBN978-952-499-284-8 (nid.)
ISBN 978-952-499-285-5 (PDF)
URN:ISBN:978-952-499-285-5
<http://urn.fi/urn:isbn:978-952-499-285-5>

Lönnberg Print & Promo
Helsinki 2015

Valtiontalouden tarkastusviraston tuloksellisuustarkastuskertomus

Dnro 376/54/2013

Valtiontalouden tarkastusvirasto on suorittanut tarkastussuunnitelmaansa sisältyneen Teknisten apuvälineiden hyödyntämistä kotiin annettavissa vanhuspalveluissa koskeneen tarkastuksen. Tarkastus on tehty tarkastusviraston tuloksellisuustarkastuksesta antaman ohjeen mukaisesti.

Tarkastuksen perusteella tarkastusvirasto on antanut tarkastuskertomuksen, joka lähetetään sosiaali- ja terveysministeriölle sekä tiedoksi eduskunnan tarkastusvaliokunnalle, valtiovarainministeriölle ja valtiovarain controller -toiminnolle.

Ennen tarkastuskertomuksen antamista sosiaali- ja terveysministeriöllä on ollut mahdollisuus varmistaa, ettei kertomukseen sisälly asiavirheitä, sekä lausua näkemyksensä siinä esitetyistä tarkastusviraston kannanotoista.

Tarkastuksen jälkiseurannassa tarkastusvirasto tulee selvittämään, mihin toimenpiteisiin tarkastuskertomuksessa esitettyjen kannanottojen johdosta on ryhdytty. Jälkiseuranta tehdään vuonna 2017.

Helsingissä 27. päivänä huhtikuuta 2015.

Ylijohtaja Marko Männikkö

Tuloksellisuustarkastusneuvos Taina Rintala

Tarkastuksen tekijä:
tuloksellisuustarkastusneuvos Taina Rintala

Tarkastuksen ohjaus ja laadunvarmistus:
tuloksellisuustarkastuspäällikkö Armi Jämsä
tuloksellisuustarkastusjohtaja Jarmo Soukainen

Tarkastetusta toiminnasta vastuullinen hallinnonala:
sosiaali- ja terveysministeriö

Asiasanat:
apuväline, apuvälinekeskus, apuvälineasetus, tukeminen, kotihoito,
tehostettu palveluasuminen

Sisällys

Tarkastusviraston kannanotot	1
1 Tarkastuksen tausta	6
2 Tarkastusasetelma	8
2.1 Määritelmä teknologiasta ja kohteen rajaus	8
2.2 Toiminnan järjestäminen ja rahoitus	9
2.3 Palvelujen toteuttamista teknisillä apuvälineillä ohjaava lainsäädäntö	11
2.3.1 Apuvälineen turvallinen käyttö	11
2.3.2 Apuvälineen tarpeen arviointi ja valinta	11
2.3.3 Toimitilojen varustetasoa ohjaava lainsäädäntö	13
2.4 Tarkastuskysymykset ja -kriteerit	14
2.5 Tarkastuksen aineistot ja menetelmät	15
3 Tarkastushavainnot	17
3.1 Teknisten apuvälineiden käyttö kotona asumista tukevissa palveluissa	17
3.1.1 Yhteenveto	17
3.1.2 Tekniset apuvälineet kuntien tuottamissa avopalveluissa	17
3.1.3 Apuvälinekeskusten luovuttamat lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälineet	22
3.1.4 Teknisten apuvälineiden hyödyntämiseen liittyvät ongelmat	23
3.1.5 Käsitteet teknisten apuvälineiden taloudellisista vaikutuksista	26
3.2 Teknisten apuvälineiden hankinta	29
3.2.1 Yhteenveto	29
3.2.2 Teknisten apuvälineiden hankintaosaaminen tarkastuskunnissa	30
3.2.3 Teknisten apuvälineiden hankinta apuvälinekeskuksissa	32
3.3 Teknisten apuvälineiden kohdentuminen	33
3.3.1 Yhteenveto	33
3.3.2 Teknisten apuvälineiden saatavuusperusteet apuvälinekeskuksissa	34
3.3.3 Teknisten apuvälineiden myöntämisperusteet tarkastuskunnissa	38
3.3.4 Teknisten apuvälineiden tarpeen arviointi	39
3.4 Teknisten apuvälineiden seuranta	42
3.4.1 Yhteenveto	42
3.4.2 Teknisten apuvälineiden sopivuus ja käyttö	44
3.4.3 Teknisten apuvälineiden huolto	46
3.4.4 Teknisten apuvälineiden keräämät tiedot ja niiden käyttö	48
3.4.5 Teknisiin apuvälineisiin liittyvät tapaturmat ja vaaratilanteet	50
Lähteet	52
Liitteet	61

Tarkastusviraston kannanotot

Teknisten apuvälineiden hyödyntäminen kotiin annettavissa vanhuspalveluissa

Tarkastuksen kohteena oli teknisten apuvälineiden käyttö osana ikääntyneiden kotona asumista tukevaa palvelukokonaisuutta. Teknisten apuvälineiden hyödyntämisessä keskeisiä toimijoita ovat sosiaali- ja terveysministeriö, sairaanhoitopiirien apuvälinekeskukset ja -yksiköt sekä kunnan sosiaali- ja terveydenhuolto. Sosiaali- ja terveysministeriö luo ohjauksellaan puitteet teknisten apuvälineiden hyödyntämiselle. Apuvälinekeskukset ja -yksiköt sekä kunnat taas vastaavat teknisten apuvälineiden käyttöönotosta. Tavoitteena oli selvittää, ovatko toimintakäytännöt teknisten apuvälineiden käyttöönotossa ja hyödyntämisessä sellaisia, että ne tehostavat toimintaa ja lisäävät tuottavuutta ja myös tukevat laadukkaiden ja turvallisten palvelujen järjestämistä. Tarkastuksen pääkysymys oli, tukeeko teknologia laadukkaiden ja turvallisten palvelujen järjestämistä. Pääkysymys jakautui neljään osakysymykseen, jotka koskivat teknisten apuvälineiden käyttöä, teknisten apuvälineiden hankintaa (valintaa) ja kohdentamista sekä teknisten apuvälineiden asiakkaalle soveltuvuuden seuranta.

Tarkastuksen päätulos oli se, että nykyisellä valtion ohjauksella ei kyetä samanaikaisesti tehostamaan toimintaa ja turvaamaan yksityiskodeissa asuville laadukkaita ja turvallisia palveluja. Näiden tavoitteiden samanaikainen saavuttaminen edellyttää, että valtio ohjauksellaan luo edellytyksiä teknologian hyödyntämiselle palvelutuotannossa sekä tukee teknologian käyttöä. Tällä hetkellä valtion ohjaus ei sitä tee.

Kunnissa on varauduttu heikosti kotona hoitamisen ensisijaisuuteen

Kunnissa on käytössä erilaisia teknisiä apuvälineitä. Niistä osa vastaa kuitenkin samaan tarpeeseen. Moninaisuus kertoo siitä, että kaikille yksi ja sama tekninen apuväline ei sovi. Vaikka kuntien väliset erot käyttöönotettujen teknisten apuvälineiden kokonaismäärässä ovat suuret, eivät erot kuitenkaan kerro mitään siitä, kuinka paljon yksittäisellä käyttöönotetulla apuvälineellä on varsinaisia käyttäjiä. Joidenkin apuvälineiden käyttäjiä saattaa olla vain muutamia. Kunnissa teknisempiä apuvälineitä on otettu käyttöön yleisemmin tehostetun palveluasumisen yksiköissä kuin yksityiskodeissa.

Eduskunta edellytti vanhuspalvelulain hyväksyessään, että jos ympärivuorokautisessa hoidossa ei vuoden 2014 aikana ole saavutettu suosituksen mukaista henkilöstömitoitusta, henkilöstömitoituksen kirjaamisesta lakiin tulee antaa hallituksen esitys. Kaikissa tehostetun palveluasumisen yksiköissä henkilöstömitoitusta ei ole kuitenkaan saavutettu, ja nyt sosiaali- ja terveysministeriössä pohditaan, pitäisikö esitys henkilöstömitoituksen kirjaamisesta lakiin tehdä. Tarkastusviraston näkemyksen mukaan henkilöstömitoitusta koskevilla laskelmissa tulisi ottaa huomioon myös yksikössä käytössä olevat tekniset ja perusapuvälineet sekä tietotekniikan hyödyntäminen.

Vanhuspalvelulakiin tehdyllä lakimuutoksella kiristetään pitkäaikaiseen laitoshoidon sijoittamisen edellytyksiä ja veloitetaan kunnat selvittämään mahdollisuudet vastata iäkkään henkilön palvelutarpeisiin muun muassa hyvinvointi- ja älykötiteknologisilla ratkaisuilla. Lakimuutokset johtavat siihen, että entistä heikkokuntoisempia ikääntyneitä hoidetaan jatkossa omassa kodissaan. Kodeissa asuvilla yleisimpänä teknisenä apuvälineenä on kuitenkin edelleen vain turvapuhelinpalvelu lisälaitteineen. Teknisten apuvälineiden käyttöönoton tulisi nopeutua huomattavasti nykyisestä, jotta teknologialla voitaisiin turvata yksityiskodeissa hoidettaville entistä heikkokuntoisemmille ja muistisairaille turvallisuustasoltaan tehostettua palveluasumista vastaava hoito. Teknologian käytön laajentamista hankaloihtaa kuitenkin se, että valtio ei ole pystynyt ohjauksellaan saattamaan tietoliikenneverkkoinfrastruktuuria valtakunnallisesti toimivaksi. Tämän seurauksena edellytykset hyödyntää teknologiaa ovat kunnissa erilaiset.

Teknisillä apuvälineillä on kyetty lisäämään tukipalvelujen saatavuutta, mutta osin asiakasturvallisuudesta tinkien

Teknisiä apuvälineitä hyödyntämällä on kyetty ottamaan uusia asiakkaita kotipalvelujen tukipalvelujen piiriin. Tämä perustuu siihen, että teknisillä apuvälineillä palvelu on mahdollista toteuttaa joko kokonaan ilman asiakaskäyntejä (turvapuhelin) tai asiakaskäyntejä on voitu supistaa huomattavasti (ruoka-automaatti). Lisäksi kaikille tukipalveluasiakkaille ei ole asiakaslain nojalla välttämätöntä laatia palvelu- ja hoitosuunnitelmaa.

Teknisten apuvälineiden toiminta perustuu kuitenkin yleensä sähköön tai verkkoyhteyksiin. Kun sähkönjakelussa tai verkkoyhteyksissä on ongelmia, ongelmat heijastuvat myös teknisiin apuvälineisiin. Jos asiakkaalla on ainoastaan turvapuhelin ilman ovihälytintä, ei kukaan välttämättä käy toimintahäiriön jälkeen testaamassa, että laite toimii. Asiakasturvallisuus on siten jäänyt teknisen apuvälineen varaan, joka ei kuitenkaan ole toimintavarma.

Kotihoidossa teknisten apuvälineiden käyttöönotto on muuttanut asiakastyön laatua

Kotihoidossa työntekijöiden välitöntä työaika on kyetty lisäämään ottamalla käyttöön mobiililaitte mobiilikirjauksineen, sähkölukot ja/tai optimointiohjelma. Työntekijöiden matkustamista paikasta toiseen on kyetty vähentämään ja hallinnollisia töitä, kuten asiakastietojen kirjauksia, tehdään nyt toimiston sijasta asiakkaan kotona. Teknisten apuvälineiden käyttöönotolla työntekijöiden työpäivästä on kyetty supistamaan muuhun kuin asiakastyöhön käytettyä aikaa ja asiakaskäynti voi kestää vain palvelu- ja hoitosuunnitelmaan kirjatun ajan.

Kotihoidossa työn tehostaminen ei näytä kuitenkaan lisänneen säännöllisen kotihoidon palvelujen saatavuutta. Kotihoidossa käyttöön otetut tekniset työvälineet näyttäisivät olevan yksi keino, jolla voidaan vaikuttaa sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstötarpeeseen. Asiakkaiden näkökulmasta kotihoidon tehostaminen näyttäisi kuitenkin muuttaneen henkilökohtaisen läsnäolon laatua.

Teknisten apuvälineiden kustannuksista ei ole kokonaiskäsitystä

Käsitykset teknologian tuottamista kustannussäästöistä riippuvat siitä, mistä näkökulmasta asiaa tarkastelee. Teknisten apuvälineiden kustannukset muodostuvat laitteen hankinnasta, mahdollisista asunnon muutostöistä, henkilöstön kouluttamisesta, ohjelmistojen päivittämisestä sekä välineiden korjauksesta, huollosta ja kuljetuksesta. Lisäksi tekninen apuväline tarvitsee palveluna toimiakseen myös muita palveluja: hälytysten vastaanotto- ja auttajapalveluja, sisällön tuottajia tai aterian tuojia. Niin ikään teknisten apuvälineiden toimimattomuus aiheuttaa ylimääräisiä kustannuksia.

Suomessa ei ole kuitenkaan selvitetty sitä, millaisia kustannuksia teknisten apuvälineiden hyödyntäminen vanhuspalveluissa ylipäänsä aiheuttaa. Kun huomiota kiinnitetään vain yhden toimialan toimintoihin ja toimialalla vain tiettyihin menoihin, jää kustannuksia koskeva käsitys puutteelliseksi. Tarkastuksen perusteella kotona asumista tukevan teknologian kustannukset tulisi selvittää mahdollisimman monipuolisesti ottamalla huomioon sen käyttöönottoon, käyttöön ja ylläpitoon liittyvät toiminnot.

Apuvälineasetuksessa on puutteita

Apuvälineasetus on tulkinnanvaraisesti kirjoitettu. Asetusta koskevassa perustelumuiustiossa ei puolestaan määritellä keskeisempiä käsitteitä, kuten lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälinettä. Muistiossa ei myöskään ole perusteltu mainintaa, että apuvälineasetuksella ei ole itsenäisiä vaikutuksia valtion tai kuntien talouteen.

Käytännössä jokainen apuvälinekeskus ja -yksikkö käyttää aikaa pohtimalla tahollaan asetuksen tulkintoja sekä laatimalla saatavuusperusteita ja päivittämällä niitä. Tämä saattaa hidastaa uusien teknisten apuvälineiden leviämistä. Tehdyillä tulkinnoilla ja laadituilla saatavuusperusteilla voidaan katsoa olevan laajempaa kansantaloudellista merkitystä, koska edistyneemmällä teknologioilla voidaan mah-

dollisesti tukea ikääntyneiden kotona asumista ja tätä kautta hillitä hoito- ja hoivakustannusten kasvua. Asetuksen puutteellisuus on omiaan lisäämään myös riskiä siitä, että asiakkaille myönnetään samoja teknisiä apuvälineitä erilaisin perustein. Samoin on mahdollista, että apuvälinekeskukset tarkastelevat teknologioiden käyttöönoton kustannuksia vain omasta näkökulmastaan, jolloin teknologian hyödyllisyyttä ei pohdita moniammatillisesti. Siksi lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälineiden saatavuusperusteita olisikin tarpeen koordinoita valtakunnallisesti.

Muistiapuvälineitä ei määritellä lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälineiksi

Muistisairaudet lisääntyvät iän myötä, mutta valtakunnallista linjausta muistiapuvälineiden järjestämistahosta ei ole tehty. Vaikka apuvälineasetuksen mukaan apuvälineen luovutuksen edellytyksenä on, että henkilöllä on lääketieteellisin perustein todettu sairaus, joka heikentää hänen toimintakykyään ja vaikeuttaa hänen itsenäistä selviytymistään, eivät apuvälinekeskukset myönnä muistisairaille muistiapuvälineitä. Apuvälinekeskukset katsovat niiden myöntämisen kuuluvan kunnille. Kunnissa ei kuitenkaan osata riittävästi arvioida sitä, millaisilla teknisillä apuvälineillä voisi tukea muistisairaiden asiakkaiden itsenäistä selviytymistä. Apuvälinekeskusten apuvälinevalikoimissa taas olisi teknisiä apuvälineitä, joita voitaisiin mahdollisesti hyödyntää ikääntyneiden muistisairaiden hoidossa. Apuvälinekeskuksissa ei ole kuitenkaan riittävästi tietoa vanhenemisesta, vanhuudesta ja muistisairauksista. Muistisairauksia koskeva substanssiosaaminen ja teknisiä apuvälineitä koskeva asiantuntemus eivät siten kohtaa. Sosiaali- ja terveysministeriön tulisikin huolehtia valtakunnallisten linjausten valmistelusta, jotta kuntien sosiaali- ja terveystaluuissa turvattaisiin muistisairaille tarpeelliset lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälineet.

Henkilöstön saama koulutus teknisistä apuvälineistä on puutteellista

Tarkastuksessa havaittiin, että sosiaalihuollossa tarvitaan lisää osaamista ja koulutusta teknisiin apuvälineisiin liittyvissä asioissa. Teknisten apuvälineiden käyttö tuo perustyöhön uusia elementtejä, joihin nykyinen koulutus vastaa puutteellisesti. Tarkastuksen perusteella sosiaali- ja terveysalan koulutukseen pitäisi sisällyttää opintoja teknologiasta, niiden oikeasta käytöstä ja käyttömahdollisuuksista. Tämä säästäisi kunnissa työntekijöiden koulutukseen ja perehdyttämiseen käytettyä aikaa ja rahaa. Lisäksi se lisäisi sosiaalihuollon osaamista arvioida, mistä teknologioista asiakkaat voisivat hyötyä. Tämä puolestaan vastaisi osaltaan sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen saatavuuteen.

Apuvälineasetuksessa ja vammaispalveluasetuksessa on päällekkäisyyttä

Periaatteessa apuvälinekeskuksen ja vammaispalvelujen työjakoa ohjaavat säädökset ovat selkeitä. Apuvälinekeskukselle kuuluvat siirrettävät apuvälineet ja vammaispalveluille kiinteästi asennettavat. Tarkastuksessa kuitenkin havaittiin, että käytännössä osa teknisistä apuvälineistä edellyttää myös asunnonmuutostöitä. Tämä aiheuttaa kustannusten pirstoutumista, päällekkäistä arviointityötä ja pahimmassa tapauksessa ulkoiskustannuksia kolmannelle osapuolelle eli vanhuspalveluille.

Esimerkiksi ympäristönhallintalaitteista voisi olla apua ikääntyneiden kotona asumisen tukemisessa. Yksittäisen ympäristönhallintalaitteen järjestäminen ja rahoittaminen kuuluvat kuitenkin vammaispalveluasetuksen perusteella vammaispalveluille. Vaikka sairaut ikääntyneet täyttävät vammaisen henkilön määritelmän, heidän tarpeisiinsa vastaamisen katsotaan kuuluvan vanhustenhuollolle. Kysymys on kunnissa sosiaalitoimen sisäisestä rahanjaosta.

Tarkastushavaintojen perusteella olisi perusteltua keskittää terveydenhuollon, vammaishuollon ja vanhustenhuollon palveluissa asiakkaiden käyttöön tarkoitettujen teknisten apuvälineiden apuvälineprosessiin liittyvät toiminnot (arviointi, hankinta, luovutus, asunnon muutostyöt, ylläpito ja seuranta) apuvälinekeskukseen.

Valituksi tullut tekninen apuväline ei välttämättä ole paras mahdollinen

Apuvälinekeskukset ja kunnat hankkivat tekniset apuvälineet pääasiassa kilpailuttamalla. Kilpailutettavan apuvälineen sisällöllisten kriteerien määrittämisen perustaksi joudutaan tekemään runsaasti selvitystyötä. Kunnilla ei kuitenkaan ole vielä riittävästi osaamista määritellä teknisten apuvälineiden kriteerien sisältöjä, eikä apuvälinettä hankittaessa osata arvioida sen käytettävyyttä ja soveltuvuutta suhteessa organisaation muihin toimintoihin ja eroihin asiakkaiden toimintakyvyssä.

Suomessa on runsaasti samantyyppisiä teknisiä apuvälineitä tarjoavia yrityksiä, mutta tietoa tarjolla olevien teknisten apuvälineiden vaikuttavuudesta asiakkaiden palvelutarpeeseen ei ole. Kunnat ja apuvälinekeskukset joutuvat hankkimaan teknisiä apuvälineitä omien ja muiden kokemusten sekä valmistajien vakuuttelujen varassa. Kun tähän lisätään vielä se, että hinnalla on teknisen apuvälineen valinnassa suuri merkitys, käytettävissä olevista vaihtoehdoista ei tule välttämättä valituksi asiakkaan tai kunnan tarpeisiin parhaiten vastaava vaihtoehto. Tämä ei myöskään edistä uusien teknisempien apuvälineiden ja valmistajien markkinoille pääsyä, koska taloudellisten resurssien ollessa niukat ei ole varaa riskinottoon.

Valinnoista päättävät henkilöt tarvitsisivat valintojensa perustaksi tietoa markkinoilla olevista uusista teknologioista sekä niiden kustannusvaikuttavuudesta ja sovellusmahdollisuuksista. Lisäksi he tarvitsisivat suosituksia siitä, millaisen toimintakyvyn omaavien asiakkaiden palveluissa uusi tekninen apuväline voisi olla hyödyllinen. Tarkastusviraston näkemyksen mukaan sosiaali- ja terveysministeriön tulee edistää hyvien käytäntöjen (best practices) tapaan myös hyviä teknologisia valintoja. Laadukas ja yksiselitteinen arviointitieto teknisistä apuvälineistä kuitenkin puuttuu. Myös rakennepoliittisen ohjelman johtoryhmä korosti loppuraportissaan vaikutusarvioiden olevan tärkeitä päätöksenteon tukena.

Asiakasturvallisuuden näkökulmasta teknisen apuvälineen oikea käyttö on tärkeää

Teknisten apuvälineiden hyödyntämisessä vaaratilanteita aiheutuu enemmänkin niiden väärästä käytöstä kuin teknisistä apuvälineistä sinänsä. Apuvälineiden huollossa seurataan kuitenkin lähinnä sitä, että apuvälinettä käytetään ja se on kunnossa. Sen sijaan sen arviointi, osaako asiakas käyttää teknistä apuvälinettä edelleen oikein, toteutuu tavallaan vasta silloin, kun asiakkaalle tai apuvälineelle on tapahtunut jotain. Sen varmistaminen, että asiakas osaa apuvälineen luovuttamisen jälkeenkin käyttää apuvälinettä oikein, jää kuitenkin asiakkaan tai asiakkaan kanssa työskentelevien vanhuspalvelujen työntekijöiden huoleksi.

Ongelmana on kuitenkin se, että asiakas ei välttämättä kykene arvioimaan omaa apuvälineen käyttöään tai vaikka kykenisikin, ei halua luopua sen käytöstä. Osa teknisen apuvälineen saaneista asiakkaista on vain tukipalvelujen asiakkaita, jolloin heidän luonaan ei käy sosiaalitoimen työntekijöitä. Lisäksi vaikka apuvälinekeskus on velvollinen opastamaan myös asiakkaan kanssa töitä tekeviä henkilöitä, ei sosiaalitoimen henkilöstöllä ole velvollisuutta osallistua luovutustilaisuuteen. Niin ikään ongelmana on asiakkaan kanssa työtä tekevien työntekijöiden vaihtuvuus. Tieto siitä, miten apuvälinettä tulisi käyttää oikein, ei välttämättä välity työntekijältä toiselle. Tarkastuksessa havaittiin, että apuvälinepalvelujen seurantaan koskeva ohjeistus ei nykyisellään toimi, koska se ohjaa vain terveydenhuoltoa.

Tarkastushavaintojen pohjalta pääteltiin, että apuvälinekeskusten ja sosiaalitoimen tiedonvälityksen parantamiseksi olisi hyödyllistä olla jonkinlainen apuvälinelehti. Siihen olisi koottu kaikki asiakkaan käytössä olevat apuvälineet, ja lehdelle olisi pääsy kaikilla asiakkaan kanssa tai hänen asioidensa parissa työskentelevillä henkilöillä. Tämä vähentäisi palvelutarpeen arviointiin käytettyä selvitystyötä, ehkäisisi apuvälineiden päällekkäisilainausta, edistäisi apuvälineiden kierrätystä sekä helpottaisi sen arvioimista, voidaanko asiakkaalle harkinnassa oleva apuväline yhdistää jo käytössä oleviin apuvälineisiin. Lisäksi apuvälinelehti toteuttaisi pääministeri Jyrki Kataisen hallitusohjelman tavoitetta jatkaa sosiaali- ja terveydenhuollon sähköisen tiedonhallinnan rakentamista, jotta asiakastieto saadaan sujuvasti tarvittaessa käyttöön.

Turvallisen hoidon takaaminen edellyttää varustetason tarkempaa määrittelyä

Entistä heikkokuntoisempien ikääntyneiden hoitaminen turvallisesti heidän kotonaan edellyttää, että hoidossa käytetään turvallisen hoidon toteuttamisen kannalta asianmukaisia työvälineitä. Tästä huolimatta uudessa sosiaalihuoltolaissa ja vanhuspalvelulaissa ei ole enää säännöksiä toimintayksiköiden työvälineistä. Yksityisiä palveluntuottajia koskevissa säädöksissä varusteista säännellään edelleen, mutta missään ei määritellä täsmällisemmin, mitä tarkoitetaan asianmukaisilla varusteilla. Tämä on johtanut siihen, että tehostetun palveluasumisen yksiköiden varustetasoissa on eroja, asiakkaat eivät välttämättä saa tarvitsemiaan apuvälineitä ja osa alueellisiin apuvälinekeskuksiin kuuluvista kunnista rahoittaa omien yksiköidensä varustetasoa muiden kuntien kustannuksella.

Sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädännössä korostetaan asiakkaiden itsemääräämisoikeutta. Asiakkailla on itsemääräämisoikeutensa perusteella oikeus päättää siitä, millaisia työntekijöiden käyttämiä teknisiä apuvälineitä he suostuvat yksityiskotiinsa ottamaan. Kieltäytymisiä tapahtuu vielä harvoin, mutta asiasta joudutaan usein keskustelemaan, ja tulevaisuudessa oletettavasti entistä enemmän. Pahimmassa tapauksessa tekniset apuvälineet on suostuttu ottamaan vastaan vasta useamman lääkärissäkäynnin jälkeen. Kunnille aiheutuu ”viivästystaisteluista” kustannuksia, jos asiakasta hoitamaan tarvitaan esimerkiksi kaksi työntekijää yhden sijasta. Kunnat ovat myös vastuussa siitä, että työntekijöillä on työolosuhteisiinsa nähden tarpeenmukaiset työvälineet.

Tarkastuksen perusteella asiakasturvallisuuden ja työntekijöiden työturvallisuuden suojelemiseksi tarvittaisiin jonkinlaiseksi yleiseksi palvelujen myöntämiskriteereihin liittyväksi linjaukseksi kotiin tuotavien työntekijöiden työvälineiden hyväksyminen. Tällöin asiakas on tietoinen jo ennen asiakassuhteen syntyä siihen liittyvistä ehdoista. Tämä toteuttaisi asiakkaan itsemääräämisoikeutta ja turvaisi työntekijöille turvalliset työskentelyolosuhteet. Lisäksi valtakunnallinen linjaus ratkaisisi apuvälineasetuksen perustelumistion epäselvän kirjauksen työntekijöiden työergonomiasta, jota sosiaali- ja terveysministeriön täsmentävä kuntainfo ei tehnyt.

Tarkastusviraston suositukset

Valtiontalouden tarkastusvirasto suosittelee, että sosiaali- ja terveysministeriö:

1. Selvittää kotona asumista tukevan teknologian kokonaiskustannukset.
2. Asettaa hankkeen valtakunnallisten lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälineiden saatavuusperusteiden laatimiseksi.
3. Selvittää yhteistyössä sairaanhoitopiirien ja kuntien edustajien kanssa, olisiko terveydenhuollossa, vammaishuollossa ja vanhustenhuollossa käytettävät tekniset apuvälineet tarkoituksenmukaista keskittää apuvälinekeskuksiin ja millaisia hyötyjä, haittoja ja kustannuksia tästä aiheutuisi.
4. Kehittää apuvälinepalvelujen seurantaprosessia siten, että apuvälinekeskusten ja -yksiköiden sekä sosiaalitoimen yhteistyö toimisi saumattomasti.
5. Huolehtii siitä, että apuvälinekeskuksille ja -yksiköille sekä kunnille on tarjolla valintojen pohjaksi laadukasta ja yksiselitteistä arviointitietoa teknisistä apuvälineistä.
6. Täsmentää, millainen on asianmukainen vähimmäisvarustetaso tehostetun palveluasumisen yksiköissä.

Odotukset teknologian hyödyistä ovat suuret. Teknologian katsotaan esimerkiksi turvaavan palvelujen saatavuutta, tehostavan toimintaa, lisäävän tuottavuutta sekä tuottavan taloudellisia säästöjä¹⁵. Suomessa vanhuspalveluissa käytettyjen teknologisten välineiden kustannusvaikuttavuudesta on tehty tutkimuksia vielä hyvin vähän¹⁶.

Markkinoilla on runsaasti tarjolla erilaisia itsenäistä selviytymistä tukevia ja palvelutoimintaa tehostavia teknologisia sovelluksia. Tarjolla on esimerkiksi ruoka-automaatteja, matto- ja ovihälyttimiä, turva- tai aktiivisuusrannekkeita ja erilaisia toiminnanohjausjärjestelmiä¹⁷. Kuitenkaan ei ole kattavaa tietoa siitä, kuinka yleistä teknologian hyödyntäminen vanhuspalveluissa on.

Teknologisten välineiden hyödyntämisessä ei ole kysymys yksinomaan yksittäisen välineen käytöstä tietyssä palvelussa, vaan teknologian käyttö vaikuttaa koko palveluprosessiin. Tarkastuksen tavoitteena oli selvittää, ovatko apuvälinekeskusten ja -yksiköiden sekä kuntien toimintakäytännöt sellaisia, että teknologian oletetut hyödyt ovat vanhuspalveluissa saavutettavissa.

¹⁵ Ks. esim. *Hallinto hyvinvoinnin ja talouden tasapainottajana – hallintopolitiikan suuntaviivat vuoteen 2020* (2010); *Palvelut ja tiedot käytössä. Julkisen hallinnon ICT:n hyödyntämisen strategia 2012–2020* (2010); *Sosiaali- ja terveysministeriö* (2012a); *Sosiaali- ja terveysministeriö* (2011a). Ks. myös *Hänninen & Soikkeli (toim.)* (2013).

¹⁶ Esim. *Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen kustannusvaikuttavuustutkimus Sähköpyörätuoli ja -mopedi osallisuutta edistämässä osoitti muun muassa, että 32–76-vuotiaiden asiakkaiden hoidon kokonaiskustannukset supistuivat 5 000 euroa 62 000 euroon vuodessa ja liikkumiseen liittyvä avuntarve väheni tai pysyi ennallaan* (Anttila & Sirola (2013).

¹⁷ Ks. <http://www.ikateknologia.fi/fi/teknologiatuotteet-ja-ratkaisut.html>;
<http://www.thl.fi/fi/web/toimintakyky/apuvälineet/apudata-tietokanta>.

2 Tarkastusasetelma

2.1 Määritelmä teknologiasta ja kohteen rajaus

Määritelmä

Teknologian hyödyntämisessä sosiaali- ja terveystaloudissa ei ole kyse yksinomaan palvelusta (toiminnasta) tai välineestä (laitteesta) vaan niiden yhdistelmästä. Tarkastuksessa teknologialla tarkoitettiin teknisiä apuvälineitä, joita luonnehtivat seuraavat ominaisuudet¹⁸:

- apuvälinettä käyttävät hoitohenkilökunta tai omaiset hoitaessaan asiakasta
- apuvälinettä käyttävät pitkäaikaissairaat tai heikentyneen toimintakyvyn omaavat asiakkaat ylläpitääkseen kykyään suoriutua jokapäiväisistä toiminnoista
- apuvälineet edellyttävät toimiakseen sähköä, puhelinliittymää tai kiinteää tai langatonta verkkoyhteyttä.

Rajaukset

Tarkastus ei kohdistunut lapsille eikä työikäisille tarkoitettuihin sosiaali- ja terveystaloudiin. Ikäihmisille tarkoitetuista sosiaalipalveluista tarkastuksen ulkopuolelle jäivät laitoshoido, ennalta ehkäisevät palvelut (neuvonta, ohjaus ja päivätoiminta) ja omaishoidon tuki. Tarkastus ei myöskään kohdistunut vammaispalveluihin lukuun ottamatta vammaispalvelulain mukaisina taloudellisina tukipalveluina annettavia asunnon muutostöitä ja asuntoon kuuluvia välineitä ja laitteita. Tarkastuksessa näitä palveluja sivuttiin lääkinällisen kuntoutuksen apuvälineiden järjestämisen yhteydessä. Terveystaloudista tarkastuksen ulkopuolelle jäivät perusterveydenhuolto, sairaanhoito, laitoshoido sekä erikoissairaanhoidosta näkö-, kuulo-, nenä- ja kurkkutautien sekä hengitystautien ja kirurgian (syöpäprotektiikan) erikoisalueilta luovutettavat lääkinällisen kuntoutuksen apuvälineet. Tarkastuksen ulkopuolelle jäivät myös vakuutusyhtiöiden järjestämät tekniset apuvälineet.

Läkinällisen kuntoutuksen apuvälineistä tarkastuksen ulkopuolelle jäivät ”vähemmän tekniset” apuvälineet, jotka eivät edellytä toimiakseen sähkövirtaa tai verkkoyhteyttä. Tarkastuksen ulkopuolelle jäivät myös sellaiset tekniset apuvälineet, joita apuvälinekeskukset ja -yksiköt (jäljempänä apuvälinekeskukset) luovuttavat 65 vuotta täyttäneille vain harvoin.

Tarkastuksessa esitettiin tarkastuksen piiriin kuuluvista apuvälinekeskuksista luovutettujen lääkinällisen kuntoutuksen apuvälineiden määriä sekä apuvälinekeskusten kustannuksia koskevia tietoja. Tiedot eivät kuitenkaan ole ajallisesti eivätkä alueellisesti vertailukelpoisia. Niiden perusteella ei voida tehdä päätelmiä eri apuvälinekeskusten tuottavuudesta tai tehokkuudesta.

