



Vanhuspalvelut

Säännöllinen kotihoito

Valtiontalouden tarkastusviraston
tuloksellisuustarkastuskertomus 214/2010



Vanhuspalvelut

Säännöllinen kotihoito

ISSN 1796-9506 (nid.)
ISSN 1796-9514 (PDF)
ISBN 978-952-499-153-7 (nid.)
ISBN 978-952-499-154-4 (PDF)

Edita Prima Oy
Helsinki 2010

Valtiontalouden tarkastusviraston tuloksellisuustarkastuskertomus

Dnro 269/54/09

Valtiontalouden tarkastusvirasto on suorittanut tarkastussuunnitelmaansa sisältyneen vanhuspalveluja koskeneen tarkastuksen. Tarkastus on tehty tarkastusviraston tuloksellisuustarkastuksesta antaman ohjeen mukaisesti.

Tarkastuksen perusteella tarkastusvirasto on antanut tarkastuskertomuksen, joka lähetetään sosiaali- ja terveystieteiden ministeriölle sekä tiedoksi eduskunnan tarkastusvaliokunnalle, valtiovarainministeriölle ja valtiovaraincontroller-toiminnolle.

Tarkastuksen jälkiseurannassa tarkastusvirasto tulee selvittämään, mihin toimenpiteisiin tarkastuskertomuksessa esitettyjen huomautusten johdosta on ryhdytty. Jälkiseuranta tehdään vuonna 2014.

Helsingissä 19. päivänä marraskuuta 2010

Tuloksellisuustarkastusjohtaja Jarmo Soukainen

Johtava tuloksellisuustarkastaja Taina Rintala

Tarkastuksen tekijät:

Johtava tuloksellisuustarkastaja Taina Rintala

Tuloksellisuustarkastuspäällikkö Armi Jämsä

Tuloksellisuustarkastusjohtaja Jarmo Soukainen

Tarkastetusta toiminnasta vastuullinen hallinnonala:

sosiaali- ja terveysministeriö

Asiasanat:

kotihoito, voimavarat, asiakasmaksut, määrärahat, hoito- ja palvelusuunnitelma, kuntouttava työote

Sisällys

Tiivistelmä	7
Resumé	10
1 Johdanto	13
2 Tarkastusasetelma	17
2.1 Kotihoidon organisointi ja lainsäädännöllinen perusta	17
2.1.1 Kotihoidon organisointi	18
2.1.2 Kotihoitoa ohjaava lainsäädäntö	21
2.2 Tarkastuskysymykset ja -kriteerit	23
2.2.1 Tarkastuskysymykset	23
2.2.2 Tarkastuskriteerit	26
2.2.3 Tarkastuksen rajaukset	28
2.2.4 Tarkastuksen aineistot ja menetelmät	28
3 Tarkastushavainnot	32
3.1 Kotihoidon tavoitteet	32
3.1.1 Riittävät palvelut	32
3.1.2 Kotona asumisen tukeminen	37
3.1.3 Säännöllisen kotihoidon kattavuus	42
3.1.4 Kokoavat havainnot ja päätelmät	45
3.2 Kotihoidon organisointi, palvelujen myöntäminen ja asiakasmaksut	49
3.2.1 Palvelujen organisointi	49
3.2.2 Palvelut	51
3.2.3 Myöntämiskriteerit	54
3.2.4 Kotihoidon asiakasmaksut	56
3.2.5 Kokoavat havainnot ja päätelmät	60
3.3 Kotihoidon resurssit	62
3.3.1 Määrärahat	62
3.3.2 Henkilöstö	69
3.3.3 Kokoavat havainnot ja päätelmät	78
3.4 Laadukasta kotihoitoa edistävät käytännöt	82
3.4.1 Hoito- ja palvelusuunnitelma	82
3.4.2 Kuntouttava työote	96
3.4.3 Kokoavat havainnot ja päätelmät	102
3.5 Säännöllinen kotihoito haastattelujen ja tilastojen valossa	108
3.5.1 Säännöllisen kotihoidon asiakkaat	108
3.5.2 Omaishoidon tuki ja kotihoidon tukipalvelut	110
3.5.3 Kokoavat havainnot ja päätelmät	112

4	Tarkastusviraston kannanotot	113
	Lähteet	121

Vanhuspalvelut: Säännöllinen kotihoito

Suomessa 75 vuotta täyttäneiden määrän on ennustettu liki kaksinkertaistuvan vuosina 2009–2030. Vuonna 2030 heitä arvioidaan olevan lähes 850 000. Näin voimakas väestön ikääntyminen vaikuttaa sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän rahoituksen kestävyYTEEN, mutta myös siihen, miten julkinen valta kykenee pitämään kiinni kansalaisille antamistaan palvelulupauksista. Kotihoito eli kotipalvelun ja kotisairaanhoidon yhdistäminen on esimerkki palvelujen sisällöllisestä ja rakenteellisesta uudistuksesta, jolla vanhustenhuollossa palvelutarpeen ja kustannusten kasvuun on haettu ratkaisua. Uudistus on tehty pitäytymällä vanhoissa vanhustenhuollon valtakunnallisissa linjauksissa, mutta samanaikaisesti on alettu korostaa entistä voimakkaammin ikääntyneiden omien voimavarojen hyödyntämistä ja kuntouttavaa työtettä.

Vanhuspalvelumenojen osuus vanhuusmenoista (16,3 miljardia euroa) oli 11,6 prosenttia vuonna 2008. Vanhuspalvelumenoista kotipalvelumenojen osuus oli noin 24 prosenttia. Kotisairaanhoidon menot puolestaan sisältyvät sosiaalimenotilastossa sairaus ja terveys -pääluokkaan, johon sisältyviä menoja ei kuitenkaan eritellä ikäryhmittäin. Kotihoidon kokonaiskustannuksia lisäävät myös muut kotona asumista tukevat sosiaali- ja terveyspalvelumenot. Kotihoidon verkostomaisuus ja sosiaali- ja terveysmenojen tilastointiongelmat vaikuttavat siihen, ettei kotihoidon kokonaiskustannuksista voida esittää valtakunnallista arviota.

Tarkastuksen tavoitteena oli selvittää, miten vanhusten eli 75 vuotta täyttäneiden kotihoito toimii. Tarkastuksessa tutkittiin sitä, toimivatko hoito- ja palvelusuunnitelma ja kuntouttavan työotteen soveltaminen käytännön asiakastyössä siten, että ne tukevat asiakkaan kotona hoitamista mahdollisimman pitkään ja edistävät näin säännölliselle kotihoidolle asetetun valtakunnallisen kattavuustavoitteen saavuttamista. Tarkastuksessa kartoitettiin lisäksi sitä, missä suhteessa kotihoidon resurssit olivat kotihoidolle asetettuihin tavoitteisiin nähden. Tarkastusaineisto koostui lähinnä kotihoidosta tai vanhustyöstä vastaavien johtajien ja käytännön hoitotyötä lähempänä olevien esimiesten haastatteluista ja kotihoidon laskentarekisteriaineistosta.

Tarkastuksessa ei selvitetty sitä, miten kotihoidon ja muiden kotona asumista tukevien palvelujen, muiden perusterveydenhuollon avo- ja laitospalvelujen, erikoissairaanhoidon avo- ja laitospalvelujen sekä kuntoutuksen välinen yhteistyö toimii.

Tarkastus osoitti, että hoito- ja palvelusuunnitelmaa ja kuntouttavaa työtä käytetään asiakastyössä, mutta ne eivät toimi ikäihmisten palvelujen laatusuosituksen mukaisesti. Toimimattomuus johtuu osin siitä, että kotihoidolle on asetettu uusia tavoitteita vanhojen tavoitteiden rinnalle ilman riittävää resursointia. Käytännössä tämä on johtanut siihen, että henkilöstön vähyyteen on jouduttu vastaamaan heikentämällä palvelujen laatua. Esimerkiksi palvelutarjontaa on supistettu, palvelujen myöntämiskäytäntöjä on kiristetty ja asiakaskäytien kestoja on lyhennetty.

Kotihoidon rakennetta koskevat tarkastushavainnot osoittivat, että kotihoito on käsitteenä tulkinnanvarainen. Tämä merkitsee sitä, että ikääntyneet saavat alueellisesti eritasoista kotihoitoa. Kotihoidon sisällölliset eroavuudet merkitsevät myös sitä, etteivät kotihoitoa koskevat tilastotiedot ole valtakunnallisesti vertailukelpoisia keskenään. Tarkastusvirasto katsookin, että sosiaali- ja terveysministeriön tulisi määrittää täsmällisesti, mitä kotihoidolla tarkoitetaan.

Kotihoidon sisältöä koskevat tarkastushavainnot osoittivat myös, että kotihoidossa palvelutasoksi on määrittynyt perushoito eli lääkehuollon, sairaanhoidon, ravinnon ja hygienian turvaaminen. Sen sijaan palvelut, jotka tukevat itsenäistä selviytymistä ja edistävät elämänlaatua ja yhteiskunnalliseen elämään osallistumista on siirretty pois kotihoidosta.

Kotihoidon asiakasmaksut nostivat esiin kotihoidon kirjavan hinnoittelun, erilaiset hinnoitteluperusteet ja erilaiset tulkinnat siitä, koska asiakas määrittellään säännölliseksi kotihoidon asiakkaaksi. Tarkastusvirasto katsoo, että asiakasmaksulaissa tulisi täsmentää, mitä jatkuvasti ja säännöllisesti kotihoitoa saavalla asiakkaalla tarkoitetaan. Myös kuukausimaksuille tulisi määritellä yhtenäinen määräytymisperuste. Samoin kotihoidon kuukausimaksujen perusteet tulisi selvittää.

Kotihoitoon on liitetty ajatus siitä, että se on taloudellisesti halvempi palvelumuoto kuin laitoshuolto. Tarkastuksen mukaan näin ei välttämättä aina ole. Tarkastus osoitti, että asiakkaiden luona saatetaan käydä useita kertoja vuorokaudessa tai yli 100 tuntia kuukaudessa, mutta käynnit kestävät varsin lyhyen aikaa. Kotihoito myös edellyttää onnistuakseen muita kotona asumista tukevia sosiaali- ja terveyspalveluja. Tarkastushavaintojen mukaan sosiaali- ja terveysministeriöllä eikä kunnilla ole kuitenkaan kunnollista kokonaiskäsitystä kotihoidon kokonaiskustannuksista. Ilman näitä perustietoja keskustelu kotihoidon halvemmuudesta suhteessa laitoshuoltoon on hyödytöntä.

Tarkastushavaintojen mukaan hoito- ja palvelusuunnitelma ja sen ns. kivijalkana toimiva palvelutarpeen arviointiprosessi olivat juurtuneet hyvin osaksi kotihoidon käytäntöjä. Suunnitelma ohjaa työntekijöiden käytännön työtä. Sen sijaan vanhuspalvelujen laatusuositukseen kirjattu tavoite siitä, että asiakkaalle annettavia palveluja ohjaa yksi kirjallinen suunnit-

telma, ei toteudu. Tämä johtuu siitä, että asiakkaan kotihoidon palvelukonaisuus on pirstoutunut eri palveluntuottajien väliseksi toiminnaksi. Vaikka yksityisten tuottamat palvelut kirjataan kunnan tekemään hoito- ja palvelusuunnitelmaan, tekevät yksityiset palveluntuottajat asiakkaan kanssa tarvittaessa myös oman hoito- ja palvelusuunnitelman.

Vanhustenhuollon linjausten mukaan kuntouttavaa työtä on sovellettava kaikissa vanhuspalveluissa. Tarkastus kuitenkin osoitti, että kotihoitossa kuntouttavaa työtä käytettiin varsin vähän. Tämä johtui ennen kaikkea henkilöstön riittämättömyydestä.

Sosiaali- ja terveystalitiikan yhtenä keskeisenä periaatteena on ollut, että ihmisten palvelujen tarvetta arvioidaan yhdenmukaisesti. Tarkastushavaintojen mukaan kunnissa käytetään yhtenä palvelutarpeen arviointikeinona erilaisia toimintakykymittareita ja/tai toimintakyvyn arviointijärjestelmiä. Erilaisten järjestelmien käytön lisäksi pulmallista on, että toimintakyvyn arviointijärjestelmiä hyödyntävissä kunnissa indeksiarvo, jolla kotihoitoa myönnetään, on erilainen. Tämä johtaa siihen, että ikääntyvät ovat erilaisessa asemassa kotihoidon saatavuuden osalta riippuen siitä, missä kunnassa he asuvat.

Tällä vuosikymmenellä Suomen ikäpolitiikkaa on hallinnut näkemys siitä, että myös hoito- ja hoivapalvelujen piirissä olevat, erilaisia palveluja tarvitsevat ikääntyneet ovat yhteiskunnalle voimavaroja. Voimavarojen huomioon ottaminen mahdollistaa sen, että toimintakyvyltään samantasoisia asiakkaita voidaan kohdella eri tavoin. Tarkastushavainnot viittaavat siihen, että voimavarojen huomioon ottamisesta on tullut keino, jolla toteutetaan ihmisten tosiasiallista yhdenvertaisuutta. Tosiasiallisessa yhdenvertaisuudessa on kysymys siitä, että palveluja kohdennetaan enemmän niille asiakkaille, joilla on eri näkökulmista katsottuna heikoimmat resurssit. Voimavaranäkökulma toteuttaa siten Hyvinvointivaltion rajat -hankkeessa kehitettyä eettistä periaatetta, jonka mukaan palvelut kohdennetaan ensisijaisesti runsaasti apua tarvitseville.

Åldringstjänster: Regelbunden hemvård

Antalet personer i Finland som har fyllt 75 år har förutspåtts i det närmaste fördubblas under åren 2009–2030. År 2030 uppskattas deras antal till nära 850 000. Ett så starkt åldrande hos befolkningen inverkar på hållbarheten för social- och hälsovårdssystemets finansiering, men också på det, hur det offentliga förmår hålla sina åt medborgarna givna löften om service. Hemvård dvs. ett förenande av hemtjänst och hemsjukvård är ett exempel på en innehållsmässig och strukturell reform av tjänsterna, med vilken man inom åldringsservicen har sökt en lösning på servicebehovet och kostnadsökningen. Man har genomfört reformen genom att hålla sig till de gamla riksomfattande riktlinjerna för åldringsvården, men samtidigt har man börjat allt kraftigare understryka utnyttjandet av åldringarnas egna resurser och ett rehabiliterande grepp i arbetet.

Åldringstjänsternas andel av åldringsutgifterna (16,3 miljarder euro) var 11,6 procent år 2008. Av utgifterna för åldringstjänster var hemtjänstutgifternas andel ca 24 procent. Utgifterna för hemsjukvården ingår för sin del i socialutgiftsstatistiken i huvudtiteln sjukvård och hälsa, där utgifterna emellertid inte specificeras enligt åldersgrupper. De totala kostnaderna för hemvården ökas också av andra social- och hälsovårdsutgifter som stöder boende i hemmet. Hemvårdens karaktär av nätverk och problemen med statistikföringen av social- och hälsovårdsutgifterna bidrar till att det inte går att lägga fram en riksomfattande uppskattning av de totala kostnaderna för hemvården.

Syftet med revisionen var att klargöra, hur hemvården för åldringar dvs. personer över 75 år fungerar. Vid revisionen undersöktes huruvida vård- och serviceplanen och tillämpandet av ett rehabiliterande grepp i arbetet fungerar i det praktiska klientarbetet så, att de stöder vård av klienten i hemmet så länge som möjligt och således främjar att den riksomfattande målsättning som har uppställts för hemvårdens täckningsgrad uppnås. Vid revisionen kartlades dessutom i vilken proportion hemvårdens resurser stod i förhållande till de för hemvården uppställda målsättningarna. Revisionsmaterialet bestod närmast av intervjuer med chefer som ansvarar för hemvården eller åldringsarbetet och med förmän som står närmare det praktiska vårdarbetet, samt av registerkalkyler som gäller hemvården. Vid revisionen klarades inte det, hur samarbetet fungerar mellan hemvården och andra tjänster som stöder boende i hemmet, andra tjänster inom öppenvården och anstaltsvården inom sjukvården, tjänster inom öppenvården och anstaltsvården inom specialsjukvården och rehabiliteringen.

Revisionen visade, att en vård- och serviceplan och ett rehabiliterande grepp i arbetet tillämpas i klientarbetet, men att de inte fungerar i enlighet med kvalitetsrekommendationerna om åldringstjänster. Att de inte fungerar beror delvis på att för hemvården har uppställts nya målsättningar vid sidan av de gamla målsättningarna utan tillräcklig resurstilldelning. I praktiken har detta lett till att man har varit tvungen att reagera på personalknappheten genom att försvaga servicens kvalitet. Exempelvis har servicebudet skurits ner, förfarandena vid beviljande av tjänster har skärpts och längden för besöken hos klienterna har förkortats.

Observationerna vid granskningen av hemvårdens struktur visade att hemvård som begrepp ger rum för tolkningar. Detta innebär, att de äldre regionalt sett får hemvård på varierande nivå. De innehållsmässiga skillnaderna i hemvården innebär också att de statistiska data som gäller hemvården inte är jämförbara sinsemellan på riksplenet. Revisionsverket anser därför, att social- och hälsovårdsministeriet klart borde definiera vad som avses med hemvård.

Observationerna vid granskningen av hemvårdens innehåll visade också, att servicenivån i hemvården har angetts som basvård dvs. att trygga läkemedelsvård, sjukvård, kost och hygien. Däremot har tjänster som stöder klienten att reda sig självständigt och som främjar livskvaliteten och deltagande i det samhälleliga livet flyttats bort ur hemvården.

Hemvårdens klientavgifter lyfte fram den brokiga prissättningen av hemvården, olika prissättningsgrunder och olika tolkningar av det, när klienten definieras som en regelbunden klient hos hemvården. Revisionsverket anser att i lagen om klientavgifter borde preciseras vad som avses med en klient som fortlöpande och regelbundet får hemvård. Också för de månatliga avgifterna borde definieras en enhetlig bestämningsgrund. Likaså borde grunderna för hemvårdens månatliga avgifter utredas.

Hemvården är förenad med tanken att den i ekonomiskt hänseende är en billigare serviceform än anstaltsvård. Enligt revisionen är så inte alltid nödvändigtvis fallet. Revisionen visade, att det händer att man besöker klienten flera gånger per dygn eller över 100 timmar per månad, men att besöken varar synnerligen kort tid. För att lyckas förutsätter hemvård också andra social- och hälsovårdstjänster som stöder boende i hemmet. Enligt observationerna vid revisionen har emellertid social- och hälsovårdsministeriet eller kommunerna inte någon ordentlig övergripande uppfattning om hemvårdens totala kostnader. Utan dessa grundläggande fakta är en diskussion om hemvårdens billighet i förhållande till anstaltsvård fåfång.

Enligt observationerna vid revisionen hade vård- och serviceplanen och den process för utvärdering av servicebehovet som är dess s.k. stenfot befast sig väl som en del av förfarandena inom hemvården. Däremot för-

verkligas inte den i kvalitetsrekommendationen om åldringstjänster inskrivna målsättningen, att de tjänster som ges åt klienten skall styras av en enda skriftlig plan. Detta beror på att den servicehelhet som hemvården av klienten innebär är splittrad på verksamhet mellan olika serviceproducenter. Även om den service som produceras av privata aktörer registreras i den av kommunen uppgjorda vård- och serviceplanen, utarbetar de privata serviceproducenterna vid behov tillsammans med klienten också sin egen vård- och serviceplan.

Enligt riktlinjerna för åldringsvården ska ett rehabiliterande grepp i arbetet tillämpas i alla åldringstjänster. Revisionen visade ändå, att i hemvården tillämpades ett rehabiliterande grepp synnerligen lite. Detta berodde framför allt på otillräcklig personalstyrka.

En central princip i social- och hälsovårdspolitiken har varit, att människornas behov av tjänster bedöms på ensartat sätt. Enligt observationerna vid revisionen används i kommunerna som ett verktyg för bedömning av servicebehovet olika slags mätare av funktionsförmågan och/eller system för bedömning av funktionsförmågan. Förutom att olika system används är det problematiskt, att i de kommuner som utnyttjar system för bedömning av funktionsförmågan, är det indexvärde på basis av vilket hemvård beviljas varierande. Detta leder till att åldringarna är i olika ställning i fråga om tillgången på hemvård, beroende på i vilken kommun de är bosatta.

Under detta decennium har ålderspolitiken i Finland dominerats av det synsättet, att också de äldre som omfattas av vårdtjänster och behöver olika slag av tjänster är resurser för samhället. Att beakta resurserna möjliggör att klienter vilkas funktionsförmåga är på samma nivå kan bemötas på olika sätt. Observationerna vid revisionen tyder på att beaktandet av resurserna har blivit ett sätt på vilket en reell jämlikhet mellan människorna förverkligas. I den reella jämlikheten är det fråga om att tjänster inriktas mera på de klienter, som ur olika synvinklar betraktat har de svagaste resurserna. Resursperspektivet förverkligar sålunda den i projektet Välfärdsstatens gränser utvecklade etiska princip, enligt vilken tjänsterna i första hand inriktas på dem som är i stort behov av hjälp.

1 Johdanto

Väestön ikääntyminen ja sen kaikkialle yhteiskuntaan ulottuvat vaikutukset ovat nousseet 2000-luvulla ajankohtaiseksi kysymykseksi kaikkialla Euroopassa. Työikäisen väestön väheneminen ja samanaikainen hoito- ja palvelumenojen lisääntyminen luovat haasteita hyvinvointivaltion palvelujärjestelmän rahoituksen kestävyydelle ja sille, miten uusiin sosiaalisiin riskeihin vastataan samalla, kun vanhoista sopimuksista pidetään kiinni. Kansalaisten julkiselta vallalta saamat "palvelulupaukset" ovatkin muodostumassa heikommiksi kuin eläkelupaukset¹.