Tämä johtuu siitä, että tarkastuksen piiriin kuuluvissa apuvälinekeskuksissa apuvälineitä koskeva toiminta oli järjestetty eri tavoin. Parin viime vuoden aikana tarkastuksen piiriin kuuluvissa apuvälinekeskuksissa oli tapahtunut myös muutoksia jäsenkuntien kokonaismäärässä. Tämä on vaikuttanut luovutettavien apuvälineiden määriin. Lisäksi eri apuvälineiden absoluuttiset luovutusmäärät kertovat ilman tarkempaa analysointia enemmänkin apuvälinekeskusten piiriin kuuluvien kuntien asukkaiden toimintakyvyn eroista kuin alueellisista eroista palvelujen saatavuudessa.

¹⁸ Käsite on sisällöllisesti lähellä Pohjoismaisen hyvinvointikeskuksen (Nordic Centre for Welfare and Social Issues) hyvinvointiteknologiaverkoston käyttämää käsitettä hyvinvointiteknologia. Tarkastuksessa käytetty käsite eroaa hyvinvointiteknologian käsitteestä lähinnä kohderyhmän ja rahoitusohjan perusteella. (Ks. Nordic Centre for Welfare and Social Issues (2010), s. 8.

2.2 Toiminnan järjestäminen ja rahoitus

Vanhuspalveluissa käytettävistä teknisistä apuvälineistä säädetään useissa laeissa, asetuksissa, ohjeissa ja suosituksissa. Koska ne ovat joko palveluja tai osa palveluja¹⁹, niiden järjestäminen kuuluu sosiaali- huoltolain (1301/2014), kansanterveyslain (66/1972) ja terveydenhuoltolain (1326/2010) nojalla joko kunnalle tai tapaturmavakuutuslain (608/1948) tai liikennevakuutuslain (279/1959) nojalla vakuutus- yhtiölle. Sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionavustuksesta annetun lain (733/1992) 4 § antaa kunnille mahdollisuuden järjestää apuvälinepalvelut esimerkiksi itse tai yhdessä toisten kunti- en kanssa. Suomessa onkin varsin yleistä, että kunnat ovat liittyneet alueellisiin apuvälinekeskuksiin, joihin on keskitetty erikoissairaanhoidosta ja perusterveydenhuollosta luovutettavien apuvälineiden hankinta, korjaus ja huolto. Lisäksi alueen apuvälinekeskuksen piirissä olevissa kunnissa apuvälineitä luovutetaan yhteisesti laadittujen saatavuusperusteiden mukaisesti.

Riippumatta siitä, hankkiiko tekniset apuvälineet kunta vai alueellinen apuvälinekeskus, hankintoja ohjaa laki julkisista hankinnoista (348/2007). Hankintalakiä sovelletaan sekä kansallisen kynnsarvon (ilman arvonlisäveroa yli 100 000 euroa) ylittäviin terveydenhoito- ja sosiaalipalveluihin sekä EU- kynnsarvon (211 000 euroa) ylittäviin hankintoihin.

Terveydenhuollon järjestämistä vastuu

Terveydenhuoltolain 29 §:n nojalla lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälinepalvelujen järjestäminen kuuluu terveydenhuollolle. Lain 34 §:n mukaan samaan sairaanhoitopiiriin kuntayhtymään kuuluvien kuntien on laadittava terveydenhuollon järjestämistä suunnitelma. Suunnitelmassa kuntien on sovittava muun muassa siitä, mitkä lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälineet kuuluvat erikoissairaanhoidon jär- jestämistä vastuulle ja mitkä puolestaan perusterveydenhuollolle.

Yhtenäisten kiireettömän hoidon perusteiden mukaan esimerkiksi sähköiset liikkumisvälineet, kommunikoinnin ja tietokoneen käytön apuvälineet sekä ympäristönhallintalaitteet kuuluvat erikois- sairaanhoidon järjestämistä vastuulle. Perusterveydenhuollon järjestämistä vastuulle kuuluvat puolestaan tavallisimmat liikkumisen, päivittäisten toimintojen ja aistitoimintojen apuvälineet.²⁰

Sosiaalihuollon järjestämistä vastuu

Vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista annetussa laissa (380/1987, jäl- jempänä vammaislaki) määritellään, että sosiaalitoimen on korvattava taloudellisena tukena vaikea- vammaiselle hänen tarvitsemansa asunnon muutostyöt sekä asuntoon kuuluvat välineet ja laitteet. Vai- keavammaisella tarkoitetaan henkilöä, jolle liikkuminen tai muu omatoiminen suoriutuminen on vamman tai sairauden vuoksi erityisen vaikeaa. Osa iäkkäistä henkilöistä on siten määritelmän nojalla myös oikeutettuja saamaan vammaislain nojalla järjestettävistä palveluista ja tukitoimista²¹. Vammaislain- säädännön uudistamista pohtinut työryhmä (VALAS-työryhmä) ehdotti kuitenkin 16.4.2015 luovutta- massaan loppuraportissa, ettei uutta lakia sovellettaisi ikääntymisestä johtuvaan avuntarpeeseen²².

Vanhuspalvelulain²³ (980/2012) 13 §:n mukaan kunnan on järjestettävä iäkkäälle henkilölle laaduk- kaita, hänen tarpeisiinsa nähden oikea-aikaisia ja riittäviä sosiaali- ja terveyspalveluja. Sosiaalihuolto- lain 14 §:ssä määritellään sosiaalipalvelut, jotka kunnan on järjestettävä asukkailleen. Sosiaalihuolto- asetuksen (607/1983) 9 §:ssä puolestaan määritellään tarkemmin kotipalvelujen sisältö. Lista ei ole kuitenkaan tyhjentyvä.

¹⁹ Ks. <http://www.thl.fi/fi/web/toimintakyky/apuvälineet/>.

²⁰ Sosiaali- ja terveysministeriö (2010), s. 221–224.

²¹ Ks. sosiaali- ja terveysministeriö (2013b), s. 6.

²² Sosiaali- ja terveysministeriö (2015a).

²³ Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista.

Rahoitus

Teknisten apuvälineiden käyttöä julkisissa sosiaali- ja terveystaluuissa rahoittavat valtio, kunnat, asiakkaat ja Kansaneläkelaitos²⁴. Näiden lisäksi teknisiä apuvälineitä rahoittavat vakuutusyhtiöt²⁵, Valtionkonttori²⁶ ja Potilasvahinkokeskus²⁷. Vuonna 2013 kuntien ja kuntayhtymien järjestämän sosiaali- ja terveydenhuollon toimintamenot olivat yhteensä 31,1 miljardia. Käyttömenoista suurimmat menot olivat erikoissairaanhoidon (13 miljardia euroa), vanhusten ja vammaisten palvelut (5,6 miljardia euroa) ja perusterveydenhuolto (4,9 miljardia euroa).²⁸ Apuvälineitä kunnat ja sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymät olivat hankkineet 36,8 miljoonalla eurolla²⁹.

Sosiaali- ja terveydenhuollon lakisääteisistä menoista valtionosuus kattoi vuonna 2013 noin 30 prosenttia ja asiakasmaksut noin viisi prosenttia. Jäljelle jäävän noin 65 prosentin osuuden kunnat rahoittivat pääasiassa kunnallisveroilla.³⁰

Kansaneläkelaitos rahoittaa teknisiin apuvälineisiin liittyviä matkakustannuksia. Kansaneläkelaitos korvaa matkakuluja, joita asiakkaalle aiheutuu hänen asioidessaan julkisen terveydenhuollon apuvälinepalveluja järjestävässä toimintayksikössä³¹. Vuonna 2013 Kela korvasi matkakustannuksia (ml. kuntoutusmatkat) yhteensä 294 miljoonalla eurolla. Se oli vajaa kahdeksan prosenttia kaikista sairausvakuutuskorvauksista.³²

Kunnan rahoitusosuuden jakautuminen tehtäväalueittain

Kunnan sosiaali- ja terveystoimen sisällä teknisten apuvälineiden rahoitus jakautuu vanhuspalvelujen, vammaispalvelujen, omaishoidon tuen, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon tehtäväalueille. Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksulain (743/1992, jäljempänä asiakasmaksulaki) 4 §:n mukaan vammaispalvelulain 8.1 §:n mukaiset palvelut ja tukitoimet ovat saajalleen maksuttomia. Palveluja ja tukitoimia voidaan antaa myös vammaisen henkilön lähiomaiselle, hänestä huolehtivalle tai muutoin läheiselle henkilölle, jolloin myös näille henkilöille annettavia palveluja rahoitetaan joko kunnan vammaishuollosta, vanhustenhuollosta tai omaishoidon tuesta.

Vammaispalvelulain 9.2 §:n nojalla kunnan on korvattava vaikeavammaiselle henkilölle hänen asuntoonsa tehdyistä muutostöistä sekä asuntoon kuuluvien välineiden ja laitteiden hankkimisesta aiheutuvat kohtuulliset kustannukset. Lakia koskevan asetuksen (759/1987) 12 §:n mukaan korvattavia muutostöitä ovat esimerkiksi luiskien rakentaminen ja kiinteiden kalusteiden muuttaminen. Korvattavia asuntoon kuuluvia välineitä ja laitteita ovat puolestaan nostolaitteet, hälytyslaitteet tai muut vastaavat asuntoon kiinteästi asennettavat välineet ja laitteet.

Asiakasmaksulain 1 §:n nojalla kunnallisista sosiaali- ja terveystaluuista voidaan periä asiakasmaksua, mutta lain 5.1 § mukaan lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälineet ovat asiakkaille maksuttomia. Asiakasmaksuasetuksessa (912/1992) määritellään tarkemmin perusteet, joiden mukaan kotisairaanhoidosta ja kotipalvelusta voidaan periä asiakasmaksua. Sosiaalihuoltolain mukaisen asumispalvelun asiakasmaksuista ei ole laadittu erityisiä säännöksiä.

²⁴ Ks. enemmän THL (2011a); Seppälä & Pekurinen (toim.) (2014).

²⁵ L 608/1948; L 279/1959.

²⁶ Sotilasvammalaki 404/1948.

²⁷ Potilasvahinkokeskus korvaa terveyden- ja sairaanhoidon yhteydessä potilaalle aiheutuneen henkilövahingon (L 585/1986 1 §).

²⁸ Kuntien ja kuntayhtymien talous ja toiminta 2013. Vanhusten ja vammaisten palvelut sisältävät vanhusten laitospalvelut, kotipalvelut sekä muut vanhusten ja vammaisten palvelut. Perusterveydenhuolto sisältää perusterveydenhuollon avohoidon, hammashuollon ja vuodeosastohoidon. Tiedot koskevat koko maata.

²⁹ Eräitä tietoja kuntien ja kuntayhtymien taloudesta 2013. Kuntayhtymien tiedot eivät koske sairaalakuntayhtymiä. Tiedot koskevat koko maata.

³⁰ www.stm.fi/stm/toiminta_ja_talous/palvelujen_menot.

³¹ L 1224/2004 4 luku 1 §; ks. myös www.kela.fi/matkat.

³² Kelan tilastollinen vuosikirja 2013 (2014).

2.3 Palvelujen toteuttamista teknisillä apuvälineillä ohjaava lainsäädäntö

Teknisten apuvälineiden käyttöä jokapäiväisessä toiminnassa ohjaavia säädöksiä on runsaasti. Seuraavassa niistä käsitellään tarkemmin vain niitä, jotka liittyvät tarkastuskysymyksiin (luku 3). Tällaisia ovat säädökset, jotka liittyvät palvelutarpeen arviointiin, apuvälineen valintaan, käytön seurantaan ja huoltoon.

2.3.1 Apuvälineen turvallinen käyttö

Laki terveydenhuollon laitteista ja tarvikkeista (629/2010)

Terveydenhuollon laitteita ja välineitä koskevaa lakia sovelletaan muun muassa laitteiden ja niiden lisälaitteiden huoltoon ja ammattimaiseen käyttöön. Terveydenhuollon laitteita ovat esimerkiksi laitteistot, välineet, ohjelmistot tai yhdistelminä käytettävät laitteet³³, jotka valmistaja on tarkoittanut sairauden diagnosointiin, tarkkailuun, hoitoon tai lievitykseen tai vamman tai vajavuuden diagnosointiin, tarkkailuun, hoitoon, lievitykseen tai kompensointiin (5 §).

Ammattimainen käyttäjä vastaa muun muassa siitä, että laitetta käytävällä henkilöllä on laitteen turvallisen käytön edellyttämä koulutus ja kokemus. Ammattimainen käyttäjä vastaa myös siitä, että laitteen huoltaa ja korjaa vain henkilö, jolla on siihen tarvittava ammattitaito ja asiantuntemus. Lisäksi ammattimainen käyttäjä vastaa siitä, että laite huolletaan valmistajan ohjeistuksen mukaisesti ja laitteen käyttöpaikka soveltuu sen turvalliseen käyttöön. (24 §.)

Ammattimaisen käyttäjän on myös tarvittaessa ilmoitettava Valviralle, valmistajalle tai hänen edustajalleen laitteiden aiheuttamista vaaratilanteista. Vaaratilanneilmoitus on tehtävä muun muassa silloin, jos se johtuu apuvälineen ominaisuuksista, suoriutumiskyvyn poikkeamasta tai häiriöstä tai käytöstä. (25 §.) Ilmoitus on tehtävä myös silloin, kun apuvälineen osuus tapahtumaan on epäselvä³⁴.

2.3.2 Apuvälineen tarpeen arviointi ja valinta

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälineiden luovutuksesta (1363/2011, jäljempänä apuvälineasetus)

Apuvälinepalveluprosessissa korostetaan asiakkaan itsemääräämisoikeutta ja hänen rooliaan omaan hoitoonsa osallistumisessa. Asiakkaalla on oikeus kieltäytyä apuvälineen käytöstä, vaikka apuvälineasiantuntijan mielestä apuvälineen käyttö edistäisi asiakkaan arjessa selviytymistä. Apuvälineasiantuntijan on kirjattava apuvälineen perusteet potilasasiakirjoihin erityisen tarkkaan, jos käyttäjän kanssa ei päästä yhteisymmärrykseen valinnasta tai apuvälineen valinnassa joudutaan tekemään kompromisseja.³⁵

Lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälineen saamisen edellytyksenä on, että asiakkaalla on lääketieteellisin perustein todettu sairaus, vamma tai kehitysviivästymä ja siitä aiheutuva apuvälineen tarve (1 §). Apuvälineen tarpeen arvioinnissa on huomioitava potilaan toimintakyvyn, elämäntilanteen ja elinympäristön asettamat vaatimukset apuvälineen toimivuudelle (2.1 §). Arvio olisi hyvä tehdä moniammatillisesti siten, että siihen osallistuisi myös toimintaympäristön tuntevia ammattilaisia, kuten

³³ Valviran esite: *Terveydenhuollon laitteet ja tarvikkeet*.

³⁴ <http://www.thl.fi/web/toimintakyky/apuvälineet/ohjeita-apuvälinepalveluiden-toteuttamiseksi/apuvälinepalveluprosessi-terveydenhuollossa>.

³⁵ Emt.

kotihoito. Apuvälinepalveluissa on huolehdittava, että asiantuntijoilla on riittävästi tietoa ihmisten toimintakyvystä, toimintarajoitteista ja niihin liittyvistä apuvälineistä³⁶.

Valitun apuvälineen tulisi olla sellainen, että se edistää potilaan kuntoutumista, tukee, ylläpitää tai parantaa toimintakykyä jokapäiväisissä toiminnoissa tai ehkäisee toimintakyvyn heikentymistä³⁷. Apuvälineen luovuttavan yksikön on ohjattava käyttäjää ja hänen tukiverkkoaan käyttämään apuvälinettä turvallisesti ja asianmukaisesti³⁸.

Apuvälineiden määräaikaishuollot toteutetaan valmistajan ohjeiden mukaisesti. Terveystieteiden tutkimuskeskus on myös vastuussa siitä, että apuvälineen käyttöä seurataan. Apuvälineen käyttöä seuraavat käyttäjä itse, hänen lähiympäristönsä ja ammattihenkilöt, jotka ovat asiakkaan kanssa tekemisissä.³⁹

Vanhuspalvelulaki ja ohjeet terveydenhuollon apuvälinepalvelujen toteuttamiseksi⁴⁰

Vanhuspalvelulaissa korostetaan iäkkään henkilön mahdollisuutta osallistua ja vaikuttaa omien palvelujensa sisältöä ja toteutumista koskevien valintojen tekoon⁴¹. Hänen mielipidettään on kuultava ja se on kirjattava palvelusuunnitelmaan. (1.1 § kohta 4; 16.2 §.)

Palvelut on toteutettava niin, että ne tukevat asiakkaiden terveyttä, hyvinvointia, toimintakykyä, itsenäistä suoriutumista ja osallisuutta. Muiden palvelujen ennalta ehkäisemiseksi on kiinnitettävä huomiota kuntoutumista edistäviin ja kotiin annettaviin palveluihin. (13 §.) Esimerkiksi iäkäs henkilö saa tarvittavia näkemisen, kuulemisen, lukemisen, kommunikoinnin, yhteydenpidon, muistamisen ja liikumisen apuvälineitä⁴².

Iäkkään henkilön tarvitsemat pitkäaikaisen hoidon ja huolenpidon palvelut toteutetaan ensisijaisesti joko henkilön yksityiskodissa tai muussa kodinomaisessa asuinpaikassa. Ne on toteutettava niin, että iäkäs henkilö voi kokea elämänsä turvallisiksi, ylläpitää sosiaalista vuorovaikutusta sekä osallistua mielekkääseen toimintaan, joka edistää ja ylläpitää hyvinvointia, terveyttä ja toimintakykyä. (14.1–14.2 §.)

Iäkkään henkilön palvelutarve on arvioitava monipuolisesti ja luotettavilla arviointimenetelmillä. Arvioinnissa on otettava huomioon iäkkään henkilön toimintakyky sekä hänen ympäristönsä esteettömyyteen, asumisen turvallisuuteen ja lähipalvelujen saatavuuteen liittyvät tekijät. (15.3 §.)

Palvelutarpeen arvioinnissa on myös varmistettava ammattihenkilöstön riittävä osaaminen. Esimerkiksi kuntoutumista tukevan palvelukokonaisuuden suunnitteluun ja toteuttamiseen tarvitaan gerontologisen ja geriatrisen osaamisen lisäksi monialaista kuntoutuksen osaamista. Lisäksi muistisairauksien varhaiseen tunnistamiseen, hoitoon ja kuntoutukseen liittyvä osaaminen on tärkeää kaikissa iäkkäiden palveluissa, myös kuntoutuksessa.⁴³

Sosiaalipalveluja saavalle iäkkäälle henkilölle on tarvittaessa laadittava sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista annetun lain (812/2000, jäljempänä asiakaslaki) 7 §:n mukainen suunnitelma. Suunnitelma on laadittava, mikäli kyseessä ei ole tilapäinen neuvonta tai ohjaus tai jos sen laatiminen on muutoin ilmeisen tarpeeton (16.1 §). Suunnitelman toteutumista seurataan vähintään puolivuositain ja aina, kun asiakkaan toimintakyvyssä tapahtuu hänen palvelutarpeeseensa vaikuttavia olennaisia muutoksia (16.3 §)⁴⁴.

³⁶ <http://www.thl.fi/fi/web/toimintakyky/apuvälineet/ohjeita-apuvälinepalveluiden-toteuttamiseksi/apuvälinepalveluprosessi-terveydenhuollossa>.

³⁷ A 1363/2011 1.1 §.

³⁸ <http://www.thl.fi/fi/web/toimintakyky/apuvälineet/ohjeita-apuvälinepalveluiden-toteuttamiseksi/>.

³⁹ Emt.

⁴⁰ Emt.; <http://www.thl.fi/fi/web/toimintakyky/apuvälineet/ohjeita-apuvälinepalveluiden-toteuttamiseksi/apuvälinepalveluprosessi-terveydenhuollossa>.

⁴¹ Myös L 812/2000 8.1 §; 8.2 §.

⁴² Sosiaali- ja terveysministeriö (2013b), s. 20.

⁴³ Emt., s. 30; s. 34.

⁴⁴ Emt., s. 32.

Iäkkäälle henkilölle, joka tarvitsee lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälineitä, on tarvittaessa laadittava myös potilaan asemaa ja oikeuksia koskevan lain (785/1992, jäljempänä potilaslaki) 4 a §:n mukainen lääkinnällistä kuntoutusta koskeva suunnitelma. Suunnitelmasta on ilmentävä potilaan hoidon järjestäminen ja toteuttamisaikataulu.

Jos lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälinetarve ei ole osa kuntoutusta, on potilaan apuvälineratkaisut ja niiden perusteet kirjattava potilaan potilasasiakirjoihin⁴⁵. Potilaslain 12.1 §:n mukaan potilasasiakirjoihin on kirjattava potilaan hoidon järjestämisen, toteuttamisen ja seurannan turvaamiseksi tarvittavat tarpeelliset ja laajuudeltaan riittävät tiedot. Potilasasiakirjoihin kirjattuja tietoja saavat käsitellä vain potilaan hoitoon tai niihin liittyviin tehtäviin osallistuvat henkilöt vain siinä laajuudessa kuin heidän työtehtävänsä ja vastuunsa edellyttävät⁴⁶. Asiakas- ja potilasasiakirjoihin sisältyvät tiedot ovat salassa pidettäviä ja niitä saa luovuttaa kolmannelle osapuolelle vain asiakkaan tai potilaan kirjallisella suostumuksella⁴⁷.

Työturvallisuuslaki (738/2002)

Lain tavoitteena on turvata ja ylläpitää työntekijöiden toimintakykyä, ehkäistä työtapaturmia sekä torjua muita työstä ja työympäristöstä työntekijöille aiheutuvia terveyshaittoja parantamalla työympäristöä ja työolosuhteita (1 §). Lakia sovelletaan myös työhön, jota työntekijä tekee työnantajan osoituksesta muun henkilön kodissa (5 §).

Työnantajan on opetuksella ja ohjauksella perehdytettävä työntekijä muun muassa työssä käytettäviin työvälineisiin ja niiden oikeaan käyttöön sekä turvallisiin työtapoihin (14 §). Etenkin uuden työntekijän kohdalla ja muutostilanteissa perehdyttäminen on erityisen tärkeää⁴⁸.

2.3.3 Toimitilojen varustetasoa ohjaava lainsäädäntö

Sosiaali- ja terveydenhuollossa toimitilojen varustetasosta on säädetty monessa laissa sisällöltään vaihtelevasti. Vanhassa sosiaalihuoltolaissa (710/1982) on säädetty, että sosiaalihuollon toimintoja varten kunnalla on oltava riittävät ja asianmukaiset toimitilat ja toimintavälineet (11 §). Sen sijaan 1.4.2015 voimaan tullessa uudessa sosiaalihuoltolaissa säädetään enää ainoastaan toimitiloista (30.4 §)⁴⁹. Kuitenkin lakia koskevaan hallituksen esitykseen on kirjattu keskeisiksi sosiaalihuollon laadukkuuteen vaikuttaviksi tekijöiksi käytettävissä olevat toimitilat ja välineet⁵⁰. Sote-järjestämisalakia koskevassa hallituksen esityksessä (324/2014) taas on säännös palveluntuottajilta edellytettävistä asianmukaisista laitteista.

Terveydenhuoltolain 4.4 §:n mukaan kunnalla tai sairaanhoitopiirin kuntayhtymällä on oltava terveydenhuoltoa varten käytettävissään asianmukaiset toimitilat ja toimintavälineet. Vanhuspalvelulain 22 §:ssä säädetään palveluntuottajan toimitiloista, mutta ei toimintavälineistä. Julkista toimintaa ohjaavien lakien yksityiskohtaisissa perusteluissa ei ole kuitenkaan määritelty tarkemmin, mitä riittävyys tai asianmukaisuus tarkoittaa⁵¹.

Sen sijaan yksityisiä palveluntuottajia koskevissa laeissa on yritetty määritellä hieman tarkemmin, mitä riittävyydellä ja asianmukaisuudella tarkoitetaan. Yksityisiä sosiaalipalveluja koskevan lain (922/2011) 4.1 §:n nojalla toimintayksiköissä on oltava riittävät ja asianmukaiset toimitilat ja varus-

⁴⁵ <http://www.thl.fi/fi/web/toimintakyky/apuvälineet/ohjeita-apuvälinepalveluiden-toteuttamiseksi/>.

⁴⁶ A 298/2009 4.1 §.

⁴⁷ L 812/2000 15 §; §16; L 785/1992 13 §.

⁴⁸ HE 59/2002 vp.

⁴⁹ *Toimitilojen käytössä on huomioitava asiakkaiden yksilölliset tarpeet ja edellytykset, esteettömyys ja yksityisyyden suoja.*

⁵⁰ HE 164/2014 vp., s. 122.

⁵¹ HE 102/1981 vp., s. 15; HE 90/2010 vp., s. 94–96; HE 160/2012 vp., s. 52–53; ks. myös *Sosiaali- ja terveysministeriö & Kuntaliitto (2013a)*.

teet, joiden riittävyys ja asianmukaisuus määrittyvät toimintayksikössä tarjottavien palvelujen mukaan⁵².

Yksityistä terveydenhuoltoa koskevan lain (152/1990) 3 §:n nojalla yksityisellä palveluntuottajalla on terveystalvija tarjotessaan oltava asianmukaiset tilat ja laitteet. Pykälän yksityiskohtaisen perustelun mukaan laitteiden määrän ja laadun on vastattava annettavien palvelujen sisältöä ja laitteiden on oltava asianmukaisessa kunnossa. Perusteluissa myös korostetaan, että hankittaessa uusia laitteita toiminnan harjoittajan tulisi varmistua laitteiden turvallisuudesta ja siitä, että niiden lääketieteellisestä tasosta on riittävästi tutkimukseen perustuvaa tietoa. Lisäksi perusteluissa korostetaan, että terveydenhuollon henkilöstöllä on oltava riittävä koulutus ja kokemus sekä tarvittava ohjaus, jotta he kykenevät käyttämään palvelutoiminnassa käytettäviä laitteita.⁵³

2.4 Tarkastuskysymykset ja -kriteerit

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutostuksessa teknologia (jäljempänä tekniset apuvälineet) nähdään yhtenä keinona, jolla julkinen valta kykenee vastaamaan palvelujen kysynnän kasvuun laadukkailla palveluilla. Teknisten apuvälineiden hyödyntäminen palveluissa ja niihin liitettyjen hyötyjen saavuttaminen edellyttävät muun muassa sitä, että

- palveluissa käytetään hyväksi todettuja teknisiä apuvälineitä
- tekniset apuvälineet kohdentuvat asiakkaille, jotka hyötyvät niistä
- teknisiä apuvälineitä käyttävät osaavat käyttää niitä
- teknisten apuvälineiden soveltuvuutta käyttäjille seurataan.

Tarkastuskysymykset

Teknologia nähdään yhtenä keinona, jolla voidaan vastata sosiaali- ja terveystalvija palvelujen tarjontaa koskeviin kysymyksiin. Valtio voi kuitenkin vain omilla toimillaan luoda puitteet, jotka kannustavat sairaanhoitopiirejä ja kuntia hyödyntämään teknologiaa palvelutuotannossa.

Teknologiassa ei ole kuitenkaan kysymys vain uuden teknisen välineen käyttöönotosta ja työntekijöiden kouluttamisesta sen käyttöön. Kysymys on myös siitä, että teknologian käyttöönotto edellyttää toimintakäytäntöjen muuttamista. Lisäksi teknologian hyötyjen saavuttaminen yhdellä toiminta-alueella saattaa edellyttää toimintojen muuttamista jollakin toisella toiminta-alueella. Jotta sosiaali- ja terveystalvija palveluissa kyettäisiin hyödyntämään teknologiaa optimaalisesti ja saavuttamaan sen käytöstä syntyvät hyödyt täysimääräisesti, tarvittaisiin kokonaisvaltaista, eri hallinnonalat ylittävää ohjausta. Tarkastuksessa pyritäänkin selvittämään sitä, millaiset perusteet valtion ohjaus on antanut teknologian hyödyntämiselle.

Tarkastuksessa kartoitettiin sitä, millaisia teknisiä apuvälineitä vanhuspalveluissa hyödynnetään ja kuinka yleistä teknisten apuvälineiden hyödyntäminen on. Tarkastuksessa selvitettiin myös sitä, ovatko kuntien toimintakäytännöt teknisten apuvälineiden hyödyntämisessä sosiaali- ja terveystalvija palveluissa sellaisia, että samalla kun ne tehostavat toimintaa ja lisäävät tuottavuutta, ne myös tukevat laadukkaiden ja turvallisten palvelujen järjestämistä.

Tarkastuksen pääkysymys oli ”tukeeko teknologia laadukkaiden ja turvallisten palvelujen järjestämistä”. Kysymykseen vastattiin neljällä osatarkastuskysymyksellä, jotka jakautuivat edelleen 3–5 alatarkastuskysymykseen (liite 1).

⁵² HE 302/2010 vp., s. 19.

⁵³ HE 46/1989 vp., s. 16.

- Millaisilla teknisillä apuvälineillä ikääntyneiden kotona asumista tuetaan?
- Onko palveluja tukevat tekniset apuvälineet valittu harkitusti?
- Miten varmistetaan, että tekniset apuvälineet kohdentuvat asiakkaille, jotka hyötyvät niistä eniten?
- Miten teknisten apuvälineiden soveltuvuutta asiakkaalle seurataan?

Tarkastuskriteerit

Tarkastuksessa oli viisi tarkastuskriteeriä: vaikuttavuus, asiakaslähtöisyys, vastaavuus asiakkaiden tarpeisiin, koordinointi ja turvallisuus⁵⁴. Liitteessä 1 esitetään tarkemmin tarkastuskriteerit alatarkastuskysymyksittäin ja tarkastuskriteerejä koskevat tulkinnat.

2.5 Tarkastuksen aineistot ja menetelmät

Tarkastuksen ensisijainen aineisto koostui 15 kunnan, 12 apuvälinekeskuksen sekä Tekesin edustajan teemahaastatteluilta. Kunnat olivat kaupunkimaisuusasteeltaan erilaisia, ja ne sijaitsivat eri puolilla Suomea. Jokaisen kunnan vanhuspalveluissa oli kokeiltu vähintään yhtä teknistä apuvälinettä viimeisten viiden vuoden aikana. Pilotteihin oli saatu osin myös julkista rahoitusta. Apuvälinekeskukset valikoituivat tarkastuskohteeksi sen perusteella, mihin sairaanhoitopiirin kuntayhtymään valittu kunta kuului.

Tarkastusaineistona käytettiin myös kirjallista kyselyä, joka kohdennettiin aluehallintovirastoille. Aluehallintovirastoista 5/6 vastasi kyselyyn.

Tarkastuksessa käytettiin tarkastusaineistona myös vanhuspalveluja tuottavien yksityisten sosiaali- ja terveyspalveluntuottajien laatimia omavalvontasuunnitelmia, joita oli yhteensä 36. Aluehallintovirastot toimittivat 21 omavalvontasuunnitelmaa, ja loput kerättiin Mikkelin seudun sosiaali- ja terveystoimen verkkosivulta Yksityisten palveluntuottajien omavalvontasuunnitelmat⁵⁵. Valvontaohjelmista analysoitiin tarkemmin kohtia, joissa käsiteltiin riskien ja epäkohtien tunnistamista, toimitiloja, laitteita ja tarvikkeita, asiakasturvallisuutta, asiakkaan asemaa ja oikeuksia sekä henkilöstöä ja asiakastietojen käsittelyä.

Teknisiin apuvälineisiin liittyvien riskien yleisyyttä kartoitettiin neljällä erilaisella aineistolla. Valviran vaarailmoitusrekisteristä kerättiin vuosina 2010–2013 rekisteriin ilmoitetut vaaratilanneilmoitukset apuvälineiden (kategoria 11) osalta. Niitä oli tarkasteluajankohtana tehty yhteensä 296. Potilasvakuutuskeskuksen tilastoista käytiin läpi ratkaistut laitevahingot ja tapaturmat vuosilta 2007–2013. Lisäksi käytiin läpi oikeusasiamiehelle tehdyt kantelut ja ratkaisut vuodesta 2005 vuoden 2014 syyskuuhun.

Tarkastuksessa käytettiin tilastoaineistona myös kuntien ja kuntayhtymien talous- ja toimintatilastoja. Niistä kerättiin kuntien käyttötaloustietoja (aineet, tarvikkeet ja tavarat), investointimenoja sekä apuvälineiden hankintamenoja ja luovutettujen apuvälineiden määriä koskevia tilastoja vuosilta 2010–2013.

Tarkastuksen piiriin kuuluneilta apuvälinekeskuksilta pyydettiin tilastoja 65 vuotta täyttäneille luovutetuista yleisimmistä apuvälineistä, kaikista luovutetuista apuvälineistä sekä apuvälinekustannuksista (henkilöstö, hankinnat ja huolto). Tarkastuksen piiriin kuuluvista kunnista pyydettiin puolestaan tilastoja turvapalveluja saavista 65 vuotta täyttäneistä asiakkaista, asiakkaiden turvapalveluihin lisäpalveluna liitettyistä teknisistä apuvälineistä sekä teknisten apuvälineiden asiakasmaksuista ja saatavuus-

⁵⁴ Tarkastuskriteerit on esitetty tarkemmin esiselvitysraportissa (valtionalouden tarkastusvirasto 2014).

⁵⁵ <http://www.mikkelinseutusote.fi/yksityiset-sosiaali-ja-terveyspalvelut/yksityisten-palveluntuottajien-omavalvontasuunnitelmat>.

perusteista. Tilastoja pyydettiin myös teknologisista investointimenoista, kalustehankinnoista ja huoltokustannuksista vuosilta 2010–2013.