Vuoden 2009 lopussa Suomessa oli 75 vuotta täyttäneitä vajaa 427 100 (8 prosenttia väestöstä). Vuonna 2030 heitä on ennustettu olevan yli 847 000 (14,5 prosenttia väestöstä). Muutos merkitsee sitä, että heidän määränsä liki kaksinkertaistuu seuraavan kahdenkymmenen vuoden aikana.² Suomen väestön onkin todettu ikääntyvän nopeammin kuin missään muussa Euroopan unionin maassa ja vanhushuoltosuhteen on ennustettu olevan EU-maiden korkein vuonna 2025³. Vaikka ikääntymisen voimakkaimpien vaikutusten on ennustettu ajoittuvan vasta 2020-luvulle, osassa Suomen kunnista 75 vuotta täyttäneiden osuus ylittää jo nyt vuoden 2030 ennusteen.⁴

Suomen julkisen talouden pitkän aikavälin ennusteiden mukaan ns. ikäsidonnaisten menojen⁵ arvioidaan kasvavan suhteessa bruttokansantuotteeseen lähes viidellä prosentilla vuoteen 2030 mennessä. Eläkemenojen ennakoidaan kasvavan 2,8 prosenttiyksiköllä ja terveyden- ja pitkäaikaishoidon menojen yhteensä 1,9 prosenttiyksiköllä.⁶ Tutkimuksissa on kuitenkin todettu, ettei ikääntyneiden palvelutarve ole johtanut eikä johda hoito- ja hoivakustannusten kasvuun läheskään samassa suhteessa kuin ikääntyneiden määrää kasvaa, koska ikääntyneiden toimintakykyä voidaan parantaa⁷. Sosiaali- ja terveysmenojen kehityksestä sekä laitoshoidon myöhentymisestä kahdella vuodella tehdyt ennustelaskelmat osoittavat,

¹ Ilmakunnas (2009); ks. myös Valtioneuvoston kanslia (2009).

² Tilasto- ja indikaattoripankki SOTKANet 2005–2010.

³ Valtiovarainministeriö 2007.

⁴ Tilasto- ja indikaattoripankki SOTKANet 2005–2010.

⁵ Eläkkeet, terveydenhoito-, pitkäaikaishoito-, koulutus- ja työttömyysmenot.

⁶ Valtiovarainministeriö (2007), s. 12, 16. Kasvu koskee vuosien 2010–2030 välistä aikaa.

⁷ Valtioneuvoston kanslia (2009); Sosiaali- ja terveysministeriö (2010a).

että toimintakyvyn myönteisen kehityksen vaikutus kustannuskehitykseen voi olla jopa ikärakenteen muutosta suurempi⁸.

Vuonna 2008 vanhuusmenojen⁹ osuus sosiaalimenoista oli 33,6 prosenttia (16,3 mrd. euroa). Vanhuuteen liittyviä menoja sisältyy kuitenkin myös sairaus ja terveys -pääryhmään¹⁰. Tämän ryhmän menot olivat yhteensä 12,6 miljardia euroa, mikä oli runsas neljännes kaikista sosiaalimenoista vuonna 2008. Vanhuusmenoista palvelujen osuus on edelleen varsin vähäinen 11,6 prosenttia, vaikka esimerkiksi kunnissa sosiaali- ja terveys-toimen käyttömenoista vanhuspalvelumenot kasvoivat eniten vuosina 2005–2008; keskimäärin 4,6 prosenttia vuodessa¹¹. Niistä vanhusten laitoshoidon menojen osuus oli 39,3 prosenttia ja kotipalvelumenojen osuus oli 23,9 prosenttia.¹²

Vanhustenhuollon valtakunnallisista linjauksista kotona asumisen tukeminen, avopalvelujen ensisijaisuus sekä terveyden ja toimintakyvyn edistäminen ovat pysyneet samoina viimeiset 30 vuotta¹³. Näiden linjausten rinnalla on 2000-luvulla alettu painottaa entistä voimakkaammin myös riittävien palvelujen turvaamista, ikääntyneiden omien voimavarojen hyödyntämistä ja valinnanvapautta. Lisäksi nykyisessä hallitusohjelmassa korostetaan, että vanhustenhuollon palveluja uudistetaan erityisesti vahvistamalla kotihoitoa ja kehittämällä sitä tukevia palveluja.

Ikääntymisen aiheuttamaa voimavarojen tarpeen kasvua katsotaan voitavan hillitä palvelujen rakenteellisilla ja sisällöllisillä uudistuksilla, kuten siirtämällä painopistettä ehkäiseviin, hyvinvointia ja terveyttä edistäviin palveluihin, kuntoutuksella ja kotihoidon kehittämällä. Suomessa käynnissä olevista kehittämis- ja lainsäädäntöhankkeista palveluiden sisällöllistä uudistamista edustavat uusi terveydenhuoltolaki¹⁴, valtiovarain-

⁸ Valtioneuvoston kanslia (2009); Sosiaali- ja terveysministeriö (2003a).

⁹ Sosiaalimenot sisältävät eläkkeet ja vain sosiaalitoimen palvelut ikääntyneille.

¹⁰ Toimeentuloturvana maksettavat etuudet kattavat esimerkiksi tapaturma- ja liikennevakuutuksen päivärahat. Palveluina annettavat sosiaaliturvaetuudet kattavat perusterveydenhuollon avo- ja vuodeosastohoidon, erikoissairaanhoidon avo- ja vuodeosastohoidon, sairausvakuutuksen sairaanhoitokorvaukset, lakisääteiset liikenne- ja tapaturmavakuutuskorvaukset sekä Raha-automaattiyhdistyksen eri kansanterveysjärjestöille myöntämät tuet. Tämän pääryhmän menoja ei ole saatavissa ikäryhmittäin eriteltyinä.

¹¹ Vanhainkodit, kotihoito, palveluasuminen ja omaishoidon tuki. (Hujanen (2010), s. 1694).

¹² Sosiaalimenot ja rahoitus 2008 (2010).

¹³ Ks. esim. Rintala (2003).

¹⁴ Hallituksen esitys (90/2010) annettiin eduskunnalle 11.6.2010.

ministeriön Normitalkoot-hanke¹⁵, Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma (KASTE)¹⁶ sekä sosiaali- ja terveysministeriössä valmisteilla olevat uusi sosiaalihuoltolaki ja vanhuspalvelulaki¹⁷. Parashanke¹⁸ ja sosiaali- ja terveysministeriön asettama ikääntyneiden ympärivuorokautisen hoivan tai hoidon uudistamisen työryhmä¹⁹ puolestaan edustavat palveluiden sisällöllistä ja rakenteellista uudistamista.

Kotihoidon eli kotipalvelujen ja kotisairaanhoidon yhdistäminen uudeksi tehtäväksi on liitettävissä juuri pitkäaikaishoivan tai -hoidon uudelleen järjestämiseen. Kotihoidosta on tarkoitus muodostaa ympärivuorokautisesti pitkäaikaishoitoa tarjoava palvelumuoto, jolla korvataan vanhainkotipaikkojen ja terveyskeskusten vuodeosastopaikkojen vähennykset. Ideana on, että hoidon tarpeen kasvaessa ihminen ei siirry palveluuyksiköstä toiseen vaan palveluita siirretään ikäihmisten luo.²⁰ Kotihoidon muokkaaminen osin laitoshoidon korvaavaksi palveluksi merkitsee käytännössä sitä, että kotihoidon sisältö, tavoitteet ja kohteet ovat aivan erilaiset kuin nykyiseen sosiaalihuoltolakiin ja -asetukseen on kirjattu.

Huolimatta siitä, ettei kotihoitoa palveluna löydy sosiaali- ja terveystalveluja ohjaavasta lainsäädännöstä, on Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksessa²¹ valtakunnalliseksi tavoitteeksi asetettu, että vuoteen 2012 mennessä 75 vuotta täyttäneistä 13–14 prosenttia saa säännöllistä kotihoitoa²². Tilastot ikäihmisten palveluiden käytöstä kuitenkin osoittavat, että säännöllisen kotihoidon kattavuus on pysynyt lähes muuttumattomana koko 2000-luvun²³. Lisäksi tutkimuksissa on todettu, että noin yksi kolmasosa kokee jäävänsä vaille tarvitsemaansa apua tai saavansa sitä liian vähän²⁴.

Vanhustenhuollon voi katsoa edustavan sitä palvelusektoria, jossa tarpeet ovat voimakkaassa kasvussa mutta jossa ikääntyneille ei ole kuitenkaan määritelty vahvoja palveluoikeuksia eikä palvelujen saamisen perus-

¹⁵ Hankkeen toimikausi on 1.7.2009–30.12.2010.

¹⁶ Sosiaali- ja terveysministeriö (2008a).

¹⁷ Sosiaali- ja terveysministeriö (2009a).

¹⁸ Hanke päättyy 31.12.2012.

¹⁹ STM070:00/2009. Työryhmän toimikausi on 15.9.2009–30.9.2010.

²⁰ Sosiaali- ja terveysministeriö (2008b); Ks. myös HE 221/2004.

²¹ Sosiaali- ja terveysministeriö (2008c).

²² Säännöllisellä kotihoidon asiakkaalla tarkoitetaan henkilöä, joka saa vähintään kerran viikossa kotipalveluja, kotisairaanhoidon tai molempia tai hänellä on voimassa oleva hoito- ja palvelusuunnitelma. (HILMO (2009)).

Kaste-ohjelmassa säännöllisen kotihoidon kattavuustavoitteeksi on asetettu 14 prosenttia.

²³ Tilasto- ja indikaattoripankki SOTKANet 2005–2010.

²⁴ Valtioneuvoston kanslia (2009), s. 184.

teita ole yksiselitteisesti määritelty.²⁵ Ikääntyneiden oikeus saada sosiaali- huoltolain mukaisia palveluja perustuu yksilölliseen tarpeen arviointiin ja palveluiden järjestämiseksi varattujen määrärahojen suuruuteen. Lisäksi koska kotihoidon sisältöä ei ole lainsäädännöllä määritelty, saavat kunnat oman harkintansa mukaan päättää palvelun laajuudesta ja kohdentamisesta.

Kotihoidon järjestämisessä on siten kysymys kahdesta asiasta: Yhtäältä siitä, miten kansalaisille kyetään turvaamaan riittävät sosiaali- ja terveys- palvelut. Toisaalta kysymys on siitä, miten ikääntyneiden pitkäaikaishoito tai -hoiva kyetään ratkaisemaan sosiaalisesti ja taloudellisesti kestäväällä tavalla.

Politiikka-asiakirjat linjaavat kotihoidon kehittämisen painopisteiksi seuraavia asioita: palvelu perustuu kattavaan palvelutarpeen arviointiin, se tukee asiakkaan voimaantumista ja osallisuutta ja palveluja toteutetaan yhdellä kirjallisella hoito-, kuntoutus- tai palvelusuunnitelmalla. Lisäksi ikääntymispoliittisen strategian toimeenpano on kytkettävä kunnan talous- arvioon ja -suunnitelmaan.²⁶

Tässä tarkastuksessa selvitettiin, millainen tilanne kotihoidon käytännön työssä tällä hetkellä vallitsee. Tarkoituksena oli tutkia sitä, miten palvelu- tarpeen arviointi, hoito- ja palvelusuunnitelma ja kuntoutumista edistävän työtteen soveltaminen asiakastyössä toimivat. Tavoitteena oli myös tarkastella kotihoidon resurssiriittävyyttä, toisin sanoen sitä, ovatko kotihoidon määrärahat ja henkilöstö linjassa kotihoidolle asetettujen tavoitteiden kanssa. Tarkastus kohdistui säännöllisen kotihoidon piirissä olevien 75 vuotta täyttäneiden palveluiden saatavuuden selvittämiseen.

²⁵ Heikkilä (2005), s. 35.

²⁶ Sosiaali- ja terveysministeriö (2008a);(2008c).

2 Tarkastusasetelma

2.1 Kotihoidon organisointi ja lainsäädännöllinen perusta

Nykytilanne

Suomessa ei ole erillistä lakia vanhuspalveluista, mutta hallitus ilmoitti 29.9.2009 antamassaan välikysymysvastauksessa, että se käynnistää vanhuspalvelulain valmistelun. Hallitus myös ilmoitti, että luonnos vanhuspalveluista annettavaksi laiksi valmistuu kevääksi 2011.²⁷

Näyttää kuitenkin siltä, ettei lain säätämisen tarpeellisuudesta vallitse yksimielisyyttä. Nimittäin sosiaalihuollon lainsäädännön uudistamista valmisteleva työryhmä on antamassaan väliraportissa linjannut, että sosiaalihuoltolakia tulee uudistaa siten, että sillä vastaisuudessa pystytään vastaamaan henkilön yleisten sosiaalipalvelujen tarpeeseen vauvaiästä vanhuuteen. Työryhmän näkemyksen mukaan ikääntyneitä koskeva erillislaki voi muodostua ongelmalliseksi, koska se saattaa asettaa toimintakyvyltään rajoittuneet henkilöt epätasa-arvoiseen asemaan heidän ikänsä mukaan.²⁸

Perustuslain 19 § turvaa jokaiselle oikeuden välttämättömään toimeentuloon ja huolenpitoon ja asettaa julkiselle vallalle velvoitteen riittävien sosiaali- ja terveystalvelujen järjestämiseen. Säännös velvoittaa julkista valtaa myös edistämään väestön terveyttä. Sosiaalihuoltolailalla (710/1982) ja kansanterveyslailalla (66/1972) riittävien sosiaali- ja terveystalvelujen järjestäminen on säädetty kuuluvaksi kunnalle. Perustuslain 6 § puolestaan turvaa jokaiselle yhdenvertaisen kohtelun riippumatta esimerkiksi heidän terveydentilastaan tai iästään.

²⁷ [www.vn.fi<välikysymykset](http://www.vn.fi/välikysymykset).

²⁸ *Sosiaali- ja terveysministeriö (2010b)*.

2.1.1 Kotihoidon organisointi

Kotihoito

Kotihoidolla tarkoitetaan toimintaa, jossa kotisairaanhoidon ja kotipalvelujen toiminnot on yhdistetty uudeksi palvelumuodoksi. Kotihoidon sisällystöstä on säädetty sosiaalihuoltolaissa, kansanterveyslaissa ja sosiaalihuoltoasetuksessa (607/1983). Kotihoito muodostuu sosiaalihuoltolain 20 §:n ja sosiaalihuoltoasetuksen 9 §:n mukaisista kotipalveluista ja kansanterveyslain 14 §:n 1 momentin 2 kohtaan sisältyvästä kotisairaanhoidosta.

Kotipalveluilla tarkoitetaan kodinhoitoapua ja tukipalveluita. Kodinhoitoapu on kodissa tapahtuvaa yksilön ja perheen työapua, henkilökohtaista huolenpitoa ja tukemista. Tukipalveluita ovat puolestaan ateriat-, vaatehuolto-, kylvytys-, siivous-, kuljetus-, saattaja- sekä sosiaalista kanssakäymistä edistävät palvelut. Kotisairaanhoidolla tarkoitetaan perusterveydenhuollossa toteutettuja avosairaanhoidon palveluja, kuten verenpaineen ja -sokerin mittausta, lääkkeen jakoa dosettiin tai tikkien poistoa.

Vaikka kotihoidolla palveluna ei ole lainsäädännöllistä perustaa, toisin sanoen sitä ei palvelumuotona löydy kansanterveyslaista eikä sosiaalihuoltolaista, edellä mainitut lait kuitenkin ohjaavat sen järjestämistä. Tämä saattoi vaikuttaa siihen, ettei hallituksen esityksessä eduskunnalle laeiksi sosiaalihuoltolain ja kansanterveyslain väliaikaisesta muuttamisesta kotihoitoa mielletty uudeksi tehtäväalueeksi tai palveluksi²⁹.

Suunnittelu, ohjaus ja valvonta

Sosiaalihuoltolain ja kansanterveyslain mukaan kotipalvelujen ja kotisairaanhoidon yleinen suunnittelu, ohjaus ja valvonta kuuluvat sosiaali- ja terveystieteiden ministeriölle. Viimeisten runsaan 15 vuoden aikana ohjaus on toteutettu ensisijaisesti informaatio-ohjauksena lukuun ottamatta vuonna 2005 voimaan tullutta hoitotakuuta³⁰ ja vuonna 2006 voimaan tullutta ns. hoiva-takuuta³¹.

²⁹ HE 221/2004.

³⁰ Kansanterveyslain (66/72) 15 b § nojalla palvelutarve on arvioitava kolmessa arkipäivässä siitä, kun asiakas on ottanut yhteyttä terveyskeskukseen.

³¹ Sosiaalihuoltolaki (710/1982) 40 a §. Hoivatakuulla tarkoitetaan sitä, että kaikilla 75 vuotta täyttäneillä ja Kelan eläkkeensaajan hoitotukea saavilla henkilöillä on oikeus päästä sosiaalipalvelujen tarpeen arviointiin seitsemän arkipäivän kuluessa siitä, kun asiakas itse tai joku muu on ottanut yhteyttä sosiaalipalveluista vastaavaan kunnan viranomaiseen. Lain tullessa voimaan maaliskuussa 2006 ikäraja oli 80 vuotta. Ikäraja laski 75 vuoteen vuoden 2009 alussa [L 751/2008].

Ministeriö on antanut yhdessä Suomen Kuntaliiton kanssa kaksi ikäihmisten palveluja koskevaa laatusuositusta³² sekä ohjeistanut ja opastanut, miten palvelutarpeen arviointi tulisi sosiaalihuollossa toteuttaa³³. Kotihoitoa koskevia linjauksia on esitetty myös Sosiaali- ja terveystieteiden strategiat 2015 -asiakirjassa³⁴, Hyvinvointi 2015 -ohjelmassa³⁵, Ikäneuvotyöryhmän muistiossa³⁶ ja Ikääntyneiden palveluiden uudet konseptit -selvityksessä³⁷. Niin ikään ministeriö on ohjannut kuntien vanhustyötä sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämishankkeisiin myöntämällä valtionavustuksilla.

Aluetasolla kuntien ja kuntayhtymien järjestämien sosiaali- ja terveyspalvelujen toimeenpano, ohjaus ja valvonta kuuluvat kuudelle aluehallintovirastolle. Lisäksi virastoille kuuluu peruspalvelujen alueellisen saataavuuden arviointi.³⁸

Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirastolle (Valvira) kuuluu sosiaali- ja terveysministeriön alaisena keskusvirastona ohjata aluehallintovirastojen toimintaa, jotta niiden toimintaperiaatteet, menettelytavat ja ratkaisukäytännöt ovat yhdenmukaiset sosiaali- ja terveyspalvelujen valvonnassa. Valviran kuuluu ohjata ja valvoa sosiaali- ja terveyspalveluja erityisesti silloin, kun kysymys on usean aluehallintoviraston toimialuetta tai koko maata koskevasta asiasta tai kyse on periaatteellisesti tärkeästä tai laajakantoisesta asiasta.³⁹

Yksityisten sosiaali- ja terveyspalvelutuottajien toimintaa valvotaan yksityisten sosiaalipalvelujen valvonnasta annetulla lailla (603/1996) ja lailla yksityisestä terveydenhuollosta (152/1990). Yksityisten sosiaali- ja terveyspalvelutuottajien valvonta kuuluu asianomaiselle aluehallintovirastolle sekä sille kunnalle, jossa palveluja annetaan.

Järjestäminen

Kotisairaanhoidon kuuluu kansanterveystalain ja kotipalvelut puolestaan sosiaalihuoltolain mukaisesti kunnan järjestettäväksi. Sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionavustuksesta (733/1992) annetun lain

³² *Sosiaali- ja terveysministeriö (2001a; 2008c)*

³³ *Sosiaali- ja terveysministeriö (2006a); Päivärinta & Haverinen (2002).*

³⁴ *Sosiaali- ja terveysministeriö (2006b).*

³⁵ *Sosiaali- ja terveysministeriö (2007).*

³⁶ *Sosiaali- ja terveysministeriö (2009a).*

³⁷ *Sosiaali- ja terveysministeriö (2008b).*

³⁸ *Laki aluehallintovirastoista 896/2009 4 §.*

³⁹ *L 603/1996 8 § L 152/1990 13 §.*

mukaan kunta voi hoitaa sille määrätyt tehtävät itse, järjestää niitä yhteistoiminnassa muiden kuntien kanssa sekä ostaa palveluja myös muilta julkisilta tai yksityisiltä palvelujen tuottajilta tai antaa palvelunkäyttäjälle palvelusetelin. Palveluseteliä koskevat yleisemmät järjestämistapaa koskevat säännökset sisältyvät sosiaali- ja terveydenhuollon palvelusetelistä annettuun lakiin (569/2009).

Rahoitus

Kuntien sosiaali- ja terveystalvveluja rahoittavat valtio, kunnat ja asiakkaat. Valtio osallistuu kotihoidon rahoittamiseen sosiaali- ja terveydenhuollon käyttökustannuksiin osoittamalla valtiosuuksilla. Vuonna 2009 sosiaali- ja terveydenhuollon käyttökustannuksiin osoitetut valtiosuudet (momentti 33.60.30) olivat yhteensä 5,6 miljardia euroa, ja ne kattoivat noin 35 prosenttia kuntien lakisääteisistä menoista⁴⁰. Esimerkiksi vuoden 2010 talousarvioesityksessä vielä esitettiin, että kuntien peruspalvelujen valtiosuutta lisätään hallitusohjelman mukaisesti 21,25 miljoonalla eurolla, ja korostus kohdistetaan muun muassa perusterveydenhuollon ja ikäihmisten palvelujen kehittämiseen⁴¹. Vuoden 2011 talousarvioesityksessä sen sijaan esitetään, että 21,25 miljoonan euron lisäys kuntien peruspalvelujen valtiosuuteen kohdennetaan muun muassa terveydenhuoltolain toimeenpanoon ja lapsiperheiden kotipalvelujen vahvistamiseen⁴².

Valtio osallistuu niin ikään kotihoidon rahoittamiseen ns. kotitalousvähennyksellä⁴³. Kuntien lakisääteisiä sosiaali- ja terveystalvmenoja rahoitetaan myös asiakasmaksuilla. Vuonna 2008 niillä katettiin noin kahdeksan prosenttia sosiaali- ja terveystalvmenoista⁴⁴. Kunnat rahoittavat jäljelle jäävän osuuden, joka vuonna 2008 oli hieman alle 60 prosenttia⁴⁵.

Asiakasmaksujen osuus vaihtelee kuitenkin eri palveluissa. Vanhuspalveluissa asiakasmaksujen osuus on lähes viidesosa ja lasten päivähoitossa kuudesosa. Vuonna 2005 vanhainkotihoidossa asiakasmaksujen osuus oli 19 prosenttia, kotipalveluissa 16 prosenttia⁴⁶ ja muissa palveluissa 17

⁴⁰ Valtiovarainministeriö (2010); Sosiaali- ja terveystalvministeriö (2010b).

⁴¹ HE 138/2009 vp.

⁴² HE 126/2010 vp.

⁴³ L 1535/1992 127 a §.

⁴⁴ www.kunnat.net/sosiaali- ja terveystalv/asiakasmaksut.

⁴⁵ Sosiaali- ja terveystalvministeriö (2010b), 25.

⁴⁶ Vuonna 2008 asiakasmaksujen osuus kotipalveluissa oli 15,5 % (www.kunnat.net/fi).

prosenttia⁴⁷. Terveysthuollossa asiakasmaksujen osuus vaihtelee kahdesta viiteen prosenttiin lukuun ottamatta hammashoitoa, jossa asiakasmaksujen osuus on yli 20 prosenttia.⁴⁸

2.1.2 Kotihoitoa ohjaava lainsäädäntö

Kotihoitoa ohjaavasta lainsäädännöstä tarkastellaan seuraavaksi vain niitä lakeja, jotka ovat tarkastuskysymysten näkökulmasta olennaisimpia.