Tarkastusaineistona käytettiin niin ikään esimerkkitapausta, joka liittyi kysymykseen asiakkaan itsemääräämisoikeudesta. Esimerkki osoitettiin sosiaali- ja terveysministeriön lakimiehelle, jolta pyydettiin kannanottoa siihen, miten esimerkkiasiassa tulisi menetellä.

Lopuksi yhden aineistokokonaisuuden muodostivat kirjallisuuslähteet. Eli teknologian hyödyntämistä sosiaali- ja terveyspalveluissa koskevat virallisiasiakirjat (hallituksen esitykset, säädökset, valiokuntien lausunnot ja mietinnöt), aiheetta koskevat tutkimukset, raportit ja selvitykset sekä tarkastuskohteilta saatu kirjallinen aineisto.

3 Tarkastushavainnot

3.1 Teknisten apuvälineiden käyttö kotona asumista tukevissa palveluissa

3.1.1 Yhteenveto

Tarkastushavainnot teknisten apuvälineiden käytöstä osoittivat, että kotona ja kodinomaisissa tiloissa asumista tukevissa kuntien palveluissa käyttöön otetut ikääntyneiden itsenäistä suoriutumista tukevat ja ylläpitävät tekniset apuvälineet vastaavat varsin hyvin asiakkaiden tarpeisiin. Samaan tarpeeseen on tarjolla erilaisia apuvälineitä ja niistä erilaisia malleja.

Runsaasta markkinatarjonnasta huolimatta teknisten apuvälineiden käyttö oli kunnissa kuitenkin melko vähäistä. Erilaisia teknisiä apuvälineitä käytettiin enemmän tehostetun palveluasumisen yksiköissä kuin kotihoidossa. Tosin tehostetun palveluasumisen yksiköiden varustetasoissa oli eroja kuntien välillä, kuntien sisällä sekä yksityisten ja kunnallisten palveluntuottajien välillä. Varustetasojen erot viittaisivat siihen, että kunnan tuottamissa yksiköissä olisi korkeampi varustetaso kuin ostopalveluyksiköissä.

Vanhuspalvelujen rakennemuutos näkyy myös apuvälineyksiköiden toiminnassa. Tiettyjen teknisten apuvälineiden, kuten henkilönostinten ja sähkösäätöisten sänkyjen, luovutusmäärät 65 vuotta täyttäneille olivat kasvaneet. Henkilönostinten ja sähkösäätöisten sänkyjen luovutusmäärien lisääntyminen viittaa kuitenkin enemmänkin siihen, että palveluja on kyetty lisäämään jo palvelujen piirissä oleville (omaishoito, kotihoito ja tukipalvelut) kuin tarjoamaan palveluja kokonaan uusille asiakkaille. Apuvälineyksiköiden toiminta näyttää siten vastaavan asiakkaiden tarpeisiin ja tukevan avohuollossa hoitamista lukuun ottamatta ikääntyneitä muistisairaita.

Tarkastushavainnot osoittivat, että teknisten apuvälineiden toiminnan perustuminen sähköön tai verkkoyhteyksiin tekee niistä haavoittuvaisia. Tähän reagointi lisää kotihoidon henkilöstön työtä, tekee asiakkaiden turvallisuuden takaamisesta epävarmaa ja jättää osan palvelujen piirissä olevista asiakkaista valvonnan ulkopuolelle. Kaikkien teknisten apuvälineiden käyttöönotto vanhuspalveluissa ei siten ole vaikuttavaa ja turvallista.

Kuntien halukkuutta ottaa käyttöön uudenlaisia teknisiä apuvälineitä näyttäisi rajoittavan se, että teknisten apuvälineiden erilaiset taustajärjestelmät eivät mahdollista eri valmistajien laitteiden liittämistä toisiinsa. Niin ikään asiakkaat eivät välttämättä ole valmiita maksamaan teknisistä apuvälineistä.

Tarkastushavainnot teknisten apuvälineiden kustannuksista ja säästöistä osoittivat, että haastateltavien käsitykset säästöistä erosivat toisistaan. Tarkastuskunnat uskoivat osin jo konkreettisten tulosten perusteella teknisten apuvälineiden käytön tuovan säästöjä, kun taas apuvälinekeskukset katsoivat palvelurakennemuutoksen lisäävän menoja. Tilastot apuvälinekeskusten luovuttamien apuvälineiden määristä ja hankintakustannuksista tukivat apuvälinekeskusten käsitystä. Teknisten apuvälineiden kustannukset pirstaloituvat kuitenkin eri toimintoihin ja toimijoille, mikä vaikeuttaa kokonaiskäsityksen muodostamista kotona ja kodinomaisissa tiloissa hoitamisen kustannuksista.

3.1.2 Tekniset apuvälineet kuntien tuottamissa avopalveluissa

Tekniset apuvälineet kunnan tuottamassa kotihoidossa ja palveluasumisessa

Tarkastushavaintojen mukaan kunnat näyttävät olevan vasta nyt kunnolla heräämässä etsimään teknologisia ratkaisuja ihmisten hoitamiseksi kotioloissa. Teknologiaheräämisen taustalla ei näyttäisi niinkään olevan rakennepoliittinen ohjelma eikä vanhuspalvelulaki vaan yksinomaan kiristynyt taloudelli-

nen tilanne. Kun kunnilla ei enää ole varaa laittaa ihmisiä tehostettuun palveluasumiseen, on kuntien pakko löytää teknisiä ratkaisuja kotona hoitamisen tueksi⁵⁶.

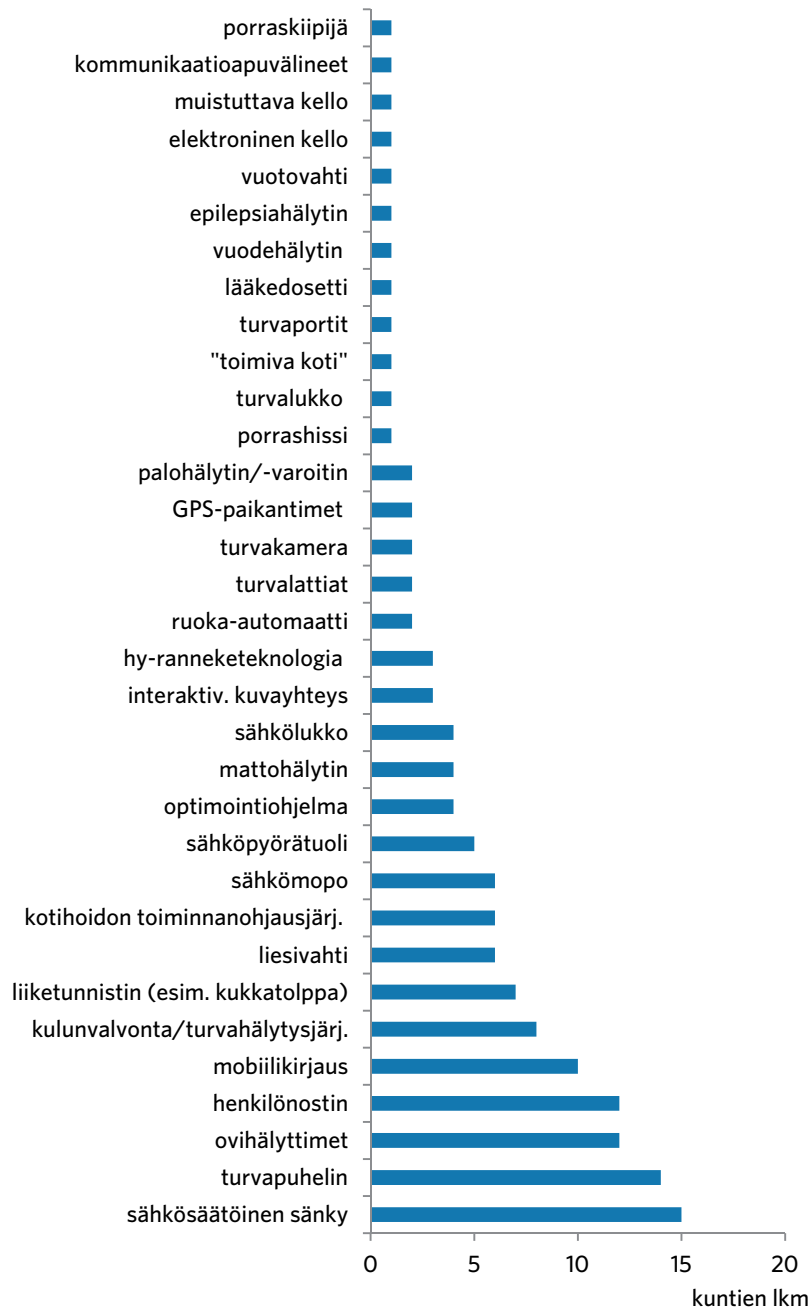
Osa tarkastuskuntien haastateltavista katsoi, että teknisten apuvälineiden hankintaa hankaloittavat poliittisten päättäjien odotukset. Heitä on vaikea saada ymmärtämään, ettei teknisiin apuvälineisiin satsaaminen näy heti vaan vasta pidemmällä aikavälillä. Päättäjät näkevät teknisten apuvälineiden hankinnan investoinnin sijasta lähinnä kulueränä. Kunnissa on viime vuosina myös pyritty enemmänkin supistamaan kuin lisäämään vanhustenhuollon määrärahoja. Käytännössä tämä merkitsee sitä, että uusia hankintoja voidaan tehdä, mutta niiden kustannukset on katettava toimintayksikölle myönnettyjen määrärahojen puitteissa. Esimerkiksi yhdessä tarkastuskunnassa kotihoidon mobiililaitteiden hankinta rahoitettiin vähentämällä kotihoidosta seitsemän henkilötyövuotta.

Taulukossa 1 esitetään tarkastuskuntien kotihoidossa ja palveluasumisessa (ml. tehostettu palveluasuminen) käytössä olevia teknisiä apuvälineitä. Taulukosta voidaan havaita, että erityyppisiä apuvälineitä oli yhteensä 33. Määrä on varsin vaatimaton, kun sitä vertaa esimerkiksi KÄKÄTE-projektin (Käyttäjälle kätevä teknologia) verkkosivustolta⁵⁷ ja Apudata-tietokannasta⁵⁸ löytyvien teknisten apuvälineiden määrään.

⁵⁶ *Tarkastuskuntahaastattelu.*

⁵⁷ <http://www.ikateknologia.fi/fi/teknologiatuotteet-ja-ratkaisut.html>.

⁵⁸ <http://www.thl.fi/fi/web/toimintakyky/apuvälineet/apudata-tietokanta>.



KUVIO 1. Tarkastuskuntien asiakkaiden kotona asumista tukevissa palveluissa käytetyt tekniset apuvälineet.

Tarkastuskunnissa oli keskimäärin käytössä 7 erilaista teknistä apuvälinettä, kun vaihteluväli oli 2–12⁵⁹. Alueelliset erot olivat suuret. Esimerkiksi yhdestä tarkastuskunnasta löytyi puolet taulukossa mainituista apuvälineistä ja kymmenestä kunnasta taas vähemmän kuin yksi kolmasosa. Taulukossa mainituista apuvälineistä 36 prosenttia oli sellaisia, joita käytettiin vain yhdessä kunnassa.

Tarkastushavainnot osoittivat myös, että taulukossa mainittujen teknisten apuvälineiden käyttäjiä oli kunnissa varsin vähän. Esimerkiksi yhdessä ruoka-automaattia käyttävässä tarkastuskunnassa asiakkaita oli 12–16, kun taas yhdessä hellavahteja käyttävässä tarkastuskunnassa asiakkaita oli seitsemän (0,06 prosenttia kaikista 65 vuotta täyttäneistä). Kunnissa teknisen apuvälineen käyttöönotto palvelutuotannossa ei siten kerro mitään siitä, kuinka yleistä sen käyttö todellisuudessa on.

Yleisimmät kunnissa käytössä olevat tekniset apuvälineet olivat turvapuhelin (turvaranneke), sähkösäätöinen sänky, ovihälytyn, henkilönostin ja mobiilikirjaus. Nämä apuvälineet olivat käytössä kahdessa kolmasosassa tarkastuskunnista. Niistä turvapuhelin ja ovihälytyn voidaan mieltää asiakkaan itsenäistä suoriutumiskykyä turvaaviksi apuvälineiksi. Mobiililaitteet mobiilikirjauksineen ja henkilönostimet on sen sijaan tarkoitettu työntekijöiden työvälineiksi. Sitä vastoin sähkösäätöiset sängyt voivat olla sekä asiakkaiden itsenäistä toimintakykyä ylläpitäviä että työntekijöiden työtä helpottavia työvälineitä.

Kaikissa tarkastuskunnissa käytössä oleva turvapuhelin on linjassa kotihoidon tilastojen antaman kuvan kanssa. Turvapuhelinpalvelu oli yleisin tukipalvelu sekä säännöllisen kotihoidon että vain tukipalveluja saavien 75 vuotta täyttäneiden keskuudessa vuonna 2013⁶⁰. Haastateltavien mukaan asiakkaiden hoitaminen kotona ei ylipäänsä olisi mahdollista ilman turvapuhelinta (turvapalvelua). Haastateltavat kertoivat turvapuhelimen lisäävän turvallisuutta, vähentävän turhia tarkastuskäyntejä ja mahdollistavan avun antamisen oikea-aikaisesti. Lisäksi siihen on mahdollista yhdistää erilaisia lisälaitteita, joista yleisin oli ovihälytyn. Tätä selittää osin taas se, että haastateltavien mukaan turvapuhelimen ja ovihälyttimen yhdistelmä on keino, jonka turvin myös muistisairaat voivat asua kotonaan.

Tarkastushavainnot osoittivat kuitenkin, että turvapuhelinpalveluja käyttävistä asiakkaista vain hyvin harvalla siihen oli yhdistetty ovihälytyn. Tarkastuskunnista saadut turvapuhelinpalveluja koskevat tiedot osoittivat, että kaikista turvapuhelinpalvelun asiakkaista sekä turvapuhelinta että ovihälytintä käyttävien asiakkaiden osuus vaihteli 0,5 prosentista 5,5 prosenttiin.

Kunnissa käytettyjä apuvälineitä koskevat havainnot osoittavat niin ikään sen, että samaan avuntarpeeseen on tarjolla erilaisia teknisiä ratkaisuvaihtoehtoja. Esimerkiksi liiketunnistimet voivat olla lattian alla (turvalattia), matossa, seinillä, oviaukossa, katossa tai kukkatolpan näköisessä esineessä. Niihin voidaan määritellä yksilöllisesti erilaisia hälytysaikoja ja asiakkaan toivomuksen mukaan ne voivat olla poissa päältä päivisin, mutta toiminnassa öisin. Samasta teknisestä välineestä voi lisäksi olla käytössä erilaisia variaatioita asiakkaiden tarpeiden ja toimintakyvyn mukaan. Esimerkiksi turvarannekkeesta tehty hälytys voi vaatia asiakkaan omaa painallusta tai toimia automaattisesti.

KÄKÄTE-projektin verkkosivusto ja aluehallintovirastoille osoitettu tarkastuskysely viittasivat siihen, että interaktiiviseen kuvayhteyteen perustuvien teknisten apuvälineiden käyttö vanhuspalveluissa on melko yleistä. Tarkastuskuntien haastattelut osoittivat kuitenkin, että vaikka interaktiiviseen kuvayhteyteen perustuvia apuvälineitä oli teknisistä apuvälineistä kokeiltu eniten, olivat kokeilut johtaneet käyttöönottoon vain kolmessa kunnassa. Sen sijaan kuudessa kunnassa kokeilut eivät olleet johtaneet käyttöönottoon.

Tekesin edustajan haastattelun mukaan hyvinvoinnin hankkeiden jalkauttamista hankaloittavat korkeat kustannukset. Näkemys sai tukea monesta tarkastuskunnan haastattelusta. Kunnissa ei ole taloudellisia resursseja ottaa kokeilussa ollutta välinettä käyttöön, koska sen hankintakustannukset ovat suuret. Yhdessä tarkastuskunnassa todettiin, ettei hyvinvointi-TV:tä tarjoavien palveluntuottajien suuri määrä ole alentanut laitteen hintaa. Haastattelun mukaan lähes kaikkien palveluntuottajien hintatarjous oli keskimäärin 149 euroa. Kilpailu markkinoilla ei siten näyttäisi toimivan.

⁵⁹ *Osassa kunnista asiakkailla oli käytössä muun muassa liesivahteja, häkä-, palo- tai patjahälyttimiä, mutta asiakas oli vuokrannut ne itse suoraan turvapalveluja tuottavalta palveluntuottajalta.*

⁶⁰ THL (2014a).

Tulokset kertovat siitä, miten heikosti kunnissa on otettu käyttöön ns. edistyneempiä teknisiä apuvälineitä. Niille on kuitenkin asetettu suuria odotuksia esimerkiksi itsehoidossa. Valtaosa käyttöön otetuista teknisistä apuvälineistä on myös sellaisia, joilla pyritään antamaan hoitoa oikea-aikaisesti eli vähentämään työntekijöiden käyntejä asiakkaiden luona. Käytännössä asiakkaiden sosiaaliset kontaktit hoitohenkilökunnan kanssa vähenevät. Tekniset apuvälineet tarvitsevat rinnalleen ympärivuorokautisesti toimivat hälytys- ja auttajatoiminnot turvatakseen oikea-aikaisen hoidon. Tämä taas lisää henkilöstön tarvetta toisaalla.

Tekniset apuvälineet yksityisten palveluntuottajien tuottamissa tehostetun palveluasumisen yksiköissä

Yksityisten sosiaali- ja terveystalujen tuottajien laatimat omavalvontasuunnitelmat osoittivat, että tehostetun palveluasumisen yksiköissä käytettyjen teknisten apuvälineiden kirjo oli kunnallisia yksiköitä määrällisesti vähäisempi⁶¹. Tarkastelluissa omavalvontasuunnitelmissa mainittiin kaikkiaan kahdeksan teknistä apuvälinettä: sähkösäätöinen sänky, henkilönostin, hyvinvointi- tai dementiaranneke, sähkölukko, hoitajakutsujärjestelmä (ml. turvaranneke), kamera ja palohälytys. Tarkastushavainnot osoittivat myös joidenkin teknisten apuvälineiden, kuten sähkösäätöisten sänkyjen ja henkilönostinten, käytön olevan hyvin vähäistä verrattuna tarkastuskuntiin. Läpikäydyistä 14:stä tehostetun palveluasumisen yksikön omavalvontasuunnitelmasta vain yhdessä mainittiin sähkösäätöiset sängyt ja kolmessa henkilönostimet. Sen sijaan kaikissa tarkastuskunnissa oli käytössä sähkösäätöisiä sänkyjä, ja henkilönostimia käytettiin runsaassa kahdessa kolmasosassa tarkastuskunnista (ks. taulukko 1). Havainnot viittaavat siihen, että kuntien omien ja ostopalveluina hankkimien tehostetun palveluasumisen yksiköiden varustetasoissa on eroja.

Käytössä olevien teknisten apuvälineiden määrä viittaisi siihen, että yksityisissä tehostetun palveluasumisen yksiköissä hoidettavat ikääntyneet eivät niinkään ole heikkokuntoisia vuodepotilaita vaan enemmänkin liikkumaan kykeneviä ja muistisairaita. Päätelmää tukee tutkimustulos siitä, että kunnat ostavat yksityisiltä palveluntuottajilta lähinnä dementiayksiköiden palveluja fyysisesti parempikuntoisille asiakkaille⁶². Omavalvontasuunnitelmissa yleisimmin mainitut tekniset apuvälineet, kuten sähkölukot ja kameravalvonta, liittyvät asiakkaan liikkumisen valvontaan. THL:n raportin mukaan vuonna 2009 muistisairaiden osuus kaikista yksityisten palveluntuottajien tehostetun palveluasumisen asiakkaista oli noin 46 prosenttia⁶³.

Apuvälinekeskusten haastattelujen sekä THL:n vanhuspalvelulain toimeenpanon seurannasta laaditun raportin (2014) mukaan tehostetun palveluasumisen yksiköissä hoidetaan nykyään fyysisesti entistä heikkokuntoisempia, mutta myös entistä enemmän vaikeasti muistisairaita. Nämä tiedot yhdessä ostopalveluyksiköissä käytettyjä teknisiä apuvälineitä koskevien havaintojen kanssa viittaavat siihen, että joissakin kunnallisissa tehostetun palveluasumisen yksiköissä varustetaso on laadukkaampi kuin ostopalveluyksiköissä. Tämä voi kuitenkin johtua osin siitä, että osa tarkastelluista omavalvontasuunnitelmista oli laadultaan heikotasoisia. Asioita oli esimerkiksi kirjattu väärin paikkoihin. Toisaalta tulosta saattaa selittää tutkimushavainto siitä, että kuntien palvelutaloyksiköiden asiakkaista suurempi osa oli ns. kliinisesti monimuotoisia ja monialaiseen kuntoutusluokkaan kuuluvia. Heillä oli siis jokin lääketieteellinen syy, joka aiheuttaa palvelutarvetta.⁶⁴

Havainnot saattavat kuitenkin kertoa kuntien kilpailuttamiskäytännöistä. Yksityisissä tehostetun palveluasumisen yksiköissä käytettävät tekniset apuvälineet viittaisivat siihen, että kunnat eivät välttämättä painota tai ota huomioon laatutekijöinä asumisyksiköiden varustetasoa muuten kuin asiakasturvallisuuden näkökulmasta kilpailuttaessaan asumispalveluyksiköitä ja tehdessään uusia sopimuksia. Tarkastushaastattelujen perusteella tämä voi kuitenkin johtua siitä, että kunnat olettavat kilpailuun

⁶¹ *Aluehallintovirastot (2014a)*; <http://www.mikkelinseutusote.fi/yksityiset-sosiaali-ja-terveyspalvelut/yksityisten-palveluntuottajien-omavalvontasuunnitelmat>.

⁶² *Sinervo yms. (2010)*, s. 50.

⁶³ *THL (2011b)*.

⁶⁴ *Sinervo yms. (2010)*, s. 49–50.

osallistuvien yksityisten palveluntuottajien tehostetun palveluasumisen yksiköiden täyttävän lain vaatimukset⁶⁵.

Ongelmana on kuitenkin se, ettei yksityisistä sosiaalipalveluista annetussa laissa ole määritelty tarkemmin asumispalveluyksiköiden varustetasoa (ks. 2.3.3). Myöskään sosiaali- ja terveysministeriö ei ole määritellyt⁶⁶, mitä varusteita asumispalveluyksiköissä pitäisi olla. Varustetasosta päättäminen on siten siirretty joko kunnalle tai yksityiselle palveluntuottajalle. Käytännössä tämä merkitsee sitä, että tehostetun palveluasumisen yksiköiden varustetason laatu vaihtelee eri palveluntuottajilla ja eri kunnissa, mutta tarkastushaastattelujen mukaan myös saman kunnan sisällä.

3.1.3 Apuvälinekeskusten luovuttamat lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälineet

Lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälineillä tuetaan vanhustenhuollon rakennemuutosta

Tarkastushavainnot⁶⁷ osoittivat, että vanhuspalvelujen rakennemuutos näkyy 65 vuotta täyttäneille luovutettujen henkilönostinten, sähkösäätöisten sänkyjen ja sähkömopojen määrän lisääntymisenä. Nämä ovat sähköpyörätuolien ohella yleisimpiä 65 vuotta täyttäneille luovutettuja teknisiä apuvälineitä. Haastatteluissa ilmeni myös, että vanhuspalvelujen linjaukset heijastuvat siihen, millaisia malleja teknisistä apuvälineistä luovutetaan. Esimerkiksi kuntoutumista edistävän työtavan korostaminen⁶⁸ näkyy seisomanostinten suosiossa.

Lisäksi tarkastushavainnot⁶⁹ osoittivat, että lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälineitä on alettu käyttää myös omaishoitajien työn tukemisessa. Heille on luovutettu henkilönostimia ja hoidettaville sähkösäätöisiä sänkyjä, joilla pyritään tukemaan kotona asumista. Käytännössä tämä merkitsee sitä, että kunnat rahoittavat omaishoitoa kahden rahoituskanavan kautta: joko suoraan sosiaalihuollon budjetista tai epäsuorasti erikoissairaanhoidon budjetista.

Enemmistö haastateltavista oli sitä mieltä, että palvelurakenteen muutos ei ole kuitenkaan näkynyt uusien teknisten apuvälineiden tulona lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälinevalikoimaan vaan sen sijaan apuvälinekannan monipuolistumisena. Teknisiin apuvälineisiin on tullut lisää vaihtoehtoja, ominaisuuksia ja/tai lisävarusteita.

Osa haastateltavista uskoi, että lääkinnällisenä kuntoutuksena myönnettävät apuvälineet, kuten ympäristönhallintalaitteet, hyödyttäisivät myös ikäihmisiä. Ympäristönhallintalaitteet mainittiin kuitenkin vain muutamassa haastattelussa yleisimpien 65 vuotta täyttäneille luovutettujen teknisten apuvälineiden joukossa. Haastateltavien mukaan niiden luovuttamista ikäihmisille hankaloittaa kysymys saavutettavista hyödyistä ja ennen kaikkea hyötyjen suuruudesta. Tietämys ympäristönhallintalaitteiden kustannusvaikuttavuudesta puuttuu.

Muistiapuvälineiden järjestämistä vastuusta puuttuu valtakunnallinen linjaus

Apuvälinekeskusten haastattelut osoittivat, että muistin ja ajanhallinnan apuvälineet eivät kuulu lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälinevalikoimaan. Osa haastateltavista katsoi, että niiden pitäisi kuulua apuvälinekeskuksille. Osa taas koki, ettei apuvälinekeskuksilla ole niiden järjestämiseen vaadittavaa osaamista. Haastateltavien mukaan muistiapuvälineiden järjestämistä vastuun tilanne on epäselvä. Koska vastuuta muistiapuvälineiden järjestämisestä ei ole osoitettu kenellekään, ei niitä myöskään erikoissairaanhoidosta myönnetä. Sen sijaan niiden järjestäminen on siirretty sosiaalihuollolle.

⁶⁵ L 922/2011 4.1 §; HE 302/2010 vp, s. 19.

⁶⁶ Sosiaali- ja terveysministeriö (2013c).

⁶⁷ Tarkastuksen piiriin kuuluneiden apuvälinekeskusten haastattelut ja apuvälinekeskusten tilastot 65 (63) vuotta täyttäneille luovutetuista yleisimmistä/sähköisistä apuvälineistä vuosilta 2010 (2012) – 2013.

⁶⁸ Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen Kuntaliitto (2008).

⁶⁹ Tarkastuksen piiriin kuuluneiden apuvälinekeskusten haastattelut ja apuvälinekeskusten saatavuusperusteet.

Haastatteluissa myös ilmeni, että apuvälinekeskukset odottivat lääkinällisen kuntoutuksen apuväline -työryhmän⁷⁰ ottavan kantaa muistiapuvälineisiin, mutta näin ei käynyt. Sosiaali- ja terveysministeriön näkemyksen mukaan apuvälineasetuksen lähtökohtana ei ole minkään tietyn sairausryhmän apuvälineiden saatavuuden varmistaminen, vaan asetuksen tarkoituksena on säätää apuvälinepalveluista yleisellä tasolla⁷¹. Haastateltavat kuitenkin kokivat, että muistiapuvälineiden toteuttamisesta pitäisi olla yhdenmukaiset valtakunnalliset ohjeet. Nyt muistiapuvälineet ovat kuntien sosiaalitoimen vastuulla, mutta haastateltavien mukaan sosiaalitoimi ei yleensä budjetoi rahaa erikseen apuvälineisiin.

3.1.4 Teknisten apuvälineiden hyödyntämiseen liittyvät ongelmat

Suomessa turvarannekkeet turvapalvelujen toteuttamisvälineenä ovat kuuluneet kotipalvelujen tukipalveluvalikoimaan jo vuosikymmeniä. Niiden käyttö on myös varsin yleistä ikääntyneiden kotona asumista tukevissa palveluissa. Esimerkiksi säännöllistä kotihoitoa saavista 75 vuotta täyttäneistä asiakkaista noin 51 prosenttia sai turvapalveluja vuonna 2013⁷². Lisäksi tehostetun palveluasumisen yksiköissä turvateknologia on rakennettu osin turvarannekkeiden varaan.

Kuntahaastattelut ja aluehallintovirastoilta saadut kyselyvastaukset osoittivat turvarannekkeiden käyttöön liittyvän kuitenkin runsaasti ongelmia. Kysymys ei ole vain siitä, että heikkokuntoiset asiakkaat eivät kykene käyttämään ranneketta (fyysinen toimintakyky), muistisairaajat eivät muista, miten ranneketta käytetään, tai asiakkaat eivät osaa käyttää sitä (kognitiivinen toimintakyky). Osa ongelmista koskee yleisemmin myös muita teknisiä apuvälineitä, joita käytetään kotona asumista tukevissa palveluissa. Seuraavassa ongelmista esitetään vain muutama.

Sähkö- ja verkkoyhteydet aiheuttavat toimintahäiriöitä ja lisäävät kotihoidon henkilöstön työtä

Tarkastushavaintojen⁷³ mukaan yksi yleisemmistä turvarannekkeiden ongelmista liittyi verkkoyhteyksiin, jotka ovat haavoittuvaisia monesta syystä. Havaintojen mukaan verkkoyhteydet eivät toimi kaikilla alueilla kunnolla, ja samankin kunnan sisällä saattaa olla katvealueita. Katvealueilla turvarannekkeet eivät pysy kentässä ja interaktiiviseen kuvayhteyteen perustuvissa laitteissa⁷⁴ myös ääni ja kuvan laatu vaihtelevat. Viestintäviraston yleispalveluja koskevan teknistaloudellisen selvityksen mukaan matkaviestinverkon kuuluvuusalueen reunamilla tai kokonaan sen ulkopuolella asuville rakennetun verkon kuuluvuus on heikko ja laajakaistan saatavuutta varten tarvitaan erityisjärjestelyjä⁷⁵.

Liikenne- ja viestintäministeriön asetuksessa⁷⁶ määriteltyä yleisliittymän vähimmäisnopeutta pidetään myös liian alhaisena. Sen katsotaan riittävän sähköpostin lukemiseen ja verkkopankin käyttöön, mutta ei esimerkiksi videopuheluihin.⁷⁷ Täten infrastruktuuri, jota teknisten apuvälineiden käyttö ikääntyneiden kotona asumista tukevissa palveluissa edellyttää, ei ole kaikissa kunnissa riittävä tai kunnossa. Liikenne- ja viestintäministeriössä pohditaan parhailaan yleispalvelunopeuden nostoa⁷⁸.

Myös myrskyt ja kovat lumisateet aiheuttavat sähkökatkoksia tai operaattorien verkot kaatuvat. Nämä estävät laitteiden toiminnan, minkä seurauksena asiakkaiden tekemät hälytykset eivät tule perille.

⁷⁰ Sosiaali- ja terveysministeriö (2012b).

⁷¹ Sosiaali- ja terveysministeriö 10.4.2015.

⁷² THL (2014a).

⁷³ Tarkastuskuntien haastattelut ja aluehallintovirastoille osoitettu kysely.

⁷⁴ Esimerkiksi virike-TV, aktivointi-TV ja hyvinvointi-TV.

⁷⁵ Viestintävirasto (2014).

⁷⁶ A 732/2009.

⁷⁷ Helsingin Sanomat 21.9.2014.

⁷⁸ Liikenne- ja viestintäministeriö (2014).

Niin ikään mahdollisuus liittää yhteen tekniseen välineeseen erilaisia toimintoja lisää haastattelujen perusteella teknisen apuvälineen käytön riskiä⁷⁹. Sähköllä tai verkkoyhteyksillä toimivien teknisten apuvälineiden toimintahäiriöihin vastaaminen edellyttää myös sitä, että kunnissa on laadittu valmiussuunnitelma sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnan ja jatkuvuuden varmistamiseksi myös poikkeusoloissa⁸⁰. Varautumista edellyttäväksi häiriöiksi katsotaan esimerkiksi myrskyt ja tietojärjestelmien häiriöt⁸¹. Teknisten apuvälineiden toimintavarmuuden varmistaminen lisää siten kotihoidon henkilöstön työtä.

Tarkastushavainnot osoittivat kuitenkin sen, että turvapuhelimen toimivuus testataan vain säännöllistä kotihoitoa saavilta asiakkailta. Sen sijaan vain turvapuhelinpalvelua saavien tukipalveluasiakkaiden turvapuhelimen toimivuutta ei käy varmistamassa kukaan. Nämä asiakkaat on jätetty teknisen apuvälineen varaan ajatuksella, että asiat ovat hoidossa. Vain turvapalveluja saavat kotipalvelun tukipalvelujen asiakkaat ovat siten tavallaan ”hoidossa”, mutta samalla hoidon ulkopuolella.

Teknisten apuvälineiden taustajärjestelmät eivät sovi yhteen

Tarkastuskuntien haastateltavien mukaan teknisten apuvälineiden käyttöönotossa ongelmana on se, että jokaisella teknisten apuvälineiden valmistajalla on oma taustajärjestelmänsä. Tämä merkitsee sitä, ettei kunnan käytössä olevaan turvapuhelimeen voi liittää toisten valmistajien laitteita eikä myöskään kunnassa jo käytössä olevia muita välineitä, kuten vuodehälyttimiä. Haastateltavat kertoivat tämän estävän uusien teknisten apuvälineiden käyttöönottoa. Kunnan näkökulmasta laite ei siten ole hyödyllinen.

Sama asia nousi esille myös apuvälinekeskusten haastatteluissa, mutta hieman toisesta näkökulmasta. Kun apuvälinekeskukset valitsevat apuvälineen, ne sitoutuvat samalla hankkimaan tarvittavat lisälaiteet ja varaosat apuvälineen valmistajalta. Näin taataan se, että apuvälineen takuu on voimassa ja laitevahingoista vastaaminen kuuluu valmistajalle. Järjestelmien yhteensopimattomuus ei siten välttämättä helpota uusien pk-yritysten tuloa markkinoille. Haastateltavien mielestä eri järjestelmien rajapintojen pitäisi olla avoimempia suhteessa toisiinsa.

Haastateltavat uskoivat taustajärjestelmien yhteensopimattomuuden olevan haitallista myös asiakkaille. Vaikka asiakas voi itse hankkia markkinoilta turvapuhelimen, sitä ei useinkaan voi liittää kunnan turvapuhelinjärjestelmään tai muihin kunnan käytössä oleviin lisälaitteisiin taustajärjestelmien erilaisuuden takia. Tällöin asiakkaan täytyy kunnasta riippuen joko vuokrata laite kunnalta tai turvapalveluja tuottavalta yksityiseltä palveluntuottajalta. Tämän seurauksena asiakkaan oma laite jää käyttämättömäksi ja asiakkaan investointi on valunut hukkaan.

Teknisten apuvälineiden erilaiset taustajärjestelmät eivät siten välttämättä kannusta asiakkaita ostamaan teknisiä apuvälineitä markkinoilta vaan hankkimaan niitä kunnan kautta. Tämä saattaa myös osittain selittää teknisten apuvälineiden markkinointikäytäntöjä. Tarkastuskuntien haastatteluissa todettiinkin, että yksityiset yritykset eivät myy suoraan yksityisille kuluttajille vaan kohdistavat markkinoinnin kunnille.

Käyttäjät eivät välttämättä ole valmiita maksamaan teknisten välineiden käytöstä

TEM:n Kotipalvelut kuntoon -hankkeen esitteen mukaan kansalaiset ovat valmiita käyttämään omaa rahaansa kuukausittain turvarannekkeeseen 300 e, ateriapalveluun 800 e ja viriketoimintaan 800 e⁸².

⁷⁹ Jos esimerkiksi turvaranneke, johon on liitetty ovihälytyn, lakkaa toimimasta, ei hälytyksen vastaanottajalle tule tietoa siitä, onko muistisairas asiakas lähtenyt ulos. Tällöin kotihoidon henkilöstön on käytävä asiakkaiden luona varmistamassa, että kaikki on hyvin.

⁸⁰ L 1552/2011 12 §.

⁸¹ HE 324/2014 vp., s. 115.

⁸² www.tem.fi/Kotipalvelutkuntoon. Tiedot perustuvat Heikki Pursiaisen ja Timo Seppälän tutkimukseen *Hoivassa vai kotihoivassa? Suurten ikäluokkien halukkuus maksaa vanhuspalveluista* (2013). Tutkimuksessa haastateltiin talvella 2012–2013 578:aa tulevaa 55–70-vuotiasta hoivapalvelujen käyttäjää, jotka asuivat 10 suuremman

Tarkastushavainnot puolestaan osoittivat, että kunnallisten palvelujen piirissä olevat asiakkaat eivät välttämättä ole valmiita maksamaan teknisestä apuvälineestä vaan pikemminkin pyrkivät karsimaan palvelujen kustannuksia.

Tarkastuskuntien haastatteluissa ilmeni, että vaikka turvapuhelimen asiakasmaksu (sis. laitteen vuokran, hälytyksen soiton, sen vastaanoton ja auttajapalvelun) oli noin 45 euroa kuussa, osa asiakkaista jätti turvapuhelimen hankkimatta hinnan takia. Yhdessä kunnassa interaktiivisen kuvayhteyden käyttö olisi puolestaan maksanut kunnalle 105 euroa kuukaudessa, mutta asiakkaat olivat valmiita maksamaan korkeintaan 40 euroa. Yhdessä kunnassa taas oli otettu käyttöön Menumat, mutta asiakailta perittiin vain kunnan ateriapalvelun asiakasmaksu. Kunta maksoi laitevuokran. Subventoimalla Menumatin käyttöä kunta siten kannusti asiakkaita valitsemaan perinteisen ateriapalvelun sijasta Menumatin. Haastateltavat perustelivat tätä sillä, että vaikka Menumatin käyttö on kalliimpaa laitteen vuokran takia, tulee sen käyttö kunnalle kuitenkin taloudellisesti edullisemmaksi kuin ateriapalvelun, mikäli käyttäjät asuvat kauempana keskustasta.

Tarkastushaastattelut ja TEM:n edustajan haastattelu viittaavat siihen, että jo suunniteltaessa teknisten apuvälineiden hankintaa tulisi kiinnittää huomiota kohderyhmän lisäksi myös siihen, kuinka paljon asiakkaat olisivat valmiita maksamaan palvelujen tuottamisesta teknisillä apuvälineillä. Kuntien hinnoittelukäytäntöä ohjaa kuitenkin asiakasmaksulain 11 §⁸³. Sen nojalla palveluista perittävät asiakasmaksut eivät saa aiheuttaa asiakkaille toimeentulotukeen turvautumista. Pykälä rajoittaa kuntien mahdollisuuksia periä palvelujen tuottamisesta käytettävistä teknisistä apuvälineistä kunnille aiheutuvia todellisia kustannuksia. Samalla periaate, että palveluja on tarjottava tarpeen mukaan, merkitsee sitä, että kuntien mahdollisesti alhaisemmista turvapalvelumaksuista pääsevät nauttimaan myös ne asiakkaat, joilla olisi varaa ostaa turvapalveluja yksityisiltä palveluntuottajilta.

Itsemääräämisoikeuden turvaaminen teknisten apuvälineiden hyväksymisessä kotiin annettavissa palveluissa on epäselvä

Joissakin tarkastuskuntien haastatteluissa nousi esille, etteivät kaikki asiakkaat halua käyttää turvarannekkeita. Koska asiakkaita ei voida pakottaa käyttämään turvarannekettä, heidän tarpeisiinsa pyritään löytämään vaihtoehtoisia toimintatapoja. Tulos viittaa siihen, että asiakkaiden itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen toteutuu. Osa haastateltavista katsoi, ettei itsemääräämisoikeus niinkään hankaloita palvelujen tuottamista vaan asettaa vanhuspalveluille vaatimuksia. Palveluvalikoimaa joudutaan koko ajan vain monipuolistamaan.

Haastateltavien mukaan teknisistä apuvälineistä kieltäydytään hyvin vähän. Kieltäytymisen taustalla on yleensä muistisairaus tai jokin muu syy. Muistisairaiden todettiin jatkossa kuitenkin haastavan itsemääräämisoikeuden. Lisäksi viitteitä on jo siitä, että myös tulevat vanhuspalvelujen asiakkaat ovat jatkossa tietoisempia oikeuksistaan ja peräänkuuluttavat itsemääräämisoikeuttaan⁸⁴.

Tarkastuskuntien haastatteluissa korostettiin, että asiakkaiden itsemääräämisoikeutta kunnioitetaan. Palvelutaloissa asuvilla asiakkailla ei näyttäisi kuitenkaan olevan niin suurta ”sananvaltaa” hoidossa käytettävien teknisten apuvälineiden suhteen kuin yksityiskodeissaan asuvilla asiakkailla⁸⁵. Koska tehostettuun palveluasumiseen pääseminen ei ole itsestään selvää, asiakkaat hyväksyvät helpommin erilaisia reunaehtoja.

Haastateltavien mukaan yksityiskoteihin annettavien palvelujen osalta asiakkaiden kanssa joudutaan joskus neuvottelemaan tiukastikin siitä, että asiakkaan on hyväksyttävä tietyt apuvälineet, jotta hänen

kaupungin alueella. Haastattelussa vastaajia pyydettiin kuvittelemaan itsensä yli 75-vuotiaaksi vanhukseksi, jonka toimintakyky oli jossain määrin alentunut, ja tekemään valintoja tästä näkökulmasta. Otokseen valikoituneet olivat keskimäärin varakkaampia ja koulutetumpia kuin kohdepopulaatio, mikä tutkijoiden mukaan on pidettävä mielessä tuloksia tulkittaessa.

⁸³ L 734/1992.

⁸⁴ Tämä näkyy nykyisin jo muun muassa kouluissa ja päivähoitossa, joissa vanhemmat ovat tietoisia oikeuksistaan ja myös käyttävät niitä.

⁸⁵ Tarkastuskuntien haastattelut ja sosiaali- ja terveysministeriön vastaus kuvitteelliseen asiakastapaukseen.

hoitonsa voidaan toteuttaa turvallisesti kotona. Tarkastushavaintojen mukaan joissakin tarkastuskunnissa palvelujen myöntämisperusteissa ilmoitetaan jo ennen asiakkuuden syntyä asiakassuhteeseen liittyvät ehdot⁸⁶.

Yksityiskodissa hoitaminen nostaa esille kysymyksen siitä, minkä lainsäädännön mukaan kulloinkin toimitaan. Kunnan velvollisuus on huolehtia siitä, että toimintayksikössä on riittävät ja asianmukaiset varusteet⁸⁷, mutta itsemääräämisoikeuden ja perustuslain kotirauhan suojaa koskevan 10.1 §:n mukaan asiakkailta on oikeus kieltäytyä yksityiskotinsa varustetasoa kohottamisesta. Sosiaali- ja terveysministeriö on asiasta samaa mieltä. Ministeriö katsoi tarkastuskertomusluonnoksesta antamassaan lausunnossa, ettei tehostetun palveluasumisen yksiköiden varustetasosta voida päättää ilman asukkaiden suostumusta. Kysymys on asukkaiden omista vuokrasopimussuhteisista asunnoista.⁸⁸

Kotona hoitaminen nostaa esille myös kysymyksen siitä, kumpi julkisesti tuotetuissa palveluissa on ensisijainen: yksilön itsemääräämisoikeus vai työturvallisuuslaki. Hallituksen esityksessä ”itsemääräämisoikeuslaiksi” korostetaan asiakkaan itsemääräämisoikeuden olevan lähtökohtaisesti ensisijainen toimintaa ohjaava periaate. Työturvallisuuslain nojalla kuntatyönantajan on puolestaan huolehdittava työntekijöiden työolosuhteista (ks. 2.3.2). Hallituksen esityksen mukaan asiakkaan itsemääräämisoikeutta tai muita perusoikeuksia voidaan tietyissä tarkkaan rajatuissa tilanteissa rajoittaa, jos muita keinoja ei ole käytettävissä tai ne ovat riittämättömiä. Näin on esimerkiksi silloin, kun kyse on henkilöstön työturvallisuudesta.⁸⁹ Hallituksen esityksessä henkilöstön työturvallisuudella tarkoitetaan kuitenkin tilanteita, joissa henkilöstö joutuu asiakkaan fyysisen tai sanallisen väkivallan tai uhkailujen kohteeksi. Kyselyvastausten perusteella myös aluehallintovirastot katsoivat, että valtion ohjaus on riittämätöntä itsemääräämisoikeuden osalta⁹⁰.

3.1.5 Käsitteet teknisten apuvälineiden taloudellisista vaikutuksista

Avohuollossa hoitaminen edellyttää laadukkaampaa ja määrällisesti runsaampaa varustetasoa

Tarkastuskunnissa vanhuspalvelujen palvelurakenteen muutos oli aloitettu jo ennen vanhuspalvelulakia⁹¹. Laitospaikkojen määrää on vähennetty ja iäkkäitä henkilöitä on sijoitettu yhä enemmän tehostetun palveluasumisen yksiköihin⁹². Yksikkökustannukset (kustannus hoitopäivää kohden) tehostetun palveluasumisen yksiköissä ovatkin kallistuneet⁹³. Esimerkiksi vuonna 2013 Kuusikko-kunnissa 75 vuotta täyttäneiden tehostetun palveluasumisen yksikkökustannus oli 60 prosenttia suurempi kuin vuonna 2009⁹⁴.

Tehostetun palveluasumisen yksikkökustannusten kasvua saattaa osin selittää yksiköiden varustetasoa kohoaminen. Tarkastushavainnot⁹⁵ osoittivat, että tehostetun palveluasumisen yksiköihin oli hankittu erilaisia kutsu- ja turvajärjestelmiä ja sähkösäätöisiä sänkyjä. Lisäksi tehostetun palveluasumisen kilpailutuksiin oli otettu mukaan uutta teknologiaa, joka oli nostanut tarjousten hintaa.

Asiakkaiden hoitoisuuden muuttuminen vaativammaksi on edellyttänyt myös avohuollon yksiköiltä laadukkaampaa varustetasoa. Entistä heikkokuntoisempien asiakkaiden turvallinen hoitaminen kotona edellyttää jatkossa myös yksityiskotien hoito- ja turvallisuusvarustetasoa nostoa. Suomessa ei ole kui-

⁸⁶ Esim. Kotiin annettavan hoidon ja hoivan myöntämisperusteet ja niiden sisältö Kemiönsaaren kunnassa.

⁸⁷ Esim. sosiaali- ja terveysministeriö (2013c).

⁸⁸ Sosiaali- ja terveysministeriö 10.4.2015.

⁸⁹ HE 108/2014 vp., s. 69.

⁹⁰ Aluehallintovirastot (2014b).

⁹¹ Ks. Noro & Alastalo (toim.) (2014).

⁹² Ks. Kuusikko-kunnat Vanhuspalvelujen raportit vuosilta 2008–2013.

⁹³ Noro & Alastalo (toim.) (2014), s. 50.

⁹⁴ Ks. Kuusikko-kunnat Vanhuspalvelujen raportit vuosilta 2008–2013.

⁹⁵ Tarkastuskuntien haastattelut, tarkastuskunnista saadut tiedot vanhustenhuollon investoinneista, aluehallintovirastoilta pyydytetyt omavalvontasuunnitelmat ja verkosta kerätyt yksityisten sosiaali- ja terveyspalveluntuottajien laatimat omavalvontasuunnitelmat.

tenkaan vielä käyty julkista keskustelua siitä, mille taholle/tahoille kuuluu yksityiskotien varustetason nostosta aiheutuvien kustannusten maksaminen.

Käsitykset teknisten apuvälineiden tuottamista säästöistä eroavat

THL:n vanhuspalvelulain toimeenpanon seurannasta laatiman raportin mukaan nykyisistä laitoshoidon sijoitetuista asiakkaista noin 12 prosenttia on sellaisia, joiden hoito olisi mahdollista järjestää muutoin kuin laitoshoidon keinoin. Raportissa myös todetaan, että lähes joka kolmas tehostetun palveluasumisen yksikössä asuva asiakas voisi pystyä asumaan alkuperäisessä kodissaan.⁹⁶

Tarkastushavainnot osoittivat samaa. Enemmistö tarkastuskunnista katsoi, että heikkokuntoisten asiakkaiden laitokseen siirtymistä voidaan myöhentää, ja muutamassa kunnassa asiakkaita oli myös kyetty siirtämään raskaammasta hoidosta kevyemmän hoidon piiriin. Haastateltavien mielestä avohuolto ei kuitenkaan ole välttämättä laitoshoidoa halvempaa, ja osa katsoikin, että asia olisi rohkeasti nostettava valtakunnalliseen keskusteluun. Päättäjät kuitenkin olettavat laitoshoidon purkamisen tuovan säästöjä ja katsovat teknologian olevan yksi keinoista, joilla tavoitteeseen voidaan päästä.

Myös tarkastuksessa haastatellut uskoivat, että teknologialla voidaan saavuttaa säästöjä, mutta se edellyttää panostusta kotihoitoon, tehostetun palveluasumisen paikkojen lisäämistä ja huomion kiinnittämistä hoitohenkilökunnan ergonomiaan. Tarkastuskuntien haastateltavien mukaan teknologialla ei voida korvata työntekijöiden työpanosta kokonaan, vaan se toimii hoitotyön tukena ja lisänä. Tarkastushavainnot kuitenkin osoittivat, että käsitykset teknologian tuottamista säästöistä perustuvat vielä suurimmaksi osaksi oletuksiin.

Tarkastushavaintojen nojalla näyttää kuitenkin siltä, että tarkastuskunnissa on kyetty vaikuttamaan henkilöstömäärän kasvuun joitakin teknisiä apuvälineitä hyödyntämällä. Yhdeksän tarkastuskuntaa viidestätoista vastasi, että teknisten apuvälineiden, kuten toiminnanohjaus- ja/tai optimointijärjestelmän käyttöönotto, oli vähentänyt työntekijöiden ja etenkin sijaisten palkkaustarvetta. Yhdessä kunnassa puolestaan henkilönostinten käyttöä lisäämällä oli kyetty joidenkin asiakkaiden hoidossa pärjäämään kahden hoitajan sijasta yhdellä hoitajalla. Turvapalvelujen lisääminen oli sitä vastoin joissakin kunnissa aiheuttanut tarvetta lisätä turvahälytysten auttajahenkilöstöä. Lisäksi parissa kunnassa oli palkattu lisää henkilöitä vastaamaan teknisistä apuvälineistä ja toimimaan kentän käyttäjätukena.

Sen sijaan enemmistö apuvälinekeskusten haastatelluista katsoi, että palvelurakennemuutos ja kotona hoitamisen korostaminen ovat lisänneet ja lisäävät myös jatkossa apuvälinepalvelujen kustannuksia. Tämä johtuu siitä, että laitoshoidossa laitos kustantaa kaikki asiakkaan hoidossa tarvittavat tekniset apuvälineet, mutta palveluasumisen ja kotihoidon piirissä asiakkaan tarvitsemat lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälineet kustantaa apuvälinekeskus. Teknologia myös vanhenee muutamassa vuodessa⁹⁷. Vaikka välineiden käyttöikää yritetään pidentää huolloilla ja korjauksilla, joudutaan välineitä kuitenkin uusimaan jossain vaiheessa. Lisäksi melko uusiakin lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälineitä joudutaan ottamaan pois käytöstä, koska niitä ei voida edellisen käyttäjän jäljiltä enää laittaa kiertoon.

Apuvälinekeskukset totesivat käyttäjiä olevan ikääntymisen myötä enemmän, jolloin myös kentällä olevia välineitä on enemmän. Esimerkiksi vuoden 2013 aikana kunnat, sairaalakuntayhtymät sekä sosiaali- ja terveystoimen kuntayhtymät luovuttivat yhteensä noin 894 700 apuvälinettä. Kasvua vuodesta 2010 oli seitsemän prosenttia.⁹⁸

Tarkastuksen piiriin kuuluneissa apuvälinekeskuksissa 65 vuotta täyttäneille vuonna 2013 luovutettujen erikoissairaanhoidon ja/tai perusterveydenhuoltoon porrastuneiden apuvälineiden lukumäärät vaihtelivat vajaasta 50:stä 31 150:een. Vuosina 2010–2013 luovutettujen apuvälineiden määrän kasvu vaihteli tarkastuksen piiriin kuuluneissa apuvälinekeskuksissa noin viidestä prosentista lähes 30 pro-

⁹⁶ *Noro & Alastalo (toim.) (2014).*

⁹⁷ *Sama näkemys ilmaistiin myös tarkastuskuntien haastatteluissa ja aluehallintovirastoille osoitetussa kyselyssä.*

⁹⁸ *Eräitä tietoja kuntien ja kuntayhtymien taloudesta 2010; 2013.*

senttiin.⁹⁹ Suuret vaihteluvälit luovutettujen apuvälineiden määrissä ja kasvuprosenteissa paljastavat hyvin sen, mitä apuvälinekeskusten erilaiset organisointitavat ja saatavuusperusteet käytännössä merkitsevät.

Haastatteluissa ilmeni myös, että jos käyttäjien tarpeeseen vastataan nykyisellä tavalla, kustannukset nousevat. Kun kuntoutuksella pyritään vähentämään laitoshoidtoa, lisääntyy myös kalliiden apuvälineiden kysyntä. Sen sijaan perusvälineiden saatavuuteen kuntoutuksella ei katsottu olevan vaikutusta.

Kuntien ja kuntayhtymien toiminta- ja taloustilastot osoittavat kustannusten jo nyt kasvaneen. Kuntien, sairaalakuntayhtymien sekä sosiaali- ja terveystoimen kuntayhtymien apuvälineiden hankintameno koko maassa vuonna 2013 olivat yhteensä 93,2 miljoonaa euroa. Lisäystä kolmen vuoden takaiseen oli yli 24 prosenttia. Karkeasti laskien yksittäisen apuvälineen kustannukset olivat vastaavana aikana lisääntyneet noin 16 prosenttia 90 eurosta 104 euroon.¹⁰⁰ Havainnot tarkastuksen piiriin kuuluneista apuvälinekeskuksista olivat samansuuntaisia (ks. liite 2), mutta käytettävissä olleiden kahden vuoden menojen perusteella ei kuitenkaan voida tehdä pitkälle meneviä päätelmiä.

Tämä johtuu siitä, että haastateltavien mukaan hankintoja voidaan siirtää seuraavalle vuodelle, jotta pysyttäisiin budjetin rajoissa. Lisäksi teknisiä apuvälineitä voidaan hankkia varastoon, jolloin niiden hankinta vaikuttaa sen vuoden hankintamenoihin. Niin ikään apuvälinekeskukset voivat käyttää ulkopuolista rahaa, kuten Valtionkonttorin myöntämää määrärahaa, veteraanien kuntouttamisen määrärahaa. Näillä määrärahoilla voidaan osana veteraaneille tehtyä kuntoutussuunnitelmaa hankkia heille yksilöllisiä toimintakykyä ylläpitäviä ja edistäviä lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälineitä.¹⁰¹

Teknisten apuvälineiden kustannukset pirstaloituvat eri toimintoihin ja toimijoille

Vaikka osassa tarkastuskunnista teknisten apuvälineiden käyttöönnotolla oli saavutettu säästöjä yksittäisissä menoissa (henkilöstömenoissa), viittaavat tarkastushavainnot¹⁰² kuitenkin siihen, ettei teknisten apuvälineiden hyödyntäminen välttämättä tuota kokonaistaloudellisesti säästöä. Sen sijaan palvelujen kustannukset pikemminkin kasvavat ja yhden toimintasektorin tai toiminnon kustannussäästö siirtyy toisen toiminnon tai toimintasektorin menoksi. Lisäksi teknisten apuvälineiden kustannukset hajautuvat usealle eri taholle, jolloin kokonaiskäsitäksen saaminen teknisten apuvälineiden tuottamista säästöistä ei ole helppoa. Esimerkiksi Heidi Anttilan ja Pia Sirolan Sähköpyörätuoli ja -mopedi osallisuutta edistämässä -NOMO-tutkimuksen mukaan (2013) kotiin saatujen sosiaali- ja terveystalvelujen, henkilökohtaisen avun sekä apuvälineiden ja apuvälinepalvelun kustannukset lisääntyivät, mutta sairaalahoitopäivien ja läheisten antaman kotiavun kustannukset vähenivät¹⁰³.

Tarkastushavainnot osoittivat, ettei teknisen apuvälineen hankinta ole yksinomaan investointimeno tai laite- ja kalustemeno, vaan se lisää myös kunnan käyttötalouden menoja, kuten koulutus-, päivitys-, korjaus- ja huoltokustannuksia. Apuvälineen hankkivasta tahosta riippuu se, mihin apuvälineestä aiheutuvat korjaus-, huolto- tai päivitysmenot tilastoidaan.

Tehostetun palveluasumisen ja kotihoidon asiakkailta sekä omaishoidon tuella omaisiaan hoitavilla omaishoitajilla saattaa myös olla useita apuvälinekeskusten luovuttamia apuvälineitä. Niiden hankinta- ja ylläpitokustannukset kuuluvat hoitovastuun mukaisesti kuitenkin joko apuvälinekeskukselle tai kunnan perusterveydenhuollolle. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että laskettaessa kotona ja kodinomaisissa tiloissa hoitamisen kokonaiskustannuksia niihin tulisi sisällyttää myös apuvälinemenot.

Apuvälinekeskusten haastattelut osoittivat, etteivät kustannukset – etenkin huoltokustannukset – edes erikoissairaanhoidon sisällä jakaudu yksiselitteisesti. Tarkastushavaintojen mukaan apuvä-

⁹⁹ Apuvälinekeskuksista pyydetty tilastot 65 vuotta täyttäneille luovutetuista lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälineistä. Havainnot koskevat 10 apuvälinekeskusta.

¹⁰⁰ Eräitä tietoja kuntien ja kuntayhtymien taloudesta 2010; 2013.

¹⁰¹ Tarkastuksen piiriin kuuluvasta apuvälinekeskuksesta tilastoaineiston keruuvaiheessa sähköpostitse saatu tieto (sähköposti 28.3.2014).

¹⁰² Tarkastuskuntien ja tarkastuksen piiriin kuuluneiden apuvälinekeskusten haastattelut sekä aluehallintovirastojen kirjalliset vastaukset VTV:n kyselyyn.

¹⁰³ Anttila & Sirola (2013).

lineakeskus ei välttämättä vastaa kaikkien luovuttamiensa apuvälineiden huollosta, vaan joidenkin apuvälineiden huoltovastuu on siirretty toiselle yksikölle, kuten lääkintätekniikalle. Joissakin sairaanhoitopiireissä osa erikoisaloista puolestaan hoitaa apuvälinepalvelunsa kokonaan itse, jolloin apuvälinepalvelujen kustannukset sisältyvät erikoisalojen menoihin. Joissakin sairaanhoitopiireissä erikoisalat taas vastaavat vain osasta apuvälinepalveluprosessin kustannuksista.¹⁰⁴

Alueellisella mallilla toimivissa apuvälinekeskuksissa apuvälineiden hankintakustannukset kuuluvat erikoissairaanhoidolle, mutta apuvälineestä riippuen apuvälineen tarpeen arviointi, sovitukset ja luovutus saattavat kuulua perusterveydenhuollolle. Korjaus- ja huoltokustannukset voivat puolestaan kuulua joko apuvälinekeskukselle tai kunnan perusterveydenhuollolle. Lisäksi teknisen apuvälineen luonteesta riippuen sen kustannukset voivat kuulua joko kokonaan tai osin vammaishuollolle. Asiaa tarkastellaan tarkemmin saatavuusperusteiden yhteydessä luvussa 3.3.

3.2 Teknisten apuvälineiden hankinta

3.2.1 Yhteenveto

Tarkastushavainnot osoittivat, että teknisen apuvälineen hankinnassa koordinointi toimii. Tarkastuskunnilla ja apuvälinekeskuksilla oli varsin yhdenmukaiset toimintakäytännöt teknisten apuvälineiden hankinnassa. Ensin kartoitetaan tarjonta, apuvälineen käyttöpaikka, kokemukset ja vaihtoehdot. Sen jälkeen laaditaan tarjouspyynnön sisällölliset kriteerit yhteistyössä muiden asiantuntijoiden kanssa. Hankintatoimisto puolestaan hoitaa kilpailutuksen lainsäädännöllisen puolen. Apuvälineen valinnassa hinta oli merkittävä valintakriteeri.

Apuvälinekeskuksilla ja tarkastuskunnilla oli erilaisia keinoja, joilla ne pyrkivät hankkimaan tietoa teknisen apuvälineen valinnan perusteeksi. Yleisimmin tietoa hankittiin soittamalla toisiin kuntiin/apuvälinekeskuksiin ja kyselemällä kokemuksia. Tiedoilla pyrittiin kartoittamaan hyötyjä, haittoja ja kustannuksia, mutta tarkastuskuntia koskevat havainnot osoittivat saatujen tietojen olevan kontekstisidonnaisia. Kontekstisidonnaisuus vaikuttaa puolestaan käsityksiin kustannuksista.

Tarkastushavainnot viittaavat siihen, että teknisten apuvälineiden valinnasta päättäviltä henkilöiltä puuttuu asiantuntevasti ja yhdenmukaisesti arvioitua tietoa teknisten apuvälineiden vaikutuksista ja soveltuvuudesta erilaisiin tarpeisiin. Päättäjät kaipasivatkin jonkinlaista ”toimija-tietokantatyypistä” tietopankkia. Teknisten apuvälineiden päättäjien osaaminen valita tiettyyn tarpeeseen vastaavia teknisiä apuvälineitä riippui hankittavasta apuvälineestä.

Tarkastuskunnissa oli ikääntyneisiin liittyvää substanssiosaamista, mutta ei osaamista arvioida teknisten apuvälineiden ominaisuuksia ja käytettävyyttä suhteessa ikääntyneiden toimintakykyyn. Sosiaalitoimessa teknisten apuvälineiden hankintaosaaminen koettiin puutteelliseksi, mutta koulutusta ei saatu riittävästi.

Apuvälinekeskuksissa puolestaan oli osaamista määrittellä tarjouspyyntöihin sellaiset sisällölliset kriteerit, että niiden perusteella valituksi tulleilla teknisillä apuvälineillä katsottiin kyettävän vastaamaan suuren joukon tarpeisiin. Sen sijaan tulokset viittasivat siihen, että apuvälinekeskuksissa oleva tietämys vanhenemisesta ja vanhuudesta ei ole ajan tasalla. Vaikka koulutukseen oli mahdollista päästä, asiakastyöltä ei liennyt siihen aikaa. Havainnot viittasivat siten siihen, että tarkastuskunnissa ja apuvälinekeskuksissa ei välttämättä osata valita iäkkäiden ja muistisairaiden tarpeita parhaiten vastaavia teknisiä apuvälineitä.

Teknisen apuvälineen hankintaan liittyvät ongelmat olivat varsin samanlaisia apuvälinekeskuksissa ja tarkastuskunnissa. Ne liittyivät kartoituksen vaatimaan aikaan, valmistajien määrään ja hinnoittelupolitiikkaan. Lisäksi tarkastuskunnissa ongelmaksi koettiin tarjouspyyntöjen sisällön määrittäminen.

¹⁰⁴ Tarkastuksen piiriin kuuluneiden apuvälinekeskusten apuvälinepalvelujen järjestämistä koskevat suunnitelmat.

3.2.2 Teknisten apuvälineiden hankintaosaaminen tarkastuskunnissa

Sosiaalihuollossa teknisiä apuvälineitä hankitaan puutteellisella osaamisella

Tarkastushavainnot tarkastuskuntien teknologisista valinnoista päättävien henkilöiden hankintaosaamisesta olivat hyvin yhdenmukaiset. Kaikissa tarkastuskunnissa yhtä kuntaa lukuun ottamatta korostettiin, ettei sosiaalitoimen hankinnoista päättävillä henkilöillä ole hankintaosaamista tai sitä ei ole riittävästi. Samaa mieltä olivat myös tarkastuksen piiriin kuuluneet apuvälinekeskukset ja tarkastuskyselyyn vastanneet aluehallintovirastot. Apuvälinekeskusten haastateltavien mukaan sosiaalitoimi on teknisten apuvälineiden osalta täysin yritysten armoilla. Aluehallintovirastojen vastauksissa puolestaan korostettiin sitä, ettei teknologisista valinnoista päättävillä henkilöillä ole välttämättä osaamista valita markkinoilta hyödyllisimpiä teknisiä apuvälineitä. Aluehallintovirastot näkivät erityisesti pienten kuntien olevan laitevalmistajien ja myyjien armoilla, kun taas suuremmissa kunnissa katsottiin olevan enemmän asiantuntijuutta ja myös henkilöstöä hyödyllisimpien apuvälineiden valitsemiseen.

Ajanpuute heikentää hankintaosaamista

Haastattelujen perusteella yleisin tapa hankkia tietoja teknisestä apuvälineestä oli soittaa toisiin kuntiin ja tiedustella heidän käyttökokemuksiaan. Lisäksi tietoa hankittiin tutustumalla teknistä apuvälinettä koskeviin tutkimuksiin, etsimällä tietoja Internetin hakupalveluista ja/tai hyödyntämällä esimerkiksi vanhustyön johtajien sähköpostiverkostoa. Joissakin kunnissa tietoa hankittiin myös tutustumiskäynneillä tai keskustelemalla asiaan perehtyneen henkilön kanssa. Haastateltavien mukaan tekniseen apuvälineeseen perehtyminen vaatii selvitystyötä, mutta siihen ei oman työn ohella ole riittävästi aikaa. He pitivät heikon hankintaosaamisen yhtenä syynä juuri ajan puutetta.

Osa haastateltavista oli kuitenkin sitä mieltä, että käyttökokemuksiin perustuvien tietojen hyödyntämisessä hankintapäätöstä tehtäessä sisältyy ongelmia. Teknistä apuvälinettä käyttäneet kunnat ovat erikokoisia ja järjestävät palveluja eri tavoin. Lisäksi kokemukset teknisestä apuvälineestä koskevat asiakkaita, jotka poikkeavat taustaominaisuuksiltaan siitä asiakasryhmästä, jonka palveluissa apuvälinettä suunnitellaan käytettävän kokemuksiin kartoittavassa kunnassa. Osa haastateltavista katsoikin, että tarvittaisiin ”pureskellumpaa tietoa” teknologisten valintojen perustaksi. Heidän mielestään olisi hyvä olla jonkinlainen ”toimija-tietokantatyypinen” pankki, jossa olisi vertailutietoa teknologisista välineistä sekä niiden puutteista ja soveltumisesta erilaisiin tarpeisiin. Tarkastuskuntien haastatteluista välittyi kuitenkin kuva, että osataan hankkia yleisimpiä teknisiä apuvälineitä, kuten sähkösäätöisiä sänkyjä, mutta monimutkaisempiin apuvälineisiin liittyvä osaaminen oli melko huonoa.

Tarjouspyyntöjen sisällön määrittämisessä on ongelmia

Tarkastuskuntien haastattelujen perusteella isot hankinnat yleensä kilpailutetaan itse tai ne hankitaan muiden (esimerkiksi Erva-alueen tai TIERAn¹⁰⁵) järjestämien kilpailutusten kautta. Kun teknisiä apuvälineitä kilpailutetaan itse, tehdään kunnan sisällä yhteistyötä hankintatoimen ja hankinnasta riippuen myös muiden asiantuntijoiden kanssa. Hankintatoimesta tulee lainsäädännöllinen ja hankintoja koskeva asiantuntemus, kun taas vanhustenhuollon yksiköt antavat sisällön. Sisällön määrittäminen ja kilpailutuskuvioiden osaaminen vaikuttavat siihen, että valituksi tulee parhaiten tarpeeseen vastaava tekninen apuväline.

Haastattelujen perusteella ikääntyneiden palveluissa tarvittaisiin kuitenkin osaamista ja kokemusta teknisten apuvälineiden sisällön määrittämiseen. Koulutusta oli saatu apuvälineisiin mutta ei teknisten apuvälineiden hankintaan liittyvissä asioissa. Osa kaipasi enemmän yhteistyötä teknologiaosaajien kanssa siinä vaiheessa, kun pohditaan, mitä halutaan ja mitkä tekniset apuvälineet olisivat hyviä.