Asiakas- ja potilaslait

Asiakas⁴⁹- ja potilaslaeissa⁵⁰ säädellään asiakkaan osallistumiseen, kohteluun ja oikeusturvaan liittyvistä periaatteista. Niiden mukaan asiakkaalla on oikeus saada sosiaali- ja terveydenhuollon toteuttajalta laadultaan hyvää sosiaali- ja terveydenhuoltoa ja hyvää kohtelua ilman syrjintää. Asiakaslaissa korostetaan myös, että palvelua toteutettaessa on otettava huomioon asiakkaan toivomukset ja mielipide ja kunnioitettava hänen itsemääräämisoikeuttaan (8 §). Samassa pykälässä korostetaan niin ikään, että asiakkaalle on annettava mahdollisuus osallistua ja vaikuttaa palvelujensa suunnitteluun ja toteuttamiseen. Potilaslain 3 §:ssä asiakkaiden toivomusten ja mielipiteiden huomioon ottamista eli asiakaslähtöisyyttä on rajattu. Vaikka jokaisella Suomessa asuvalla on oikeus saada terveyden- ja sairaanhoitoa, ei hänellä ole kuitenkaan oikeutta saada mitä tahansa haluaansa hoitoa vaan sellaista hoitoa, jota terveydenhuollon on mahdollista antaa käytettävissä olevien voimavarojen rajoissa.

Sekä asiakas- että potilaslaissa korostetaan yksilöiden tiedonsaantioikeutta. Asiakaslakiin on kirjattu, että sosiaalihuollon henkilöstön on selvitettävä asiakkaalle hänen oikeutensa ja velvollisuutensa sekä erilaiset toimenpidevaihtoehdot ja niiden vaikutukset siten, että asiakas riittävästi ymmärtää selvityksen sisällön ja merkityksen. Potilaslaissa sama asia on sanottu siten, että potilaalle on annettava selvitys hänen terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehdoista ja niiden vaikutuksista sekä muista hänen hoitoonsa liittyvistä seikoista, joilla on merkitystä päättäessä hänen hoidostaan. Myös potilaslaissa korostetaan, että selvitys on annettava siten, että potilas riittävästi ymmärtää sen sisällön.

⁴⁷ *Ikääntyneiden sosiaali- ja terveyspalvelut 2005 (2007)*, s. 85.

⁴⁸ *Sosiaali- ja terveysministeriö (2010b)*, s. 25.

⁴⁹ *Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2000*.

⁵⁰ *Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992*.

Asiakaslain mukaan sosiaalihuoltoa toteutettaessa henkilölle on myös laadittava palvelu-, hoito-, kuntoutus- tai muu vastaava suunnitelma, jolle kyseessä ole tilapäinen neuvonta tai ohjaus tai suunnitelman laatiminen on muutoin ilmeisen tarpeetonta. Suunnitelma on myös laadittava yhteisymmärryksessä asiakkaan kanssa. (7 §.) Jos asiakas ei kuitenkaan sairauden, henkisen toimintakyvyn vajavuuden tai muun vastaavan syyn vuoksi pysty osallistumaan ja vaikuttamaan palveluidensa suunnitteluun ja toteuttamiseen tai ymmärtämään ehdotettuja vaihtoehtoja ja päätösten vaikutuksia, on sosiaalihuollon selvittävä asiakkaan tahtoa hänen laillisen edustajansa, omaisen tai muun läheisen henkilön kanssa (10 §). Potilaslain 6 pykälässä samasta asiasta on säädetty siten, että jos potilas ei mielenterveydenhäiriön, kehitysvammaisuuden tai jonkin muun syyn nojalla pysty päättämään hoidostaan, on potilaan laillista edustajaa, lähiomaista tai muuta läheistä kuultava, jotta voitaisiin päättää sellaisesta hoidosta, joka parhaiten vastaisi potilaan tahtoa. Jos taas potilaan tahdosta ei saada selvitystä, on potilasta hoidettava tavalla, jota voidaan pitää hänen henkilökohtaisen etunsa mukaisena.

Potilaslaissa yksilöllistä suunnitelmaa koskeva säännös sisältyy 4 a §:ään, jonka mukaan terveyden- ja sairaanhoitoa toteutettaessa on tarvittaessa laadittava tutkimusta, hoitoa, lääkinnällistä kuntoutusta tai muuta vastaavaa tilannetta koskeva suunnitelma. Samoin potilaslaissa korostetaan, että suunnitelma on laadittava yhteisymmärryksessä potilaan, hänen omaisensa, läheistensä tai hänen laillisen edustajansa kanssa.

Toisin kuin potilaslaissa asiakaslaissa ei ole säännöksiä siitä, mitä hoito- ja palvelusuunnitelmaan pitäisi kirjata. Potilaslain 4 a §:n mukaan suunnitelmasta on ilmentävä potilaan hoidon järjestäminen ja toteuttamisaikataulu. Saman lain 12 § 1 momentissa säädetään lisäksi, että potilasasiakirjoihin on merkittävä potilaan hoidon järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen ja seurannan kannalta tarpeelliset tiedot. Hoito- ja palvelusuunnitelman sisältöä ei ole kuitenkaan määritelty säädöksillä vaan informaatio-ohjauksella, kuten oppaalla Ikäihmisten hoito- ja palvelusuunnitelmasta⁵¹. Siinä on määritelty, että hoito- ja palvelusuunnitelmaan kirjataan seuraavia asioita: asiakkaan tarvitsemat palvelut ja hoito, niiden muoto ja kesto, suunnitelman tarkistamisen ja arvioinnin ajankohdat sekä asiakkaan kanssa suunnitellut tavoitteet. Suunnitelmaan kirjatut asiat näyttäisivät siten olevan hyvin samanlaisia kuin potilaslaki edellyttää potilasasiakirjoilta.

Myös laissa yksityisistä sosiaalipalveluntuottajista (603/1996 3 §) säädetään, että sosiaalipalvelujen on perustuttava hallintopäätökseen tai palveluntuottajan ja asiakkaan väliseen sopimukseen. Hallintopäätökseen tai

⁵¹ *Päivärinta & Haverinen (2002), 3, s. 13.*

sopimukseen voi tarvittaessa liittää palvelu-, hoito-, huolto-, kuntoutus- tai muun vastaavan suunnitelman, joka on laadittu yhdessä asiakkaan tai hänen edustajansa kanssa.

Asiakasmaksulainsäädäntö

Asiakas- ja potilaslakien lisäksi palvelujen toteuttamista koskevan suunnitelman laadinnasta on säädelty myös sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuja koskevassa laissa⁵² ja sitä koskevassa asetuksessa⁵³. Asetuksen 3 pykälään on kirjattu, että kotona annettavista palveluista on laadittava yhdessä palvelun käyttäjän kanssa palvelu- ja hoitosuunnitelma. Suunnitelma on edellytys sille, että jatkuvasti ja säännöllisesti annetusta kotipalvelusta, kotisairaanhoidosta tai molemmista voidaan periä asetuksen mukainen asiakasmaksu. Pykälässä säädetään myös, että suunnitelmaa on päivitettävä palvelutarpeen muuttuessa.

Asiakasmaksuja koskevassa asetuksessa asiakasmaksujen suuruudesta sanotaan, että jatkuvasti ja säännöllisesti annetusta kotisairaanhoidoista ja kotipalvelusta voidaan periä palvelun laadun ja määrän, palvelun käyttäjän tulotason ja perheen koon mukaan määräytyvä kohtuullinen kuukausimaksu (3 §). Asiakasmaksuja koskevan lain mukaan kunta voi myös jättää kokonaan perimättä asiakasmaksua tai alentaa sitä, jos maksun periminen vaarantaa henkilön toimeentulon edellytyksiä tai henkilön lakisääteisen elatusvelvollisuuden toteuttamista (11 §).

Asetuksella kuukausimaksulle on määritelty käyttäjän maksukyvyyn ja perheen koon mukaan tulorajat, joiden ylittävistä kuukausituloista maksua voidaan periä tietyn maksuprosentin verran. Asetuksessa on myös määriteltä, ettei kotona annettavasta palvelusta perittävä kuukausimaksu saa ylittää palvelun tuottamisesta aiheutuvia kustannuksia. (3 §.)

2.2 Tarkastuskysymykset ja -kriteerit

2.2.1 Tarkastuskysymykset

Valtiontalouden tarkastusviraston tarkastussuunnitelmassa vuosille 2009–2011⁵⁴ vanhuspalvelu on valittu aiheeksi, jota tulee tarkastella vaikutta-

⁵² *Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista 734/1992.*

⁵³ *Asetus sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista 912/1992.*

⁵⁴ *Valtiontalouden tarkastusvirasto (2009).*

vuuden näkökulmasta. Tässä tarkastuksessa vaikuttavuudella tarkoitettiin sellaista kotihoidon toimintaa, jolla voidaan saavuttaa yksilölliset ja yhteiskunnalliset tavoitteet. Tarkastuksessa pyrittiin siten selvittämään sitä, ovatko Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksessa⁵⁵ korostetut keinot sellaisia, jotka edistävät ikääntyneiden hoitamista kotonaan mahdollisimman pitkään.

Tarkastuksen tavoitteena oli tutkia siis sitä, miten kattava palvelutarpeen arviointi, hoito- ja palvelusuunnitelma ja kuntoutumista edistävän työotteiden käyttö toimivat kotihoidon käytännöissä. Lisäksi tavoitteena oli karotoittaa sitä, missä suhteessa kotihoidon resurssit ovat kotihoidolle asetettuihin tavoitteisiin nähden. Tarkastuksen pääkysymyksenä oli seuraava: *Ovatko keinot kotihoidolle asetettujen tavoitteiden saavuttamiseksi toimivia?* Tarkastuksen pääkysymys ryhmiteltiin neljään osakysymykseen, jotka jaoteltiin edelleen yksityiskohtaisempiin alakysymyksiin.

1. Miten kotihoidon resurssit ovat kehittyneet 2000-luvulla?

Tarkastuskysymyksellä selvitettiin lähinnä sitä, ovatko kotihoidolle asetetut tavoitteet ja niiden saavuttamiseksi annetut resurssit linjassa toisiinsa nähden.

1a. Onko kotihoidon määrärahamitoitus vastannut kunnassa esiintyvää tarvetta?

1b. Miten kotihoidon määrärahamitoituksessa on otettu huomioon kotihoidolle asetetut tavoitteet, ikäihmisten voimavarat ja kotihoitoa tukevat muut palvelut?

1c. Onko kotihoidolle asetetut tavoitteet kytketty talousarvioon ja sen konkreettiseen toimeenpanoon?

1d. Millaisia muutoksia kotihoidon henkilöstörakenteessa on tapahtunut?

2. Ovatko kotihoidon myöntämiskäytännöt yhdenmukaisia?

Tällä tarkastuskysymyksellä selvitettiin sitä, miten kunnat soveltavat ja tulkitsevat kotihoitoa koskevaa lainsäädäntöä ja toteutuuko siten julkisen vallan velvollisuus (PL 19.3) turvata jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut.

⁵⁵ *Sosiaali- ja terveysministeriö (2008c).*

- 2a. Millaisilla kriteereillä kotihoitoa myönnetään?
- 2b. Miten kunnat määrittelevät säännöllisen kotihoidon asiakkuuden?
- 2c. Mitä palveluja säännöllinen kotihoito sisältää?
- 2d. Mitkä kotihoitoon kuuluvista palveluista kuuluvat kunnan järjestettäväksi ja mitkä palvelut muiden tahojen tulisi tuottaa?
- 2e. Miten kotihoidossa määritellään palveluiden riittävyys?
- 2f. Saavatko kaikki apua tarvitsevat kotihoidon palveluja?

3. Miten kotihoidossa hoito- ja palvelusuunnitelma ja kuntouttava työote toimivat?

Tällä tarkastuskysymyksellä puolestaan selvitettiin hoito- ja palvelusuunnitelmaan ja kuntouttavaan työotteeseen liitettyjen oletusten toteutumista. Kuntouttavan työotteen on oletettu olevan keino, jolla ikääntyneiden laitokseen siirtämistä voidaan joko myöhentää tai ehkäistä kokonaan. Hoito- ja palvelusuunnitelman on puolestaan katsottu olevan väline, jonka avulla esimerkiksi toteutetaan eri toimijoiden välinen saumaton yhteistyö ja edistetään yhteisen hoitotavaksi muodostumista.

- 3a. Miten kuntouttavaa työotetta sovelletaan yksittäisissä palveluissa?
- 3b. Mitä kuntouttavan työotteen käyttö asiakastyössä edellyttää?
- 3c. Miten kunta on varmistanut, että kuntouttavaa työotetta sovelletaan myös ostopalveluissa ja palvelusetelillä tuotetuissa palveluissa?
- 3d. Millainen on hoito- ja palvelusuunnitelman laadintaprosessi?
- 3e. Miten ikääntyneiden palvelutarvetta arvioidaan?
- 3f. Millaisia tavoitteita hoito- ja palvelusuunnitelmaan kirjataan?

4. Onko kotihoito kyennyt ehkäisemään ikääntyneiden laitokseen siirtämistä?

Tällä tarkastuskysymyksellä selvitettiin sitä, millaisia seurauksia kotihoidon resursoinnilla ja kotihoidossa käyttöön otetuilla toimintatavoilla on ollut. Kysymyksillä pyrittiin selvittämään sitä, miten kotihoidon muuttaminen pitkäaikaishoitoa antavaksi palvelumuodoksi näkyy kotihoidon käytännön työtä kuvaavissa tilastoissa.

- 4a. Millaisia muutoksia kotihoidon asiakasrakenteessa on tapahtunut?
- 4b. Millaisia muutoksia kotihoidon asiakaskäynneissä on tapahtunut?
- 4c. Onko palveluja lisätty avuntarpeen kasvaessa?

2.2.2 Tarkastuskriteerit

Päätarkastuskysymykseen saatuja vastauksia arvioitiin kolmella tarkastuskriteerillä – yhdenvertaisuudella, riittävyydellä ja voimavaralähtöisyydellä.

Yhdenvertainen kohtelu

Perustuslain 6.1 §:n mukaan "ihmiset ovat yhdenvertaisia lain edessä", ja tätä täydentää 6.2 § syrjintäkielto: "ketään ei saa ilman hyväksyttävää perustetta asettaa eri asemaan sukupuolen, iän, alkuperän, kielen, uskonnon, vakaumuksen, mielipiteen, terveydentilan, vammaisuuden tai muun henkilöön liittyvän syyn perusteella". Perustuslain 6 §:n mukaan yhdenvertaisella kohtelulla tarkoitetaan muodollisen yhdenvertaisuuden ohella myös tosiasiallisen tasa-arvon toteuttamista⁵⁶. Perustuslakivaliokunnan tulkinnan mukaan pyrkimys tosiasialliseen yhdenvertaisuuteen eli sosiaalisesti heikompiosaisten aseman parantamiseen, voi joissakin rajoissa oikeuttaa poikkeamaan muodollisesta yhdenvertaisuudesta. Yhdenvertaisuusperiaate ei siten edellytä kaikkien kansalaisten kaikissa suhteissa samanlaista kohtelua, elleivät asiaan vaikuttavat olosuhteet ole samanlaisia.⁵⁷

Tässä tarkastuksessa yhdenvertaisuuskriteeriä käytettiin arvioitaessa osakysymystä 2, joka liittyi palveluiden sisältöön, saatavuuteen ja asiakasmaksuihin. Kotihoidossa asiakkaiden yhdenvertaisuuden tulkittiin toteutuvan, jos säännöllistä kotihoitoa myönnetään samanlaisilla kriteereillä, säännöllinen kotihoito koostuu samoista palveluista ja asiakasmaksut määritellään yhdenmukaisesti.

Riittävyys

Tarkastuksen toisena tarkastuskriteerinä käytettiin riittävyyttä. Kriteeriä käytettiin lähinnä arvioitaessa osakysymystä 1, joka liittyi kotihoidon resurssien kehittymiseen. Lisäksi kriteerillä arvioitiin kysymyksiä 2e ja 2f.

Kuntalain (365/1995) 65.2 §:n mukaan talousarvio ja -suunnitelma on laadittava siten, että edellytykset kunnan tehtävien hoitamisen turvataan. Sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuudesta annetun lain (733/1992) 3 pykälän mukaan kunnan on osoitettava määrärahoja kaikkiin lakisääteisiin, sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuuden perusteena oleviin, sosiaali- ja terveydenhuollon palveluihin.

⁵⁶ HE 309/1993 vp.

⁵⁷ Tuori & Kotkas (2008), s. 199–200.

Kotihoidon resurssien riittävyys liittyy myös perustuslain 19.3 §:ään, jonka mukaan *"julkisen vallan on turvattava, sen mukaan kuin lailla tarkemmin säädetään, jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut"*. Vaikka säännös velvoittaa lainsäätäjän säätämään lailla riittävien sosiaali- ja terveyspalvelujen toteuttamisesta tarkemmin, on sosiaalihuolto- ja kansanterveyslailla sekä sosiaalihuoltoasetuksella säädetty vain ne palvelut, jotka kunnan tulee järjestää. Kunnalla puolestaan on vastuu selvittää tarvittavien palvelujen sisältö ja laajuus⁵⁸.

Perustuslain 19.3 §:ssä ilmaistu "jokaiselle" viittaa palveluiden yksilökohtaisuuteen, jolloin kunnan velvollisuus riittävien sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämiseen edellyttää yksilöllisen tarpeen huomioimista palveluita myönnettäessä. Tällöin kunnalla on laaja harkintamahdollisuus sen suhteen, mitä palveluja se tarjoaa ja minkä verran se niitä myöntää.⁵⁹

Tarkastuksessa kotihoidon resurssien tulkittiin kehittyneen riittävästi, jos kunnissa kotihoidon palvelut oli järjestetty sisällöltään ja laajuudeltaan sellaisina, kuin kunnissa esiintyvä tarve oli edellyttänyt⁶⁰.

Voimavaralähtöisyys

Tarkastuksen kolmantena tarkastuskriteerinä oli voimavaralähtöisyys, jota käytettiin arvioitaessa osakysymystä 3. Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksessa vuodelta 2008 korostetaan, että ihmisarvoisen vanhuuden turvaavia eettisiä periaatteita on muun muassa voimavaralähtöisyys. Suosituksessa voimavaralähtöisyys yhdistetään ikäihmisten hyvinvoinnin turvaamiseen.

Voimavaralähtöisyyden tarkempi määrittely on löydettävissä Sosiaali- ja terveysministeriön toimintakyvyn arviointia sosiaalihuollossa koskevassa ohjeessa⁶¹. Siinä voimavaralähtöisyydellä tarkoitetaan sitä, että huomiota kiinnitetään ihmisen jäljellä olevaan fyysiseen, psyykkiseen, kognitiiviseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn. Voimavaroihin sisällytetään myös ikäihmisen tulot ja varallisuus, ympäristötekijät, kuten asunnon varustetaso ja asuinympäristön esteettömyys, samoin kuin omaiset, läheiset ja muu lähiyhteisö. Voimavaralähtöisyys perustuu ajatukseen siitä, että määrittämällä ja vahvistamalla ihmisten omia voimavaroja voidaan vaikuttaa

⁵⁸ Ks. Eduskunnan oikeusasiamiehen kertomus vuodelta 2009 (2010), s. 64.

⁵⁹ *Rakenteet, avuttomuus ja lainsäädäntö* (2009), s. 101–102.

⁶⁰ *Ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskevassa laatusuosituksessa vuodelta 2001 on määritelty tekijöitä, joiden perustalta paikallista tarvetta tuli arvioida. Ks. tarkemmin alaluku 3.3.1, määrärahamitoituksen arviointiperusteet.*

⁶¹ *Sosiaali- ja terveysministeriö* (2006a).

sosiaali- ja terveystalvelujen tarpeeseen. Tarkastuksessa voimavaralähtöisyyden katsottiin toteutuneen, jos kunnat myöntäessään ja tuottaessaan kotihoitoa olivat ottaneet huomioon asiakkaiden voimavarat.

2.2.3 Tarkastuksen rajaukset

Tarkastuksessa kotihoidon keinojen toimivuutta suhteessa kotihoidolle asetettuun tavoitteeseen tutkittiin *sosiaali- ja perusterveydenhuollossa*. Aihetta selvitettiin 75 vuotta täyttäneiden näkökulmasta, koska sosiaalipoliittisissa asiakirjoissa, tilastoissa ja tutkimuksissa 75 ikävuotta on määritetty vanhuuden alkamiseksi. Tarkastuksessa huomio oli ennen kaikkea kotihoidon saatavuudessa ja palveluiden käytännön toteuttamisessa, ei niinkään yksittäisissä palveluissa tai niiden tuottamistavoissa. Tarkastuksen ulkopuolelle rajattiin muut kotona asumista tukevat palvelut, muut perusterveydenhuollon avo- ja laitospalvelut, erikoissairaanhoidon avo- ja laitospalvelut sekä kuntoutus.

Tarkastuksen ulkopuolelle rajattiin myös yksityinen sektori huolimatta siitä, että yksityisten tuottamista sosiaalipalveluista kotipalvelut muodostivat vuonna 2008 kolmanneksi suurimman toimialan.⁶² Tarkastuksen kohdentamista vain kuntasektoriin puolsi lisäksi se, että sosiaali- ja terveysministeriön ikäihmisten palvelujen kehittämistä koskeva suora ohjaus kohdistuu edelleen ennen kaikkea kunnallisiin toimijoihin.

Tarkastuksen ulkopuolelle rajattiin niin ikään kotihoidon asiakkaiden näkemykset saamastaan palvelusta. Sen sijaan asiakkaiden näkemyksiä kotihoidon riittävydestä edustivat kuntien kotihoitoa koskevat asiakas-tyytyväisyyskyselyjen tulokset.

Tarkastuksessa ei arvioitu sitä, millainen kotihoidon henkilöstömitoituksen tulisi olla. Tarkastuksessa ei myöskään otettu kantaa siihen, onko kotihoito kustannuksiltaan halvempaa tai kalliimpaa kuin laitoshoido. Niin ikään käsitystä siitä, mitä palveluja kotihoidon pitäisi sisältää, ei esitetty.

2.2.4 Tarkastuksen aineistot ja menetelmät

Tarkastuksessa kerättiin tietoa yhdeksästä kunnasta, ja niiden valintaa ohjasi olemassa oleva tutkimustieto ja säännölliselle kotihoidolle asetettu kattavuustavoite. Tarkastukseen valittiin kolme suurta kaupunkia, kolme kaupungin läheisen maaseudun kuntaa ja kolme ydin- tai harvaan asuttua maaseutua, koska vanhustenhuollon palvelurakenteissa ja palvelujen kattavuudessa

⁶² *Yksityiset sosiaalipalvelut 2008 (2009)*.

on todettu olevan alueellisia eroja⁶³. Tarkastuskunnista viidessä ei ollut saavutettu vuonna 2008 säännölliselle kotihoidolle asetettua 13–14 prosentin kattavuustavoitetta; neljässä kunnassa oli. Tarkastuskunnista kaksi kolmasosaa sijaitsi Etelä-Suomessa. Muut kunnat sijaitsivat Pohjois-Suomessa. Tarkastuskuntien väestöstä 75 vuotta täyttäneiden osuus vaihteli 3,5 prosentista 12,3 prosenttiin vuonna 2008.

Tarkastuksen keskeisimmät aineistot muodostuivat haastatteluista, hoitoilmoitustietokannoista poimituista aineistoista, tarkastuskuntien talousarvioista ja niiden toimeenpanosuunnitelmista, kuntien ikääntymispoliittisista strategioista sekä tarkastuskunnilta pyydytyistä aineistoista. Näiden lisäksi tarkastuksessa käytettiin tausta-aineistona ikääntyneiden palveluja ja niiden käyttöä koskevia tilastoja, tutkimuksia, selvityksiä sekä suosituksia ja oppaita.

Haastatteluaineisto kerättiin syksyllä 2009 ja viimeiset tarkastushaastattelut tehtiin tammikuussa 2010. Kunta-aineisto kerättiin haastattelemalla hallinnon edustajia (kotihoidosta tai vanhustyöstä vastaavia johtajia) ja käytännön hoitotyötä lähempänä olevia esimiehiä, kuten kotihoidon ohjaajia ja palveluohjaajia.

Haastatteluja ja haastateltavia oli yhteensä 20. Haastattelut olivat kaikki yksilöhaastatteluja lukuun ottamatta yhtä haastattelua. Haastateltaville lähetettiin kotihoitoa koskevat kysymykset etukäteen, jotka vaihtelivat hie-man haastateltavan mukaan. Haastattelut nauhoitettiin ja litteroitiin.

Ylimmän johdon haastatteluilla kerättiin tietoa kotihoidon organisoinnista, palveluista, määrärahoista, henkilöstöstä, resurssien riittävydestä, kotihoidon tavoitteista ja niiden kytkemisestä talousarvioon, julkisen vallan ja yksilön vastuusta sekä kuntouttavasta työotteesta, tavoitteiden seuraamisesta ja kotihoidon kriteereistä.

Kotihoidon ohjaajilta kerättiin tietoa toimintakykymittareista, palveluiden myöntämiskäytännöistä, palvelutarpeen käytännön toteuttamisesta, näkemyksistä julkisen ja yksityisen vallan vastuusta palveluiden järjestämisessä, vanhusten voimavarojen huomioon ottamisesta sekä kuntoutumista edistävän työotteen käytöstä, hoito- ja palvelusuunnitelmasta ja kotihoidon palveluista.

Lisäksi yhden tarkastuskunnan tilaaja-organisaation edustajalle lähetettiin *erillinen kysely*, jossa tiedusteltiin kotihoidon määrärahoista, myöntämiskäytännöistä sekä palveluiden organisoinnista ja toteutuksesta.

Tilastoaineistona käytettiin Terveyden- ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) hallinnoimasta kotihoidon asiakaslaskenta aineistosta poimittua koko maata ja yksittäisiä tarkastuskuntia koskevia tietoja. Tiedot kattoivat

⁶³ Ks. *Vaarama (toim.)*(2009), s. 186.

vuodet 1995 (vertailukelpoinen myöhempien vuosien kanssa) – 2009 ja ne koskivat 75 vuotta täyttäneitä.

Kotihoidon asiakaslaskenta-aineistosta muodostettiin myös *erillisaineisto*. Aineisto sisälsi kaikki 75 vuotta täyttäneet asiakkaat, jotka olivat saaneet säännöllistä kotihoitoa jokaisena laskentavuotena vuosien 2001–2008 välisenä aikana. Aineistolla pyrittiin selvittämään palveluiden piirissä olon keskimääräistä aikaa ja palveluiden määrän ja toimintakyvyn välistä suhdetta.

Kotihoidon laskenta-aineisto sisältää tietoja 30.11. säännöllisen kotihoidon piirissä olleiden asiakkaiden määrästä, kotihoidon tukipalveluja saaneista ja omaishoidon tuen saajista. Kotihoidon asiakaslaskenta on tehty joka toinen vuosi (parittomina vuosina, 1999, 2001, 2003, 2004, 2005) vuoteen 2005 asti. Vuodesta 2007 asiakaslaskenta on tehty vuosittain marraskuussa. Lukuihin sisältyvät kuntien, kuntayhtymien ja yksityisten palveluntuottajien asiakkaat. Laskentatiedot sisältävät asiakkaat, joilla on laskentapäivänä voimassa oleva palvelu- ja hoitosuunnitelma tai jotka saavat muuten säännöllisesti vähintään kerran viikossa kotipalvelua, kotisairaanhoidoa tai päiväsaaraalpalveluja. Tietoihin sisältyvät myös säännöllisten palvelujen piirissä olevat asiakkaat, vaikka he eivät saisikaan palveluja juuri laskentapäivänä. Sen sijaan asumispalvelujen piirissä olevat asiakkaat, vaikka heillä olisi voimassa oleva palvelu- ja hoitosuunnitelma, eivät sisälly lukuihin. Tarkastuksen näkökulmasta oli pulmallista, ettei rekisteristä ollut mahdollista saada erikseen ainoastaan kotihoidon tukipalveluita saavia asiakkaita.

Kotihoidon laskenta-aineiston, sosiaalihuollon hoitoilmoitusrekisterin ja terveydenhuollon hoitoilmoitusrekisterin aineistoja yhdistämällä muodostettiin myös toinen *erillisaineisto*. Aineisto kattoi sekä vuonna 2001 että vuonna 2008 säännöllisen kotihoidon piirissä olevat asiakkaat. Aineistolla pyrittiin selvittämään muun muassa annettujen tukipalvelujen ja asiakaskäyntien kehitystä. Tilastoaineistojen analyysimenetelminä käytettiin ristiintaulukointia ja frekvenssijakaumia.

Tilastoaineistona käytettiin myös tilasto- ja indikaattoripankki SOTKANetistä (www.sotkanet.fi) poimittuja tietoja. SOTKANetin tietoja hyödynnettiin lähinnä kuvattaessa kotihoidon palvelujen saatavuutta ja palvelujen kehittymistä.

Säännöllisen kotihoidon asiakkaiden mielipiteitä kotihoidosta tarkasteltiin kotihoitoa koskevilla *asiakastyytyväisyyskyselyillä*, jotka saatiin tarkastuskunnista. Kotihoitoa koskevia asiakastyytyväisyyskyselyjä oli tehty kunnissa kuitenkin hyvin vaihtelevasti. Neljässä tarkastuskunnassa ei ollut tehty lainkaan asiakastyytyväisyyskyselyjä viimeisten viiden vuoden aikana (2005–2008). Kolmessa tarkastuskunnassa oli tehty useampia kotihoidon asiakastyytyväisyyskyselyjä 2000-luvun puolivälin jälkeen.

Yhdessä tarkastuskunnassa oli tehty asiakastyytyväisyyskysely kotiate-riapalveluista vuonna 2009 ja yhdessä kysely kunnan kotihoidosta vuonna 2006.

Kunnista pyydettiin lisäksi tietoja kuntien vanhusmenoista ja niiden jakautumisesta pitkäaikaishoidon menoihin, tehostetun ja tavallisen palveluasumisen menoihin, omaishoidon tuen ja kotihoidon menoihin. Lisäksi pyydettiin tietoja kotihoidon menojen jakautumisesta säännölliseen ja tukipalvelumenoihin sekä eriteltyinä omaan toimintaan, ostopalveluihin ja palvelusetelimenoihin. Niin ikään kunnilta pyydettiin tietoja kotihoidon asiakkaiden määrästä ja jakautumista säännöllisiin asiakkaisiin ja tukipalveluasiakkaisiin, käyntimääristä ja käynnin keskimääräisestä kestosta. Kotihoidon henkilöstöstä pyydettiin menoja ja henkilöstörakennetta koskevia tietoja. Samaten kunnilta pyydettiin säännöllisen kotihoidon piirissä olevien ikääntyneiden toimintakykyä kuvaavia viitteellisiä RAVA- tai RAI-indeksi-arvoja. Tietoja pyydettiin vuosilta 2001–2008. Kunnista pyydettyillä tiedoilla pyrittiin selvittämään muun muassa kotihoidon resursointia, palveluiden riittävyttä ja saatavuutta.

Tarkastuskunnista saaduista tilastotiedoista voitiin tarkastuksessa hyödyntää kuitenkin vain verraten vähän. Suurimmat pulmat liittyivät siihen, ettei kaikkia tietoja saatu kaikista kunnista, ja jos saatiin, ne eivät olleet vertailukelpoisia keskenään. Lisäksi tiedot kattoivat useimmiten vain vuodet 2005–2008.

Virallisina *asiakirja-aineistoina* hyödynnettiin keskeisimpiä kotihoitoon liittyviä ja kotihoitoa ohjaavia lakeja, asetuksia ja hallituksen esityksiä. Näitä asiakirjoja käytettiin kuvaamaan lähinnä kotihoidolle asetettuja tavoitteita.

Tarkastuskertomuksesta pyydettiin ja saatiin palautteet sosiaali- ja terveysministeriöltä. Saadut palautteet on otettu huomioon lopullisessa tarkastuskertomuksessa.

3 Tarkastushavainnot

3.1 Kotihoidon tavoitteet

3.1.1 Riittävät palvelut

Hallituksen perusoikeusuudistusta koskevassa esityksessä korostettiin, että julkinen valta turvaa palveluiden saatavuuden mutta ei edellytä, että julkisyhteisöt myös tuottavat nämä palvelut. Esityksessä riittävien palveluiden lähtökohdaksi asetettiin sellainen taso, joka luo jokaiselle ihmiselle edellytykset toimia yhteiskunnan täysivaltaisena jäsenenä.⁶⁴ Hyväksytyssä perustuslaissa, kuten ei myöskään sosiaalihuoltolaissa ja kansanterveyslaissa, ole kuitenkaan tarkemmin määritelty riittäville palveluille miniminormeja tai palvelutasoa. Tämä on merkinnyt käytännössä sitä, että kunnat voivat jossain määrin säädellä palvelujen antamiskynnystä tai palvelujen laatutasoa. Vanhalle ihmiselle tarjottujen palvelujen määrä ei siten ole välittömästi riippuvainen hänen toimintakyvystään tai palvelutarpeestaan.

Tarkastushaastateltavat kokivat palveluiden riittävyyden määrittämisen vaikeaksi, koska riittävyyden kokeminen on subjektiivista. Suurelle osalle asiakkaita voidaan tarjota apua, mutta ei siinä määrin kuin he tarvitsevat eikä välttämättä sitä, mitä he toivovat. Osa haastateltavista myös katsoi, etteivät palvelut kai koskaan ole riittäviä, koska työntekijöitä ei voi irrottaa olemaan asiakkaan kanssa 24 tuntia vuorokaudessa lukuun ottamatta saattohoitoa tarvitsevia. Kaikki haastateltavat kuitenkin kertoivat, että kaikki palvelutarpeen arvioinnin perusteella palveluja tarvitsevat myös saavat palveluja. Muutama haastateltava määritteli palvelut riittäviksi, jos asiakkaan hoito ja palvelut toteutuvat palvelutarpeen arvioinnin perusteella tehdyn hoito- ja palvelusuunnitelman mukaisesti.

Enemmistö haastateltavista liitti palveluiden riittävyyden ensisijaisesti turvallisuuteen. Haastateltavien mielestä asiakkaalla täytyy itsellään olla tunne siitä, että hän pärjää eikä tunne oloaan turvattomaksi. Jos kotihoidon tarjoamista palveluista huolimatta asiakas pelkää, niin silloin palveluiden ei voida katsoa olevan riittäviä.

Moni haastateltava määritteli palveluiden riittävyyttä myös ihmisarvoisen elämän kannalta välttämättömillä palveluilla. Välttämättömillä palve-

⁶⁴ HE 309/1993 vp.

luilla he tarkoittivat lähinnä palveluiden vähimmäistasoa eli eksistenssi-minimiä⁶⁵. Heidän näkemyksensä mukaan palveluiden voidaan katsoa olevan riittäviä, kun ne turvaavat pelkästään elämän biologisen jatkuvuuden vähimmäisehdot, kuten lääkehuollon, sairaanhoidon, ravinnon ja hygienian⁶⁶, toisin sanoen perushoidon. Eräs haastateltava totesi, että perushoito, sängystä pyörätuoliin siirtäminen, wc:ssä auttaminen ja pukeutuminen turvataan tiukassa tilanteessa, ja sen jälkeen katsotaan, mitä muuta pystytään antamaan. Valtaosa haastateltavista kertoi, että se, mistä joudutaan tavallisesti tinkimään, on ulkoilu.

Kun tarkastushaastateltavilta kysyttiin, mitkä asiat olivat sellaisia, jotka heidän näkemyksensä mukaan kunnan kuuluisi tuottaa, ja mitkä taas sellaisia, jotka kuuluisivat muille tahoille, kuten omaisille, yksityisille palvelutuottajille tai vapaaehtoisille, olivat tulokset seuraavia. Kaikki haastateltavat sanoivat, että siivous-, ateria-, kuljetus- ja turvapalvelut voisi tuottaa jokin muu taho kuin kunta. Ulkoilun osalta haastateltavien käsitykset erosivat jonkin verran. Valtaosa haastateltavista katsoi, että ulkoilu ja virkistäytyminen kuuluvat ihmisen elämään mutta ei viranomaistyönä tehtäväksi. Osa heistä kuitenkin näki, että ulkoilun organisoimisen pitäisi kuulua kunnalle. Ainoastaan yksi haastateltavista oli sitä mieltä, että ulkoilun tuottaminen kuuluu kunnalle.

Tarkastushavainnot osoittivat, että se, mitä kotihoito tarjoaa, ja se, mitä asiakkaat kotihoidolta toivovat, eivät välttämättä kohtaa. Tarkastuskunnista saatujen kotihoidon asiakastytyväisyyskyselyjen mukaan ikääntyneet halusivat saada enemmän apua juuri ulkoiluun, ja toive näyttää toistuvan myös vuosittain. Lisäksi asiakastytyväisyyskyselyjen mukaan ikääntyneet toivovat niin ikään saavansa enemmän apua asioinnissa, peseytymisessä ja siivouksessa.

Asiakaskäyntien kesto

Kotihoidon riittävydessä ei ole kuitenkaan yksinomaan kysymys siitä, kuinka moni saa kotihoitoa, vaan myös siitä, saavatko kotihoidon piirissä olevat asiakkaat sitä riittävästi. Tutkimusten mukaan näin ei näytä olevan. Kotihoidon asiakkaista 20–30 prosenttia kokee saavansa apua liian vähän.⁶⁷ Palveluiden riittämättömyyden kokemisessa voi olla yhtäältä kysymys siitä, etteivät asiakkaat saa kaikkia toivomiaan palveluita, mutta

⁶⁵ *Perustuslain 19 § 1 momentin sisällön tulkinta. Ks. esim. Tuori & Kotkas (2008), s. 218–220.*

⁶⁶ *Asiakas itse, wc, keittiö, sänky ja lähiympäristö ovat puhtaita.*

⁶⁷ *Vaarama (toim.) (2009), s. 187.*

toisaalta kysymys voi olla myös asiakkaan luona vietetyn ajan lyhydestä. Asiakkaan luona vietetyn ajan lyhyttä tukevat tarkastuskuntien asiakastyytyväisyyskyselyt, joiden mukaan asiakkaat haluaisivat saada työntekijöiltä enemmän aikaa. Nyt asiakkaan luona käydään tekemässä vain määrätyt toimenpiteet, mutta aikaa muuhun sosiaaliseen kanssakäymiseen, kuten keskusteluun tai lehtien lukemiseen, ei ole.

Tarkastuksessa sitä, ovatko asiakkaille tarjotut kotihoidon palvelut riittäviä, selvitettiin tarkastelemalla asiakaskäynnin ajallista pituutta. Yksityiskohtaisia tietoja 75 vuotta täyttäneiden säännöllisen kotihoidon asiakaskäyntien kestosta oli kuitenkin saatavissa vain yhdestä kolmasosasta kuntia. Näissäkin kunnissa oli eroja sen suhteen, miten asiakaskäyntien kestot tilastoitiin. Kahdessa kunnassa yli 75-vuotiaiden käyntien kestot oli tilastoitu käyntimäärien mukaan, kun taas yhdessä kunnassa ne oli tilastoitu asiakasmäärien mukaan. Muissa kuudessa tarkastuskunnassa tarkastushavainnot perustuivat haastateltavien esittämiin arvoihin.

Tarkastushavainnot niistä tarkastuskunnista, joissa asiakaskäynnit oli tilastoitu käyntimäärien mukaan, osoittivat, että toisessa näistä kunnista käynti kesti keskimäärin 23 minuuttia vuonna 2008 ja toisessa kunnassa keskimäärin 29,4 minuuttia vuonna 2009⁶⁸. Molemmissa kunnissa runsas puolet käynneistä kesti 10–30 minuuttia. Kunnat erosivat kuitenkin huomattavasti toisistaan, kun tarkasteltiin alle 10 minuutin, 30–60 minuutin ja yli tunnin kestävien käyntien osuutta kaikista käynneistä. Toisessa kunnassa alle 10 minuuttia kestävien käyntien osuus oli 26,5 prosenttia, 31–60 minuutin käyntien osuus oli 17,7 prosenttia ja yli tunnin kestävien käyntien osuus oli 3,9 prosenttia. Toisessa kunnassa vastaavat osuudet olivat 2,4 prosenttia, 33,7 prosenttia ja 9,6 prosenttia.

Tarkastuskuntien välisiä eroja ei selitä se, että vain toisessa kunnassa kotihoito tuottaa palveluja myös palvelutaloissa asuville. Tarkastushaastattelujen mukaan molemmissa kunnissa kotihoito hoitaa myös palveluasumisen piirissä olevat asiakkaat. Käyntien erot näyttivätkin liittyvän kotihoidon asiakasrakenteeseen.

Säännöllisen kotihoidon laskentarekisteristä poimittujen kuntakohtaisten tietojen mukaan kunnassa, jossa lyhytkestoisia käyntejä tehtiin paljon, asiakkaista suurempi osa oli hoitoisuudeltaan täysin tai lähes omatoimisia (11 prosenttia vrt. 7 prosenttia) ja asiakkaita kohti tehtiin keskimääräistä enemmän käyntejä (ka=37,4 vrt. ka=28,4) kuin pitkäkestoisempia käyntejä tekevässä kunnassa.⁶⁹ Tarkastushavainnot viittaisivat siihen, että lyhytkestoisia käyntejä tekevässä kunnassa tehdään enemmän ns. tarkistus- tai

⁶⁸ *Ajalta 1.1.–30.10.2009.*

⁶⁹ *Säännöllisen kotihoidon laskenta 30.11.2008, erillisajot, THL.*

seurantakäyntejä. Toisin sanoen asiakkaan luona käydään varmistamassa, että asiakas on esimerkiksi ottanut lääkkeensä ja hänellä on kaikki hyvin.

Tilastotiedot viittaisivat myös siihen, että molemmissa kunnissa käyntien kestossa olisi viimeisten 2–4 vuoden aikana tapahtunut samankaltainen muutos⁷⁰. Lyhyiden, alle 10 minuuttia, ja pitkien, yli 30 minuuttia, kestävien käyntien määrä on vähentynyt, mutta 11–30 minuutin käyntien määrä on lisääntynyt.

Tarkastushaastattelujen mukaan asiakaskäyntien kesto kunnissa vaihteli 2 minuutista 190 minuuttiin. Enemmistö haastateltavista arvioi käynnin keskimääräiseksi kestoksi yleensä 20–30 minuuttia lukuun ottamatta yhtä haastateltavaa. Hän arvioi kuntansa asiakaskäyntien kestoksi keskimäärin 45 minuuttia ja käynneistä suurimman osan olevan tunnin käyntejä. Tarkastuskunnasta, jossa käyntien kestot tilastoitiin asiakasmäärien mukaan, saadut tilastot olivat paljolti edellisen haastateltavan arvion mukaisia. Kotihoidon keskimääräinen kesto 75-vuotiailla oli keskimäärin 42 minuuttia, ja asiakkaista suurin osa sijoittui joko alle puolen tunnin tai 30–60 minuutin hoitoaikaluokkiin.

Tarkastushaastattelujen mukaan kotihoidossa tehdään erilaisia käyntejä, joiden kesto näytti vaihtelevan melkoisesti. Haastateltavien mukaan aamukäynnit vaativat 1–1½ tuntia. Niihin liittyy aamupalan teko, wc:hen vienti, aamupesu, vaipanvaihto, lääkkeiden anto ja pukeminen. Päivä-, iltaja viikonloppukäynnit ovat sen sijaan lyhytkestoisempia (20–30 minuuttia). Seuranta- tai tarkastuskäynnit olivat kestoltaan sitä vastoin huomattavasti lyhyempiä, kahdesta kymmeneen minuuttiin.

Toimintakyvyn ja palveluiden saannin välinen suhde

Jotta ikääntyneitä voidaan hoitaa kotonaan mahdollisimman pitkään, edellyttää tavoitteen saavuttaminen sitä, että asiakkaan palvelutarpeen kasvuun pystytään vastaamaan. Tarkastuksessa tätä selvitettiin siten, että tarkastelu kohdistettiin niihin 75 vuotta täyttäneisiin asiakkaisiin, jotka olivat olleet säännöllisen kotihoidon asiakkaina jokaisena laskentavuotena vuosina 2001–2008.

Vuonna 2001 tähän aineistoon kuuluvat 75 vuotta täyttäneet olivat keskimäärin 81-vuotiaita⁷¹. Heistä 51,4 prosentilla oli toistuva hoidon tarve,

⁷⁰ Varovainen päätelmä perustuu toisesta tarkastuskunnasta saatuun tietoon. Sen mukaan tiedot käyntien kestosta vuosilta 2006–2008 ja vuodelta 2009 eivät ole vertailukelpoisia, koska vuosien 2006–2008 tiedoissa on melko paljon puuttuvia tietoja. Tietojen puuttumisen kerrottiin johtuvan kirjaamisongelmista.

⁷¹ Iän mediaani oli 80 ja vaihteluväli 75–96 vuotta.