¹⁰⁵ Ks. www.tiera.fi.

Hankintaa pohdittaessa ei arvioida käytettävyyttä suhteessa organisaation muihin toimintoihin ja asiakkaiden toimintakykyyn

Haastatteluissa ilmeni, että teknisten apuvälineiden hankintaa pohdittaessa tarkastuskunnissa ei osata arvioida laitteiden soveltuvuutta ja käytettävyyttä suhteessa organisaation muihin toimintoihin¹⁰⁶. Esimerkiksi kotihoitoon hankitaan elintoimintoja mittaavia hyvinvointirannekkeita, mutta hankintavaiheessa ei suunnitella sitä, kenen seurattavaksi yksityiskodeista tulevat elintoimintoja mittaavat tiedot annetaan.

Haastattelujen perusteella teknisten apuvälineiden hankintaa pohdittaessa ei niin ikään osata arvioida niiden käytettävyyttä suhteessa käyttäjän toimintakykyyn. Eräs haastateltava totesi, että sitä olisi osattava arvioida jo hankintoja tehtäessä. Esimerkiksi yhdessä kunnassa oli palvelutaloon hankittu hoitajakutsujärjestelmä, joka perustui siihen, että asiakkaat painavat turvaranneketta. Osa palvelutalon asiakkaista oli kuitenkin niin huonokuntoisia, etteivät he kyenneet painamaan hälytysnappia. Tämän seurauksena työntekijät joutuivat edelleen tekemään valvontakäyntejä asiakkaiden luona, vaikka tavoite oli ollut vähentää valvontakäyntien määrää. Teknisillä apuvälineillä ei siten ollut kyetty parantamaan tuottavuutta.

Teknisten apuvälineiden valmistajien suuri määrä vaikeuttaa valintaa

Haastateltavat kokivat myös laitevalmistajien suuren määrän vaikeuttavan teknisten apuvälineiden valintaa. Samantyyppisiä laitteita tuottavia yrityksiä on paljon, ja ne kaikki lupaavat laitteiden toimivan hyvin. Todellisuus on joskus jotain aivan muuta. Yhdessä haastattelussa todettiin, että koska ei ole valmiita kriteerejä, joilla voitaisiin haarukoida tarjolla olevista vaihtoehdoista paras, teknisiä apuvälineitä testataan asiakkailla. Myös valmistajien hinnoittelupolitiikka vaikeuttaa vaihtoehtoisten tarjousten vertailua.

Markkinoilla toimivien ja esittelyjä tarjoavien valmistajien runsaus toi esiin myös sen, että ainakin suurempien kuntien sisällä teknisten apuvälineiden hankinta on koordinoimatonta. Vain kahdessa tarkastuskunnassa hyvinvointiteknologian osaaminen, tietämys markkinoilla olevista välineistä ja/tai ylipäänsä tietämys kunnassa käytössä olevista teknisistä apuvälineistä oli koottu yhteen yksikköön. Esimerkiksi yhdessä tarkastuskunnassa koordinoimattomuus oli johtanut siihen, että kunnassa oli aloitettu teknisen apuvälineen kokeilu, jota oli kuitenkin kokeiltu pari vuotta aikaisemmin saman kunnan toisessa yksikössä. Tieto ei ollut kuitenkaan välittynyt kunnan sisällä yksiköstä toiseen.

Kilpailutuksella ei välttämättä säästetä

TEM:n raportin mukaan sosiaalipalvelujen kilpailutuksissa halvin hinta ja palvelun hinnoitteluperusteet ovat ratkaisevia tekijöitä toimittajan valinnassa¹⁰⁷. Tarkastuskuntien haastateltavien mukaan hintaa joutuukin aina miettimään.

Haastateltavien mukaan kilpailutus edullisimman hinnan mukaan oli kuitenkin johtanut siihen, että valituksi tullut tekninen apuväline ei ollut toimiva tai se oli tullut oletettua kalliimmaksi. Kunta oli säästänyt rahaa vaihtamalla matkapuhelinoperaattoria, mutta vaihto oli edellyttänyt, että jokaisen turvapalvelun asiakkaan luona oli pitänyt käydä vaihtamassa vastaanottimeen tietty osa. Osa säästöstä oli siten siirtynyt toisen yksikön kustannukseksi. Eräs haastateltava totesikin, että kokonaisuuden hallinta on vaikeampaa, kun vaihdetaan teknologiajärjestelmän tuottajaa eikä sängyn tuottajaa. Hänen mukaansa esimerkiksi turvapuhelimen vaihto edellyttäisi, että jokaisen yksityiskodissaan asuvan asiakkaan luona pitäisi käydä ohjelmoimassa turvapuhelin uudelleen. Tämä maksaisi noin 10 000–20 000 euroa, kun nykyiselle palveluntuottajalle maksetaan 800 euroa kuukaudessa. Havainnot viittaavat siten

¹⁰⁶ Myös hyvinvointiteknologia-asiantuntijalta saatu kirjallinen palaute VTV:n kyselyyn.

¹⁰⁷ Pieleen meni (2015), s. 17.

siihen, että kilpailutuksissa kilpailuttavien tahojen tulisi huomioida palveluntuottajan vaihdosta aiheutuvat kustannukset.

3.2.3 Teknisten apuvälineiden hankinta apuvälinekeskuksissa

Osa teknisistä apuvälineistä valitaan osallistumalla yhteisiin kilpailutuksiin

Apuvälinekeskusten haastattelut osoittivat, että uudesta mahdollisesti hankittavasta apuvälineestä kerätään tietoa osin samoilla tavoilla kuin tarkastuskunnissa. Yleisimmin tietoja ja kokemuksia hankitaan toisilta apuvälinekeskuksilta ja tutuilta sekä erilaisista verkostoista, kuten valtakunnallisesta apuvälineverkostosta, Tikoteekki-verkostosta¹⁰⁸ ja esimiestason omista epävirallisista sähköposteista. Lisäksi tietoja pyritään päivittämään Internetin kautta.

Haastattelujen mukaan Erva-alueille on keskitetty harvinaisimpien teknisten apuvälineiden (esim. sähkömopojen ja -pyörätuolien) kilpailuttaminen, koska pienemmällä sairaanhoitopiireillä ei välttämättä ole niiden kilpailuttamiseen tarvittavaa kokemusta ja näkemystä. Useiden kuntien yhteisillä kilpailutuksilla pystytään kasvattamaan apuvälineen hankintamäärää, jolla hintaa pyritään saamaan alas. Kilpailutus on tuottanut säästöjä ja tuottaa myös jatkossa. Eräs haastatelluista tosin totesi, että isoista välineistä säästöt on jo aika tiukkaan otettu.

Sen sijaan muiden teknisten apuvälineiden kilpailutus käytännössä oli apuvälinekeskuskohtaisia eroja. Esimerkiksi yksi kolmasosa apuvälinekeskuksista käytti Erva-alueella kilpailutettuja henkilönostimia ja sähkösäätöisiä sänkyjä, kun taas kahdessa apuvälinekeskuksessa ne kilpailutettiin itse. Yhdessä apuvälinekeskuksessa henkilönostimia ei sen sijaan kilpailutettu lainkaan, vaan ne hankittiin suoraan markkinoilta.

Haastattelujen mukaan tekniset apuvälineet pyritään kilpailuttamaan siten, että niillä pystytään vastaamaan suurimpaan osaan tarpeista. Käytännössä tämä toteutetaan siten, että kilpailutetaan useampaa tuotetta vähän eri ominaisuuksilla. Jos kilpailutetuista apuvälineistä yksikään ei sovellu asiakkaan yksilölliseen tarpeeseen, asiakkaalle hankitaan apuväline markkinoilta ohi sopimuksen. Haastattelujen perusteella markkinoilta hankittujen apuvälineiden määrä on varsin vähäinen. Yhdessä apuvälinekeskuksessa luovutetuista apuvälineistä vain 20 prosenttia hankittiin markkinoilta. Haastateltavien mukaan syyt liittyvät yleensä käyttäjän toimintaympäristöön.

Myös apuvälinekeskusten haastateltavat korostivat, että kilpailutuksessa tuotteelle on osattava määrittellä selkeät kriteerit. Näin pyritään varmistamaan, että saadaan hyvät apuvälineet kohtuuhinnalla. He kuitenkin totesivat, että kriteerien määrittäminen ei ole helppoa. Haastatteluissa kriteereiksi mainittiin muun muassa laitteen spesifikaatiot (ts. laitteen kestävyys ja toiminnallisuuteen liittyvät tekniset ominaisuudet), varaosat ja toimitusajat, lisälaitteet sekä huolto. Lisäksi kriteereissä pyritään huomioimaan se, minkälaisia tarpeita käyttäjillä on kilpailutettavaa apuvälinettä kohtaan ja millaisissa toimintaympäristöissä sitä käytetään.

Osin tähän liittyen osa apuvälinekeskusten haastateltavista koki, että apuvälinekeskuksissa tarvittaisiin lisää tietoa vanhenemisesta ja vanhuudesta. Heidän mukaansa peruskoulutuksessa saatu tieto ei enää riitä, koska tietoa tulee koko ajan enemmän. He myös totesivat, että vaikka koulutusta tarvittaisiin, siihen ei ole kuitenkaan aikaa tai koulutusmäärärahoja. Osa haastateltavista taas kertoi, että koulutukseen hakeutuminen riippuu omasta aktiivisuudesta.

Lisäksi haastatteluissa tuli ilmi, että myös teknisen puolen henkilöstöllä pitäisi olla vanhenemista ja vanhuutta koskevaa osaamista. Tätä perusteltiin muun muassa sillä, että tällöin teknisen henkilöstön ja terapeuttien välillä vallitsisi yhteisymmärrys siitä, että puhutaan samoista asioista.

¹⁰⁸ Eri puolilla Suomea toimiva verkosto, joka koostuu vaativia kommunikoinnin ja tietokoneen käytön apuvälinepalveluja tarjoavista tietotekniikka- ja kommunikaatiokeskuksista Tikoteekeista ja vastaavista erikoissairaanhoidon palveluja tuottavista yksiköistä (ks. <http://papunet.net/tikoteekkiverkosto/palvelut-alueittain/>).

Kilpailuttamiseen liittyy ongelmia

Apuvälinekeskusten haastatteluissa ilmeni samoja ongelmia kuin tarkastuskuntien haastatteluissa. Yksi oli kilpailutuksen vaatima työmäärä. Kaikkia apuvälineitä ei ole järkevää kilpailuttaa, koska kilpailutus vie runsaasti henkilökunnan resursseja. Haastatteluissa tuotiin esille, että apuvälineille tarvittaisiin omat verkkosivut, joilta saisi tietoa markkinoilla olevista apuvälineistä ja niiden käyttömahdollisuuksista. Joissakin haastatteluissa taas toivottiin tahoja, jotka arvioisi uutta teknologiaa ja sen perusteella suosittelisi apuvälineen ottamista lääkinällisen kuntoutuksen apuvälineeksi.

Niin ikään apuvälinekeskusten haastatteluissa mainittiin valmistajien/tuottajien lukumäärä teknisten apuvälineiden valintaan liittyvänä ongelmana, mutta näkökulma oli erilainen kuin tarkastuskunnissa. Apuvälinekeskuksissa ongelmaksi koettiin tuottajien vähyys esimerkiksi ympäristöhallintalaitteissa.

Samoin haastattelut osoittivat, että hinta ohjaa myös apuvälinekeskuksissa apuvälineen valintaa. Esimerkiksi yhdessä apuvälinekeskuksessa haastateltavat kertoivat, että hinnan osuus valintakriteereistä on vähintään 60 prosenttia, mutta tarkoitus on nostaa se 80 prosenttiin riippuen apuvälineestä. Toisen apuvälinekeskuksen haastattelussa taas todettiin, että kilpailutuksen kautta valitaan edullisin. Haastateltavat kokivat kuitenkin ongelmaksi sen, että kilpailutuksissa ei pystytä haarukoimaan huoltokustannusten hintaa. Tämän seurauksena esimerkiksi sähköisten liikkumisen apuvälineiden huoltokustannuksia pyritään arvioimaan huomioimalla, mitä maksaa vaikkapa uusi ohjauksyksikkö.

3.3 Teknisten apuvälineiden kohdentuminen

3.3.1 Yhteenveto

Tarkastushavainnot osoittivat, että koordinointi toteutui hyvin lääkinällisen kuntoutuksen apuvälineiden järjestämisessä. Apuvälineiden saatavuusperusteisiin oli apuvälinekeskuksissa kirjattu kunkin apuvälineen järjestämisestä vastaava taho. Lääkinällisen kuntoutuksen apuvälineistä teknisemmät apuvälineet oli määritelty selkeästi erikoissairaanhoidon järjestämisvastuun piiriin. Vähemmän teknisten apuvälineiden järjestämisvastuu oli määritelty niitä lukevan asiakkaan näkökulmasta epäselvemmien: erikoissairaanhoidon tai perusterveydenhuoltoon. Lisäksi kunnat olivat itse hankkineet lääkinällisen kuntoutuksen apuvälineiksi määriteltyjä teknisiä apuvälineitä kotihoitoon ja tehostetun palveluasumisen yksiköihin. Tällöin kunnissa tehtiin päällekkäistä lainaustoimintaa apuvälinekeskusten kanssa.

Lääkinällisen kuntoutuksen apuvälineiden saatavuusperusteiden koordinointi toteutui huonosti. Tämä johtui apuvälineasetuksesta, joka on abstrakti ja tulkinnanvarainen. Siinä ei ole määritelty keskeisimpiä käsitteitä, kuten lääkinällisen kuntoutuksen apuvälinettä ja välttämättömiä päivittäisiä toimintoja. Vaikka apuvälinekeskusten saatavuusperusteissa oli määritelty kullekin apuvälineelle selkeästi oma saatavuusperusteensa, käytettiin esimerkiksi tavoitteiden kohdalla käsitteitä, joita kukin voi tulkita tavallaan.

Lisäksi apuvälineiden saatavuusperusteiden laadinnan voi tulkita tehottomaksi. Samoja apuvälineitä koskevien saatavuusperusteiden laadinta jokaisessa apuvälinekeskuksessa erikseen on osittain päällekkäistä toimintaa. Erilaiset saatavuusperusteet voivat osaltaan lisätä asiakkaiden alueellista eriarvoisuutta. Apuvälinekeskukset toivoivatkin lääkinällisen kuntoutuksen apuvälineistä valtakunnallisia saatavuusperusteita. Samoin toivottiin valtakunnallista ohjausta ja linjausta uusien teknologioiden ottamisesta osaksi lääkinällisen kuntoutuksen apuvälinevalikoimaa.

Myös tehostetun palveluasumisen yksiköihin luovutettuja lääkinällisen kuntoutuksen apuvälineitä koskevien saatavuusperusteiden koordinointi toteutui heikosti. Apuvälinekeskusten linjaus tehostetun palveluasumisen yksiköissä asuville luovutettavien apuvälineiden saatavuusperusteista oli kyllä kirjattu selkeästi, mutta sen sisältö jäi epäselväksi. Saatavuusperusteista ei käy ilmi, milloin apuvälineen luovuttamisessa on kysymys työntekijän työergonomian parantamisesta.

Saatavuusperusteet osoittivat joidenkin apuvälineiden osalta terveydenhuollon ja vammaishuollon koordinoinnin toteutuvan teoriassa hyvin, mutta käytännössä heikosti. Apuvälinekeskukset tekivät

vammaishuollon kanssa päällekkäistä työtä apuvälineen tarvearvioinnissa ja siihen liittyvissä asunnon muutostöissä. Lisäksi apuvälineen rahoitus pirstaloitui epäjohdonmukaisesti terveydenhuollon ja vammaishuollon välillä.

Tarkastuskunnissa niin ikään teknisten apuvälineiden koordinointi toteutui huonosti. Ainoastaan turvapalveluista, ja niistäkin vain harvassa kunnassa, oli laadittu erilliset myöntämisperusteet. Valtaosa tarkastuskunnista ilmoitti arvioivansa teknisten apuvälineiden tarvetta palvelutarpeen yhteydessä. Työntekijät eivät kuitenkaan olleet saaneet koulutusta teknisten apuvälineiden arviointiin tai teknisen apuvälineen sopivuuden seurantaan. Vanhuspalvelujen henkilöstön nykyisen osaamistason ei siten voida katsoa takaavan sitä, että teknisten apuvälineiden käyttö on asiakkaalle aina turvallista.

Havainnot työntekijöille annetusta koulutuksesta osoittivat, että työntekijöille järjestetään perehdytystä ja koulutusta työvälineiksi otettujen uusien teknisten apuvälineiden käyttöön, ja apuvälinekeskukset ohjeistavat työntekijöitä asiakkaille luovutetuista uusista teknisistä apuvälineistä. Apuvälinekeskukset ohjaavat työntekijöitä kuitenkin vain apuvälineen luovutusvaiheessa. Ongelmana käytönopastuksessa oli kuitenkin työntekijöiden vaihtuvuus tai se, että luovutusajankohtana työntekijöitä ei ole lainkaan paikalla. Tällöin asiakkaan käytössä olevia teknisiä apuvälineitä koskevat ohjeistukset eivät aina välttämättä välity (uusille) työntekijöille.

Apuvälinekeskusten suorittamassa teknisten apuvälineiden tarpeen arvioinnissa toteutuivat asiakkaiden tarpeisiin vastaaminen ja apuvälineen turvallisen käytön varmistaminen. Arvioinnissa hyötyjä pohdittiin tavoitteiden näkökulmasta ja haittoja sekä toimintakyvyn näkökulmasta että apuvälineen käyttöön liittyvien riskien kautta. Apuvälinekeskuksissa ei käytetty toimintakyky mittareita palvelutarpeen arvioinnissa, mutta jonkinlaisia mittareita apuvälineiden arviointiin kuitenkin kaivattiin. Joissain apuvälinekeskuksissa oli jo edetty apuvälineiden toimintakyky mittareiden suunnitteluasteelta koekäyttöön.

Apuvälinekeskusten saatavuusperusteiden mukaan toimintakykyarvioinnissa korostui etenkin kognitiivisen toimintakyvyn laaja-alainen arviointi. Saatavuusperusteet myös osoittivat, että jotkut lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälineiden käyttäjistä ovat asiakkaiden sijasta omaisia. Tällöin omaisen apuvälineen ”tarvearviointi” toteutetaan apuvälineen luovutustilaisuudessa, jossa omaista neuvotaan ja ohjataan apuvälineen käytössä. Näin pyritään turvaamaan sitä, että asiakkaan hoidossa käytettävän teknisen apuvälineen käyttö on asiakkaalle turvallista.

3.3.2 Teknisten apuvälineiden saatavuusperusteet apuvälinekeskuksissa

Lyhyesti apuvälineiden järjestämisestä

Lähes kaikissa tarkastuksen piiriin kuuluneissa kunnissa apuvälinepalvelut oli järjestetty alueellisen mallin mukaisesti. Terveydenhuollon apuvälinepalvelut järjestetään erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteistyönä. Periaatteena on, että hoitovastuussa¹⁰⁹ oleva terveydenhuollon toimintayksikkö vastaa potilaan tarvitsemista apuvälinepalveluista. Perusolettamus on, että hoitovastuu kuuluu perusterveydenhuollolle.¹¹⁰

Apuvälinekeskusten haastattelujen mukaan yksittäisen lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälineen luovuttaminen ikääntyneelle ei kuitenkaan siirrä hoitovastuuta perusterveydenhuollolta erikoissairaanhoidolle, mikäli apuväline ei ole osa ikääntyneen kuntoutusta tai muuta hoitoa. Tarkastushavainnot ikääntyneille luovutetuista lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälineistä osoittivat, että valtaosa apuvälineistä on määriteltävissä osaksi asiakkaan sosiaalihuollossa toteutettavaa hoidon ja hoivan palvelukokonaisuutta. Tällöin ne pitäisi kirjata osaksi sosiaalihuollon laatimaa palvelu- ja hoitosuunnitelmaa.

¹⁰⁹ Hoitovastuu tarkoittaa sitä, että toimintayksiköllä on velvollisuus laatia potilaalle jatkohoito- tai kuntoutussuunnitelma ja toteuttaa palvelut suunnitelman mukaisesti.

¹¹⁰ Tarkastuksen piiriin kuuluneiden apuvälinekeskusten apuvälineiden alueelliset suunnitelmat/oppaat ja saatavuusperusteet.

Apuvälinekeskusten haastateltavat kuitenkin kertoivat, että luovutetuista apuvälineistä ei yleensä tehdä kuntoutussuunnitelmaa, vaan ne kirjataan potilasasiakirjoihin ja apuvälinekeskuksen lainausrekisteriin. Luovutetuista apuvälineistä ei siten automaattisesti välity tieto sosiaalitoimelle, koska potilasasiakirjoihin tehdyt kirjaukset ovat salassa pidettäviä.

Yhtenäisten kiireettömän hoidon perusteiden mukaan sähköiset liikkumisen apuvälineet ja kommunikoinnin apuvälineet myönnetään apuvälinekeskuksista¹¹¹. Niitä koskevat saatavuusperusteet oli otettu lähes muuttumattomina apuvälinekeskusten saatavuusperusteisiin. Sitä vastoin sähköisiä sänkyjä ja henkilönostimia voidaan saatavuusperusteiden perusteella myöntää joko erikoissairaanhoidosta tai perusterveydenhuollosta. Lisäksi tarkastuskuntien haastattelujen nojalla myös sosiaalitoimi voi luovuttaa sähköisiä sänkyjä kotona hoidettaville asiakkaille.

Saatavuusperusteet¹¹² osoittivat myös, että vanhuspalveluissa yleisimmin käytössä olevat turva- ja hälytyslaitteet mainittiin saatavuusperusteista vain noin puolessa. Niitä (esim. turvpuhelinta) ei kuitenkaan määritelty lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälineiksi, vaan niiden hankinta määriteltiin kuuluvaksi joko sosiaalitoimelle tai asiakkaalle itselleen.

Muistiapuvälineet mainittiin sen sijaan vielä harvemmassa saatavuusperusteessa kuin turva- ja hälytyslaitteet: vain kahdessa. Niistäkin esitettiin vain luettelo (kognitiivisten taitojen harjoitusvälineet), mutta ei yksittäisten apuvälineiden yksityiskohtaisempia edellytyksiä. Lisäksi vain toisesta saatavuusperusteesta löytyi maininta, että apuvälineen myöntää hoitovastuuyksikkö. Tulosta voi selittää tarkastushavainto siitä, että apuvälinekeskukset katsovat muistiapuvälineiden järjestämisen kuuluvan sosiaalitoimen vastuulle (ks. 3.1.3).

Mikä on lääkinnällisen kuntoutuksen apuväline?

Sähköisten sänkyjen saatavuusperusteiden yhteydessä tuli ilmi kaksi asiaa, jotka koskevat yleisesti lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälineitä. Apuvälinekeskusten haastatteluissa tuotiin esille, että jonkun tahon pitäisi selkeästi määritellä, mikä on lääkinnällisen kuntoutuksen apuväline. Apuvälineasetuksen määritelmä on liian yleinen. Tämän seurauksena kaikki apuvälineet, joiden tarkoituksena on edistää kuntoutumista, tukea, ylläpitää tai parantaa asiakkaan itsenäistä toimintakykyä tai ehkäistä toimintakyvyn heikentymistä (1.1 §), on mahdollista tulkita lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälineiksi. Sosiaali- ja terveysministeriön näkemyksen mukaan tämä on ollut myös tavoite asetusta laadittaessa. Apuvälineasetuksen valmisteluvaiheessa apuvälineitä ei haluttu rajata vain välineisiin, jotka on valmistettu nimenomaan apuvälineiksi. Ministeriön mukaan yksittäisten välineiden ja laitteiden luettelointia ja määrittelyä asetuksen tasolla ei myöskään pidetty valmisteluvaiheessa tarkoituksenmukaisena, koska teknologia kehittyy ja uusia välineitä syntyy jatkuvasti.¹¹³ Käytännössä ministeriön linjaus näkyy lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälineiden laajana kirjona: tukisukista opaskoiiriin ja sähkömopoihiin. Haastateltavien mukaan apuvälineasetukseen kirjattu ”määritelmä” on ympärilyöreä, jolloin kukin tulkitsee sitä tavallaan. Tämä voi johtaa asiakkaiden eriarvoiseen kohteluun.

Haastatteluissa kävi myös ilmi, että jokaisessa apuvälinekeskuksessa käytetään runsaasti aikaa saatavuusperusteiden tekoon ja selvittämään muiden apuvälinekeskusten linjauksia. Haastateltavat katsoivat, että lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälineille pitäisi määritellä yhtenäiset valtakunnalliset saatavuusperusteet, mutta apuvälinekeskuksille jäisi yksilöllinen harkinta.

Raja käyttövälineen ja apuvälineen välillä on hyvin liukuva. Haastatteluissa todettiin, että esimerkiksi iPadin ja tietokoneen sovellusmahdollisuudet asiakkaiden itsenäisen suoriutumiskyvyn tukemisessa ovat suuret. Uusista teknologisista välineistä tulisikin olla valtakunnallista ohjeistusta ja linjausta, koska kaikki alueet eivät voi millään ratkoa niiden hyödyllisyyttä ja pohtia, mihin tilanteisiin niitä voidaan käyttää. Eräs haastateltava totesikin, että olisi hyvä, jos uutta teknologiaa ensin arvioitaisiin ja vasta sitten suositeltaisiin sairaanhoitopiireille lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälineeksi.

¹¹¹ *Sosiaali- ja terveysministeriö (2010).*

¹¹² *Tarkasteltuja saatavuusperusteita oli 10.*

¹¹³ *Sosiaali- ja terveysministeriö 10.4.2015.*

Havainnot apuvälinekeskusten haastatteluista myös osoittivat, että linjausten puuttuminen uusista teknologisista välineistä on johtanut apuvälinekeskuksissa erilaisiin käytäntöihin ja siten asiakkaiden eriarvoiseen kohteluun. Esimerkiksi yksi apuvälinekeskus myöntää tietokoneen ja kommunikointiohjelman. Toinen puolestaan myöntää tietokoneen asiakkaalle vain silloin, jos hän ei pysty puhumaan. Jos asiakas taas pystyy puhumaan, mutta ei käyttämään tietokonetta ilman apuvälinettä, hänelle myönnetään esimerkiksi erikoisnäppäimistö. Tietokoneen asiakas joutuu kuitenkin hankkimaan itse. Tulokset osoittavat, että yhdenvertaisuus apuvälineiden saatavuudessa ei toteudu¹¹⁴.

Onko sähköstätöinen sänky lääkinällisen kuntoutuksen apuväline vai työntekijöiden työväline?

Toinen sähköstätöisten sänkyjen saatavuusperusteiden yhteydessä esille tullut kysymys koski apuvälinekeskuksissa käytävää keskustelua siitä, ovatko sähköstätöinen sänky ja henkilönostin työntekijän turvallisuutta lisääviä vai yksilöiden toimintakykyä ylläpitäviä välineitä. Saatavuusperusteiden perusteella lähes kaikki apuvälinekeskukset määrittelevät, että sähköstätöiset sängyt ja/tai henkilönostimet ovat sellaisia apuvälineitä, joiden hankinta kuuluu tehostetun palveluasumisen tuottajille, jos kysymys on henkilökunnan työergonomiasta. Linjaus on apuvälineasetusta koskevassa muistiossa esitetyn linjauksen mukainen. Muistiossa ei kuitenkaan ole tarkemmin täsmennetty, milloin on kysymys henkilökunnan ergonomiasta ja milloin taas asiakkaan yksilöllisestä tarpeesta.¹¹⁵ Eduskunnan oikeusasiamies onkin todennut asiasta tehtyä kantelua koskevassa ratkaisussaan, että sosiaali- ja terveysministeriön perustelumuuistio voi antaa virheellisen kuvan siitä, mitä on tarkoitettu lääkinällisen kuntoutuksen apuvälineiden luovuttamisesta asumispalveluyksiköissä asuville henkilöille¹¹⁶.

Apuvälinekeskusten käytännön voi kuitenkin mieltää olevan linjassa työnantajan yleisen huolehtimisvelvoitteen kanssa, joka edellyttää työnantajaa huolehtimaan työntekijöiden turvallisuudesta ja terveydestä työssä¹¹⁷. Työturvallisuuslain 15.2 §:n nojalla työnantajan on hankittava ja annettava työntekijän käyttöön apuväline, jos työn tarkoituksenmukainen suorittaminen sitä edellyttää ja se on välttämätöntä tapaturman tai työntekijän sairastumisen ehkäisemiseksi.

Apuvälinekeskusten haastattelujen perusteella tehty linjaus perustuu siihen, että saatavuusperusteiden mukaan apuvälinekeskukset luovuttavat vain siirrettäviä henkilönostimia asiakkaiden henkilökohtaiseen käyttöön. Henkilönostimen siirrettävyys mahdollistaa sen, että sitä voidaan käyttää myös muiden asiakkaiden siirtämisessä. Tällöin henkilökohtaiseen käyttöön luovutettu apuväline muuttuukin yksikössä käytettäväksi työntekijöiden työvälineeksi.

Tarkastushavaintojen perusteella sähköstätöisten sänkyjen osalta linjauksessa voi olla kysymys hoitohenkilöstön teknisten apuvälineiden arviointiosaamisesta (ks. 3.3.4). Toisin sanoen tehostetun palveluasumisen hoitohenkilöstö ei osaa arvioida sitä, milloin asiakkaan toimintakyky ei enää vastaa sähköstätöiselle sängylle asetettua tavoitetta. Tällaisissa tilanteissa sähköstätöinen sänky pitäisi palauttaa apuvälinekeskukseen.¹¹⁸

Yhdessä haastattelussa kuitenkin todettiin, että laitokseen luovutettu sänky ei ole koskaan palautunut apuvälinekeskukseen, vaan se on lähtenyt kiertämään seuraavalle asiakkaalle. Tämä saattaa kertoa siitä, että sosiaalihuollon ja apuvälinekeskusten yhteistyö apuvälineiden käytön seurannassa ei toimi (ks. tarkemmin 3.4.2). Sänkyjen palautumattomuus voi kertoa myös taloudellisesti järkevästä toimintatavasta. Kierrättämällä sähköstätöistä sänkyä asumispalveluyksikön sisällä voidaan säästää sängyn edestakaisin kuljettamisesta aiheutuvat kulut.

Sosiaali- ja terveysministeriö antoi helmikuussa 2013 apuvälineasetuksen soveltamista asumispalveluissa täsmentävän kuntakirjeen, jotta välttyttäisiin apuvälineasetuksen perustelumuuistion tekstin virheellisiltä tulkinnoilta. Siinä ei edelleenkään täsmennetty, millaisissa tilanteissa on kysymys henkilös-

¹¹⁴ Vrt. sosiaali- ja terveysministeriö (2011b).

¹¹⁵ Emt.

¹¹⁶ EOAM (2495/2012).

¹¹⁷ L 738/2002 8.1 §.

¹¹⁸ <http://www.thl.fi/fi/web/toimintakyky/apuvälineet/ohjeita-apuvälinepalveluiden-toteuttamiseksi/>.

tön työergonomiasta ja työturvallisuuden parantamisesta. Sen sijaan kuntakirje toisti apuvälineasetuksessa sanottua. Ääritapauksessa tämä merkitsee sitä, että asumispalveluyksikössä jokaisella lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälineen saantikriteerit täyttävällä asiakkaalla on huoneessaan siirrettävä henkilönostin ja sähkösäätöinen sänky. Käytännössä asiakkaiden omatoimisuuden ylläpitämiseen tarkoitettuilla määrärahoilla rahoitetaan tällöin asumispalveluyksiköiden varustamista ja varusteiden ylläpitoa (korjauksia, huoltoa ja niihin liittyviä kuljetuksia).

Apuvälinekeskusten haastatteluissa korostettiin, että asumisyksiköille pitäisi määritellä valtakunnallinen perusvarustetaso. Osa apuvälinekeskuksista olikin ohjeistanut alueellaan tehostetun palveluasumisen järjestäjiä ja tuottajia siitä, millaisia vähimmäisvarusteita tehostetun palveluasumisen yksiköissä edellytetään olevan riippumatta asiakkaiden toimintakyvystä¹¹⁹.

Osa apuvälinekeskuksista myös totesi, että asumispalveluyksikön käsitettä pitäisi täsmentää. Nyt sen alle sijoittuu asiakkaiden hoitoisuuden näkökulmasta hyvin erilaisia yksiköitä. Tehostetussa palveluasumisyksikössä asiakasrakenne vastaa vanhainkodin asiakasrakennetta, kun taas tavallisessa palveluasumisyksikössä asuu asiakkaita, jotka voisivat asua kotipalvelujen turvin yksityiskodeissaan.

Mitkä toiminnot ovat jokapäiväisiä toimintoja?

Tarkastushaastatteluissa lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälineasetuksen ongelmana pidettiin myös sitä, ettei siinä ole määritelty¹²⁰, mitä tarkoitetaan välttämättömillä päivittäisillä toiminnoilla. Vain muuttaman apuvälinekeskuksen saatavuusperusteissa oli pyritty jollakin tavoin selventämään, mitä ilmaisulla tarkoitetaan.

Esimerkiksi sähkömopon saatavuusperusteissa käsitteellä tarkoitettiin kaupassa käyntiä tai asiointia, mutta ei esimerkiksi harrastuksia, ulkoilua tai vierailuja. Useimmissa saatavuusperusteissa päivittäisiin toimintoihin sisältyivät myös osallistumismahdollisuudet. Niissä ei kuitenkaan ole tarkennettu sitä, mitä osallistumismahdollisuuksilla tarkoitetaan.

Tulos osoittaa sen, että apuvälineasetuksessa käytetyt sanamuodot ja asetuksen niukkuus mahdollistavat tulkinnanvaraisuuden ja kansalaisten eriarvoisen kohtelun. Tähän myös eduskunnan oikeusasiamies on ottanut kantaa. Eduskunnan oikeusasiamiehen ratkaisussa todetaan, että lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälineitä koskevan asetuksen tulee olla sanamuodoltaan niin selkeä ja täsmällinen, ettei se jätä tulkinnanvaraa¹²¹.

Apuvälinekeskusten riippuvuus vammaispalvelujen päätöksistä

Vammaispalvelulain 9 §:n nojalla kunnan on korvattava vaikeavammaiselle henkilölle asunnon muutostöistä sekä asuntoon kuuluvien välineiden ja laitteiden hankinnasta aiheutuvat kohtuulliset kustannukset. Lakia koskevan asetuksen 12 §:n mukaan korvattavia asunnon muutostöitä ovat esimerkiksi luiskien rakentaminen ja muut henkilön vakinaisessa asunnossa suoritettavat rakennustyöt. Korvattavia asuntoon kuuluvia välineitä ja laitteita ovat puolestaan kiinteästi asennettavat nostolaitteet ja hälytyslaitteet.

Koko maassa vuonna 2013 vammaispalvelulain mukaisia asunnon muutostöitä tehtiin ja asuntoon kuuluvia välineitä ja laitteita järjestettiin kunnan kustantamana 10 322 henkilölle. Näistä 65 vuotta täyttäneiden asiakkaiden osuus oli noin 53 prosenttia. Tilastot vuosilta 2006–2013 osoittavat, että asunnon muutostöitä ja asuntoon kuuluvia laitteita ja välineitä on kustannettu yhä enemmän 65 vuotta täyttäneille.¹²² Kasvua selittää vammaispalvelujen asiakaskunnan ikääntyminen, mutta apuvälinekes-

¹¹⁹ Tarkastuksen piiriin kuuluneiden apuvälinekeskusten apuvälineiden saatavuusperusteet ja yhden apuvälinekeskuksen toimintakäsikirja alueellisista apuvälinepalveluista.

¹²⁰ Määrittelyä ei löydy myöskään asetusta koskevasta muistiosta (sosiaali- ja terveysministeriö 2011b).

¹²¹ EOAM (2495/2012).

¹²² THL, Tilasto- ja indikaattoripankki SOTKANet 2005–2013 [viitattu 9.2.2015].

kusten haastattelut viittaisivat myös siihen, että vammaispalvelut tukevat myös sairauden takia toimintakyvyltään heikentyneiden ikääntyneiden kotona asumista.

Apuvälinekeskusten haastatteluissa tuli ilmi, että esimerkiksi sähkömopojen, kattonostinten ja osin ympäristönhallintalaitteiden hankinta ja luovutus ovat sidoksissa vammaispalvelujen päätöksentekoon. Apuvälinekeskus ei luovuta asiakkaalle sähkömopoa ennen kuin vammaispalveluissa on tehty päätös luiskien rakentamisesta ja/tai ne on rakennettu. Ympäristönhallintalaitteita ei taas voida luovuttaa, jos niiden asentaminen vaatii asunnossa tehtäviä muutostöitä, kuten sähkölaitteistojen rakennus- tai käyttötöitä. Tämä johtuu siitä, että sähköturvallisuuslakia (410/1996) sovelletaan laitteisiin ja laitteistoihin, jotka toimivat sähköllä ja joiden sähköisistä ominaisuuksista voi aiheutua vahingon vaaraa tai häiriöitä (1 §). Lain 8 §:n nojalla sähkölaitteistojen rakennus- tai käyttötöitä saavat tehdä vain henkilöt, joilla on siihen riittävä kelpoisuus tai muuten riittävä ammattitaito. Apuvälinekeskusten haastattelujen perusteella apuvälinekeskuksissa tällaista osaamista ei ole, mutta kunnan sosiaalitoimessa (vammaispalveluissa) taas on.

Apuvälinekeskusten haastattelut viittasivat siihen, että terveydenhuollon ja vammaishuollon lainsäädännön päällekkäisyys joidenkin lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälineiden osalta tuottaa tehottomuutta. Tehottomuus näytti liittyvän siihen, että apuvälinekeskukset eivät tee systemaattisesti yhteisiä kotikäyntejä vammaispalvelujen kanssa arvioidessaan teknisten apuvälineiden vaatimia asunnon muutostöitä. Tämä taas johtaa siihen, että ensin apuvälinekeskus tekee oman arvionsa vaadittavista muutostöistä ja antaa niistä suosituksen vammaispalveluille. Sen jälkeen vammaispalvelut tekevät oman arvionsa vaadittavista muutostöistä. Apuvälineen luovutus asiakkaalle voi kuitenkin joskus viivästyä, koska vammaishuollossa ei ehditä tehdä nopeasti päätöstä tai asunnon muutostöiden teko kestää. Pahimmassa tapauksessa tämä on saattanut siirtää asiakkaan kotiuttamista sairaalasta. Tarkastuskuntien haastatteluissa kuitenkin todettiin, että tällaisessa tapauksessa asiakas on kotiutettu kunnan palvelujen piiriin odottamaan asunnon muutostöiden valmistumista. Tämä merkitsee sitä, että kun apuvälinekeskuksen ja vammaispalvelujen yhteistyö ei toimi sujuvasti, siitä aiheutuu kustannuksia sosiaalihuollolle. Apuvälineisiin liittyvät erilaiset toiminnot pitäisi koota selkeäksi kokonaisuudeksi ja asiantuntijuus pitäisi keskittää samaan paikkaan. Vammaislainsäädännön uudistamistyöryhmän loppuraportissa todetaankin, että vammaislainsäädännön uudistus edellyttää jatkovalmistelua muun muassa vammaispalvelujen ja terveydenhuollon integraation vahvistamiseksi apuvälinepalveluissa ja muissa lääkinnällisen kuntoutuksen palveluissa¹²³.

Ympäristönhallintalaitteet ovat hyvä esimerkki siitä, mihin yhä teknisempien lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälineiden järjestäminen kahdella eri lailla on johtanut. Saatavuusperusteita luettaessa asia vaikuttaa selvältä. Yksittäiset ympäristönhallintaan liittyvät laitteet, kuten ovenaukaisumekanismi, kuuluvat vammaishuollossa. Jos niihin liitetään muita ympäristönhallintalaitteita, siirtyy ympäristönhallintajärjestelmä apuvälinekeskuksen vastuulle.

Apuvälinekeskusten haastattelujen perusteella asia ei kuitenkaan ole enää yhtä selvä. Jos asiakkaalla on jo käytössään ympäristönhallintalaitteita ja ympäristönhallintajärjestelmään lisätään uutena ovikoneisto, kuuluu asunnon ulko-oveen asennettava ovenaukaisukoneisto apuvälinekeskukselle. Sen sijaan huoneiston muihin oviin asennettavat ovenaukaisumekanismit kuuluvat vammaishuollossa.

3.3.3 Teknisten apuvälineiden myöntämisperusteet tarkastuskunnissa

Tarkastushavainnot¹²⁴ osoittivat, että yli kolmasosassa tarkastuskunnista oli laadittu teknisille apuvälineille myöntämisperusteet. Ne koskivat turvapuhelinpalveluja, ja niitä varten oli erillinen hakulomake. Vain yhdessä kunnassa oli erikseen laadittu myöntämisperusteet elektroniselle lääkekellolle. Kunnissa, joissa ei ollut laadittu käytössä olevista teknisistä apuvälineistä erillisiä myöntämisperusteita, teknisten apuvälineiden tarvetta ja niiden käytön osaamista arvioitiin palvelutarpeen arvioinnin yhteydessä.

¹²³ *Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö (2015b), s. 12.*

¹²⁴ *Tarkastuskuntien haastattelut, tarkastuskunnilta pyydytetyt tiedot sekä tarkastuskuntien sosiaali- ja terveystieteiden palveluja koskevat verkkosivut.*

Kiintoisaa oli kuitenkin se, että aikaisempien tarkastushavaintojen mukaan henkilöstön teknisen apuvälineen tarpeen arvioinnissa oli puutteita (ks. 3.2.2). Haastattelujen perusteella osassa näistä kunnista turvapuuhelinpalvelujen saanti näyttikin olevan suhteellisen helppoa.

Turvapuhelimeen (hälyttimenä toimiva laite) on mahdollista yhdistää lisälaitteita, mutta yhdessäkään kunnassa ei ollut laadittu lisälaitteille erillisiä myöntämisperusteita. Tätä voi selittää se, että lisälaitteet ovat yleensä sellaisia, jotka tekevät hälytyksen automaattisesti. Tällöin ei nähdä ehkä tarvetta erikseen arvioida niiden soveltuvuutta asiakkaalle. Turvapuhelimen arvioinnin katsotaan riittävän. Lisälaitteiden myöntämisperusteiden puuttumista voi selittää osin myös se, että kaikki kunnat eivät myönnä lisälaitteita lainkaan, vaan asiakkailla on mahdollisuus vuokrata niitä turvapalveluja tuottavilta palveluntuottajilta omaan laskuunsa.

Turvapuhelimen myöntämisperusteita koskevat tarkastushavainnot viittaavat niin ikään siihen, että myöntämisperusteiden käyttöönotolla pyritään kohdentamaan turvapuhelimet entistä tarkemmin niille, jotka niitä eniten tarvitsevat ja myös hyötyvät niistä eniten. Esimerkiksi muutamassa turvapuhelimen myöntämisperusteessa yhdeksi myöntämisperusteeksi oli määritelty RAVasta tai RAIsta saatu toimintakykyä kuvaava indeksi-arvo, jota käytetään kuvaamaan hoidon tarvetta¹²⁵. Tulos viittaa siihen, että yksinomaan turvattomuuden kokeminen ei enää riitä turvarannekkeen saamiseen kunnan kautta.

3.3.4 Teknisten apuvälineiden tarpeen arviointi

Nykyiset toimintakyky-mittarit eivät sovellu lääkinällisen kuntoutuksen apuvälineiden arviointiin

Tarkastushaastattelut osoittivat, että apuvälinekeskuksissa ja vanhuspalveluissa (kunnissa) lähtökohta teknisen apuvälineen arvioinnille oli sama. Arvioidaan toimintakykyä, toimintaympäristöä ja elämäntilannetta. Havainnot apuvälinekeskusten saatavuusperusteista ja tarkastuskuntien turvapuhelimen myöntämisperusteista viittaavat siihen, että teknisten apuvälineiden arvioinnissa kognitiivisilla tekijöillä on suurempi merkitys toimintakyvyn arvioinnissa kuin arvioitaessa perusapuvälineiden tarvetta. Havainnot osoittivat myös, että teknisten apuvälineiden arviointi edellyttää kognitiivisten tekijöiden arvioimista laaja-alaisemmin kuin vain muistin ja tiedonkäsittelyn näkökulmista¹²⁶. Arvioinnissa pitää kiinnittää huomiota muun muassa havainnointikykyyn, keskittymiseen, tarkkaavaisuuteen sekä motivaatioon ja sitoutumiseen.

Toimintakyvyn eri osa-alueiden (fyysisen, psyykkisen, kognitiivisen ja sosiaalisen toimintakyvyn) ja yleisen toimintakyvyn mittaamiseen ja arviointiin on kehitetty runsaasti erilaisia mittareita¹²⁷. Apuvälinekeskusten haastatteluissa ilmeni, että niitä ei kuitenkaan voida hyödyntää apuvälineasioissa. Tämä näyttäisi johtuvan siitä, että apuvälinekeskuksissa asiakkaan toimintakykyä arvioidaan suhteessa lähetteisessä mainittuun apuvälineeseen ja apuvälineen käyttäjälle asettamiin vaatimuksiin.

Apuvälinekeskusten tarkastushaastattelut kuitenkin osoittivat, että apuvälinekeskuksissa on herätty tarpeeseen saada myös jonkinlainen arviointimittari apuvälineiden arviointiin. Käytännössä tämä ilmeni siten, että yhdessä apuvälinekeskuksessa oli koekäytössä sähköisten liikkumisen apuvälineiden arviointilomake ja kahdessa apuvälinekeskuksessa oltiin lomakkeen käyttöönoton suunnitteluvaiheessa. Neljännessä apuvälinekeskuksessa suunniteltiin kotikäynneillä tapahtuvalle palvelutarpeen arvioinnille strukturoidumman haastattelurungon kehittämistä, kun taas viidennessä apuvälinekeskuksessa tällainen lomake oli jo käytössä.

Tarkastuskuntien haastatteluissa todettiin, että kunnissa yleisimmin käytössä olevat toimintakyvyn kokonaisuutta mittaavat arviointijärjestelmät, kuten RAVA ja/tai RAI, soveltuvat esimerkiksi kävelykeppien ja rollaattoreiden mutta eivät teknisten apuvälineiden arviointiin. Pieni osa tarkastuskunnista kuitenkin katsoi, että RAIssa on nojapuita, joita voidaan käyttää teknisten apuvälineiden arviointiin.

¹²⁵ *Tarkastuskuntien turvapuhelimen myöntämistä koskevat perusteet.*

¹²⁶ *Yhdessä tarkastuskunnassa on kehitetty lomake, jota kaikki toimialat käyttävät arvioidessaan palvelutarvetta. Kognitiivisista tekijöistä siihen on sisällytetty muisti, tiedonkäsittely ja teknisten laitteiden käyttö.*

¹²⁷ *Ks. www.toimia.fi.*

He katsoivat, että keskitetty palvelutarpeen arviointiyksikkö tarvitsisi jonkinlaisia mittareita tai pisteytyksiä, joiden nojalla työntekijät voisivat arvioida, soveltuuko jokin tekninen apuväline arvioitavalle henkilölle. Mittari nähtiin myös keinona, jolla voitaisiin vähentää palvelutarpeen arviointiin käytettyä aikaa. Mittarilla katsottiin voitavan lisätä palvelutarpeen arviointiprosessin tuottavuutta. Haastateltavat perustelivat tätä sillä, että arvioijien ei tarvitsisi aina selvittää erikseen, millaisia teknisiä apuvälineitä tiettyyn tarpeeseen on saatavissa, mitä niiden käyttö edellyttää asiakkaalta ja millaisia ovat niiden käyttökokemukset.

Vanhustenhuollossa teknisten apuvälineiden arviointiosaamisessa on puutteita

Henkilöstön kyky arvioida teknisten apuvälineiden tarvetta mielletään myös yhdeksi asiakasturvallisuuteen vaikuttavaksi tekijäksi¹²⁸. Tarkastushavaintojen perusteella vanhuspalvelujen henkilöstön osaaminen arvioitaessa teknisten apuvälineiden tarvetta ei ollut kuitenkaan riittävää. Tarkastuksessa haastatellut katsoivat sosiaalihuollon työntekijöillä olevan osaamista arvioida turvallisuuteen (esim. turvapuhelin ja ovihälytin) sekä liikkumiseen (esim. rollaattori) liittyviä perusapuvälineitä, mutta sen sijaan teknisempien apuvälineiden arviointiosaaminen puuttuu¹²⁹.

Tarkastuskuntien haastatteluissa tuotiin esille, että sosiaalihuollossa tarvitaan paljon lisää osaamista ja koulutusta teknisiin apuvälineisiin liittyvissä asioissa. Yhdessä apuvälinekeskuksen haastattelussa todettiin, että apuvälineasioiden keskittäminen apuvälinekeskuksiin olisi järkevää, koska kuntien sosiaalihuollon apuvälineosaaminen on puutteellista.

Tarkastuskuntien haastatteluissa arviointiosaamisen puute liitettiin tiedon puutteeseen. Työntekijöillä ei ole riittävästi tietoa markkinoilla olevista välineistä. Muutamassa kunnassa ongelmaa oli yritetty ratkaista perustamalla teknologiatiimi. Hoitajia oli vapautettu tietyksi ajaksi hankkimaan tietoja markkinoilla olevista välineistä ja olemaan kentällä muiden työntekijöiden lähitukena. Mallin heikkoutena pidettiin työntekijöiden vaihtumista. Eräissä kunnassa oli perustettu hyvinvointiteknologiaverkosto koordinoimaan ja edistämään hyvinvointiteknologian soveltamista, laajempaa käyttöönottoa ja hyödyntämistä sekä arviointia koko kaupungin alueella. Eräissä toisessa kunnassa taas toimi erillinen hyvinvointiteknologiayksikkö, joka arvioi keskitetysti tiettyjen teknisten apuvälineiden soveltuvuutta ikääntyneille.¹³⁰

Tarkastuskuntien haastatteluissa arviointiosaamisen puute liitettiin myös työelämätaitojen ja koulutuksen väliseen ristiriitaan. Koulutuksessa painotetaan vielä pitkälti vuorovaikutusmalleja ja hoitosuhteen luomista. Apuvälinekeskusten haastateltavat totesivat teknisten apuvälineiden käytön tuovan perustyöhön kuitenkin uusia elementtejä ja olevan kokonaan uusi osaamista edellyttävä alue.

Tarkastuskuntien haastatteluissa korostettiin voimakkaasti, että teknisiä apuvälineitä koskevan koulutuksen pitäisi olla laaja-alaista. Toisin sanoen koulutuksen pitäisi antaa työntekijöille eväitä sen oivaltamiseen, että asiakas voisi hyötyä jostakin teknisestä apuvälineestä. Toisaalta työntekijöiden tulisi myös saada koulutusta sen ymmärtämiseksi, milloin asiakas ei enää hyödy apuvälineestä. Työntekijöiden koettiin tarvitsevan koulutusta myös sen arvioimiseen, millaisia esteitä asiakkaan terveydentila asettaa välineen käytölle. Esimerkiksi paikantava hälytin ei sovi sydämentahdistinta käyttävälle asiakkaalle eikä sähkömopo epilepsiaa sairastavalle.

Tarkastuskuntien haastattelujen perusteella näyttää siltä, että työntekijät tarvitsisivat enemmän tietoa asiakkaille tarjolla olevista teknisistä apuvälineistä sekä niiden ominaisuuksista ja soveltamismahdollisuuksista. Tällä hetkellä koulutus on kuitenkin painottunut työvälineisiin (mobiililaitteet, mobiilikirjaus, sähköiset asiakastietojärjestelmät). Tämä liittyy siihen, että työturvallisuuslaki velvoittaa työnantajan huolehtimaan, että työntekijät osaavat käyttää heille annettuja työvälineitä.

¹²⁸ Tarkastushavainnot omavalvontasuunnitelmista.

¹²⁹ Tarkastuksen piiriin kuuluvien apuvälinekeskusten ja kuntien haastattelut sekä aluehallintovirastoille osoitettu kysely.

¹³⁰ Hyvinvointiteknologiaverkoston esittely. PowerPoint-esitys. (9.4.2014).

Apuvälinekeskusten haastatteluissa puolestaan korostettiin, että he pyrkivät ohjaamaan ja ohjeistamaan myös lähiympäristöä (asumisyksiköiden ja kotihoidon henkilöstöä sekä asiakkaiden omaisia) laitteen käytössä samalla, kun asiakkaalle annetaan käyttökoulutusta. Apuvälinekeskusten tehtäviin ei enää kuulu sen varmistaminen, että kaikki asiakasta hoitavat saavat riittävän ohjeistuksen asiakkaan käytössä olevista teknisistä laitteista. Tämä koettiin ongelmaksi, koska henkilöstön vaihtuminen muuttaa myös asiakkaan elinympäristöä. Jos uusia hoitajia ei ole ohjeistettu asiakkaan käytössä olevista laitteista, he saattavat toiminnallaan rajoittaa asiakkaalle sopivan apuvälineen käyttömahdollisuutta. Jos esimerkiksi asiakkaan pyörätuoli on sijoitettu väärin suhteessa sänkyyn, ei asiakas kykene siirtämään itsenäisesti vuoteeseen ja sieltä pois vaan tarvitsee apua.

Fysioterapeuttien koulutus ei anna riittävää osaamisperustaa edistyneempien teknisten apuvälineiden parissa työskentelyyn

Apuvälinekeskusten haastatteluissa mainittiin vielä yhtenä koulutusta vaativana osa-alueena se, että työntekijöiden pitää osata arvioida, mikä tarjolla olevista välineistä on asiakkaan toimintakyvyn kannalta paras. Tämän katsottiin lisäävän terapiahenkilöstön koulutusvaateita. Fysioterapeuttien apuvälinekoulutus on suppea eikä anna niin spesifiä tietoa kuin apuvälineiden parissa työskentely nykyään edellyttää. Apuvälinekeskuksissa tarvittaisiin enemmän koulutusta tietokonehuoltotekniikkaan ja tietotekniikkaan sekä laajempaa tuntemusta teknologisista välineistä sekä niiden ominaisuuksista, soveltuvuudesta ja tarjonnasta. Teknologian jatkuva uudistuminen edellyttää myös apuvälinekeskusten työntekijöiltä jatkuvaa teknisten apuvälineiden opettelua. Jatkuvalla apuvälineiden käytön opettelulla pyritään takaamaan se, että apuvälinekeskuksen työntekijät varmasti osaavat ohjata käyttäjät ja käyttäjien lähipiiriin käyttämään teknisiä apuvälineitä oikein.

Fysioterapeuttien apuvälineiden arviointiosaamista koskevat havainnot viittaavat siihen, että teknisten apuvälineiden arviointiosaamisessa olevaa heikkoutta tai puutetta eivät näyttäisi ratkaisevan vanhuspalvelulain 10 §:ään kirjattu vaatimus kuntien erityisasiantuntemuksesta ikääntyneiden palvelujen järjestämisessä, tarkastuskuntien haastatteluissa korostettu kotihoidon henkilöstön mahdollisuus tarvittaessa kääntyä teknisten apuvälineiden arvioinnissa fysioterapeutin, toimintaterapeutin tai kuntoohjaajan puoleen eivätkä joissakin tarkastuskunnissa kotihoitoon saadut tai suunnitteilla olevat fysioterapeutin tai toimintaterapeutin virat. Sen sijaan fysioterapeuttien arviointiosaamisen lisääminen näyttäisi edellyttävän fysioterapiakoulutukseen sisältyvän apuvälinekoulutuksen sisällöllistä muuttamista. Sosiaali- ja terveysministeriö katsoo kuitenkin, että edistyneempien apuvälineiden käytön koulutuksesta huolehtiminen kuuluu työnantajan täydennyskoulutusvelvoitteen piiriin¹³¹.

Apuvälinekeskusten apuvälinearvioinnissa arvioidaan hyötyjä, haittoja ja riskejä

Apuvälinekeskusten haastattelut osoittivat, että välinearvioinnin yhteydessä pohditaan teknisen apuvälineen hyötyjä ja haittoja asiakkaalle, mutta ei kustannuksia. Haastattelujen perusteella tämä johtuu siitä, ettei asiakkaalle koituvia kustannuksia tarvitse miettiä, sillä apuvälineet ovat asiakkaille maksuttomia. Lisäksi välineen tarvearvioinnissa lähdetään toimintakyvyn näkökulmasta ja asiakkaalle yritetään löytää aina paras mahdollinen ratkaisu ensisijaisesti kilpailutetuista apuvälineistä.

Haastattelujen perusteella teknisten apuvälineiden hyötyjä arvioidaan tavoitteiden kautta. Osa haastateltavista katsoi, että lähetteeseen kirjatut perustelut siitä, miksi teknistä apuvälinettä tarvitaan, ovat hyviä hyötynäkökohtia ja kotikäynnillä löytyy uusia. Yhdessä haastattelussa taas todettiin, että lähetettävä taho ei aina kuitenkaan ole määritellyt tavoitteita. Tällöin niitä pyritään hahmottamaan asiakkaan kautta. Asiakkaalta tiedustellaan esimerkiksi, miten hän arvelee hyötyvänsä apuvälineestä ja missä tilanteissa hän käyttäisi apuvälinettä. Näin saadaan arvioitua asiakkaan oma-aloitteisuutta, mutta ennen kaikkea motivaatiota. Tämä johtuu siitä, että haastateltavien mukaan apuvälineen tarpeen taustalla ei

¹³¹ Sosiaali- ja terveysministeriö 10.4.2015.

välttämättä aina ole asiakkaan oma halu vaan enemmänkin omaisen halu. Osa haastateltavista kertoi, että tämän selvittämiseksi saatetaan esimerkiksi haastatella asiakasta ja omaista erikseen.

Haastateltavien mukaan haittoja arvioidaan välineen käyttöön liittyvien riskien kautta, jotka voivat olla momentansoisia riippuen teknisestä apuvälineestä. Esimerkiksi sähkömopossa arvioidaan, ylettykö asiakas jarruun tai onko koti ylipäänsä sellainen, että apuvälineen voi sinne viedä. Lisäksi teknisen apuvälineen käyttöön liittyviä riskejä arvioidaan myös apuvälineen opastus- ja sovituvaiheessa. Haastatteluissa mainittiinkin, että teknisimmissä apuvälineissä 1–2 opetuskertaa eivät välttämättä riitä, vaan asiakas tarvitsee enemmän tukea.

Haastattelujen perusteella teknisen apuvälineen haittoja pohditaan myös sitä kautta, miten apuväline vaikuttaa asiakkaan toimintakykyyn. Jos ihminen esimerkiksi kykenee liikkumaan jonkin verran jollakin apuvälineellä, huononeeko hänen kuntonsa, jos hän saa käyttöönsä sähköisen apuvälineen?

Haastattelujen perusteella apuvälinearviossa teknisen apuvälineen turvallista käyttöä ei arvioida yksinomaan asiakkaan näkökulmasta vaan myös omaisten tai hoitohenkilöstön näkökulmasta. Monessa tilanteessa on merkitystä sillä, minkälaista tukea asiakkaalla on saatavissa apuvälineen käyttöön. Joidenkin teknisten apuvälineiden luovuttaminen asiakkaalle edellyttää, että hänen kotonaan on omainen tai kotihoidon työntekijä, joka käyttää apuvälinettä asiakkaan sijasta. Jos nähdään, ettei omainen osaa käyttää apuvälinettä tai pysty käyttämään sitä, apuvälinettä ei myönnetä asiakkaalle. Joidenkin apuvälineiden osalta puolestaan ei riitä, että asiakas on sitoutunut käyttämään sitä. Lisäksi edellytetään, että hänen lähipiirissään on henkilö, joka sitoutuu varmistamaan, että asiakkaalle luovutettu tekninen apuväline toimii. Tulokset viittaavat siihen, että myös apuvälinepalveluissa vastuuta asiakkaalle luovutetun apuvälineen käytöstä ja sen toimivuuden varmistamisesta siirretään asiakkaiden lähipiirille.

Saatavuusperusteet ja apuvälinekeskusten haastattelut osoittivat, että apuvälinekeskukset luovuttavat yksityiskoteihin sähköisiä sänkyjä ja henkilönostimia nimenomaan tukeakseen asiakasta hoitavan omaisen työtä. Vaikka lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälineen tavoitteena on tukea asiakkaan itsestä suoriutumiskykyä (eli auttaa asiakasta tekemään jotain itse), haastateltavien mukaan osa niistä hyödyttää kuitenkin enemmän omaista kuin itse asiakasta. Kansantaloudellisesta näkökulmasta toiminta on mielletävissä järkeväksi. Sen sijaan lainsäädännöllisestä näkökulmasta herää kysymys siitä, täyttääkö toiminta apuvälineasetuksen 1 §:ään kirjatut apuvälineen luovutuksen perusteet.

3.4 Teknisten apuvälineiden seuranta

3.4.1 Yhteenveto

Tarkastushavainnot teknisten apuvälineiden turvallisesta käytöstä vanhuspalveluissa olivat ristiriitaisia. Viranomaisten *tietoon tulleet vaaratilanteet* viittasivat siihen, että teknisten apuvälineiden käyttö ikääntyneiden palveluissa oli turvallista. Vaaratilanteita oli tapahtunut, mutta erittäin vähän. Tarkastushaastatteluja koskevat havainnot viittasivat puolestaan siihen, että viranomaisten tietoon tulleet vaaratilanteet ja ”läheltä piti”-tilanteet olivat vain jäävuoren huippu. Asiakkaat ja hoitoyksiköt eivät välttämättä ilmoita niistä apuvälinekeskukseen tai Valviraan. Piiloon jääviä vaaratilanteita voi siis olla runsaasti. Havaintojen ristiriitaisuudesta johtuen teknisten apuvälineiden käytön turvallisuutta ei voida luotettavasti arvioida.

Vaaratilanteet näyttivät johtuvan enemmänkin käyttäjästä kuin itse teknisestä apuvälineestä sekä pikemmin teknisten apuvälineiden käyttämättömyydestä kuin niiden käytöstä. Tämä korostaa apuvälineen arvioinnin ja seurannan merkitystä, kuten myös asiakkaan kanssa työskentelevien työntekijöiden kunnollista perehdytystä sekä työssä käytettäviin että asiakkaan henkilökohtaisessa käytössä oleviin teknisiin apuvälineisiin.

Osa ikääntyneiden palveluissa käytettävistä teknistä apuvälineistä keräsi käyttäjästäan yksilökohtaista tietoa. Valtaosa tarkastuskunnista kertoi asiasta asiakkaille ja pyysi lupaa niiden käyttöön. Sen sijaan aluehallintovirastot katsoivat, että informaatiovelvollisuuden noudattamisessa oli puutteita. Asiakslähtöisyys näyttäisi toteutuvan paremmin kunnan tuottamissa palveluissa kuin ostopalveluissa. Sen

sijaan teknisten apuvälineiden keräämien sähköisten tietojen hävittämisen koordinoinnissa oli tarkastuskunnissa vakavia puutteita. Osa ei hävittänyt tietoja lainkaan eikä osa tiennyt asiasta mitään. Vain yhdessä tarkastuskunnassa asia näytti olevan kunnossa. Havainnot viittaisivat siihen, että keskustelua pitäisi käydä enemmän myös teknisten apuvälineiden keräämien tietojen hävittämisestä.

Teknisten apuvälineiden keräämiä tietoja hyödynnettiin osana hoitotyötä, mutta ei välttämättä aina, vaikka olisi ollut tilaisuus. Koordinoinnissa oli parantamisen varaa. Koordinoinnin puutteellisuus näytti olevan yhteydessä siihen, että joissakin tarkastuskunnissa oli hankittu käyttötärpeisiin nähden liian teknisiä laitteita. Tämä puolestaan viittaisi siihen, että tarkastuskuntien apuvälineiden hankintaosaamisessa on puutteita.

Laitteiden keräämien tietojen käyttöä koskevat havainnot osoittivat sen, mihin valtion ohjauksen puute tietojärjestelmissä on johtanut apuvälinepuolella. Tiedonvälityksen koordinointi ei toimi. Apuvälinekeskuksen apuvälinerekisteri ei keskustele apuvälinekeskukseen kuuluvien kuntien apuvälinerekisterien kanssa, minkä seurauksena apuvälineiden tehokas kierrätys ei onnistu.

Tietosuojaa valtio on sen sijaan ohjannut voimakkaasti. Tämä on johtanut siihen, ettei apuvälinekeskus näe, mitä apuvälineitä sosiaalihuollosta mahdollisesti on luovutettu asiakkaalle. Asian selvittäminen vie aikaa ja saattaa pahimmassa tapauksessa johtaa ns. tuplavarustukseen. Tässä tapauksessa koordinointi siis toimii, mutta kansantalouden näkökulmasta tehottomasti.

Teknisen apuvälineen käytön seuranta koskevat havainnot osoittivat, että koordinointi apuvälinekeskusten, asiakkaiden ja sosiaalitoimen työntekijöiden välillä ei toiminut. Vaikka vastuut on periaatteessa määritelty selkeästi, käytännössä kaikki asiakkaat eivät kykene arvioimaan apuvälineensä käyttöä eivätkä työntekijät osaa arvioida teknisempien apuvälineiden hyödyllisyyttä asiakkaalle. Apuvälinekeskusten käytön ohjaus ei myöskään välttämättä tavoita kaikkia asiakkaan hoitoon osallistuvia henkilöitä. Tämä johtuu siitä, että apuvälinekeskuksilla on velvollisuus antaa käytön ohjausta, mutta työntekijöillä ei ole velvollisuutta osallistua käytön ohjaustilaisuuteen. Yhdessä tietosuojalainsäädännön kanssa tämä johtaa siihen, että työntekijät eivät tiedä asiakkaan apuvälineen käytölle asetettuja tavoitteita. Seuranta koskevat havainnot korostavat työntekijöiden perehdyttämistä, mutta myös tarvitta tiivistää apuvälinekeskuksen ja sosiaalitoimen välistä yhteistyötä tietojen (apuvälineen käytölle asetettujen tavoitteiden) välittämisessä.

Tarkastushavainnot teknisten apuvälineiden huollosta osoittivat, että valtaosa apuvälinekeskuksista ei kyennyt noudattamaan valmistajien edellyttämiä vuosittain tehtäviä määräaikaishuoltoja. Apuvälinekeskuksissa huoltohenkilöstöä on liian vähän suhteessa huollettavien ja normaalia korjausta vaativien apuvälineiden määrään. Vaikka määräaikoja ei pystytä noudattamaan, pystytään teknisille apuvälineille kuitenkin takaamaan ammattitaidolla tehty huolto. Asiakkaille luovutettujen tai asiakkaiden hoidossa käytettyjen apuvälineiden turvallisuus pystytään takaamaan siten vain osittain.

Tarkastuskunnissa huoltojen järjestämisen tilanne oli eriytyneempi. Osa kykeni toteuttamaan määräaikaishuollot ajallaan, kun taas joissain kunnissa huoltoja ei tehty lainkaan.

Määräaikaishuoltojen noudattamatta jättäminen merkitsee käytännössä sitä, että apuvälineen takuu ei ole enää voimassa. Tämä aiheuttaa apuvälinekeskuksille ja kunnille taloudellisen riskin, joka toteutuessaan saattaa olla taloudellisesti merkittäväkin.