12,7 prosenttia oli täysin tai lähes omatoimisia, 11,5 prosenttia tarvitsi lähes jatkuvasti hoitoa ja kaksi prosenttia tarvitsi jatkuvasti ja ympärivuorokautisesti hoitoa.

Vuonna 2008 nämä samat asiakkaat olivat keskimäärin 88-vuotiaita⁷². Täysin tai lähes omatoimisten osuus oli supistunut 4,2 prosenttiin ja toistuvasti hoitoa tarvitsevien osuus oli pysynyt lähes ennallaan (51,6 prosenttia). Sen sijaan lähes jatkuvasti sekä jatkuvasti ja ympärivuorokautisesti hoitoa tarvitsevien määrät olivat lisääntyneet huomattavasti. Vuonna 2008 asiakkaista noin yksi neljäsosa (24,6 prosenttia) tarvitsi lähes jatkuvasti hoitoa ja 7,1 prosenttia oli ympärivuorokautisen hoidon tarpeessa.

Asiakkaiden hoitoisuuden lisääntyminen näkyi myös asiakaskäyntimäärissä, sillä ne olivat kasvaneet merkittävästi. Kun vuonna 2001 asiakkaat saivat keskimäärin 20⁷³ asiakaskäyntiä kuukaudessa, seitsemän vuotta myöhemmin he saivat keskimäärin 45⁷⁴ käyntiä kuukaudessa.

Tarkastushavaintojen mukaan näyttää siltä, että käyntimääriä on pyritty lisäämään vain eniten apua tarvitseville, ns. heikkokuntoisimmille. Niistä kotihoidon asiakkaista, joiden luona oli vuonna 2001 käyty keskimäärin 1–3 kertaa kuukaudessa, enemmistö sai myös vuonna 2008 edelleen keskimäärin 1–3 käyntiä kuukaudessa. Samoin niistä asiakkaista, jotka olivat saaneet vuonna 2001 keskimäärin 4–9 käyntiä tai 10–29 käyntiä kuukaudessa, enemmistö sai vuonna 2008 edelleen saman verran käyntejä. Sen sijaan niiden asiakkaiden, jotka olivat vuonna 2001 saaneet keskimäärin 30–59 käyntiä kuukaudessa, käyntimääriä oli lisätty. Vuonna 2008 heistä enemmistö sai keskimäärin yli 60 käyntiä kuukaudessa. Samoin niistä asiakkaista, jotka olivat saaneet keskimäärin 60–89 käyntiä kuukaudessa, suurin osa sai vuonna 2008 keskimäärin yli 90 käyntiä kuukaudessa.

Säännöllisen kotihoidon laskentatiedoista muodostettu erillisaineisto osoitti niin ikään, että toimintakyvyn heikentyessä tukipalveluita tarvitsevien osuus oli lisääntynyt. Kun vuonna 2001 asiakkaista 42,3 prosentilla ei ollut lainkaan tukipalveluja, seitsemän vuotta myöhemmin heitä oli enää 21,6 prosenttia. Tukipalveluja koskevien tulosten mukaan asiakkaista harvempi kuitenkin sai vuonna 2008 siivouspalveluja ja muita tukipalveluja⁷⁵ verrattuna seitsemän vuoden takaiseen tilanteeseen. Suurempi osa

⁷² Iän mediaani 87 vuotta ja vaihteluväli 82–103 vuotta.

⁷³ Käyntien mediaani on yhdeksän.

⁷⁴ Käyntien mediaani on 30.

⁷⁵ Muulla tuella tarkoitetaan sellaisia kotihoidon palveluja, joissa kunta ei ole maksajana, mutta joita asiakas saa säännöllisesti, jotka ovat pysyviä ja jotka on merkitty palvelu- ja hoitosuunnitelmaan. Tällaisia palveluja voi antaa omainen, vapaaehtoisjärjestö tai muu taho. (HILMO (2009), 27).

asiakkaista sitä vastoin sai vuonna 2008 ateria-, hygienia-, sauna- ja turvapalveluja kuin vuonna 2001. Näyttää siten siltä, että kotihoito on vastannut toimintakyvyn heikentymiseen tarjoamalla ensi sijassa sellaisia tukipalveluja, jotka liittyvät lähinnä perushoittoon ja asiakkaan turvallisuuden tunteeseen.

Säännöllistä kotihoitoa koskevat laskentatiedot niin ikään osoittivat, että omaishoidon tuki kotona asumista täydentävänä palvelumuotona oli yleistyntä tarkasteltavassa joukossa. Kun asiakkaista vuonna 2001 omaishoidon tukea sai 3,8 prosenttia, oli vastaava osuus vuonna 2008 seitsemän prosenttia.

3.1.2 Kotona asumisen tukeminen

Vanhustenhuollon kehittämistä on viimeisten 30 vuoden aikana ohjannut keskeisesti yksi päätavoite. Tavoitteena on ollut, että mahdollisimman moni vanhus voisi elää mahdollisimman pitkään omassa kodissaan ja tutussa asuin- ja sosiaalisessa ympäristössään.⁷⁶ Tätä on perusteltu sillä, että tutkimusten mukaan ihmiset haluavat vanhetessaan asua kotonaan⁷⁷ ja että laitoshoitoon painottuva palvelurakenne käy väestön ikääntyessä yhteiskunnalle kalliiksi. Monipuoliset kotona asumista tukevat avopalvelut ja lyhytaikaiset laitospalvelut on nähty sellaisiksi keinoiksi, joilla voidaan myöhentää vanhusten laitoshoittoon siirtymistä ja tätä kautta hillitä sosiaali- ja terveysmenojen kasvua. Jos laitosvaltainen palvelurakenne säilyy 2000-luvun alun tasolla vuoteen 2030 asti, sen on laskelmien mukaan todettu kaksinkertaistavan sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmäärät, resurssitarpeet kuten myös kustannukset⁷⁸. Sen sijaan jos laitoshoittoon siirtymistä kyettäisiin myöhentämään kahdella vuodella, vaikuttaisi tämä terveyden- ja vanhustenhuollon menoihin siten, että vuodesta 2007 vuoteen 2039 menot lisääntyisivät vuosittain 1,19 prosentilla⁷⁹.

Toinen keskeinen julkisten vanhustalvumenojen hillitsemiskeino on ollut avopalveluiden kohdentaminen "eniten avun tarpeessa oleville". Tämä strategia perustuu oletukseen siitä, että vähemmän apua tarvitsevat voivat huolehtia itsestään omin voimin, omaisten turvin tai hankkia yksityisiä palveluja. Tämän strategian omaksumiseen on liitetty riski siitä, ettei koti-

⁷⁶ *Yleiskirje n:o A8/1978 (1978), s. 3.*

⁷⁷ *Tedre (2006), s. 162.*

⁷⁸ *Vaarama & Voutilainen (2002), s. 357.*

⁷⁹ *Valtioneuvoston kanslia (2009), s. 79.*

hoito kykene toteuttamaan vanhuspolitiikalle asetettuja toimintakyvyn edistämisen, ylläpitämisen ja kuntoutuksen tavoitteita.⁸⁰

Suomessa kotihoidon vaikuttavuutta ei ole kuitenkaan juuri tutkittu eikä käyty keskustelua siitä, millaisia tuotoksia kotihoidon tulisi tuottaa⁸¹. Meillä on varsin vähän tietoa siitä, onko kotihoidon toiminnoilla kyetty hidastamaan asiakkaan toimintakyvyn heikentymistä tai palauttamaan hänelle menetettyä toimintakykyä.⁸²

Säännöllisen kotihoidon asiakkuuden keskimääräinen kesto

Tässä tarkastuksessa kotihoidon asiakkuuden kestoa selvitettiin kaksivaiheisesti. Ensimmäisessä vaiheessa tutkittiin, missä vuonna 2001 säännöllisen kotihoidon piirissä olevat 75 vuotta täyttäneet asiakkaat olivat vuonna 2008.

Vuonna 2001 (30.11.) 75 vuotta täyttäneitä säännöllisen kotihoidon asiakkaita oli koko maassa yhteensä 42 231. Seitsemän vuotta myöhemmin heistä noin yksi kymmenesosa (10,4 prosenttia⁸³) oli enää kotihoidon piirissä. Hoitoilmoitusrekistereistä⁸⁴ saatujen tietojen mukaan valtaosa heistä oli kuollut (63,4 prosenttia) joko sosiaalihuollon tai terveydenhuollon laitoksessa. Tehostetun palveluasumisen piirissä heistä oli 4,4 prosenttia, vanhainkodeissa 4,6 prosenttia ja terveydenhuollon pitkäaikaishoidossa 3,2 prosenttia.

Tarkastuskunnissa⁸⁵ säännöllistä kotihoitoa saavia asiakkaita oli vuonna 2001 yhteensä 6 593. Seitsemän vuotta myöhemmin heistä 10,6 prosenttia oli säännöllisen kotihoidon asiakas. Myös kaikissa tarkastuskunnissa enemmistö vuoden 2001 kotihoidon asiakkaista oli kuollut (61,6–72,6 prosenttia) vuonna 2008.

Tarkastuskunnissa oli kaupunkimaisuusasteen mukaisia eroja sen suhteen, minkä palvelun piiristä vuoden 2001 asiakkaat löytyivät vuonna 2008. Kaikissa tarkastuksen piiriin kuuluneissa kaupunkikunnissa kotihoidosta oli siirrytty yleisimmin vanhainkotiin. Kaikissa maaseutumaisissa kunnissa kotihoidosta oli sen sijaan yleisimmin siirrytty ympärivuorokauti-

⁸⁰ *Sosiaali- ja terveysministeriö (2003b), s. 103–104.*

⁸¹ *Valtiovarainministeriö (2008), 70; Voutilainen ym. (2007), s. 168.*

⁸² *Ks. Heinola & Luoma (2007), s. 48–49.*

⁸³ $N = 4\,383$.

⁸⁴ *Sosiaalihuollon hoitoilmoitusrekisteri, kotihoidon asiakaslaskenta ja terveydenhuollon hoitoilmoitusrekisteri.*

⁸⁵ *Tarkastuskuntia seitsemän, koska muista kunnista saadut tiedot olivat puutteelliset.*

sen palveluasumisen piiriin lukuun ottamatta yhtä kuntaa. Tässä kunnassa kotihoidon piiristä oli siirrytty useammin terveydenhuollon pitkäaikaishoitopaikkaan (6,3 prosenttia).

Säännöllisen kotihoidon laskentatietojen mukaan vuonna 2008 säännöllisen kotihoidon piirissä oli yhteensä 2 945 sellaista 75 vuotta täyttäneitä, jotka olivat olleet kotihoidon asiakkaina jokaisena laskentavuotena vuodesta 2001 lähtien. Vuonna 2008 heidän osuutensa kaikista säännöllisen kotihoidon asiakkaista oli 6,3 prosenttia. Joillakin 75 vuotta täyttäneillä kotihoidon asiakkuus oli siten kestänyt vähintään kahdeksan vuotta. Varsinkin pitkäaikaista asiakkuutta tuki myös erään tarkastuskunnan kotihoidon asiakastytyväisyyskysely, jonka mukaan paljon kotihoitoa käyttäneistä asiakkaista valtaosa oli ollut kotihoidon asiakkaana yli kuusi vuotta⁸⁶. Yksi tarkastushaastattelusta puolestaan kertoi, että heillä on muutama henkilö ollut kotihoidon asiakkaana jo kymmenkunta vuotta. Hän tosin mainitsi, että tällaisten asiakkaiden "asiakkuuspolku" oli alkanut yleensä tukipalveluasiakkuudella ja toimintakyvyn heikentyessä he olivat siirtyneet säännöllisen kotihoidon asiakkaiksi.

Käyntikatto

Tarkastushaastattelut osoittivat, että kaikissa tarkastuskunnissa on keskusteltu ns. käyntikatosta, toisin sanoen siitä, mikä on se maksimikäyntimäärä päivässä tai maksimituntimäärä kuukaudessa, jonka jälkeen aletaan miettiä, onko kotona hoitaminen enää turvallista. Kolmessa kunnassa käyntikattoa ei ollut kirjattu mihinkään, mutta käytännössä oli tehty tiettyjä linjauksia. Näistä kahdessa kunnassa käyntikatto oli sidottu asiakkaan asuinpaikkaan. Jos asiakas asui omassa asunnossa keskustassa, niin käyntikattona pidettiin neljää käyntiä vuorokaudessa. Jos asiakas taas asui haja-asutusalueella tai sivukylällä, niin käyntikatto oli pienempi, kolme kertaa vuorokaudessa. Lisäksi toisessa näistä kunnista käyntikatto oli sidottu asumismuotoon. Jos asiakas asui vanhustentalolla, voitiin hänen luonaan käydä jopa 5–7 kertaa vuorokaudessa. Kolmannen kunnan palveluohjausmallissa oli puolestaan linjattu, että kun asiakkaan kotihoidon tarve ylittää sosiaali- ja terveydenhuollon maksuasetuksen mukaisen tehostetun kotihoidon rajan (61 t/kk), hoidon ja palvelun tarkoituksenmukaisiin järjestämistapa tarkistetaan ja tehdään moniammatillinen SAS-arvio.

Kahdessa kunnassa sitä vastoin ei ollut asetettu mitään käyntikattoa. Toisen kunnan edustajan mukaan tämä johtuu siitä, ettei ole olemassa paikkoja, joihin kotihoidon asiakkaita pystyttäisiin sijoittamaan. Hänen

⁸⁶ *Tarkastuskuntaa koskeva aineisto.*

mukaansa käyntimäärä alkaa olla maksimissaan, jos asiakkaan luona käydään 5–7 kertaa päivässä (sisältää yöhoidon). Haastateltava mainitsi myös, että jos asiakkaan palvelutarve ei näytä vähenevän, pitäisi pohtia, onko kotihoito asiakkaalle paras vaihtoehto. Toisen kunnan edustaja puolestaan totesi, ettei heillä ole käytössä mitään käyntikattoa, koska osa käynneistä saattaa olla tarkastuskäyntejä (lyhyitä). Tällöin asiakkaan luona voidaan käydä jopa 5 kertaa päivässä. Haastateltava kuitenkin totesi, että jos asiakkaalle neljä käyntiä päivässä ei riitä ja käynnit ovat lisäksi kestoiltaan pitkiä, niin silloin viimeistään näkee, ettei käyntimäärä ole riittävä.

Tarkastushaastattelujen perusteella asiakkaan luona voidaan käydä jopa 130–140 tuntia kuukaudessa. Jotta asiakkaalle voidaan antaa runsaasti käyntejä pidemmän aikaa, tarkoittaa tämä käytännössä sitä, että asiakkaan hoidosta selvittää yhdellä hoitajalla. Jos asiakaskäynti sitoo kahden hoitajan samanaikaisen työpanoksen, katsotaan tilanteen kehittymistä, mutta jos asiakkaalle alkaa tulla myös terveyskeskuksen vuodeosastokäyntejä, aletaan pohtia asiakkaan siirtämistä pois kotihoidon piiristä.

Kotihoidon on liitetty ajatus siitä, että se vie laitoshoidon vähemmän resursseja ja on siten taloudellisesti halvempaa. Julkisuudessa vain ani harva on kyseenalaistanut kyseisen käsityksen. Tämä näkyi myös tarkastushaastattelussa. Vain neljän tarkastuskunnan haastattelussa tai virallisissa asiakirjoissa käyntikatton yhteydessä sivuttiin kotihoidon taloudellista puolta. Yhdessä näistä haastatteluista todettiin, että jos asiakkaan luona käydään 3–4 kertaa päivässä ja neljäs käynti on yökäynti, niin silloin kotihoito ei ole taloudellisesti enää kannattavaa. Tässä kunnassa oli tehty myös vuosina 2006–2007 "kattorajaselvitys" erittäin paljon käyntejä vaativista potilaista. Laskelmien mukaan vuonna 2006 kunnassa oli 38 sellaista potilasta, jotka saivat 100–176 käyntiä kuukaudessa. Senhetkisellä yksikköhinnalla käyntien laskettiin maksavan 4 900–8 624 euroa kuukaudessa asiakasta kohti.

Toisessa haastattelussa taas ilmeni, ettei kotona tapahtuvaa hoitoa ole kyseenalaistettu sen kalleuden takia, koska kunnassa laitoshoidon kustannuksia pyritään samanaikaisesti pitämään kurissa. Jos asiakas haluaa asua kotonaan ja se on kotihoidon turvin mahdollista järjestää, niin se järjestetään riippumatta siitä, mitä se maksaa. Kolmannessa haastattelussa todettiin puolestaan, että inhimillisestä näkökulmasta kotona tapahtuva hoito on hyvä asia mutta kokonaisuuden kannalta ei. Haastateltavan mukaan juuri siksi poliittisten päättäjien pitäisi päättää käyntikatosta. Neljännen kunnan palveluohjausmallia koskevaan asiakirjaan oli puolestaan kirjattu, että jos kotihoidon tarve ylittää 61 tuntia kuukaudessa, palvelun tuottaminen kotiin on usein kalliimpaa kuin palvelukoti- tai laitoshoidon.

Suomen kuuden suurimman kaupungin (Kuusikko-kunnat) tuottamien vanhuspalveluja koskevien tilastojen mukaan vuonna 2008 kunnan omana toimintana järjestetyn kotihoidon kustannukset (sisältävät tukipalvelut) olivat Kuusikko-kunnissa 45 euroa/käynti. Omana toimintana tuotetun kotihoidon kustannukset ilman tukipalveluja olivat hieman halvemmat, 42 euroa/käynti, mutta sitä vastoin kalliimmat kuin ostopalveluna tuotettuna (39 euroa/käynti). Kunnan tehostetun palveluasumisen yksikössä asumisvuorokausi puolestaan maksoi 77 euroa.⁸⁷

Tarkastuksessa tehtiin esimerkkilaskelma käyttämällä edellä esitettyjä kotihoidon ja tehostetun palveluasumisen kustannustietoja. Laskelmassa jokainen käyntikerta on oma kokonaisuutensa eikä esimerkiksi muodostu kolmesta 20 minuutin käynnistä. Esimerkkilaskelman mukaan kotihoidon käyntikustannukset asiakasta kohden ovat 5 040 euroa kuukaudessa, jos kotihoito käy asiakkaan luona joka päivä neljä kertaa päivässä. Jos asiakas sen sijaan on tehostetun palveluasumisen piirissä, ovat hänen hoitokustannuksensa kuukaudessa yhteensä 2 156 euroa.⁸⁸ Esimerkkilaskelman perusteella näyttäisi siten siltä, että kotihoidon kustannukset ovat huomattavasti suuremmat kuin tehostetun palveluasumisen kustannukset.

Kotihoidosta eteenpäin siirtyminen

Julkisuudessa kotona asumisen tavoitteen seurauksia ei ole juuri mietitty eikä kyseenalaistettu. Kotona asumisen tavoitteesta on tullut jonkinlainen rutiininomainen ajattelumalli taloudellisine intresseineen⁸⁹. Yhden tarkastushaastateltavan mukaan kotona asumisen mantraa toistetaan jo liikaa. Toinen tarkastushaastateltava taas totesi, että kun jotain linjaa on lähdetty vetämään, niin sitä vedetään "hamaan" tulevaisuuteen asti.

Haastattelujen perusteella kotona asumisen tavoite miellettiin kyllä hyväksi strategiseksi tavoitteeksi, mutta kaikille se ei välttämättä ole paras vaihtoehto. Haastateltavien mukaan silloin, kun asiakkaan toive on erilainen, pitäisi tarkastella myös muita vaihtoehtoja.⁹⁰ Esimerkiksi yhden tarkastuskunnan asiakastytyväisyyskyselyissä vuosilta 2005–2008 oli saatu tulokseksi, että asiakkaista 11–13 prosenttia haluaisi asua mieluummin

⁸⁷ *Vanhuspalvelun raportit 2004–2008. 2008. Liite 13.*

⁸⁸ *Kotihoidon laskelma tehty seuraavasti: 45 e x 4 käyntiä = 180 e/pv x 7 pv = 1 260 e/vk x 4 = 5 040 e/kk. Tehostetun palveluasumisen kustannukset on laskettu seuraavasti: 77 e x 7 pv = 539 e/pv x 4 = 2 156 e/kk.*

⁸⁹ *Hemming (2009), s. 223.*

⁹⁰ *Ks. emt., s. 223.*

palvelutalossa, vanhainkodissa tai muualla kuin omassa kodissaan⁹¹. Tarkastushaastattelut kuitenkin osoittivat, että yhtä lailla kuin kotihoidon piiriin on vaikeaa päästä (ks. alaluku 3.3.1), on sieltä myös vaikeaa päästä siirtymään esimerkiksi palveluasumisen piiriin.

Tarkastushaastattelut kuten myös joidenkin tarkastuskuntien asiakirjoihin kirjatut linjaukset⁹² osoittivat, että kaikki mahdolliset keinot tulee käyttää ennen kuin asiakasta aletaan siirtää palveluasumisen tai pitkäaikaishoidon (laitoshoidon) piiriin. Käyntimääriä ja niiden kestoja on lisätty, omaisten, läheisten ja naapurien osallistuminen on maksimoitu eikä asiakkaan yksityisiltä ostamia palveluja voida enää lisätä. Esimerkiksi yhdessä tarkastuskunnassa oli linjattu, että ennen kuin asiakas pääsee laitoshoittoon, on kaupunginsairaalan kuntoutusosaston lääkärien tutkittava tarkkaan, voidaanko asiakkaan toimintakykyä vielä jotenkin kohentaa lääketieteen tai kuntoutuksen keinoin. Haastateltavat kertoivat, että hoitopaikkaa koskevista siirroista kyllä keskustellaan, mutta käytännössä ongelmana on hoitopaikkojen puute. Kunnilla ei ole varastossa vapaita paikkoja, joita voitaisiin tarvittaessa tarjota asiakkaille.

3.1.3 Säännöllisen kotihoidon kattavuus

Viimeisten parin vuosikymmenen aikana vanhuspalveluille on asetettu erilaisia kattavuustavoitteita, jotka ovat ohjanneet myös kotihoidolle asetettuja tavoitteita. Vanhusten sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden mitoitusr ryhmä suositteli 1980-luvun loppupuolella kotipalvelujen verkkaista lisäämistä siten, että kotipalveluja olisi tarjolla 23 prosentille 65 vuotta täyttäneistä⁹³. Vuoden 1992 valtakunnallisessa suunnitelmassa vuosiksi 1993–1996 asetettiin tavoitteeksi, että 90 prosenttia kunnan yli 75 vuotta täyttäneistä asukkaista asuisi kotonaan⁹⁴. Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelmassa 2004–2007⁹⁵ asetettiin valtakunnalliseksi tavoitteeksi, että 25 prosenttia 75 vuotta täyttäneistä henkilöistä olisi kotipalvelujen piirissä.

⁹¹ Tarkastuskuntaa koskevat aineistot.

⁹² Tarkastuskuntia koskevat aineistot.

⁹³ Valtakunnalliset suunnitelmat sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä vuosina 1987–1991 (1986).

⁹⁴ Valtakunnallinen suunnitelma sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä vuosina 1993–1996 (1992); ks. myös Sosiaali- ja terveysministeriö (1992), s. 4; Sosiaali- ja terveysministeriö (1996).

⁹⁵ Sosiaali- ja terveysministeriö (2004), s. 22.

Kaste-ohjelmassa asetettiin ensimmäisen kerran kotihoidolle oma tavoite. Säännöllistä kotihoitoa tulee tarjota 14 prosentille yli 75-vuotiaista⁹⁶. Ikäihmisten palvelujen laatuosuutuksessa valtakunnalliseksi tavoitteeksi puolestaan asetettiin, että 75 vuotta täyttäneistä henkilöistä 13–14 prosenttia saa säännöllistä kotihoitoa⁹⁷. Muutama haastatelluista vanhustyön johtajista kuitenkin totesi, että säännölliselle kotihoidolle asetettu kattavuustavoite on vain pintaraapaisua, "tulipalojen sammuttamista". Valtaosa haastatelluista johtajista katsoi kuitenkin, että säännöllisen kotihoidon kattavuustavoite on saavutettavissa. Viimeisimmät säännöllistä kotihoitoa koskevat kattavuustiedot osoittivatkin, että vuodesta 2008 vuoteen 2009 kattavuus oli kasvanut 0,2 prosenttiyksilöllä ja vuonna 2009 se oli 11,4 prosenttia⁹⁸. Osa heistä tosin sanoi, että toinen asia on sitten se, kyetäänkö nykyisellä henkilöstö- ja asiakasmäärällä saavuttamaan laatuosuutuksen työn sisältöä koskevat tavoitteet.

Säännöllisen kotihoidon kattavuus näyttää kehittyvän kunnissa eri tavoin. Viis tarkastuskuntaa oli jo 2000-luvun alussa saavuttanut säännölliselle kotihoidolle asetetun 13–14 prosentin kattavuustavoitteen. Kolmessa näistä kunnista kattavuutta oli myös onnistuttu lisäämään 2000-luvulla, mutta kahdessa kunnassa kattavuus sen sijaan oli supistunut. Viidessä kunnassa kattavuustavoite oli edelleen saavuttamatta vuonna 2009. Vuonna 2009 säännöllisen kotihoidon kattavuus vaihteli tarkastuskunnissa yhdeksästä prosentista (tieto vuodelta 2007⁹⁹) 21,5 prosenttiin.¹⁰⁰

Tarkastuskuntien johdon haastatteluista ja tarkastuskuntien asiakirjoista sai kuitenkin hieman erilaisen käsityksen säännöllisen kotihoidon kattavuudesta. Esimerkiksi sellaisessa kunnassa, jossa valtakunnallisten tilastotietojen mukaan kattavuustavoite oli saavutettu 30.11.2008 (kattavuus 16,5), kattavuustavoite olikin kunnasta saatujen toteutumatietojen mukaan edelleen 31.8.2008 saavuttamatta (kattavuus 12,6 prosenttia)¹⁰¹. Myös toisessa tarkastuskunnassa tilanne oli sama. Kahdessa tarkastuskunnassa tilanne oli taas päinvastainen. Valtakunnallisten tilastojen mukaan¹⁰² kunta ei ollut saavuttanut säännöllisen kotihoidon kattavuutta, mutta haastattelujen ja kunnista saatujen asiakirjojen mukaan tavoite oli saavutettu.

⁹⁶ *Sosiaali- ja terveysministeriö (2008a), s. 28.*

⁹⁷ *Sosiaali- ja terveysministeriö (2008c), s. 30.*

⁹⁸ *Tilasto- ja indikaattoripankki SOTKANet 2005–2010, THL.*

⁹⁹ *Tieto vuodelta 2008 puuttuu, ja vuoden 2009 SOTKANetistä saatua tietoa ei voi pitää haastattelujen ja kunnasta saatujen tilastojen perusteella oikeana.*

¹⁰⁰ *Tilasto- ja indikaattoripankki SOTKANet 2005–2010, THL.*

¹⁰¹ *Tarkastuskunnasta saatu aineisto.*

¹⁰² *Tilasto- ja indikaattoripankki SOTKANet 2005–2010, THL.*

Vanhustenhuoltoa ohjaavissa asiakirjoissa korostetaan, että määrittelyssä palvelurakenteelle määrällisiä tavoitteita pitäisi kuntakohtaiset tavoitteet vanhuspalveluille asettaa iäkkäiden kuntalaisten tarpeiden ja paikallisten voimavarojen pohjalta¹⁰³. Valtakunnallisten tavoitteiden tehtävänä on lähinnä tukea arviointia¹⁰⁴. Laatu laatusuosituksella? -selvityksen mukaan kunnat ovat kuitenkin vanhuspoliittisissa strategioissaan yleisesti asettaneet kotihoidolle 25 prosentin kattavuustavoitteen, joka oli kirjattu sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelmaan.¹⁰⁵ Niin ikään neljässä tarkastuskunnassa yhdeksästä kotihoidon tavoite oli otettu suoraan laatusuosituksesta – 13–14 prosenttia – ja vain yhdessä kunnassa tavoitteeksi oli asetettu 13 prosenttia¹⁰⁶.

Kahdessa tarkastuskunnassa säännölliselle kotihoidolle ei ollut asetettu lainkaan täsmällistä kattavuustavoitetta. Näistä kunnista toisen kunnan palvelustrategiaan oli kirjattu, että palvelulupaukset pohjautuvat valtakunnallisiin suosituksiin (kuinka paljon kotihoitoa yli 75-vuotiaille järjestetään)¹⁰⁷. Näin kirjattuna kyse on kotihoidolle yleisesti asetetusta tavoitteesta (25 prosenttia). Toisen kunnan kaupunkistrategiaan oli taas linjattu, että kaupungin järjestämien kotihoidon palvelujen piirissä olevien 85 vuotta täyttäneiden hoidon kattavuutta lisätään siten, että se vastaa vuoden 2005 tasoa (19,7 prosenttia)¹⁰⁸. Kattavuustavoite ei siten koske 75 vuotta täyttäneitä eikä yksinomaan säännöllistä kotihoitoa.

Yhdessä tarkastuskunnassa säännölliselle kotihoidolle oli määritelty kattavuustavoite, mutta se oli ilmaistu toisen tavoitteen kautta. Kunnan ikäihmisten palveluja koskevassa strategiassa linjattiin, että 90 prosenttia yli 75-vuotiaista asuu kotonaan ja tarvittaessa heistä noin 25 prosenttia saa kotihoidon palveluja säännöllisesti.¹⁰⁹ Yhdessä tarkastuskunnassa kotihoidon kattavuustavoite oli puolestaan sidottu valittujen viitekuntien keskiarvoon. Viitekunnat nimettiin, mutta keskiarvoa ei kerrottu.

Tarkastuskunnista vain yhdessä oli asetettu sekä kotihoidolle että säännölliselle kotihoidolle omat tavoitteensa. Yhdessä tarkastuskunnassa ei sen sijaan ollut määritelty lainkaan kotihoidolle eikä säännölliselle kotihoidolle kattavuustavoitteita, vaan ainoa asetettu tavoite koski itsenäisesti tai palveluiden turvin kotonaan asuvia.

¹⁰³ *Sosiaali- ja terveysministeriö (2001a), s. 14.*

¹⁰⁴ *Sosiaali- ja terveysministeriö (2008c).*

¹⁰⁵ *Voutilainen (toim.) (2007), s. 25.*

¹⁰⁶ *Tarkastushaastattelut; Tarkastuskuntaa koskeva aineisto.*

¹⁰⁷ *Tarkastuskuntaa koskeva aineisto.*

¹⁰⁸ *Tarkastuskuntaa koskevia aineistoja.*

¹⁰⁹ *Tarkastuskuntaa koskeva aineisto.*

Tarkastushaastattelut ja tarkastuskuntia koskevat asiakirjat¹¹⁰ osoittivat myös, että kunnissa oli tehty sellaisia paikallisia tavoitteita, jotka vaikuttivat palveluiden saatavuuteen. Esimerkiksi yhdessä kunnassa oli ollut pitkään strategisena saatavuustavoitteena, että palvelutarve oli arvioitava kolmen vuorokauden sisällä arviointipyynnön esittämisestä. Vuodelle 2010 oli asetettu kuitenkin uudeksi tavoitteeksi, että palvelutarpeen arviointi on suoritettava seitsemän vuorokauden sisällä.¹¹¹ Kunnan vanhustyön johtajan mukaan tämä johtui siitä, että palvelutarpeen arviointi tuli käytännössä sekä vanhukselle että hänen omaiselleen aikataulullisesti liian nopeasti, jolloin palvelutarpeen arviointia ei sitten enää haluttukaan.

Yhdessä tarkastuskunnassa oli taas asetettu tavoitteeksi, että alle viisi tuntia kuukaudessa palveluja saavien ryhmää tulisi supistaa, jotta saataisiin tilaa enemmän palveluja tarvitseville¹¹². Kunnan taloussuunnitelmaan tavoite oli kirjattu siten, että säännöllisen kotihoidon asiakkaista 60 prosentin tulee kuulua maksuluokkiin 2–5 (11–40 tuntia kuukaudessa kotihoidoa saavat)¹¹³. Samansisältöinen linjaus löytyi myös toisen tarkastuskunnan talousarviosta, johon oli kirjattu, että kotona asumisen strategian toteutuminen edellyttää säännöllisen kotihoidon piirissä olevien asiakkaiden hoitoisuuden ja palvelumäärien kasvattamista¹¹⁴.

Asiakirjoja koskevat tarkastushavainnot nostivat esille niin ikään myös sen, että valtaosassa kuntia kotihoidon tavoitteita ei ollut kirjattu vain yhteen asiakirjaan. Niitä oli kirjattu esimerkiksi vanhus- tai ikäpoliittisiin ohjelmiin, talousarvioihin, kaupunkien strategioihin, palvelustrategioihin ja peruspalveluohjelmiin.

3.1.4 Kokoavat havainnot ja päätelmät

Tarkastushavainnot osoittivat, että käytännössä kotihoidon palvelujen riittävydessä ei ole kysymys ainoastaan palveluiden saatavuudesta ja siitä, että ne vastaavat asiakkaiden tarpeisiin. Riittävydessä on yhtä lailla kysymys asiakkaan kokemasta turvallisuuden tunteesta ja siitä, että asiakas on turvallista jättää yksin. Riittävyttä koskevat tarkastushavainnot nostivat esille myös kotihoidolle asetettujen tavoitteiden ja todellisuuden välisen ristiriidan. Palvelujen katsottiin olevan riittäviä, kun ne turvaavat perus-

¹¹⁰ *Vanhustenhuoltoa koskevat suunnitelmat, kuntien talousarviot, kaupunkien strategiat.*

¹¹¹ *Tarkastushaastattelu.*

¹¹² *Tarkastushaastattelu.*

¹¹³ *Tarkastuskuntaa koskeva aineisto.*

¹¹⁴ *Tarkastuskuntaa koskeva aineisto.*

tasaisen hoidon. Asiakkaiden psyykkisiin ja sosiaalisiin tarpeisiin vastaaminen oli tärkeysjärjestyksessä vasta seuraavana.

Asiakaskäyntien pituutta koskevien tarkastushavaintojen perusteella kotihoidon tarjoamia palveluja ei voida myöskään pitää psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin kannalta riittävinä. Asiakaskäyntien kesto suhteessa käynnillä tehtäviin toimenpiteisiin viittaa pikemminkin siihen, että asiakas on toimenpiteiden kohde eikä hoitoonsa aktiivisesti osallistuva toimija. Kotihoidon toimenpidekeskeisyys ja asiakaskäyntien keston lyhyys eivät siten ainakaan edistä hoito- ja hoivatyön tekemistä kuntouttavalla työotteella.

Asiakastyytyväisyyttä, käynnin kestoa, käyntikattoa ja palveluiden piiristä pois pääsyä koskevat tarkastushavainnot viittaisivat siihen, että kotihoidolle asetetuista erilaisista tavoitteista – edistäminen, ylläpitäminen, ehkäiseminen, kuntouttaminen – ensisijaisin on ehkäistä laitoshoidon siirtymistä. Tarkastushavainnot osoittivat, että asiakkaiden luona saatetaan käydä useita kertoja vuorokaudessa tai yli 100 tuntia kuukaudessa, mutta käynnit kestävät varsin lyhyen aikaa. Käynnin keston lyhyys näkyi puolestaan asiakkaiden toiveissa saada työntekijöiltä lisää aikaa. Palveluiden piiristä pois pääseminen ei myöskään ollut vaivatonta. Tarkastushavainnot tukevatkin päätelmää siitä, että paradoksaalisesti kotihoito tai kotona hoitamisen ideologia voi huonoimmillaan pikemminkin sulkea kuin avata ovia¹¹⁵. Tulokset viittaavat myös siihen, ettei kotona hoitamisen ideologiassa välttämättä aina ole kysymys ikääntyneiden omista toiveista vaan enemmänkin julkisen talouden kestävydestä, toisin sanoen julkisen vallan tahdosta.

Kun asiakaskäyntien määrän tarkastushavainnot peilataan asiakaskäyntien keston ja henkilöstön määrän (ks. alaluku 3.3.2) tarkastushavaintoihin, viittaavat tulokset siihen, että osa heikkokuntoisempien asiakkaiden asiakaskäyntien lisäyksestä on toteutettu lyhentämällä toimintakykyisempien asiakkaiden käyntien kestoa – ei käyntimäärää.

Havainnot lisävuntarpeista tukivat jo aikaisemmissa tutkimuksissa esiin nostettuja tarpeita¹¹⁶. Ne olivat myös sellaisia tarpeita, joihin kotihoidon tulisi nykyisen sosiaalihuoltolain nojalla vastata, mutta kotihoidon sisällön tarkastushavainnot kuitenkin osoittivat, ettei niitä määritellä kotihoitoon kuuluviksi palveluiksi. Havainnot tukevat myös päätelmää siitä, että kotihoito tuottaa riittämättömästi sellaisia palveluja, jotka edistäisivät vanhuksen elämänlaatua ja yhteiskunnalliseen elämään osallistumista. Sen sijaan säännöllisen kotihoidon asiakkuutta koskevat havainnot viittaisivat

¹¹⁵ *Tedre (2006), s. 168.*

¹¹⁶ *Esim. Vaarama (2004).*

siihen, että joitakin asiakkaita oli kyetty perushoidon palveluilla hoitamaan kotihoidon piirissä varsin pitkään.

Tulokset niin ikään osoittivat, että säännöllisen kotihoidon asiakkaista omaishoidon tuen saajien osuus on kasvanut. Tulos saattaa viitata siihen, ettei kotihoito tarjoa riittävästi palveluja sellaisille ikääntyneille, jotka asuvat esimerkiksi puolisonsa kanssa. Kysymys ei välttämättä kuitenkaan ole epätasa-arvoisesta kohtelusta tai syrjinnästä vaan tosiasiallisen yhdenvertaisuuden lisäämisestä. Kysymys on siitä, että kotihoito pyrkii kohdistamaan palvelut ensisijaisesti sellaisille ikääntyneille, jotka asuvat yksin eivätkä kykene turvautumaan omaistensa, läheistensä tai sukulaistensa apuun. Voimavarojen huomioon ottaminen toteuttaa siten Hyvinvointivaltion rajat -hankkeessa kehitettyä eettistä prinssiippiä. Sen mukaan *"mitä perustavammanlaatuiset inhimilliset tarpeet ovat uhattuna ja mitä heikkommat ovat yksilön omat voimavarat selvitä, sitä vahvemmat ovat yksilön oikeudet ja sitä selkeämpi on julkisen vallan velvollisuus järjestää toimeentulo ja sosiaali- ja terveyspalvelut"*¹¹⁷. Sosiaalihuollon uudistamistyöryhmä ehdottikin kesäkuussa 2010 antamassaan väliraportissa, että eettinen periaate tulisi konkretisoida uuteen sosiaalihuoltolakiin¹¹⁸.

Voimavaralähtöisyys toteuttaa myös nykyisen hallitusohjelman linjausta siitä, että *"palveluita pitää kohdentaa huolenpitoa eniten tarvitseville. Ketään ei jätetä yksin."* Hallitusohjelman linjauksista vähäisemmälle huomiolle on jäänyt pyrkimys selkeyttää oman vastuun, yhteisen vastuun ja yhteiskunnan vastuun välistä suhdetta.¹¹⁹ Näistä erilaisista vastuista kotihoitoa täydentävän omaishoidon tuen voi tulkita heijastavan juuri yhteistä vastuuta.

Käyntikattoa koskevat havainnot nostivat esille myös sen, että kunnissa oli keskusteltu käyntikatosta mutta virallisia linjauksia sen suhteen ei ollut tehty. Tarkastushavainnot kuitenkin viittasivat siihen, ettei kotihoito välttämättä aina ole halvempi hoitomuoto kuin esimerkiksi palveluasuminen. Päättäjät eivät ole kotona hoitamista kuitenkaan kyseenalaistaneet. Keskustelua ei ole käyty julkisuudessa esimerkiksi siitä, onko taloudellisesti ja sosiaalisesti tarkoituksenmukaista hoitaa runsaasti apua tarvitsevia ihmisiä ylipäättään omissa kodeissaan.

Sosiaali- ja terveysministeriö ei pidä ns. käyntikatton määrittämistä tarkoituksenmukaisena, koska kotihoidon asiakkaan käyntien on määräydyttävä palvelutarpeen arvioinnin perusteella ja joustettava asiakkaan toiminta-

¹¹⁷ *Oikeus ja kohtuus. Arvioita ja ehdotuksia yksityisestä ja julkisesta hyvinvointivastuusta (2006)*, s. 32.

¹¹⁸ *Sosiaali- ja terveysministeriö (2010b)*.

¹¹⁹ *Pääministeri Matti Vanhasen II hallituksen ohjelma 19.4.2007*.

kyvyn muutosten mukaan. Ministeriön mukaan, käytikaton määrittäminen saattaisi johtaa asiakkaiden epätarkoituksenmukaisiin siirtymiin hoitopaikkojen välillä toimintakyvyn muuttuessa.¹²⁰

Käytännössä kotona hoitaminen merkitsee sitä, että työntekijöiden työajasta osa (ks. alaluku 3.4.2) menee matkoihin, mikä supistaa asiakkaan luona vietettyä aikaa. Omissa asunnoissaan yksinään asuvat ja huonokuntoiset asiakkaat kokevat turvattomuutta ja yksinäisyyttä, ja tähän puolestaan pyritään vastaamaan kuljettamalla heitä esimerkiksi päivätoimintaan. Lisäksi kun ympäri kuntaa asuville ikääntyneille viedään ateriat kotiin tai heidät haetaan kotonaan palvelutaloon saunaan, lisäävät nämä kaikki kotihoidon kokonaiskustannuksia.

Lakisääteisistä sosiaalipalveluista löytyy kotihoidon ja palveluasumisen välinen palvelu – perhehoito – jota olisi mahdollista käyttää myös ikääntyneiden hoitomuotona. Sen käyttö ikääntyneiden piirissä on kuitenkin hyvin vähäistä. Esimerkiksi vuonna 2009 koko maassa perhehoidon piirissä oli vain 0,01 prosenttia (n=74) 65 vuotta täyttäneistä¹²¹. Tarkastushaastattelujen mukaan osassa kunnista tämäntyyppistä, ryhmäasumiseen perustuvaa, toimintaa¹²² kuitenkin on ja osassa kunnista oli ollut, mutta siitä oli luovuttu, kun kuntaan oli valmistunut palvelutalo. Ryhmäasumiseen perustuvilla asumispalveluilla voitaisiin ratkaista esimerkiksi ikääntyneiden yksinäisyyteen ja turvattomuuteen liittyviä avuntarpeita sekä tehostaa kotihoidon toimintaa ilman henkilömäärien lisäämistä. Yksi työntekijä voisi samalla kertaa hoitaa kaikki ryhmäkodin asukkaat ilman siirtymistä paikasta toiseen. Sosiaali- ja terveysministeriö onkin myöntänyt Perhehoitoliiton ja GeroCenterin perhehoidon kehittämishankkeelle 100 000 euroa, jotta perhehoidon ottaminen osaksi ikäihmisten palvelutarjontaa vauhdittaisi.¹²³

Tarkastushavaintojen mukaan suurimmassa osassa tarkastuskuntia säännöllisen kotihoidon kattavuustavoite oli jo saavutettu. Samoin havainnot näyttivät, etteivät kunnat määrittele määrällisiä tavoitteita paikallisten tarpeiden mukaan vaan ottavat ne pikemminkin annettuna. Laatusuosituksen ohjetta ei siten näytetä noudatettavan, mikä onkin ymmärrettävää. Tämä johtuu siitä, että säännöllisen kotihoidon kattavuustavoite on yksi ikäihmisten palvelujen laatusuosituksen seurantaindikaattori. Onkin hieman ristiriitaista, että samaan aikaan, kun korostetaan paikallisten tarpeiden huomioon ottamista, asetetaan kuitenkin sellainen valtakunnallinen katta-

¹²⁰ *Sosiaali- ja terveysministeriö (2010c).*

¹²¹ *Tilasto- ja indikaattoripankki SOTKANet 2005–2010.*

¹²² *Haastateltavat puhuivat palvelusta palvelukotina tai ryhmäkotina.*

¹²³ *Ks. enemmän www.perhehoitoliitto.fi/perhehoito/vanhukset.html.*

vuustavoite, joka ei ota huomioon alueellisia eroja. Lisäksi tarkastushavainnot viittasivat myös siihen, etteivät säännöllisen kotihoidon kattavuustiedot ole vertailukelpoisia¹²⁴.

Lopuksi tarkastushavainnot nostivat esille sen, että joissakin kunnissa oli tehty linjaus siitä, että säännöllinen kotihoito tulisi kohdentaa vain paljon apua tarvitseville. Linjauksen voi katsoa olevan yhtäältä ristiriidassa vanhuspalveluille asetetun omatoimisuuden edistämisen ja ylläpitämisen tavoitteen kanssa; toisaalta se on kuitenkin linjassa sen kanssa, että kotihoidosta on tarkoitus muodostua laitoshoidon vaihtoehto. Kotihoidon uudennainen tehtävä herättää kuitenkin kysymyksen siitä, miten kunnat aikovat vastaisuudessa vastata omatoimisten tai lähes omatoimisten yksin asuvien asiakkaiden tarpeisiin. Nimittäin kotihoidon asiakasrakenteen tarkastushavainnot osoittivat, että vain vähän apua tarvitsevien asiakkaiden määrä on viime vuosina vähentynyt (ks. myös alaluku 3.5.1).