Seuranta koskevat tarkastushavainnot vahvistivat tarkastuksessa jo aiemmin tehtyjä havaintoja siitä, että apuvälineasetus perustelumuiotioineen ei täytä hyvän lainsäädännön edellytyksiä. Muistiossa ei perustella millään tavalla väitettä siitä, että asetuksella ei ole itsenäisiä vaikutuksia kuntien ja valtion talouteen¹³². Havaintojen perusteella apuvälineasetus näyttää kuitenkin lisäävän huollon kustannuksia ostopalvelujen, varaosien ja kuljetuskustannusten kautta. Rakennepoliittisen ohjelman toimeenpanoa koskevassa loppuraportissa todetaankin, että päätöksenteon taustana olevien vaikutusarvioiden pitää olla realistisia ja objektiivisia. Ilman vakiintuneita analyysimenetelmiä ja luotettavia kvantitatiivisia arvioita yksittäisten uudistusten taloudellisista vaikutuksista saatetaan päättää toimista, jotka vaikuttavat julkiseen talouteen päinvastoin kuin on tavoiteltu.¹³³

¹³² *Sosiaali- ja terveysministeriö (2011b).*

¹³³ *Rakennepoliittisen ohjelman toimeenpano. Johtoryhmän loppuraportti (2015), s. 17.*

3.4.2 Teknisten apuvälineiden sopivuus ja käyttö

Apuvälineen käytön seurannalla pyritään varmistamaan, että asiakkaalla on hänelle soveltuva ja hänen käyttötarkoitustaan vastaava apuväline, jota hän myös käyttää aktiivisesti. Jos apuväline on jäänyt asiakkaalle tarpeettomaksi tai siitä ei ole enää asiakkaalle toivottua hyötyä, se voidaan seurannan perusteella ottaa asiakkaalta pois, tai hänelle voidaan myöntää uusi apuväline uudelleen tehdyn välinearviointin perusteella.¹³⁴ Apuvälineiden käytön seurannan voi siten tiettyssä mielessä rinnastaa palvelu- ja hoitosuunnitelman päivittämiseen. Molemmat tehdään joko tarvittaessa (ilmoitus apuvälinekeskukseen) tai vähintään tietyn ajan kuluessa (määräaikaishuolto kerran vuodessa), ja toimintaa muutetaan tarvittaessa¹³⁵.

Käytön seurannan vastuuttaminen käyttäjille ja sosiaalitoimelle ei välttämättä toimi

Apuvälinepalveluja koskevan ohjeistuksen mukaan terveydenhuollon toimintayksikkö on vastuussa siitä, että apuväline on käyttäjälle sopiva ja turvallinen. Käytännössä sen seuraaminen on jätetty asiakkaan itsensä, läheisten ja ammattihenkilöiden tehtäväksi¹³⁶. Asiakkaan ja asiakasta hoitavien henkilöiden velvollisuus on tehdä alustava ”maallikkoarvio” apuvälineen käytöstä ja ottaa arvion perusteella yhteyttä apuvälinekeskukseen. Apuvälinekeskus tekee lopullisen asiantuntija-arvion tilanteesta ja sen vaatimista toimista.

Osa apuvälinekeskusten haastateltavista totesi, että he luottavat liikaa siihen, että asiakas seuraa omaa apuvälineen käyttöään ja sen sopivuutta itselleen. Vaikka ohjeiden mukaan asiakasta yritetään vastuuttaa apuvälineen käytön seurantaan, ei tämä aina onnistu. Osa asiakkaista ei kykene seuraamaan apuvälineen käyttöään tai ei välitä seurata sitä.

Tarkastushavainnot Valviraan tehdyistä vaarailmoituksista viittaavat samaan. Erästä potilasta oli kielletty ajamasta sähkömopolla muualla kuin tutussa kotiympäristössä. Hän ei ollut kuitenkaan noudattanut kieltoa ja oli kaatunut. Tapahtuneen seurauksena apuvälinekeskus oli arvioinut käyttäjän ajokyvyn uudelleen.¹³⁷

Apuvälinekeskusten haastatteluissa seurannan ongelmaksi koettiin muun muassa heikko tietoisuus siitä, että myös sosiaalitoimen pitää oikeasti seurata apuvälineen käyttöä. Kaikissa tarkastuskuntien haastatteluissa kuitenkin korostettiin, että apuvälineiden käytön seuranta tai lisäapuvälineiden tarpeen arviointi ovat automaattisia. Asiaa ei ole välttämättä edes ohjeistettu. Haastatteluissa ilmeni kuitenkin, että apuvälineiden käytön seuranta kohdistui lähinnä perusapuvälineisiin (tukikahvoihin ja rollaattoreihin). Tätä voi selittää luvun 3.3.4 tarkastushavainto työntekijöiden huonoista taidoista arvioida sitä, milloin tekninen apuväline ei enää sovellu asiakkaalle.

Haastatteluissa kävi ilmi, että apuvälinekeskuksille riittäisi seurannassa se, että sosiaalihuollon työntekijät ilmoittaisivat heille havaintonsa siitä, osaako asiakas käyttää välinettä oikein, onko hänellä jokin apuväline turhan takia tai onko apuvälineessä jokin ongelma. Näkemykseen sisältyy kuitenkin kolme ongelmaa.

Ensimmäinen ongelma liittyy apuvälineen luovuttamiseen ja käytön ohjausta koskevaan ohjeistukseen. Se velvoittaa apuvälineen luovuttajan ohjaamaan apuvälineen käyttäjää ja hänen tukiverkkoaan käyttämään apuvälinettä oikein ja turvallisesti¹³⁸, mutta se ei kuitenkaan velvoita sosiaalitoimen työntekijöitä osallistumaan ohjaustilaisuuteen. Osassa haastatteluista todettiin, että useimmiten sosiaalitoimesta ei ole juuri koskaan kukaan paikalla¹³⁹. Asiakkaan kanssa työskentelevät työntekijät eivät si-

¹³⁴ *Sosiaali- ja terveysministeriö (2011a), s. 32.*

¹³⁵ *Ks. sosiaali- ja terveysministeriö (2013a), s. 32.*

¹³⁶ <http://www.thl.fi/fi/web/toimintakyky/apuvälineet/ohjeita-apuvälinepalveluiden-toteuttamiseksi>.

¹³⁷ *Valvira (2014).*

¹³⁸ *Jos luovutus ja ohjaus ostetaan ostopalveluna, on terveydenhuollon toimintayksikön varmistettava, että apuvälineen käyttäjä saa tarvittavan ohjauksen (<http://www.thl.fi/fi/web/toimintakyky/apuvälineet/ohjeita-apuvälinepalveluiden-toteuttamiseksi>).*

¹³⁹ *Ympäristöhallintalaitteita luovutettaessa sosiaalitoimen työntekijöitä/työntekijä on paikalla.*

ten tiedä, miten teknisempiä apuvälineitä käytetään oikein tai milloin ne eivät toimi niin kuin pitäisi. Lisäksi puutteellinen perehdytys lisää myös työ- ja asiakasturvallisuusriskejä.

Toinen ongelma koskee asiakkaita, jotka ovat vain kotipalvelujen tukipalvelujen piirissä. Nämä asiakkaat eivät välttämättä tapaa työntekijöitä viikoittain, kuukausittain eivätkä mahdollisesti edes kerran vuodessa. Jos apuvälinekeskuksilla ei ole säännöllistä apuvälineen käytön seurantaan, saattaa käydä haastattelussa kerrotulla tavalla. Asiakas oli ajanut sähkömopolla viidessä vuodessa viisi kilometriä¹⁴⁰.

Kolmas ongelma liittyy suunnitelmien tekoon ja tietosuojaan. Tarkastushavainnot osoittivat, että luovutetuista yksittäisistä lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälineistä ei yleensä tehdä kuntoutussuunnitelmaa, vaan apuvälineet ja apuvälineen käytölle asetetut tavoitteet kirjataan vain potilasasiakirjoihin¹⁴¹. Tämän seurauksena sosiaalitoimi ei tiedä, millaisia tavoitteita apuvälinekeskus on asettanut apuvälineen käytölle, ellei apuvälinekeskus pyydä asiakkaalta erillistä lupaa tiedon antamiseen sosiaalitoimelle. Sosiaalitoimen on vaikea arvioida, täyttääkö tekninen apuväline sille asetetun tavoitteen, jos tavoitetta ei tiedetä. Lisäksi vaikka esimerkiksi sähkösäätöinen sänky ei enää hyödyttäisi asiakasta, se helpottaa silti työntekijöiden työtä. Tällöin työntekijän näkökulmasta herää kysymys siitä, onko hänen järkevää luopua apuvälineestä, joka helpottaa hänen työtään.

Apuvälineen käyttö ilmaisee apuvälineen tarpeellisuuden

Apuvälineen käyttöä koskevassa ohjeistuksessa apuvälineen seurannan yhdeksi tavoitteeksi on kirjattu, että apuvälineen pitää olla käyttäjälleen tarpeellinen. Mitä tarpeellisuudella tarkoitetaan, jää ohjeistuksessa määrittelemättä.¹⁴² Apuvälinepalvelujen järjestämistä koskevissa asiakirjoissa tarpeellisuus on ymmärretty apuvälineen käyttämiseksi. Käyttämätön apuväline ei hyödytä asiakasta, jolloin se ei myöskään täytä sille asetettuja tavoitteita. Lisäksi käyttämättömänä se on terveydenhuollon taloudellisten resurssien hukkaan heittämistä.¹⁴³

Tarpeellisuuden seurannassa voikin katsoa olevan kysymys vaikuttavuudesta ja vaikutuksista. Vaikuttavuuden vaatimus edellyttää kuitenkin, että apuvälineen käytölle asetetaan tavoite, tavoitetta kyetään mittaamaan ja tavoitteen toteutumista arvioidaan. Jos apuvälineelle asetettua tavoitetta ei ole saatutettu, voidaan apuväline joko korvata asiakkaalle paremmin sopivammalla vaihtoehdolla tai ottaa kokonaan pois. Molemmissa tapauksissa apuvälinettä voidaan kierrättää ja siten tehostaa sen käyttöä. Ongelmana on kuitenkin se, että apuvälineiden käyttöä arvioivia mittareita on vielä vähän¹⁴⁴.

Tarkastuskuntien haastatteluissa tuli ilmi, että apuvälineiden käytön seurannassa on kysymys resursseista. Seurannan toimimattomuus lisää kentällä olevien käyttämättömien apuvälineiden määrää, mikä taas lisää painetta hankkia lisää apuvälineitä. Seurannassa voidaan katsoa siten olevan myös kysymys lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälineiden kustannusten hillinnästä. Apuvälinekeskusten haastateltavien mukaan apuvälineiden kierrättäminen onkin yksi keino pysyä budjetissa.

Haastattelujen perusteella näyttää siltä, että apuvälinekeskuksissa ollaan vähitellen menossa siihen suuntaan, että apuvälineiden käyttöä aletaan seurata. Kuudessa apuvälinekeskuksessa 12:sta esimerkiksi sähkömopon käyttöä seurataan kilometreillä ja/tai käyttötunneilla sekä puolen vuoden määräaikaissopimuksilla. Muissa apuvälinekeskuksissa seurantaan ei ollut lainkaan, se oli epäsäännöllistä tai sitä oltiin vasta rakentamassa tai kehittämässä. Systemaattisen seurannan puuttumisen syiksi mainittiin ajan puute ja henkilöstön vähyys. Haastatteluissa kävi kuitenkin ilmi, että ainoastaan yhdessä apuvälinekeskuksessa käytölle oli asetettu myös tavoite.

¹⁴⁰ Tarkastuksen piiriin kuuluvan apuvälinekeskuksen haastattelu.

¹⁴¹ Ks. sosiaali- ja terveysministeriö (2011b).

¹⁴² <http://www.thl.fi/fi/web/toimintakyky/apuvälineet/ohjeita-apuvälinepalveluiden-toteuttamiseksi/>.

¹⁴³ Kolmen tarkastuksen piiriin kuuluneen sairaanhoitopiirin apuvälinepalvelujen järjestämistä koskevat suunnitelmat tai apuvälinepalveluiden saatavuusperusteet.

¹⁴⁴ <http://www.thl.fi/fi/web/toimintakyky/apuvälineet/seurantamittarit>.

3.4.3 Teknisten apuvälineiden huolto

Määräaikaishuoltojen toteuttamisessa on ongelmia

Teknisten apuvälineiden huollon tarkoituksena on varmistaa, että asiakkaalla on käytössään toimiva ja turvallinen apuväline. Apuvälineen huollon järjestämisestä vastaa ammattimainen käyttäjä, ja apuvälineiden huolloissa on noudatettava terveydenhuollon laitteista ja tarvikkeista annetun lain 24 §:n vaatimuksia (ks. 2.3.1). Pykälässä mainituista vaatimuksista erityisesti vaatimus siitä, että terveydenhuollon laite huolletaan valmistajan ohjeistuksen mukaisesti, näytti apuvälinekeskusten haastattelujen perusteella olevan ongelmallinen.

Haastattelut osoittivat, että kaikki apuvälinekeskukset painivat sen kanssa, miten määräaikaishuollot saadaan toteutettua valmistajien ohjeiden mukaan. Haastateltavat kertoivat, että tavarantoimittajat edellyttävät automaattisesti, että sähkösäätöisten sänkyjen sekä sähköpyörätuolien ja -mopojen kaltaiset laitteet on huollettava vuosittain. Lisäksi käyttöasetus¹⁴⁵ (403/2008) edellyttää, että henkilönostimille on tehtävä määräaikaistarkastus vuoden välein ensimmäisestä käyttöönottotarkastuksesta (34 §).

Apuvälinekeskusten haastattelujen perusteella valtaosa apuvälinekeskuksista ei pysty suorittamaan vaadittavia määräaikaishuoltoja, koska huollettavia laitteita on liian paljon suhteessa huoltohenkilöstön määrään. Esimerkiksi yhdessä apuvälinekeskuksessa oli pelkästään 400 henkilönostinta, kun taas toisessa apuvälinekeskuksessa oli 144 sähköpyörätuolia, 157 sähkömopoa ja 159 nostolaitetta¹⁴⁶. Lisäksi haastateltavat kertoivat, että näiden päälle tulevat vielä normaalit huoltohenkilöstölle kuuluvat apuvälineiden korjaukset. Yksi haastateltava totesi, että huoltoa ohjaava lainsäädäntö ja arkitodellisuus – kuntien apuvälinetoimintaan osoittamat rahat ja henkilöstöresurssit – eivät kohtaa.

Apuvälinekeskusten haastattelujen perusteella apuvälinekeskukset olivat pyrkineet ratkaisemaan henkilöstöresurssien riittämättömyyttä lisäämällä ostopalvelujen määrää tekniikan puolelle, ulkoistamalla esimerkiksi henkilönostinten vuosihuollot kokonaan tai määrittelemällä, että osa huoltohenkilöstöstä tekee vain määräaikaishuoltoja. Ostopalvelujen todettiin kuitenkin lisäävän kustannuksia.

Tarkastuskuntien haastatteluista välittyi osin samanlainen kuva. Osassa tarkastuskunnista lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälineiden huoltoa ei koettu ongelmaksi. Esimerkiksi sähkösäätöisten sänkyjen ja henkilönostinten vuosihuollot ostetaan ostopalveluna, turvarannekkeet on hankittu leasing-sopimuksilla, jotta ne kattavat myös huollot, tai yhdelle henkilölle on annettu tehtäväksi huoltaa sosi-aali- ja terveydenhuollon välineet.

Osassa tarkastuskunnista lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälineiden huollot näyttivät puolestaan olevan huonosti hoidettuja. Teknisiä apuvälineitä ei huollettu lainkaan tai valmistajan huolto-ohjelmaa ei pystytty toteuttamaan. Yhdessä tarkastuskunnassa oli tehty laiterekisteri, johon oli kirjattu kaikki vanhushuolteissa käytössä olevat välineet. Haastateltavien mukaan se ei kuitenkaan ollut ajan tasalla, koska kunnassa laitteita oli jo paljon. Toisessa kunnassa käytössä oleva laiterekisteri ei puolestaan muistuttanut huolloista.

Teknisempien apuvälineiden huolto vaatii erityisosaamista

Henkilöstön määrän lisäämisen ohella myös tietotekniikan kehittyminen vaikuttaa siihen, että huoltohenkilöstöltä vaaditaan uudenlaista osaamista. Apuvälinekeskusten haastateltavien mukaan apuvälinekeskuksista puuttuu tietoteknistä osaamista, jota tarvitaan esimerkiksi ympäristönhallintalaitteiden ja kommunikoinnin apuvälineiden huolloissa. Esimerkiksi ympäristönhallintalaitteisiin liittyvään osaamisvajeeseen oli etsitty ratkaisua siirtämällä huoltomiehille kuuluneita tehtäviä ICT-tukihenkilöille tai hankkimalla huollot palveluntoimittajilta. Haastateltavien mukaan apuvälinekeskuksissa on sen sijaan osaamista huoltaa sähköisiä liikkumisen apuvälineitä, sähkösäätöisiä sänkyjä ja henkilönostimia.

¹⁴⁵ Valtioneuvoston asetus työvälineiden turvallisesta käytöstä ja tarkastamisesta.

¹⁴⁶ Tarkastuksen piiriin kuuluneista apuvälinekeskuksista saadut tilastot luovutettujen apuvälineiden määristä.

Haastatteluissa nousi esiin huoltoa koskevana ongelmana myös säännös, jonka nojalla esimerkiksi tietyn laiteryhmän huoltoja suorittavalla on oltava valmistajan tai maahantuojan hyväksymä koulutus¹⁴⁷. Esimerkiksi käyttöasetuksen 37 §:n nojalla henkilönostimen määräaikaistarkastuksen saa suorittaa vain sertifiointielimen päteväksi hyväksymä asiantuntijayhteisö tai asiantuntija. Haastatteluissa kävi ilmi, että kaikkien alueelliseen apuvälinekeskukseen kuuluvien kuntien teknisellä puolella ei ole apuvälineen huollon suorittajalta vaadittua erityisosaamista. Tämän seurauksena erityisosaamista vaativat laitteet pitää tuoda reittikuljetuksella apuvälinekeskukseen. Valtaosassa apuvälinekeskuksista sähköisten erikoisapuvälineiden huolto oli keskitetty apuvälinekeskukseen. Käytännössä erikoisapuvälineitä kuljetetaan edestakaisin kuntien ja apuvälinekeskusten välillä. Haastateltavat totesivatkin vuositaitosten kuljetuspalvelukustannusten olevan suuret.

Tarkastushaastatteluissa nousi esille myös se, että sähkösäätöisiä sänkyjä ja henkilönostimia on joka puolella. Apuvälinekeskusten haastatteluissa tämä koettiin osaamiseen liittyväksi ongelmaksi. Tarkastuskuntien haastattelujen perusteella ongelmana näyttäisi sen sijaan olevan kunnan oman toiminnan koordinoimattomuus. Esimerkiksi kuntaan on hankittu joitakin omia teknisiä apuvälineitä, mutta kennelläkään ei ole käsitystä siitä, minkälaisessa kunnossa ne ovat ja onko ne huollettu¹⁴⁸.

Tekniset apuvälineet lisäävät ylläpitokustannuksia

Huoltojen tekijöiltä vaadittavan erityisosaamisen lisäksi kuljetuskustannusten kasvuun vaikuttaa myös apuvälineen huoltoon toimittamista koskeva ohjeistus. Sen mukaan apuvälineen huoltoon toimittamisesta vastaa ensisijaisesti asiakas, mikäli se on mahdollista toteuttaa tavallisin keinoin eikä siitä aiheudu asiakkaalle ylimääräisiä kustannuksia. Sen sijaan suurempien ja painavampien laitteiden, kuten sähkösäätöisten sänkyjen tai henkilönostinten, huoltoon kuljettamisesta ja kuljetuskustannuksista vastaa joko apuvälinekeskus tai perusterveydenhuolto.¹⁴⁹ Tarkastuskuntien haastatteluissa mainittiinkin, että teknisiä apuvälineitä hankittaessa huomioidaan huoltoon liittyvät asiat, kuten huolto paikan sijainti. Tätä perusteltiin sillä, että mikäli huolto paikka sijaitsee kaukana, tulee apuvälineiden huoltoon kuljetaminen kalliiksi.

Tämä merkitsee sitä, että mitä enemmän heikkokuntoisempia ikääntyneitä hoidetaan yksityiskodeissa, joissa hoidon mahdollistaminen edellyttää sähkösäätöisiä sänkyjä ja/tai henkilönostimia, sitä enemmän on apuvälineitä, joita kuljetetaan edestakaisin kodin ja apuvälinekeskusten välillä. Kuljetuskustannukset kasvavat väistämättä apuvälineiden määrän lisääntyessä, mutta myös siksi, että apuvälineiden kuljetusmatkat saattavat olla pitkiä, kun huoltoja keskitetään apuvälinekeskuksiin.

Apuvälinekeskusten haastatteluissa nousi esille ylläpitokustannuksia lisäävänä tekijänä myös teknisissä apuvälineissä käytettävien erilaisten ohjelmien ja sovellusten valtava kirjo. Kun näitä käytetään rinnakkain, huoltoja pitää tehdä monessa eri paikassa.

Apuvälineasetuksen perustelumuioston mukaan apuvälineasetus ei aiheuta kunnille ja valtiolle taloudellisia kustannuksia. Muistiossa väitettä ei kuitenkaan ole millään tavoin perusteltu tai tuettu kustannuslaskelmin. Huoltoa koskevat tarkastushavainnot viittaavat siihen, että teknisten apuvälineiden ylläpitokustannukset lisäävät kuntien kustannuksia. Ristiriitaisuutta voi selittää se, että muistion laatijoilla ei ole ollut kokonais käsitystä siitä, mitkä kaikki säädökset ohjaavat lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälineeksi määriteltyjä teknisiä laitteita.

¹⁴⁷ L 629/2010 24.1 § kohta 7.

¹⁴⁸ Tarkastuskunnan haastattelu.

¹⁴⁹ <http://www.thl.fi/fi/web/toimintakyky/apuvälineet/ohjeita-apuvälinepalveluiden-toteuttamiseksi/>.

3.4.4 Teknisten apuvälineiden keräämät tiedot ja niiden käyttö

Tekniset apuvälineet keräävät asiakkaista eritasoista tietoa

Aluehallintovirastojen näkemyksen mukaan tietoja keräävien teknisten apuvälineiden käyttö on kunnissa vielä vähäistä¹⁵⁰. Vaikka niiden käyttö on vähäistä, osoittivat havainnot, että tarkastuskunnissa käytössä olevat tekniset laitteet keräävät asiakkaista erilaista tietoa.

Tarkastuskuntien haastattelujen perusteella yksinkertainen turvaranneke ei kerää asiakkaasta mitään tietoa, vaan se toimii vain hälytyksen antajana. Sen sijaan kehittyneempää teknologiaa sisältävä ns. hyvinvointiranneke kerää tietoja esimerkiksi asiakkaiden univalverytmistä, aktiivisuustasosta, lämpötilasta, epilepsiahoitoauksista tai rannekkeen mahdollisesta irtoamisesta kädestä. Ovihälyttimet keräävät asiakkaasta lokitiedon, kun taas kukkatolppana toimivat liiketunnistimet keräävät asiakkaasta nimen ja hälytystyyppin. Lääkekello puolestaan kerää tiedon siitä, onko asiakas ottanut lääkkeensä laitteesta. Haastateltavien mukaan tehostetun palveluasumisen yksiköissä käytettävät hoitajakutsujärjestelmät keräävät tietoa siitä, mistä huoneesta ja mihin aikaan hälytys tuli sekä kuinka paljon aikaa kutsuihin vastaamiseen ja niiden kuittamiseen kuluu. Asiakkaiden tekemistä turvapuhelinhälytyksistä hälytyksen vastaanottajalle kerääntyy tietoa asiakkaan tekemistä hälytysmääristä, hälytyksen tekoajoista ja syistä sekä niihin vastaamisesta.

Tietoja käytetään myös muuhun kuin varsinaiseen hoitotyöhön

Tarkastuskuntien haastattelut osoittivat, että teknisten apuvälineiden keräämiä tietoja käytetään erilaisiin tarkoituksiin. Niitä käytetään asiakkaan hoitotyössä, hoidon suunnittelussa sekä hallinnollisessa työssä.

Haastattelujen perusteella hoitajakutsujärjestelmien keräämiä tietoja, kuten hälytyksiin vastaamisen nopeutta, käytetään todisteina, jos asiakas ilmoittaa, että hänen tekemiinsä hälytyksiin ei ole vastattu tai niihin vastaaminen on kestänyt. Turvapuhelinjärjestelmän keräämiä tietoja, esimerkiksi hälytysmääriä, käytetään laskutuksessa ja palvelujen riittävyden arvioinnissa. Erilaisten liiketunnistimien välittämää tietoa käytetään esimerkiksi kaatumisten seulontaan. Ovihälyttimien keräämillä tiedoilla ei sen sijaan välttämättä tehdä mitään.

Vaikka hyvinvointiranneke antaa mahdollisuuden hyödyntää asiakkaan aktiivisuudesta kertovaa tietoa hoitotyössä ja palvelujen suunnittelussa, haastattelut kuitenkin osoittivat, että tietoa hyödynnetään harvoin, riittämättömästi tai vasta silloin, kun asiakkaalla tiedetään olevan jo jokin ongelma. Hyvinvointiranneketta käytetäänkin lähinnä hälyttimenä. Haastatteluissa tietojen epäsäännöllistä seuraamista perusteltiin sillä, ettei työntekijöillä ole aikaa tutkia kerääntynyttä dataa.

Hyvinvointiranneketta koskevat havainnot viittaisivat myös siihen, että kunnat ovat ottaneet käyttöönsä hienoja, teknisempiä ja perinteistä turvaranneketta kalliimpia laitteita, mutta eivät joko osaa hyödyntää niiden kapasiteettia 100-prosenttisesti tai eivät kykene siihen. Yhdessä tarkastuskunnan haastattelussa todettiin, että vielä ei ole ajateltu, miten hyvinvointirannekkeiden tuottamaa tietoa voisi hyödyntää. Näyttää siltä, että kunnat hankkivat ensin laitteita ja vasta sitten pohtivat tarkemmin, missä tai millaisten asiakasryhmien palveluissa niistä olisi eniten hyötyä. Näin hankitut tekniset apuvälineet eivät välttämättä ole tarkoituksenmukaisia.

Asiakastietojen siirron lainsäädännölliset edellytykset ovat kunnossa, mutta käytännön toteuttamisen edellytykset eivät

Henkilötietolain (523/1999) 24 §:n ja asiakaslain 13.1 §:n mukaan asiakasta on informoitava tietojen keräämisestä. Tarkastushavainnot osoittivat, että tämä toteutui myös valtaosassa tarkastuskunnista. Ainoastaan kahdessa tarkastuskunnassa vastattiin, ettei asiakkaille välttämättä kerrota, mitä tietoja lai-

¹⁵⁰ Aluehallintovirastot (2014b).

te (tekninen apuväline) kerää. Yhdessä kunnassa asiakkailta ei ollut pyydetty suostumusta hyvinvointirannekkeen keräämien tietojen käyttöön. Tarkastuskuntien haastatteluissa tuotiin esille, että kaikki asiakkaat eivät kuitenkaan ymmärrä, mitä heille kerrottu informaatio käytännössä tarkoittaa.

Valtiontalouden tarkastusviraston aluehallintovirastoille kohdistaman kyselyn mukaan enemmistö aluehallintovirastoista katsoi, ettei asiakkaiden informointi laitteiden keräämistä tiedoista aina ole välttämättä riittävää. Informointivelvollisuutta ei aina tiedosteta. Aluehallintovirastot pitivät ongelmana myös sitä, että vaikka asiakas antaisi luvan tietojen siirtoon, järjestelmien erilaisuus ei mahdollista sitä. Apuvälinekeskusten haastatteluissa kävikin ilmi, että edes samaan apuvälinekeskukseen kuuluvissa kunnissa ei ole yhteistä apuvälinerekisteriä. Esimerkiksi yhdessä apuvälinekeskuksessa oli mukana 13 kuntaa, joissa oli käytössä viisi erilaista apuvälinerekisteriä. Käytännössä yhtenäisen apuvälinerekisterin puuttuminen merkitsee sitä, että jos perusterveydenhuolto luovuttaa asiakkaalle lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälineen, siitä ei tule tietoa apuvälinekeskukseen. Tämä ehkäisee apuvälineiden tehokasta kierrättämistä.

Osa apuvälinekeskusten haastateltavista koki ongelmaksi myös sen, etteivät he näe sosiaalihuollon asiakastietoja. Tällöin he eivät esimerkiksi näe apuvälinearviota tehdessään, millaisia apuvälineitä asiakkaalla on jo käytössään. Tämä taas lisää välinearvioon käytettyä aikaa ja selvitystyötä sekä vähentää työn tuottavuutta.

Apuvälinekeskusten haastattelut kuitenkin osoittivat, että kunnissa näytti olevan erilaisia käytäntöjä. Esimerkiksi yhdessä apuvälinekeskuksessa erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja vammaishuollon apuvälineet olivat yhteisessä rekisterissä. Apuvälinekeskus näkee asiakkaalla olevat apuvälineet, mutta ei niitä koskevia päätöksiä. Tämä ehkäisee muun muassa sen, ettei asiakkaalle anneta tuplavarustusta: katonostinta ja seisomanostinta. Toisessa tarkastuskunnassa fysioterapeutti kirjoitti asiakkaalla käytössä olevat apuvälineet asiakasasiakirjan lehdelle, jonne kaikilla asiakkaan hoitoon osallistuvilla sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöillä on lukuoikeudet. Yhteiseltä lehdeltä eri tahot voivat saada tarvitsemansa tiedon nopeasti, jolloin asian käsittely sujuu jouhevasti.

Tietämys teknisten apuvälineiden keräämien tietojen hävittämisestä vaihtelee

Ennen kuin asiakas tai hänen edustajansa antaa sosiaalipalvelun toteuttajalle tietoja, hänellä on oikeus tietää, minkä henkilötietolaisissa tarkoitettujen rekisterinpitäjän henkilörekisteriin tiedot talletetaan¹⁵¹. Tietosuojavaltuutetun kannanoton mukaan riippumatta siitä, järjestääkö kunta palvelun itse vai ostamalla sen yksityiseltä palveluntuottajalta, on kunta palvelun yhteydessä kerättyjen asiakastietojen rekisterinpitäjä¹⁵². Rekisterinpitäjänä kunnalla on henkilötietolain 3 §:n 4 kohdan nojalla oikeus määrätä asiakastietojen käsittelystä. Velvollisuus hävittää tarpeeton henkilörekisteri kuuluu kunnalle, jos siihen talletettuja tietoja ei ole erikseen määrätty säilytettäväksi tai jos rekisteriä ei siirretä arkistoon.

Tarkastuskuntien haastattelujen perusteella teknisten apuvälineiden keräämien tietojen hävittämistä koskeva tietämys oli varsin vaihtelevaa. Osa haastateltavista ei osannut vastata kysymykseen tai ilmoitti, ettei tiedä, kuinka kauan hälytysten lokitiedot säilyvät järjestelmässä. Osa taas ilmoitti, että tietojen poistamisesta sovitaan sopimuksissa tai kunnan työntekijät huolehtivat tietojen poistamisesta.

Tulokset tukivat myös arkistolaitoksen ja tietosuojavaltuutetun toimiston tekemän kyselyn tuloksia, joiden mukaan julkishallinnon organisaatioissa oli puutteita tietojen hävittämisessä tietojärjestelmistä. Haastatteluissa esimerkiksi ilmoitettiin, että mihinkään ei ole kirjattu tietoa siitä, koska palveluntuottaja poistaa tiedot järjestelmästä. Asiakasta koskevat tiedot säilyvät palvelimella ikuisesti tai niin kauan kuin järjestelmä on toiminnassa.

¹⁵¹ L 812/2000 13.1 §.

¹⁵² Tietosuojavaltuutetun kannanotto 12.11.2007.

3.4.5 Teknisiin apuvälineisiin liittyvät tapaturmat ja vaaratilanteet

Valviran tehtävänä on valvoa ja edistää terveydenhuollon laitteiden ja niiden käytön turvallisuutta. Tässä tehtävässä keskeinen työväline on Valviran ylläpitämä vaaratilannerekisteri. Sekä ammattimaisen käyttäjän että valmistajan on ilmoitettava vaaratilanteesta Valviraan. Tämän katsotaan olevan keino, jolla saadaan kokonaisarvio terveydenhuollon laitteista aiheutuneista vaaratilanteista.¹⁵³

Tarkastushavainnot¹⁵⁴ osoittivat, ettei käsitys kuitenkaan pidä paikkaansa. Vaaratilanteita on todennäköisesti enemmän, mutta ne eivät tule apuvälinekeskusten tietoon. Apuvälinekeskusten haastateltavat totesivat, että jos laite ei vahingoitu eikä asiakkaalle käy mitenkään, yksiköt eivät tee niistä välttämättä vaarailmoitusta Valviraan vaan kirjaavat sen Haipro-järjestelmäänsä. Tämä taas johtaa siihen, etteivät apuvälinekeskukset voi tehdä asialle mitään.

Tarkastuskuntien haastattelut viittasivat puolestaan siihen, ettei työntekijöillä välttämättä ole käsitystä siitä, millaiset tapaukset täytyy ilmoittaa Valviralle, tai tilanteen sattuessa työntekijöille ei ensimmäisenä tule mieleen vaarailmoituksen teko. Haastateltavat totesivat, että vaikka yksiköille on annettu selkeät ohjeet ilmoittamisvelvollisuudesta, asiaa pitää kerrata, jotta se pysyy muistissa. Myös Valvira on jakanut esitteitä¹⁵⁵, joilla se on pyrkinyt muistuttamaan ammattimaisia käyttäjiä vaarailmoitusten tekemisestä.

Apuvälinekeskusten haastatteluissa kerrottiin, että vaaratilanteita oli ilmennyt, ja niistä oli ilmoitettu Valviraan. Haastattelujen perusteella vaaratilanteet olivat kuitenkin ”pisara meressä” suhteessa lainausmääriin. Esimerkiksi yhdessä apuvälinekeskuksessa lainataan vuosittain yli 14 000 apuvälinettä, joista keskimäärin noin viidestä tehdään vaaratilanneilmoitus.