3.2 Kotihoidon organisointi, palvelujen myöntäminen ja asiakasmaksut

3.2.1 Palvelujen organisointi

Hallinnollinen organisointi

Kotipalveluiden ja kotisairaanhoidon yhdistämistä kotihoidoksi voidaan pitää pitkällisen, yli 20 vuotta kestäneen, valtakunnallisen ohjauksen ja kehittämistyön tuloksena¹²⁵. Kotihoidossa on asteittain siirrytty sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyön korostamisen, yhteisten toimipisteiden ja toimintakäytäntöjen kautta palveluiden hallinnolliseen ja toiminnalliseen yhdistämiseen.¹²⁶ Kotihoito on organisoitu kunnissa kuitenkin ilman pysyvää¹²⁷ lainsäädännöllistä ohjausta. Tarkastuksen piiriin kuuluneista kunnista

¹²⁴ Ks. Kananoja & Niiranen & Jokiranta (2008), s. 166.

¹²⁵ Esim. Valtakunnallinen suunnitelma kansanterveytyön järjestämisestä vuosina 1983–1987 (1982); Valtakunnalliset suunnitelmat sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä vuosina 1984–1988 (1983); 1986–1990 (1985).

¹²⁶ Kaikissa niissä kunnissa, joissa kunta itse vastaa sosiaali- ja perusterveydenhuollosta, on yhteinen sosiaali- ja terveydenhuollon lautakunta lukuun ottamatta kahta kuntaa (Helsinki ja Pieksämäki). (Sosiaali- ja terveysministeriö (2010a), s. 163).

¹²⁷ Sosiaali- ja terveysministeriön kokeilu on voimassa 1.1.2005–31.12.2010. Sosiaali- ja terveysministeriön mukaan kokeilua ollaan jatkamassa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010c).

viidessä kotisairaanhoidon ja kotipalvelut oli yhdistetty kotihoidoksi jo 1990-luvulla ja kahdessa toiminnat oli yhdistetty ennen vuotta 2005¹²⁸, jolloin aloitettiin kotipalveluita ja kotisairaanhoidon yhdistämistä koskeva kokeilu¹²⁹. Vuonna 2009 kotisairaanhoidon ja kotipalvelu oli yhdistetty 71 prosentissa Suomen kuntia¹³⁰.

Kahdeksassa tarkastuskunnassa sosiaali- ja terveystoimi oli hallinnollisesti yhdistetty samaan organisaatioon. Vain yhdessä kunnassa sosiaali- ja terveystoimi toimivat erillisinä organisaatioina. Sosiaali- ja terveystoimen yhdistäneiden tarkastuskuntien internetsivustojen mukaan kahdessa kunnassa kotihoito löytyi sekä terveystalveista että sosiaalipalveluista, yhdessä kunnassa kotihoito oli löydettävissä terveystalveista ja kuudessa kunnassa se löytyi sosiaali- ja terveystalveista.

Toiminnallinen organisointi

Tarkastuskunnissa kotihoidon toiminnallinen organisointi vaihteli kaupunkimaisuusasteen mukaan. Kaupunkikunnat olivat organisoineet toimintansa yhdenmukaisesti: alue – lähipalvelualue – tiimit. Maaseutumaisien kuntien organisoititavoissa oli sen sijaan eroja. Niistä kahdessa kotihoito oli jaettu alueisiin, joista käytetään käsitettä tiimi. Kahdessa maaseutumaisessa kunnassa kotihoito oli puolestaan jaettu alueisiin, jotka sisäisesti jakautuvat edelleen tiimeiksi. Yhdessä maaseutumaisessa kunnassa kunta kokonaisuudessaan sen sijaan toimi yhtenä kotihoitotiiminä. Yhdessä maaseutumaisessa kunnassa kotihoito oli tosin jaettu alueisiin, mutta alueita ei ollut jaettu edelleen sisäisesti tiimeihin eikä niistä puhuttu tiimeinä.

Tiimeissä työskentelevien määrä vaihteli alueen asukasmäärän mukaan. Siksi tiimeissä työskentelevien määrä saattoi samankin kunnan sisällä varioida melkoisesti. Esimerkiksi yhden tarkastuskunnan kolmessa eri tiimissä työskenteli 13–19 työntekijää. Enemmistössä kunnista yksittäisissä tiimeissä toimi 4–10 työntekijää. Valtaosassa kuntia tiimin vastaavana tai esimiehenä toimi sairaanhoitaja.

Jokaisessa tarkastuskunnassa oli käytössä järjestelmä, jossa yksittäiselle tiimin jäsenelle oli annettu tietyt asiakkaat, joiden hoito- ja palvelusuunnitelman toteutumisesta he olivat päävastuussa. Tällaisesta henkilöstä

¹²⁸ *Kotisairaanhoidon ja kotipalvelujen yhdistäminen kotihoidoksi tapahtui vuonna 2003.*

¹²⁹ *L 1428/2004.*

¹³⁰ *Kokko ym. (2009), s. 4.*

käytettiin käsitettä oma- tai vastuuhoitaja, mutta yhdessä kunnassa asiakkaan hoidosta vastasi kaksi omahoitajaa, ns. omaishoitajapari.

Vain yhdessä tarkastuskunnassa omahoitaja vastasi tavallisesti yksin omahoidettaviensa hoidon käytännön toteuttamisesta. Muissa kunnissa asiakkaan luona kävivät myös muut tiimin työntekijät.

Kunnissa omahoitajina toimivien henkilöiden koulutus pohja vaihteli. Neljässä tarkastuskunnassa omahoitaja oli koulutukseltaan lähihoitaja tai kodinhoitaja. Neljässä kunnassa lähihoitajan ja kodinhoitajan ohella myös kotiaivustaja voi toimia omahoitajana. Ainoastaan yhdessä kunnassa omahoitajana voi toimia vain lähihoitajakoulutuksen saanut henkilö. Asiakkaat oli pyritty jakamaan omahoitajille näiden osaamisen ja koulutuksen mukaan. Esimerkiksi muistisairaahan asiakkaan omahoitajaksi oli pyritty saamaan muistihoitajakoulutuksen saanut lähihoitaja, mutta vaativille tai haasteellisille muistisairaille sitä vastoin sairaanhoitaja tai terveydenhoitaja. Jos asiakkaan avuntarpeet sitä vastoin koskivat enimmäkseen kodinhoidollisia asioita, omahoitajana toimi kodinhoitaja tai kotiaivustaja. Lääketieteellisissä asioissa heidän piti konsultoida sairaanhoitajaa.

Yhtä omahoitajaa kohti olevien asiakkaiden määrä vaihteli kunnittain. Enemmistöissä kunnista (6 kuntaa) omahoitajan vastuulla oli keskimäärin 5–7 asiakasta. Kahdessa kunnassa omahoitaja vastasi keskimäärin kymmenestä asiakkaasta ja yhdessä kunnassa omahoitajan vastuulla oli 2–5 hoidettavaa.

3.2.2 Palvelut

Kaikissa tarkastuskunnissa kotihoito muodostui kolmesta elementistä: kotipalveluista, kotisairaanhoidosta ja tukipalveluista. Haastattelut tosin osoittivat, että puhuessaan kotihoidosta puhujat tarkoittivat yleensä ensi sijassa vain kotipalvelua, kotisairaanhoitoa tai molempia. Yksi haastateltava totesi, että rajanveto sen suhteen, mikä palvelu kuuluu kotihoitoon ja mikä kotihoidon tukipalveluihin, on vähän epäselvää.¹³¹

Kotihoidon sisällöllistä sekavuutta lisää myös se, että joissakin kunnissa kotihoidon sisältö varioi sen mukaan, missä asiakas asuu: vanhusten-

¹³¹ *Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksessa kotihoidon määritelmänä käytetään Suomen virallinen tilasto määritelmää: Säännöllisen kotihoidon asiakkaita ovat ne kotipalvelun tai kotisairaanhoidon asiakkaat, joilla on laskentapäivänä (30.11.) voimassa oleva palvelu- ja hoitosuunnitelma tai jotka muuten (ilman palvelu- ja hoitosuunnitelmaa) saavat säännöllisesti vähintään kerran viikossa palveluja. Asiakkaisiin ei kuitenkaan sisälly niitä henkilöitä, jotka ovat laitoshoidossa tai asumispalvelujen piirissä laskentapäivänä, vaikka heillä olisi voimassa oleva palvelu- ja hoitosuunnitelma. (Kotihoidon laskenta 30.11.2009.).*

talossa, palvelutalossa vai omassa kerros-, rivi- tai omakotitalossaan. Esimerkiksi jos asiakas asuu palvelutalossa, on pyykkipalvelu hänelle kotihoidon tukipalvelu, mutta sitä vastoin omassa kodissaan asuvalle, säännöllistä kotihoitoa saavalle asiakkaalle, se sisältyy säännölliseen kotihoitoon.

Kotipalvelut

Kun haastateltavia pyydettiin tarkentamaan, millaisia toimintoja kotihoidon kolmeen palvelukokonaisuuteen kuuluu, ilmeni, että kotipalveluilla tarkoitettiin lähinnä sosiaalihuoltoasetuksen 9 §:n 1 momentin tarkoittamaa henkilökohtaista huolenpitoa ja tukemista, ei tukipalveluja¹³². Yleisimmiksi kotipalveluun sisältyviksi toiminnoiksi mainittiin wc-käynneissä avustaminen, ruoan lämmitys, aamu- ja iltapesut, pukeminen tai siinä avustaminen, suihkutus, aamiaisen sekä ilta- ja välipalojen teko, tiskaus sekä roskien ulosvienti, ylläpitosiivous, vaatehuolto ja kauppatilausten tekeminen. Vain yhdessä tarkastuskunnassa kotipalveluun sisältyi myös kaupassakäynti.

Vaikka kotipalveluiksi määritellyt toiminnot olivat hyvin samanlaisia eri tarkastuskunnissa, oli toimintojen toteuttamisessa kuntakohtaisia eroja. Tämä näkyi selkeimmin esimerkiksi ylläpitosiivouksessa. Enemmistössä kunnista vanhuksen luona imuroitiin pinnallisesti kerran viikossa ja osassa kunnista puolestaan kahden viikon välein.

Kotisairaanhoido

Haastateltavien antamat esimerkit kotisairaanhoidon kuuluvista tehtävistä olivat hyvin yhdenmukaisia. Ne myös antavat huomattavasti monipuolisemman kuvan kansanterveyslain 14 §:n 1 momentin 2 kohdan sisällöstä, koska ne eivät rajoitu vain terveyskeskuslääkärin näkökulmaan¹³³. Haastateltavien mukaan kotisairaanhoidon sisältyviä sairaanhoidollisia toimenpiteitä ovat esimerkiksi lääkärin kotikäynnit, lääkkeiden laitto dosettiin, injektioiden ja silmä- ja korvatippojen laitot, katetroinnit, verenpaineen ja verensokerin mittaukset, verisuoninäytteiden otot ja haavahoidot. Lisäksi kotisairaanhoidon määriteltiin kuuluvaksi lääkehoito kokonaisuudessaan, kuten asiakkaan reseptien uusiminen, olotilan seuraaminen, lääkkeiden antaminen, erilaisten laboratorionäytteiden ottaminen, ajan varaaminen lääkärille ja lääkärinkonsultoinnit.

¹³² *Kodinhoitajan tai kotivastustajan antamaa kodissa tapahtuvaa yksilön ja perheen työapua, henkilökohtaista huolenpitoa ja tukemista.*

¹³³ L 66/72.

Kotihoidon tukipalvelut

Tarkastushaastatteluiden mukaan osa sosiaalihuoltoasetuksen kotipalvelujen tukipalveluiksi määrittelemistä palveluista ei kotihoidossa enää määrittynytkään kotihoidon tukipalveluksi vaan kotona asumista tukevaksi palveluksi. Lisäksi kotihoidon tukipalveluihin sisällytetään nyt sellaisia palveluja, joita sosiaalihuoltoasetus ei mainitse.

Tarkastuskunnissa kotihoidon tukipalveluiden määrä vaihteli neljästä seitsemään. Viidessä tarkastuskunnassa oli seitsemän tukipalvelua, yhdessä tarkastuskunnassa kuusi, kahdessa tarkastuskunnassa viisi ja yhdessä tarkastuskunnassa neljä. Kotihoidon tukipalveluita oli eniten kaupunkikunnissa.

Sosiaalihuoltoasetuksen 9 § 2 momentin mukaisista tukipalveluista kotihoidon tukipalveluksi määriteltiin kaikissa tarkastuskunnissa ateria- ja sauna-, kylvytys- tai hygieniapalvelu, viidessä kunnassa vaatehuolto, viidessä kunnassa siivouspalvelut, neljässä kunnassa sosiaalihuoltolain mukainen kuljetuspalvelu, kahdessa kunnassa saattamispalvelu ja neljässä kunnassa päivätoiminta (sosiaalista kanssakäymistä edistävä palvelu).

Sosiaalihuoltoasetuksessa mainitsemattomia, mutta haastateltavien kotihoidon tukipalveluiksi ilmoittamia palveluja, olivat esimerkiksi turvapalvelut (kaikissa tarkastuskunnissa), kauppapalvelut (kolmessa kunnassa), kuntouttava intervallihoido palvelutaloissa (yhdessä kunnassa), apteekin annosjakelu (yhdessä kunnassa), yöhoito (yhdessä kunnassa) ja asiointipalvelut (yhdessä kunnassa).

Osassa kuntia ne palvelut, joita ei määritelty kotihoidon tukipalveluiksi, tulkittiin sitä vastoin kotona asumista tukeviksi (muiksi) palveluiksi, kuten omaishoidon tuki, asiointi- ja ulkoiluapu, siivouspalvelut tai lyhytaikainen hoito. Useimmissa kunnissa lyhytaikainen hoito on tarkoitettu kuitenkin lähinnä omaishoitajana toimivalle henkilölle. Maaseutumaisissa kunnissa kotona asumista tukeviin palveluihin sisällytettiin myös esimerkiksi lumityöt, puunkantoapu, nurmikon leikkaus ja puusaunan lämmitys.

Kotihoidon sisällön erojen lisäksi haastateltavat kertoivat kotihoidolle kuuluvan myös muita tehtäviä. Viidessä kunnassa kotihoidolle kuului kotiuttaminen tai toipilasvaiheen hoito. Neljässä kunnassa kotihoito tuotti myös saattohoitoa. Kahdeksassa kunnassa toimi yöpartio, joka joissain kunnissa antoi palveluja myös kotisairaallalle. Lisäksi kuudessa kunnassa kotihoidon henkilöstö tuotti palveluja myös palvelutaloissa, senioritaloissa, vanhusten taloissa tai ryhmäkodeissa asuville. Kotihoidon palveluja ei kuitenkaan annettu yhdessäkään tarkastuskunnassa tehostetussa palveluasumisessa oleville asiakkaille. Kunta, jossa kotihoito ei tuottanut kotihoidon palveluja palvelutaloissa asuville, antoi silti tarvittaessa palvelutaloissa asuville palvelusetelin palvelujen ostamista varten. Lisäksi joissakin

kunnissa kotihoidon henkilökunnalle kuuluivat myös ennalta ehkäisevät kotikäynnit.

3.2.3 Myöntämiskriteerit

Suomen perustuslain 19 §:n 1 momentin mukaan jokaisella, joka ei kykene hankkimaan ihmisarvoisen elämän edellyttämää turvaa, on oikeus välttämättömään toimentuloon ja huolenpitoon. Huolenpidon turvaamisen katsotaan edellyttävän sosiaali- ja terveystaloudellisia palveluita, joista säädetään saman pykälän 3 momentissa. Sosiaalihuoltolaissa ja kansanterveyslaissa hoito- ja palvelutoimintaa koskevat säännökset ovat yleensä varsin väljästi säänneltyjä. Sosiaalihuoltolain 20 §:ssä ilmaistaan, millaisiin tarpeisiin kotipalveluja voi saada. Saman lain 21 pykälään on kirjattu hyvin laveasti (alentunut toimintakyky, sairaus) ja epätasaisesti (muun vastaavanlaisen syyn perusteella) ne kriteerit, joiden perusteella kotipalveluja voi saada. Säännökset luovat ihmisille mielikuvan siitä, että kunnan kotihoidolta on mahdollista saada apua erilaisiin arkipäivän pulmiin.

Tarkastushavaintojen mukaan tarkastuskuntien internetsivuilla ja vanhuksille kohdennetuissa erilaisissa palveluoppaissa kotihoidosta ja sen saannista annetaan yhtä positiivinen kuva kuin lainsäädännössä. Ikääntyneille välitetään tietoa siitä, että *"kotihoidon palvelut tukevat kotona asuvaa asiakasta niissä päivittäisissä toiminnoissa, joista asiakas ei itse suoriudu"* tai *"(– –) tavoitteena on auttaa ikäihmisiä asumaan itsenäisesti kodissaan, jonne hänellä on mahdollisuus saada tarvitsemiaan palveluita"*. Edellä esitettyjen esimerkkien nojalla ikääntynyt saattaa herkästi ymmärtää, että kun hänen toimintakykynsä heikkenee, hän saa kotihoidosta apua esimerkiksi ulkoiluun, pankissa asiointiin, kaupassa käyntiin, lehdenlukuun ja keskusteluun.

Sosiaali- ja terveystaloudellisten palvelujen saanti perustuu tarveperiaatteeseen. Tarveperiaatetta toteutetaan käytännössä yksilökohtaisella tarpeen arvioinnilla (ks. tarkemmin alaluku 3.4.1). Tarveperiaatteen ongelmana on kuitenkin sen epämääräisyys etenkin silloin, kun palveluiden tarvitsijoita on paljon. Yksilöllisiä tarpeita kun on vaikea asettaa järjestykseen ja vertailla keskenään.¹³⁴

Tarkastushaastattelut osoittivat, että taloudellisten voimavarojen niukkuus ja väestön ikääntymiseen liittyvä palvelutarpeen kasvu ovat 2000-luvulla johtaneet kunnissa tarpeeseen määrittellä, mitä kotipalveluiden kohdentamisella *"sitä eniten tarvitseville"* oikein tarkoitetaan. Tavoite

¹³⁴ Ks. Tuori & Kotkas (2008), s. 164, 167, 168, 220.

kohdentaa palvelut "sitä eniten tarvitseville" ilmaistiin ensimmäisen keran vuoden 1986 Valtakunnallisessa suunnitelmassa sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä vuosina 1988–1992 (VALSU). Edellisen vuoden VALSUssa sama tavoite oli kirjattu kotipalveluiden tarkempaan kohdentamisena¹³⁵. Kesti siten kymmenisen vuotta ennen kuin kunnat katsoivat tarpeelliseksi määritellä, mitä käsitteellä konkreettisesti tarkoitetaan.

Tarkastushavainnot osoittivat, että enemmistöllä (7 kuntaa) tarkastuskuntia oli olemassa enemmän tai vähemmän viralliset säännöllistä kotihoitoa, kotihoidon tukipalveluita tai molempia koskevat myöntämiskriteerit. Vain kahdesta kunnasta ne puuttuivat, joskin toisessa näistä kunnista kotihoidon asiakkuuskriteerit olivat tarkastusta tehtäessä valmisteilla.

Tarkastuskuntien kotihoidon myöntämiskriteerejä koskevat havainnot viittaavat siihen, että niillä on pyritty täsmentämään sosiaalihuoltolain 21 pykälässä mainituista kotipalvelun saantikriteereistä lähinnä kahta syytä: alentunutta toimintakykyä ja muuta vastaavaa syytä. Havaintojen mukaan tarkastuskuntien laatimat myöntämiskriteerit olivat rakenteeltaan ja osin sisällöltään melko yhdenmukaisia etenkin kotihoidon (kotipalvelun ja kotisairaanhoidon) osalta. Tarkastuksessa myös havaittiin, että (säännöllisen) kotihoidon kriteerit oli julkaistu kunnissa hyvin eri tavoin. Vain kahdessa tarkastuskunnassa kotihoidon myöntämiskriteerit löytyivät internetistä kotihoitoa käsitteleviltä sivuilta. Kahdessa kunnassa ne oli puolestaan sijoitettu päätöksenteko-sivuille. Muissa kunnissa kriteerit näyttivät olevan enemmänkin epävirallisia, koska niitä ei ollut julkaistu virallisesti missään. Tämän vuoksi niitä piti erikseen pyytää tarkastusaineistoksi.

Tarkastushavaintojen mukaan kunnissa toimintakykymittareita on alettu käyttää yhtenä kotihoidon myöntämiskriteerinä. Kunnissa RAVA:sta tai RAI:sta saaduilla viitteellisillä toimintakykyä kuvaavilla arvoilla tarkennetaan sitä, mitä sosiaalihuoltolain 21 §:ään kirjatulla alennetulla toimintakyvyllä tarkoitetaan. Tarkastushavainnot kuitenkin osoittivat, että kunnat käyttävät laajaa harkintavaltansa määrittellessään sitä, millä toimintakykyä kuvaavalla indeksin arvolla asiakas on oikeutettu saamaan kotihoitoa. Esimerkiksi RAVA:a käyttävissä kunnissa indeksirajassa oli eroja.

Kuntien käyttämät erilaiset RAVA-indeksiarvot ilmenivät siten, että yhdessä kunnassa oli virallisesti määritelty ja julkisesti ilmoitettu, että asiakkaan RAVA-indeksin¹³⁶ on oltava yli 1,3, jotta hän olisi oikeutettu

¹³⁵ *Valtakunnalliset suunnitelmat sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä vuosina 1987–1991 (1986).*

¹³⁶ *RAVA-indeksin arvo yli 1,3 merkitsee vähintään satunnaista avun tarvetta, RAVA-indeksin arvo yli 1,5 vähintään tuettua hoitoa ja RAVA-indeksin arvo yli 2 vähintään valvottua hoitoa. (Valta 2009.)*

säännöllisen kotihoidon palveluihin. Toisessa kunnassa oli taas tehty linjaus, ettei säännöllisessä kotihoidossa saisi olla tiettyä prosenttia enempää asiakkaita, joiden RAVA-indeksi jäi alle 1,5:n. Kolmannessa kunnassa oli puolestaan valmisteilla kotihoidon asiakkuuskriteerit, joiden mukaan asiakkaaksi pääseminen edellyttäisi vähintään 1,5:n RAVA-indeksiä. Neljännessä kunnassa epävirallisena kotihoidon asiakkuuskriteerinä pidettiin sitä vastoin yli kahden menevää RAVA-indeksiä.