Valviran vaaratilannerekisterin mukaan ammattimaiset käyttäjät tekivät koko maassa vuosina 2010–2013 yhteensä vajaat 300 apuvälineisiin liittyvää vaaratilanneilmoitusta, joista teknisiin apuvälineisiin¹⁵⁶ liittyviä oli noin kaksi viidesosaa (n=115). Ilmoitusten mukaan vaaratilanteet olivat liittyneet teknisemmistä apuvälineistä eniten henkilönostimiin, sähkösäätöisiin sänkyihin sekä sähköpyörätuoleihin ja -mopoihin. Esimerkiksi sähkömopoja koskevat ilmoitukset olivat johtuneet lähinnä laiteviasta (mopo oli esimerkiksi syttynyt palamaan), kun taas sähköpyörätuoleja koskevissa ilmoituksissa oli enemmänkin kyse käyttäjän virheestä (asiakas oli esimerkiksi kaatunut ojaan). Henkilönostimia koskevat ilmoitukset olivat johtuneet enemmänkin laiteviasta. Nostolaitteen liina oli pettänyt, minkä seurauksena asiakas oli tippunut sängyn päälle tai jäänyt kiikkumaan ylös.¹⁵⁷

Myös potilasvahinkokeskuksen tilastot ratkaistuista laite- ja välinevahingoista vuosilta 2007–2013 osoittivat vahinkoja tapahtuneen erittäin vähän. Vain kerran potilasvahinkokeskus oli korvannut teknologiaa sisältävän laitteen toimimattomuudesta aiheutuneen potilasvahingon. Potilaan nilkkaan asetettu valvontalaite ei ollut ilmoittanut potilaan uloslähdöstä, minkä seurauksena potilas sai paleltumisvammoja.¹⁵⁸

Potilasvahinkokeskuksen tilastot ratkaistuista tapaturmista vuosilta 2007–2013 osoittivat niin ikään, että tekniset apuvälineet aiheuttavat vain hyvin harvoin potilaille terveydellistä vaaraa. Tapaturmissa oli lähinnä kysymys potilaiden kaatumisista ja putoamisista esimerkiksi sängystä tai toimenpidepöydältä. Ne aiheutuivat pikemminkin potilaiden käyttäytymisestä ja fyysisestä heikkokuntoisuudesta kuin itse teknisestä apuvälineestä.¹⁵⁹

Tapaturmakuvaukset viittaisivat siihen, että osa potilaiden tapaturmista oli johtunut pikemminkin teknisten apuvälineiden käyttämättömyydestä kuin käytöstä. Hoitaja ei ollut esimerkiksi käyttänyt siir-

¹⁵³ HE 46/2010 vp., s. 33.

¹⁵⁴ Valtiontalouden tarkastusvirasto (2014); keskustelu, Valvira 10.11.2014; tarkastushaastattelut.

¹⁵⁵ Valviran esitteet.

¹⁵⁶ Henkilönostimet, sängyt (kotihoito-, sairaala-, potilas- ja sähkösäätöiset sängyt), sähköpyörätuolit ja -mopot sekä sähköiset seisomanostimet ja potilastietojärjestelmät.

¹⁵⁷ Valvira (2014).

¹⁵⁸ Potilasvahinkokeskus (2013a).

¹⁵⁹ Potilasvahinkokeskus (2013b).

tolaitetta siirtymisessä avustamisessa tai potilas oli pudonnut sängystä, koska potilaan sängynlaitojen pitämiselle ei ollut perustetta¹⁶⁰.

Aluehallintovirastoille tehdyn tarkastuskyselyn tulokset osoittivat, että vain yhteen aluehallintovirastoon oli tullut muutamia kanteluita tai valituksia teknisten välineiden käyttöön liittyvistä vahingoista. Vastausten mukaan tarkastuskäynneillä oli kuitenkin huomattu lähinnä lääkehoitoon liittyviä ongelmia. Sänkyihin ja pyörätuoleihin liittyviä ongelmia ei ollut edes ymmärretty kysyä. Tulokset viittaisivat siihen, että teknologian yleistymiseen hoidon ja palvelujen osana ei ole valvonnassa vielä havahduttu.

¹⁶⁰ Potilasvahinkokeskus (2013b).

Lähteet

1. Säädökset ja muut valtiopäiväasiakirjat

A 607/1983. Sosiaalihuoltoasetus.

A 759/1987. Asetus vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista.

A 912/1992. Asetus sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista.

A 403/2008. Valtioneuvoston asetus työvälineiden turvallisesta käytöstä ja tarkastamisesta.

A 298/2009. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista.

A 732/2009. Liikenne- ja viestintäministeriön asetus tarkoituksenmukaisen internet-yhteyden vähimmäisnopeudesta yleispalvelussa.

A 1363/2011. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus lääkinällisen kuntoutuksen apuvälineiden luovutuksesta.

HE 102/1981 vp. Hallituksen esitys sosiaalihuoltolaiksi.

HE 46/1989 vp. Hallituksen esitys laiksi yksityisestä terveydenhuollosta ja laeiksi eräiden siihen liittyvien lakien muuttamisesta.

HE 59/2002 vp. Hallituksen esitys eduskunnalle työturvallisuuslaiksi ja eräksi siihen liittyviksi laeiksi.

HE 46/2010 vp. Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi terveydenhuollon laitteista ja tarvikkeista.

HE 90/2010 vp. Hallituksen esitys eduskunnalle terveydenhuoltolaiksi sekä laeiksi kansanterveyslain ja erikoissairaanhoidonlain muuttamiseksi sekä sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain muuttamiseksi.

HE 302/2010 vp. Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi yksityisiä sosiaalipalveluja koskevan lainsäädännön uudistamiseksi.

HE 160/2012 vp. Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista sekä laiksi terveydenhuoltolain 20 §:n kumoamisesta.

HE 108/2014 vp. Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi sosiaalihuollon asiakkaan ja potilaan itsemääräämisoikeuden vahvistamisesta ja rajoitustoimenpiteiden käytön edellytyksistä sekä eräksi siihen liittyviksi laeiksi.

HE 164/2014 vp. Hallituksen esitys eduskunnalle sosiaalihuoltolaiksi ja eräksi siihen liittyviksi laeiksi.

HE 240/2014 vp. Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista annetun lain muuttamisesta.

HE 324/2014 vp. Hallituksen esitys laiksi sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä sekä eräksi siihen liittyviksi laeiksi.

L 404/1948. Sotilasvammalaki.

L 608/1948. Tapaturmavakuutuslaki.

L 279/1959. Liikennevakuutuslaki.

L 66/1972. Kansanterveyslaki.

L 710/1982. Sosiaalihuoltolaki.

L 585/1986. Potilasvahinkolaki.

L 380/1987. Laki vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista.

L 152/1990. Laki yksityisestä terveydenhuollosta.

L 733/1992. Laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionavustuksesta.

L 743/1992. Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista.

L 785/1992. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista.

L 410/1996. Sähköturvallisuuslaki.

L 523/1999. Henkilötietolaki.

L 812/2000. Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista.

L 738/2002. Työturvallisuuslaki.

L 1224/2004. Sairausvakuutuslaki.

L 348/2007. Laki julkisista hankinnoista.

L 629/2010. Laki terveydenhuollon laitteista ja tarvikkeista.

L 1326/2010. Terveystieteiden laki.

L 922/2011. Laki yksityisistä sosiaalipalveluista.

L 1552/2011. Valmiuslaki.

L 980/2012. Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista.

L 1301/2014. Sosiaalihuoltolaki.

2. Kirjalliset lähteet

Anttila, Heidi & Sirola, Pia (2013). Sähköpyörätuoli ja -mopedi osallisuutta edistämässä – NOMO-tutkimuksen (2011–2013) tuloksia. Tutkimuksesta tiiviisti 6. Marraskuu 2013. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. www.thl.fi.

EOAM (2495/2012). Lainvastaisia puutteita lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälineiden luovuttamisessa. Dnro 2495/4/12. (20.12.2012). <http://www.eduskunta.fi/eoaratkaisut/eoam+2495/2012>.

Hallinto hyvinvoinnin ja talouden tasapainottajana – hallintopolitiikan suuntaviivat vuoteen 2020 (2010).

http://www.2014.vm.fi/vm/fi/04_julkaisut_ja_asiakirjat/01_julkaisut/04_hallinnon_kehittaminen/20100914Hallin/name.jsp .

Hallituksen päätös rakennepoliittisen ohjelman toimeenpanosta osana julkisen talouden suunnitelmaa (29.11.2013). Liite 2. Kuntien tehtävien ja veloitteiden vähentämishjelma ja sen täytäntöönpano. <http://valtioneuvosto.fi/rakennemuudistus/rakennepoliittisen-ohjelman-toimeenpano>.

Hallituksen päätös rakennepoliittisen ohjelman toimeenpanosta osana julkisen talouden suunnitelmaa (25.3.2014).

<http://valtioneuvosto.fi/documents/10184/1044815/Hallituksen+p%C3%A4%C3%A4t%C3%B6s+rakennepoliittisen.pdf/2693ae4e-f145-46eb-a5e6-8350bc4f3e46>.

Helsingin Sanomat (2014). Megan nettiyhteys jämähti. (21.9.2014).

<http://papunet.net/tikoteekkiverkosto/palvelut-alueittain>.

<http://www.ikateknologia.fi/fi/teknologiatuotteet-ja-ratkaisut.html>.

<http://www.kela.fi/matkat>.

<http://www.mikkelinseutusote.fi/yksityiset-sosiaali-ja-terveyspalvelut/yksityisten-palvelutuottajien-omavalvontasuunnitelmat>.

<http://www.thl.fi/fi/web/toimintakyky/apuvaineet/>.

<http://www.thl.fi/fi/web/toimintakyky/apuvaineet/apudata-tietokanta>.

<http://www.thl.fi/fi/web/toimintakyky/apuvaineet/ohjeita-apuvaineepalveluiden-toteuttamiseksi>.

<http://www.thl.fi/fi/web/toimintakyky/apuvaineet/ohjeita-apuvaineepalveluiden-toteuttamiseksi-apuvaineepalveluprosessi-terveydenhuollossa>.

<http://www.thl.fi/fi/web/toimintakyky/apuvaineet/seurantamittarit>.

https://www.viestintavirasto.fi/attachments/toimialatieto/Yleispalvelua_koskeva_teknistaloudellinen_selvitys.pdf.

Hänninen, Kaisa & Soikkeli, Juha (toim.) (2013). Hyvinvointialan uudet toimintamallit ja palvelukonseptit (HOIVAvisio) -hanke. Loppuraportti. Informaatioteknologian tiedekunnan julkaisu No. 4/2013. ISBN 978-951-39-5179-5.

Koponen, Eija-Leena & Laiho, Ulla-Maija & Tuomaala, Mika (2012). Mistä tekijät sosiaali- ja terveysalalle – työvoimatarpeen ja -tarjonnan kehitys vuoteen 2025. TEM-analyyseja 43/2012. ISSN 1797-5271.

Kotiin annettavan hoidon ja hoivan myöntämisperusteet ja niiden sisältö Kemiönsaaren kunnassa. http://www.kemionsaari.fi/media/omsorg/info/kriterier_kotihoitopalvelutfi.pdf.

Kuusikko-kunnat. Vanhuspalvelujen raportit 2008–2013. <http://www.kuusikkokunnat.fi/?id=66B114C5-C7D04638A3DD-D972B66FF980>.

Liikenne- ja viestintäministeriö (2014). Laajakaistan yleispalveluun nopeammat yhteydet. Tiedote 1.10.2014. <http://www.lvm.fi/tiedote/4421074/laajakaistan-yleispalveluun-nopeammat-yhteydet>.

Nordic Centre for Welfare and Social Issues (2010). Focus on Welfare technology. ISBN 978-87-7919-048-1.

Noro, Anja & Alastalo, Hanna (toim.) (2014). Vanhuspalvelulain 980/2012 toimeenpanon seuranta. Tilanne ennen lain voimaatuloa vuonna 2013. Raportti 13/2014. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. [http://urn.fi/URN:ISBN 978-952-302-169-3](http://urn.fi/URN:ISBN%20978-952-302-169-3).

Palvelut ja tiedot käytössä. Julkisen hallinnon ICT:n hyödyntämisen strategiat 2012–2020 (2010). <http://vm.fi/documents/10623/360816/Julkisen+hallinnon+ICT-strategia/4148ad4f-157e-4aa6-aa44-aaf395b63532>.

Pieleen meni (2015). Kuntalehti 1/2015, 16–17.

Pursiainen, Heikki & Seppälä, Timo (2013). Hoivassa vai kotihoivassa? Suurten ikäluokkien halukkuus maksaa vanhuspalveluista. VATT Tutkimukset 173 (elokuu 2013). Helsinki. http://www.vatt.fi/file/vatt_publication_pdf/t173.pdf.

Pääministeri Jyrki Kataisen hallituksen ohjelma (22.6.2011). Valtioneuvoston kanslia. <http://valtioneuvosto.fi/tietoa/historiaa/hallitusohjelmat>.

Rakennepoliittisen ohjelman toimeenpano. Johtoryhmän loppuraportti (2015). Rakennepoliittisen ohjelman johtoryhmä 27.2.2015. <http://valtioneuvosto.fi/documents/10184/1242361/Johtoryhm%C3%A4n-loppuraportti-030315/f6c1cf5c-a84e-4573-8e79-fe9823d1406f?version=1.0>.

Satakunnan sairaanhoitopiiri (2012). Alueelliset apuvälinepalvelut Satakunnassa. Toimintakäsikirja Versio 3.1. Huhtikuu 2012. http://www.satshp.fi/toimipaikat/satalinnan-sairaala/Documents/Toimintak%C3%A4sikirja_Satshp_3.1.pdf.

Seppälä, Timo T. & Pekurinen, Markku (toim.) (2014). Sosiaali- ja terveydenhuollon keskeiset rahavirrat. Raportti 22/2014. Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos ISBN 978-952-302-263-2.

Sinervo, Timo & Noro, Anja & Tynkkynen, Liina-Kaisa & Sulander, Juhani & Taimio, Heikki & Finne-Soveri, Harriet & Lilja, Reija & Syrjä, Vesa (2010). Yksityinen vai kunnallinen palveluasuminen? Kustannukset, asiakasrakente, hoidon laatu ja henkilöstön hyvinvointi. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 34/2010. Helsinki: Yliopistopaino.

Sosiaali- ja terveysministeriö (2012b). Asettamispäätös. Lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälinepalvelut -työryhmä. STM019:00/2012. http://www.hare.vn.fi/mHankePerusSelaus.asp?h_id=18417.

Sosiaali- ja terveysministeriö (2012a). Kansallinen muistiohjelma 2012–2020. Tavoitteena muistiystävällinen Suomi. Raportteja ja muistioita 2012:10. Helsinki. Sosiaali- ja terveysministeriö. ISSN 2242-0037.

Sosiaali- ja terveysministeriö (2011a). Sosiaali- ja terveysministeriön asetus lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälinepalveluista. Luonnos 14.6.2011.
www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=42736&name=DLFE-16041.pdf.

Sosiaali- ja terveysministeriö (2013c). Lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälinekäytännöt asumispalvelu-
luysiköissä. Kuntainfo 2/2013. <http://www.stm.fi/tiedotteet/kuntainfot/kuntainfo/-/view/1850956>.

Sosiaali- ja terveysministeriö (2014b). Toimenpiteet iäkkäiden laitoshoidon vähentämiseksi osana palvelurakennemuutosta. <http://www.stm.fi>.

Sosiaali- ja terveysministeriö (2015a). Työryhmä ehdottaa. Vammaiset henkilöt saisivat palvelut toimintakyvyn haitan perusteella. Tiedote 16.4.2015. <http://valtioneuvosto.fi>.

Sosiaali- ja terveysministeriö (2015b). Vammaislainsäädännön uudistamistyöryhmän loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2015:21. Helsinki.
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=12777119&name=DLFE-34409.pdf.

Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen Kuntaliitto (2008). Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:3. Helsinki.
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3672.pdf&title=Ikaihminen_palvelujen_laatusuositus_fi.pdf.

Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen Kuntaliitto (2013a). Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2013:11. Helsinki. ISSN 1797-9854.

Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen Kuntaliitto (2013b). ”Vanhuspalvelulaki”. Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalouksista. Muistio lain toimeenpanon ja tulkinnan tueksi. (28.6.2013).
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=7724561&name=DLFE-26865.pdf.

Sosiaali- ja terveysministeriö (2010). Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet 2010. Selvityksiä 2010:31. Sosiaali- ja terveysministeriö. ISBN 978-952-00-3089-6.

Tasapainoiseen työllisyyskehitykseen 2025. Ehdotus koulutustarjonnan tavoitteiksi vuodelle 2016. (2011). OKM:n työryhmämuistioita ja selvityksiä 2011:16. ISBN 978-952-263-036-9.

THL (2011b). Muistisairaat asiakkaat sosiaali- ja terveystalouksissa 2009. Tilastoraportti 12/2011. Helsinki. ISSN 1798-0887.

THL (2011a). Sosiaali- ja terveydenhuollon monikanavaisen rahoituksen edut, haitat ja kehittämistarpeet. Raportti 4/2011. Helsinki. ISBN 978-952-245-429-4.

Tietosuojavaltuutetun kannanotto 12.11.2007. Dnro 1826/41/2007. Kunnan ja yksityisen palveluntuottajan väliset sopimukset ja rekisterinpito.
<http://www.tietosuoja.fi/fi/index/ratkaisut/kunnanjayksityisenpalveluntuottajanvalis.html>.

Valtiontalouden tarkastusvirasto (2010). Vanhuspalvelut. Säännöllinen kotihoito. Valtiontalouden tarkastusviraston tuloksellisuustarkastuskertomukset 214/2010. Edita Prima Oy. Helsinki. ISBN 978-952-499-154-4.

Valviran esite: Muista vaaratilanneilmoitus.

Valviran esite: Terveysthuollon laitteet ja tarvikkeet. Valvira valvoo terveydenhuollon laitteiden ja tarvikkeiden valmistusta ja markkinoita sekä edistää käytön turvallisuutta.

Viestintävirasto (2014). Yleispalveluja koskeva teknistaloudellinen selvitys. Dnro: 1150/922/2014. https://www.viestintavirasto.fi/attachments/toimialatieto/Yleispalvelua_koskeva_teknistaloudellinen_selvitys.pdf.

www.stm.fi/stm/toiminta_ja_talous/palvelujen_menot.

www.tem.fi/Kotipalvelutkuntoon.

www.tiera.fi.

www.toimia.fi.

3. Tilastot

Eräitä tietoja kuntien ja kuntayhtymien taloudesta 2010. Suomen virallinen tilasto (SVT). Helsinki: Tilastokeskus [viitattu 5.2.2015]. <http://www.pxweb2.stat.fi/database/StatFin/jul>.

Eräitä tietoja kuntien ja kuntayhtymien taloudesta 2013. Suomen virallinen tilasto (SVT). Helsinki: Tilastokeskus [viitattu 5.2.2015]. <http://www.pxweb2.stat.fi/database/StatFin/jul>.

Kelan tilastollinen vuosikirja 2013 (2014). Suomen virallinen tilasto (SVT), Sosiaaliturva 2014. Helsinki. www.kela.fi/tietoa/Kelasta/tilastot/tilastojulkaisut/Kelan_tilastollinen_vuosikirja.

Kuntien ja kuntayhtymien talous ja toiminta 2013. Suomen virallinen tilasto (SVT). Helsinki: Tilastokeskus [viitattu 5.2.2015]. http://www.pxweb2.stat.fi/database/StatFin/jul/ktt/ktt_fi.asp.

THL (2014a). Suomen virallinen tilasto (SVT). Sosiaaliturva 2014. Sosiaalihuollon laitos- ja asumispalvelut 2013. Tilastoraportti 27/2014. Helsinki: Terveysthuollon ja hyvinvoinnin laitos (THL). <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2014111246228>.

THL, Tilasto- ja indikaattoripankki SOTKANet 2005–2013 [viitattu 9.2.2015]. www.sotkanet.fi.

Väestöennuste (2012). Suomen virallinen tilasto (SVT). ISSN=1798-5137. Liitetaulukko 1. Väestö ikäryhmittäin koko maa 1990–2060 (vuodet 2020–2060: ennuste). Helsinki: Tilastokeskus [viitattu 5.12.2014]. <http://www.stat.fi/til/vaenn/>.

4. Muu aineisto

Aluehallintovirastot (2014a). Aluehallintovirastoilta pyydetyt omavalvontasuunnitelmat.

Eduskunnan oikeusasiamiehelle tehdyt kantelut ja ratkaisut vuodesta 2005 vuoden 2014 syyskuuhun.

Hyvinvointiteknologia-asiantuntijan kirjallinen palaute 10.7.2014 valtiontalouden tarkastusviraston kyselyyn tarkastuskunnille teknologian hyödyntämisestä ikääntyneiden sosiaali- ja terveyspalveluissa.

Hyvinvointiteknologiaverkosto. Hyvinvointiteknologian asiantuntemus, mahdollistaminen, koordinointi ja hallinta Tampereen kaupungilla. PowerPoint-esitys 9.4.2014.

<http://www.mikkelinseutusote.fi/yksityiset-sosiaali-ja-terveyspalvelut/yksityisten-palvelutuottajien-omavalvontasuunnitelmat>.

Keskustelu, Valvira 10.11.2014.

Potilasvahinkokeskus (2013a). Ratkaistut laitevahinkotapaukset 2007–2013. Julkaisematon.

Potilasvahinkokeskus (2013b). Ratkaistut tapaturmatapaukset 2007–2013. Julkaisematon.

Sosiaali- ja terveysministeriö (2011b). Sosiaali- ja terveysministeriön asetus lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälineiden luovutuksesta. Muistio 19.12.2011.

Sähköposti, tarkastuksen piiriin kuuluva apuvälinekeskus 28.3.2014.

Tarkastuksen piiriin kuuluneiden apuvälinekeskusten apuvälinepalveluja koskevat alueelliset suunnitelmat ja oppaat.

Tarkastuksen piiriin kuuluneiden apuvälinekeskusten ja -yksiköiden apuvälineiden saatavuusperusteet.

Tarkastuksen piiriin kuuluneilta apuvälinekeskuksilta ja -yksiköiltä pyydytetyt tilastot luovutetuista lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälineistä, kustannuksista ja hoitotakuun toteutumisesta vuosilta 2010–2013.

Tarkastuskunnilta pyydytetyt tilastoaineistot koskien turvapuhelinpalveluja, kunnassa käytössä olevia teknisiä apuvälineitä, tehtyjä teknologisia investointeja ja kalustehankintoja sekä teknologisten apuvälineiden huoltokustannuksia, asiakasmääriä, myöntämiskriteereitä ja asiakasmaksuja vuosilta 2010–2013.

Tarkastuskuntien turvapuhelimen myöntämistä koskevat perusteet.

Valtiontalouden tarkastusvirasto (2014). Teknologian hyödyntäminen sosiaali- ja terveyspalveluissa. Kotiin annettavat palvelut. Esiselvitysraportti. Julkaisematon.

Valvira (2014). Vaaratilanneilmoitusrekisteri. Ilmoitukset vuosilta 2010–2013. Julkaisematon.

5. Haastattelut

Tarkastushaastattelut

Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveyspiiri (Eksote) 9.5.2014.

Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveyspiiri, keskussairaalan apuvälinekeskus 9.5.2014.

Etelä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymä, apuvälineyksikkö 16.5.2014.

Etelä-Suomen aluehallintovirasto 12.3.2014.

Eurajoki 2.4.2014.

Joensuu 11.4.2014.

Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä, apuvälineyksikkö 27.3.2014.

Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä (Kainuun sote) 28.3.2014.

Kemiönsaari 12.5.2014.

Keski-Suomen sairaanhoitopiiri, alueellinen apuvälinekeskus 14.5.2014.

Lapin sairaanhoitopiiri, apuvälineyksikkö 6.6.2014.

Lieksa 22.5.2014.

Mikkeli 11.6.2014.

Oulu 7.4.2014.

Perusturvayhtymä Karviainen 26.5.2014.

Pirkanmaan sairaanhoitopiiri, apuvälineyksikkö 10.4.2014.

Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä, alueellinen apuvälineyksikkö 11.4.2014.

Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri, alueellinen apuvälinekeskus 7.4.2014.

Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveisyhtymä 14.4.2014.

Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveisyhtymä, apuvälineyksikkö 21.3.2014.

Raisio 22.4.2014.

Satakunnan sairaanhoitopiiri, apuvälinekeskus 26.3.2014.

Tampere 10.4.2014.

Vaasa 3.4.2014.

Vaasan keskussairaala, apuvälinekeskus 3.4.2014.

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin kuntayhtymä, Turun yliopistollinen keskussairaala, alueellinen apuvälinekeskus 23.5.2014.

Äänekoski 23.5.2014.

Muut haastattelut

Puhelinhaastattelu, sosiaali- ja terveysministeriön vastaus kuvitteelliseen asiakastapaukseen 2.7.2014.

Tekes 23.6.2014.

6. Kyselyaineisto

Aluehallintovirastot (2014b). Valtiontalouden tarkastusviraston 12.3.2014 lähettämä kysely aluehallintovirastoille koskien teknologian hyödyntämistä ikääntyneiden sosiaali- ja terveyspalveluissa.

7. Tarkastuskertomusluonnoksesta annettu lausunto

Sosiaali- ja terveysministeriö 10.4.2015, STM/1287/2015.

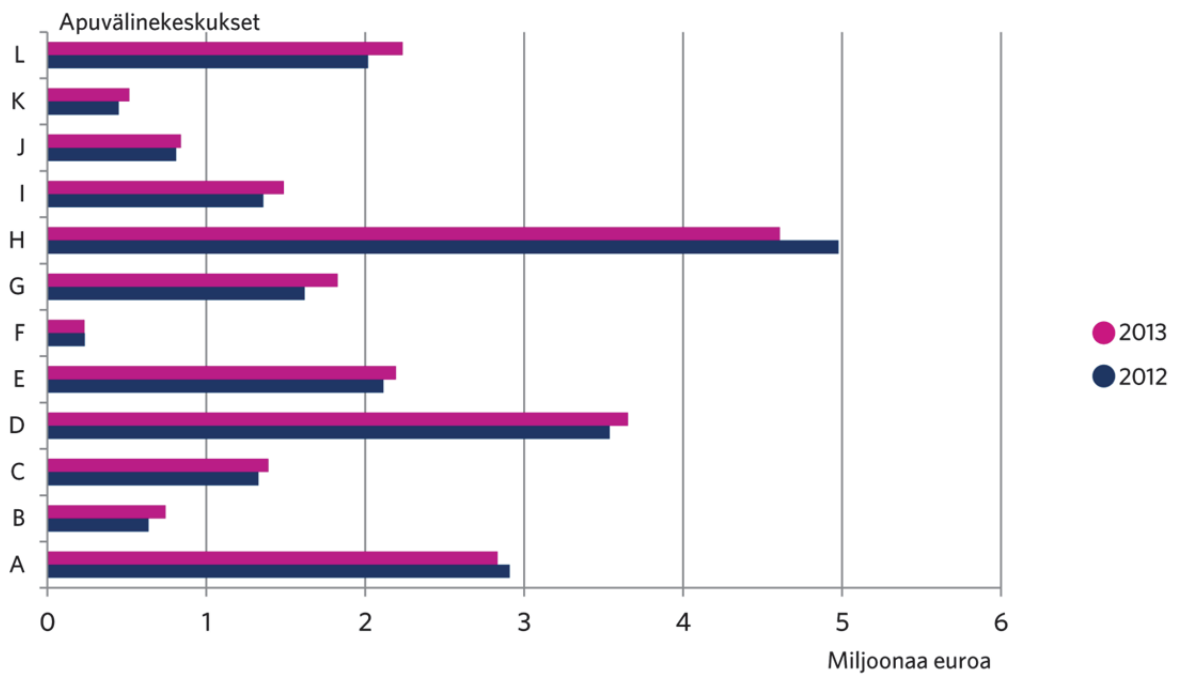
Liitteet

Liite 1. Osatarkastuskysymykset, tarkastuskriteerit ja tarkastuskriteerien tulkinta.

Osatarkastuskysymykset	Alatarkastuskysymykset	Tarkastuskriteerit	Tarkastuskriteerien tulkinta
1. Millaisilla teknisillä apuvälineillä ikääntyneiden kotona asumista tuetaan?	1.1 Millaisia teknisiä apuvälineitä kunnilla ja yksityisillä palveluntuottajilla on käytössä?	Vastaavuus asiakkaiden tarpeisiin	Asiakkaille on tarjolla erilaisia ja vaihtoehtoisia teknisiä apuvälineitä.
	1.2 Millaisia ongelmia teknisten apuvälineiden hyödyntämiseen palvelutuotannossa liittyy?	Turvallisuus ja asiakaslähtöisyys	Tekninen apuväline takaa 100-prosenttisen turvallisuuden. Asiakkaan mielipidettä kuunnellaan.
	1.3 Millaisia taloudellisia ja palvelujen saatavuutta koskevia vaikutuksia teknisten apuvälineiden käyttöönotolla on ollut?	Vaikuttavuus	Uusia asiakkaita on otettu palvelujen piiriin. Välittömän hoitoajan osuus on kasvanut. Apuvälinemenot ovat kasvaneet. Teknologia-asiantuntijoita on palkattu lisää.
2. Onko palveluja tukevat tekniset apuvälineet hankittu harkitusti?	2.1 Miten teknisten apuvälineiden valintaprosessi on organisoitu?	Koordinointi	Teknisten apuvälineiden valinnassa noudatetaan tiettyjä toimintakäytäntöjä. Apuvälineen valinnalle on määritetty hyväksymiskriteerit.
	2.2 Onko teknisistä apuvälineistä päättävillä henkilöillä riittävästi tietoa teknisiin apuvälineisiin liittyvistä hyödyistä, haitoista, kustannuksista ja vaihtoehtoista?	Vaikuttavuus	Teknisten apuvälineiden valinnat perustuvat arvioituun tietoon, käytännön kokemuksiin, vaihtoehtojen vertailuun ja kustannuslaskelmiin.
	2.3 Osaavatko teknisistä valinnoista päättävät henkilöt valita vaikuttavia välineitä?	Vastaavuus asiakkaiden tarpeisiin	Valinnoista päättävillä henkilöillä on substanssiosaamista vanhuudesta ja vanhenemisesta sekä teknologiasta. Valinnoista päättävät henkilöt ovat saaneet teknisiin apuvälineisiin liittyvää koulutusta.
3. Miten varmistetaan, että tekniset apuvälineet kohdentuvat asiakkaille, jotka hyötyvät niistä eniten?	3.1 Onko lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälineille määritellyt vastuutahot ja saatavuusperusteet?	Koordinointi	Lääkinnällisen kuntoutuksen piiriin kuuluneiden apuvälineiden vastuutahot on määritellyt terveydenhuollon järjestämissuunnitelmassa tai apuvälineiden järjestämistä koskevissa suunnitelmissa. Yksittäisille teknisille apuvälineille on laadittu saatavuusperusteet.
	3.2 Ovatko kunnat määritelleet sosiaalihuollossa käytettävälle teknisille apuvälineille myöntämisperusteet?	Koordinointi	Teknisille apuvälineille on laadittu myöntämisperusteet.
	3.3 Miten kunnat ja apuvälinekeskukset arvioivat teknisten apuvälineiden tarvetta?	Vastaavuus asiakkaiden tarpeisiin	Teknisten apuvälineiden tarvearvioinnissa käytetään jonkinlaista mittaria.

4. Miten teknisten apuvälineiden soveltuvuutta asiakkaalle seurataan?	3.4 Arvioidaanko teknisen apuvälineen tarvearvioinnin yhteydessä sen käytöstä asiakkaalle aiheutuvia riskejä, haittoja, hyötyjä ja kustannuksia?	Vastaavuus asiakkaiden tarpeisiin ja turvallisuus	Tarvearvioinnin yhteydessä arvioidaan apuvälineen käytöstä asiakkaalle aiheutuvia hyötyjä, haittoja, riskejä ja kustannuksia.
	3.5 Miten kunnissa ja apuvälinekeskuksissa on varmistettu, että henkilökunnalla on osaamista arvioida teknisen apuvälineen tarvetta ja soveltuvuutta asiakkaalle?	Vastaavuus asiakkaiden tarpeisiin ja turvallisuus	Työntekijöille on järjestetty teknisten apuvälineiden arviointiin liittyvää koulutusta.
	4.1 Miten apuvälinekeskus seuraa teknisen apuvälineen soveltuvuutta asiakkaalle?	Koordinointi ja vastaavuus asiakkaiden tarpeisiin	Apuvälinekeskuksella on seurantajärjestelmä asiakkaalle luovutetun apuvälineen toimivuuden ja tarpeellisuuden seuraamiseksi. Tekninen apuväline vastaa asiakkaan tarpeita myös luovutuksen jälkeen.
	4.2 Onko kuntien ja apuvälinekeskusten välillä sovittu yhteistyöstä teknisten apuvälineiden käytön ja toimivuuden seurannassa?	Koordinointi	Apuvälineyksiköiden ja kuntien välillä on sovittu yhteistyöstä asiakkaalle luovutetun apuvälineen soveltuvuuden seuraamiseksi.
	4.3 Millaisia vaaratilanteita teknisten apuvälineiden käyttö on aiheuttanut asiakkaille?	Turvallisuus	Vaaratilanteet ovat johtuneet käyttäjästä eivätkä teknisestä välineestä.
	4.4 Mitä teknisten apuvälineiden keräämillä tiedoilla tehdään?	Asiakslähtöisyys, vastaavuus asiakkaiden tarpeisiin ja koordinointi	Asiakasta informoidaan tietojen keräämisestä. Tietoja hyödynnetään asiakkaan palveluissa. Tietojen hävittämistä koskeva työnjako on selvä.

Liite 2. Apuvälinekeskusten ja -yksiköiden apuvälineiden hankintamenot vuosina 2012–2013.





VALTIONTALOUDEEN TARKASTUSVIRASTO
ANTINKATU 1, PL 1119, 00101 HELSINKI
PUH. 09 4321, WWW.VTV.FI

ISBN 978-952-499-285-5 (PDF)