Sen sijaan kaikissa RAI toimintakyvyn arviointijärjestelmää käyttävissä tarkastuskunnissa alentunutta toimintakykyä kuvaava MAPLe-arvo oli sama. Asiakkaan katsottiin olevan oikeutettu saamaan säännöllistä kotihoitoa tai kotihoidon tukipalveluja, jos MAPLen arvo oli vähintään kaksi¹³⁷. Vain yhdessä tarkastuskunnasta yhdeksästä kotihoidon saantia ei ollut yhdistetty mihinkään toimintakykymittarin viitteelliseen arvoon.

Sosiaalihuoltolaissa ilmaistuna muina kotihoitoon oikeuttavina syinä asiakirjoissa mainittiin esimerkiksi omaisten tai omaishoitajien hoitamat asiakkaat, kotisairaalan potilaat, saattohoitopotilaat, muistihäiriöistä kärsivät sekä sellaiset asiakkaat, jotka olivat kykenemättömiä käyttämään kodin ulkopuolisia palveluja. Tarkastushavaintojen mukaan ainoastaan yhdessä kunnassa kotihoidon yhtenä asiakkuuskriteerinä oli ikä: yli 75-vuotiaat.

Vaikka tarkastuskunnissa oli laadittu erilaisia kotihoidon myöntämiskriteereitä, kaikki haastateltavat korostivat, että palveluiden myöntäminen perustuu asiakkaan tilanteen kokonaisvaltaiseen arviointiin, joka rakentuu kolmesta tekijästä: asiakkaan yksilöllisten voimavarojen kartoittamisesta, asiakkaan ja mahdollisesti myös omaisten tai läheisten haastattelemisesta sekä sen havainnoinnista, miten asiakas selviytyy kotonaan.

3.2.4 Kotihoidon asiakasmaksut

Säännöllistä ja tilapäistä asiakkuutta koskevat määritelmät

Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuja koskevassa asetuksessa kotisairaanhoidosta ja kotipalvelusta perittävät asiakasmaksut on ryhmitelty annettavan palvelun tai annettavien palveluiden vakinaisuuden mukaan tilapäisiin ja säännöllisiin asiakkaisiin. Asetuksessa ei ole kuitenkaan määritelty tarkemmin, mitä säännöllisyydellä ja tilapäisyydellä tarkoitetaan.

Tarkastushaastatteluuissa näytti aluksi siltä, että säännöllisen kotihoidon asiakas määritellään kunnissa yhdenmukaisesti. Asiakas kuuluu säännöllisi-

¹³⁷ MAPLe 2 = vähäinen tai kohtalainen palvelutarve.

sen kotihoidon piiriin, jos hänen luonaan käydään säännöllisesti vähintään kerran viikossa. THL:n ylläpitämässä säännöllisen kotihoidon laskentarekisterissä käytetään samaa määritelmää (ks. alaviite 131). Sen sijaan käsitys siitä, mitä tilapäisellä asiakkuudella tarkoitetaan, ei tarkastuskunnissa enää ollutkaan niin yksiselitteinen.

Valtaosa tarkastuskuntien haastateltavista määritteli tilapäisasiakkuuden yksinkertaisesti siten, että asiakas saa tiettyä palvelua, esimerkiksi haava-hoitoa, vain määrätyn ajan. Osa haastateltavista määritteli tilapäisyyden kuitenkin toisin. Esimerkiksi yksi haastateltavista määritteli asiakkaan olevan tilapäinen, jos asiakas saa hoitoa harvemmin kuin kerran viikossa tai hoidon tarve jatkuu alle kaksi kuukautta. Toinen haastateltava sen sijaan katsoi, että asiakas on tilapäinen, jos hoidon tarve kestää alle kolme kuukautta. Kolmas haastateltava puolestaan totesi, että yksinomaan jatkuvasti ja pysyvästi lääkkeenjako saavat asiakkaat ovat tilapäisiä, kun taas muutamassa kunnassa samassa tilanteessa olevat asiakkaat määriteltiin säännöllisen kotisairaanhoidon asiakkaiksi. Lisäksi yksi tarkastuskunta oli ohjeistanut kotihoitoa siten, että asiakas muuttuu tilapäisestä säännölliseksi silloin, kun asiakas tarvitsee apua ja tukea päivittäisistä toiminnoista selviytyäkseen, toisin sanoen tarvitsee kotipalveluja.

Asiakkaan määrittelemisen tilapäiseksi vai säännölliseksi vaikuttaa siihen, mitä asiakas maksaa saamistaan palveluista. Asiakasmaksuasetuksen mukaan kunta voi periä säännöllisestä kotihoidosta kohtuullisen kuukausimaksun (ks. tarkemmin alaluku 2.1.2), joka saa olla korkeintaan 35 prosenttia tietyn tulorajan ylittävistä bruttokuukausituloista. Pulmallista on kuitenkin se, ettei valtakunnallisesti ole saatavissa tietoa siitä, kuinka paljon säännöllisen kotihoidon tuottama yksittäinen käynti keskimäärin maksaa kunnalle.

Kuukausimaksun määräytymisperusteet

Tarkastushaastattelut ja tarkastuskuntien asiakasmaksutiedot osoittivat, että asiakasmaksuasetuksen kolmanteen pykälään liittyy myös muita ongelmia. Ensiksi pykälän ensimmäinen momentti määrittelee hyvin yleisellä tasolla ne palvelut (palvelun laadun), joita säännöllisen kotihoidon kuukausimaksuun sisältyy¹³⁸. Kuten alaluvussa 3.2.1 havaittiin, säännöllisen kotihoidon sisällöissä oli kuntakohtaisia eroja.

¹³⁸ *Jatkuvasti ja säännöllisesti annetusta kotisairaanhoidosta ja sosiaalihuoltoasetuksen (607/83) 9 §:n 1 momentin 1 kohdassa tarkoitetusta kotipalvelusta voidaan periä palvelun laadun ja määrän, palvelun käyttäjän maksukykyyn sekä perheen koon mukaan määräytyvä kohtuullinen kuukausimaksu (A 912/1992 3 §).*

Toiseksi tarkastuskunnissa säännöllisen kotihoidon kuukausimaksun yhtenä määräytymisperusteena olevaa palveluiden määrää määritellään kahdella eri tavalla. Kuudessa tarkastuskunnassa palveluiden määrää määriteltiin käynnin kestolla (aikaan sidottu) ja kolmessa kunnassa käyntikerroilla. Koska käynnin kesto voi vaihdella keskimäärin alle kuudesta minuutista (seuranta- tai valvontakäynti) 1½ tuntiin (hoitokäynti), voi tämä käyntikerroiksi muutettuna merkitä esimerkiksi yhtä kertaa kuukaudessa tai seitsemää kertaa viikossa.

Kahden erilaisen määräytymisperusteen käyttö kuukausimaksun määrittelyssä johtaa myös siihen, että säännöllisen kotihoidon piirissä olevat asiakkaat saavat maksamiaan asiakasmaksuja vastaan erilaisen määrän palveluja sen mukaan, mikä heidän asuinpaikkakuntansa on¹³⁹. Tammikuun alussa 2010¹⁴⁰ voimaan tulleiden uusien maksuprosenttien ja tulorajojen mukaan yhden henkilön muodostama perhe joutuu maksamaan 520 euroa kuukaudessa ylittävistä kuukausituloista 35 prosenttia asiakasmaksuina. Tarkastuskunnissa, joissa palveluiden määrää määritellään käyntikerroilla, 35 maksuprosentin luokkaan kuuluvan asiakkaan luona voidaan käydä 24–28 tai yli 28 käyntiä kuukaudessa. Niissä tarkastuskunnissa, joissa palvelujen määrä on sidottu aikaan, samaan maksuluokkaan kuuluva henkilö voi puolestaan saada yli 31 tuntia, yli 40, yli 41, yli 51, yli 61 tai yli 81 tuntia palvelua kuukaudessa.¹⁴¹

Tukipalvelumaksut

Tarkastuskuntien kotihoidon tukipalveluja ja muita kotona asumista tukevia palveluja koskevat asiakasmaksut osoittivat asiakasmaksujen vaihtelevan melkoisesti. Esimerkiksi kotiin kuljetetun aterian hinta vaihteli 6,10 eurosta 9 euroon aterian sisällön mukaan. Saunotuspalvelun (kylvetyspalvelu) asiakasmaksu ilman kuljetusta vaihteli 2 eurosta 6,10 euroon, ja kuljetuksesta perittävä edestakainen maksu vaihteli 3,70 eurosta 10,40 euroon. Sosiaalitoimen järjestämään päivätoimintaan osallistuminen maksoi asiakkaalle halvimmillaan 9,90 euroa/kerta ja kalleimmillaan 15 euroa/päivä. Päivätoimintaan osallistumisen lisäksi edestakaisesta kuljetuksesta peritään erillinen kuljetusmaksu.

¹³⁹ *Tulos on siten samansuuntainen kuin vanhusten yksityisten palvelutalojen hinnoissa ja palveluissa havaitut erot (ks. Kuluttajaviraston hintavertailuja (2009)).*

¹⁴⁰ *Vnp 958/2009.*

¹⁴¹ *Tarkastuskuntien palveluita koskevat internetsivut ja tarkastuskunnista saadut aineistot.*

Asiakasmaksujen vertailtavuuden näkökulmasta ongelmallista on myös se, että osassa kuntia tukipalvelumaksut saattavat sisältyä kuukausimaksuun ja osassa taas ei. Esimerkiksi asiakas on säännöllisen kotihoidon asiakas ja kunnan kotihoito tuottaa hänelle siivouspalveluja. Joissakin kunnissa siivouspalvelusta ei peritty erikseen asiakasmaksua, vaan se oli sisällytetty säännöllisen kotihoidon kuukausimaksuun. Turvapuhelimen hinnat voivat puolestaan vaihdella sen mukaan, onko asiakas säännöllisen kotihoidon piirissä tai mistä asiakas on puhelimen hankkinut. Esimerkiksi säännöllisen kotihoidon piirissä oleva asiakas maksaa turvapuhelimesta 12 euroa kuukaudessa, kun turvapuhelin muille maksaa kolme kertaa enemmän. Jos asiakkaalla on taas kuntayhtymän kautta hankittu turvapuhelin, se maksaa 18 euroa, ja puhelinyhdistyksen kautta hankittuna 12 euroa kuukaudessa. Enemmistöissä tarkastuskunnista turvapuhelimen kuukausimaksu sisälsi myös auttamiskäynnit. Vain yhdessä tarkastuskunnassa turvapuhelimen kuukausimaksu sisälsi auttamiskäynnit säännöllisessä kotihoidon piirissä oleville, mutta muilta sitä vastoin auttamiskäynneistä perittiin erillinen maksu.

Kotihoidon tukipalveluja koskevat havainnot osoittivat samoin, että käsitys palvelujen saantioikeuden pohjautumisesta ainoastaan tarpeeseen (terveydentilaan, toimintakykyyn tai molempiin) on joidenkin kotihoidon tukipalveluiden osalta murentunut. Tuloista, varallisuudesta tai molemmista on muodostunut pikkuhiljaa yksi palvelun myöntämiskriteeri. Tarkastuskunnissa tämä näkyi siivous- ja turvapalveluissa sekä sosiaalihuoltolain mukaisen kuljetustuen myöntämisessä.

Kotihoidon siivouspalvelujen muuttuminen tulosidonnaiseksi ilmeni kolmessa tarkastuskunnassa siten, että kaikki palvelutarpeen arvioinnin perusteella siivouspalveluja tarvitsevat asiakkaat saivat sitä, mutta kun bruttotulot ylittivät tietyn tulorajan, asiakas joutui maksamaan siivouksesta huomattavan suuren summan. Esimerkiksi yhdessä kunnassa, jossa yksin asuvan vanhuksen kuukausitulot ylittävät 1 300 euroa, hänelle voidaan järjestää siivousta joko kotihoidon omana toimintana tai ostopalveluna. Tällöin asiakas joutuu kuitenkin maksamaan alle kolmen tunnin siivouskäynnistä 80,30 euroa ja yli kolmen tunnin siivouskäynnistä 214 euroa.

Turvapalveluissa tulosidonnaisuus ilmeni puolestaan siten, että kahdessa tarkastuskunnassa asiakas sai turvapuhelimen ilmaiseksi, jos hänen tulonsa jäivät tietyn tulorajan alle. Nämä kunnat erosivat kuitenkin tulorajan osalta huomattavasti toisistaan. Toisessa kunnassa yksin asuva henkilö sai ilmaisen turvapuhelimen, jos hänen tulonsa jäivät alle 484 euron kuukaudessa, kun toisessa kunnassa ilmaisen turvapuhelimen raja yksin asuvilla oli 1 040 euroa. Jos näissä kahdessa kunnassa asiakkaan bruttotulot sitä vastoin ylittivät joko 1 560 euroa kuukaudessa tai 1 861,65 euroa kuukaudessa, asiakas joutui itse hankkimaan turvapuhelimen yksityiseltä palvelun-

tuottajalta. Yhdessä kunnassa asiakas sai kunnan tarjoaman turvapuhelimen riippumatta tuloistaan, mutta joutui yli 1 750 euron bruttotuloilla maksamaan siitä 40 euroa kuukaudessa. Muissa kuudessa tarkastuskunnassa turvapuhelimen kuukausimaksu oli sen sijaan kaikille kotihoidon asiakkaille yhä suuri.

Tulojen ja varallisuuden tai ainoastaan tulojen vaikutus tukipalvelun myöntämiseen näkyi niin ikään sosiaalihuoltolain mukaisessa kuljetuspalvelussa. Vain kolmessa tarkastuskunnassa SHL:n mukaista kuljetuspalvelua myönnettiin ilman tulojen tai varallisuuden huomioon ottamista. Neljässä kunnassa kuljetuspalvelu myönnettiin, jos asiakkaan bruttotulot jäivät alle tietyn tulorajan. Jos tuloraja ylittyi, palvelua ei myönnetty. Yksin asuvan asiakkaan tulorajat vaihtelivat kunnissa melkoisesti. Vaihteluväli oli 1 050 eurosta 1 557,50 euroon kuukaudessa. Sen sijaan kahdessa kunnassa otettiin huomioon sekä nettotulot että varallisuus. Näissä kunnissa nettotulojen tulorajat olivat lähellä toisiaan (alle 850 euroa / alle 876,15 euroa), mutta varallisuuskriteeri oli sitä vastoin samansuuruinen: 3 000 euroa.

3.2.5 Kokoavat havainnot ja päätelmät

Tarkastushavaintojen mukaan kotihoito oli toiminnallisesti organisoitu yhdenmukaisemmin kaupunkikunnissa kuin maaseutukunnissa, joista löytyikin useampia variaatioita. Erilaisista kotihoidon toiminnallisista organisoititavoista huolimatta yhteisenä piirteenä lähes kaikille tarkastuskunnille oli, että käytännön toiminta oli organisoitu tiimityön pohjalle. Lisäksi muita yhteisiä piirteitä oli sairaan- tai terveydenhoitajan toimiminen lähiesimiehenä ja oma- tai vastuuhuoltajajärjestelmän olemassaolo. Useammassa kunnassa omahoitajana toimi yleensä lähihoitaja, mutta kunnissa pyrittiin myös valikoimaan asiakkaalle omahoitajaksi sellainen henkilö, jonka nähtiin kykenevän parhaiten vastaamaan asiakkaan tarpeisiin. Kaikissa tarkastuskunnissa omahoitajajärjestelmä ei kuitenkaan toiminut vielä toivotulla tavalla.

Kotihoidon rakennetta koskevat tarkastushavainnot osoittivat sen, että kotihoidosta puhuttaessa voimme puhua sisällöllisesti hyvin erilaisista asioista. Tarkastushavaintojen perusteella näyttää siten siltä, että kotihoito käsitteenä on sisällöllisesti epämääräinen ja epämääräisyyttä lisää edelleen myös puhe säännöllisestä kotihoidosta. Kotihoidon sisällölliset variaatiot merkitsevät siten sitä, että ikääntyneet saavat alueellisesti eritasoisia kotihoitoa.

Tarkastushavainnot nostivat selkeästi esille sen, miten kunnat kykenevät käyttämään harkintavaltaansa määrärahasidonnaisia palveluja koskevissa

asioissa. Kotihoidossa tämä näkyi ennen kaikkea kotihoidon tukipalveluissa, joiden määrässä ja muodossa oli suuriakin eroja tarkastuskuntien välillä. Lisäksi tarkastushavainnot osoittivat, että kotihoidon asiakkaat olivat kotihoidon palvelujen saatavuuden ja niistä maksettujen asiakasmaksujen osalta eriarvoisessa asemassa paitsi sen mukaan, missä kunnassa he asuvat, mutta myös sen mukaan, mikä on heidän asumismuotonsa. Kuntien kotihoidon sisällölliset erot tekevät siten myös mahdottomaksi kotihoidon menojen valtakunnallisen vertailun.

Tarkastuskuntien harkintavalta kotihoidon myöntämisessä näkyi niin ikään niiden laatimissa kotihoitoa koskevissa myöntämiskriteereissä. RAVA- ja RAI-toimintakykymittareiden viitteellisistä indeksiarvoista on tullut yksi palveluiden myöntämiskriteeri. Vaikka palveluiden saatavuus ei olekaan yksinomaan kiinni toimintakykymittarin indeksiarvosta, liittyy indeksiarvojen käyttöön näkökulman mukaan ongelmia: Yksittäisen kunnan näkökulmasta palveluiden saatavuuden sitominen osittain viitteelliseen toimintakykyindeksiin pyrkii kohtelemaan kunnan asukkaita yhdenmukaisesti. Valtakunnallisesta näkökulmasta tarkasteltuna kuntien erilaiset toimintakykyindeksin arvot sitä vastoin kohtelevat kotihoitoa hakevia kansalaisia epätasa-arvoisesti.

Kotihoidon asiakasmaksuja koskevat tarkastushavainnot nostivat esille säännöllisen kotihoidon asiakasmaksujen läpinäkymättömyyden. Ei ole olemassa tietoa siitä, kuinka paljon säännölliseen kotihoitoon sisältyvät toiminnot maksavat, vaikka niiden perusteella määritellään asiakasmaksut. Asiakasmaksujen läpinäkymättömyyteen vaikuttaa myös se, että kunnat määrittelevät säännöllisen kotihoidon asiakasmaksut joko aika- tai käyntiperusteisesti.

Asiakasmaksuja koskevat tarkastushavainnot osoittivat samoin sen, että kunnissa oli erilaisia tulkintoja asiakkuuden tilapäisyydestä ja sen muuttumisesta säännölliseksi. Tulkintaerot ovat asiakkaiden yhdenvertaisen kohtelun näkökulmasta merkityksellisiä, koska tilapäisasiakkaat joutuvat maksamaan palveluistaan kertamaksun.

Lopuksi asiakasmaksuja koskevat tarkastushavainnot viittaavat siihen, että esimerkiksi siivouspalveluihin tullut tulosisidonnaisuus on yksi keino vastata kasvaneeseen palvelukysyntään. Ns. suurituloisimmille asiakkaille kunnallisten palveluiden käytöstä on tehty niin kallista, että heidän on taloudellisesti järkevämpää hankkia palvelut yksityisiltä palveluntuottajilta kotitalousvähennyksen turvin. Näin kunnalle jää enemmän resursseja vastata vähävaraisten vanhusten siivoustarpeisiin. Pulmallista on kuitenkin se, että tulosisidonnaisuus edistää ikääntyvän väestön jakautumista parempi- ja huonompiosaisiin ja supistaa pienituloisten valinnanmahdollisuuksia.

3.3 Kotihoidon resurssit

3.3.1 Määrärahat

Sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionavustuksesta annettu lain (733/1992) 3 §:n mukaan kunnan on varattava kaikkiin valtionavustuksen perusteena oleviin sosiaali- ja terveydenhuollon tehtäviin määrärahoja. Subjekttiivisia oikeuksia koskevia velvoitteita lukuun ottamatta kunnat saavat itse päättää, kuinka paljon ne osoittavat talousarvioissaan voimavaroja yleisen järjestämisvelvollisuuden piiriin kuuluvien, ns. määrärahasidonnaisten, palvelujen järjestämiseen. Talousarvion määrärahat vaikuttavat siihen, millaisia palveluja kuntalaisille voidaan myöntää. Talousarvio on siten tärkein kunnallista "palvelupolitiikkaa" ohjaava väline.¹⁴²

Määrärahamitoituksen arviointiperusteet

Määrärahasidonnaisissa palveluissa pulmallista on se, ettei niiden järjestämistä ole sidottu kunnassa esiintyvään tarpeeseen kuten päihdehuoltolaissa¹⁴³ tai vammaispalvelulaissa¹⁴⁴. Määrärahasidonnaisia kotipalveluja ja kotisairaanhoidoa koskevat säännökset ovat väljiä ja jättävät kunnassa esiintyvän palvelutarpeen ennen kaikkea kunnan itsensä arvioitavaksi¹⁴⁵. Ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskevassa laatusuosituksessa¹⁴⁶ korostetaan, että palvelutarpeen arvioinnin tulee perustua paikallisiin olosuhteisiin. Suosituksessa määritellään joukko tekijöitä, joita pitäisi käyttää, kun arvioidaan kunnan vanhuspalveluiden tarvetta. Tällaisia tekijöitä ovat väestön ikärakenne, väestöennusteet, yli 75-vuotiaiden terveydentilan ja toimintakyvyn kehitys sekä ikääntyneiden elinajanodote ja ikääntyvän väestön taloudellinen tila. Samoin tarkasteltavia tekijöitä ovat ikääntyvien asumisolot ja niiden kehitys, ikääntyvien asuinympäristö ja niiden puutteet sekä sosiaaliset verkostot, ikääntyvän väestön toimintakykyä selvittävien mittausten tulokset ja muuttoliikkeen vaikutus.

Tarkastushaastattelut osoittivat, että yleisimmin kunnissa kotihoidon määrärahatarvetta arvioitiin edellisen vuoden talousarvion ja sen toteutuman perusteella ja lisäksi voitiin katsoa myös kuluvan vuoden toteutumista,

¹⁴² Tuori & Kotkas (2008), s. 142–143.

¹⁴³ L 41/1986.

¹⁴⁴ L 380/1987.

¹⁴⁵ Ks. Tuori & Kotkas (2008), s. 143.

¹⁴⁶ Sosiaali- ja terveysministeriö(2001a), s. 14.

jonka pohjalta arvioidaan loppuvuoden menot. Loppuvuoden menojen arviointi perustui yleensä asiakasmääriä ja -käyntejä koskeviin tietoihin.

Yhdessä tarkastuskunnassa määrärahatarvetta arvioitiin sen sijaan tuotannon kautta. Asiakaskäynnille laskettiin keskikustannushinta, joka perustuu toteutuneisiin asiakaskäynteihin (määrä ja kesto) ja asiakaskäyntien arvioituun kehitykseen. Lisäksi keskikustannushinnassa otettiin huomioon tulevat indeksikorostukset ja lainsäädäntöuudistusten vaikutukset.

Kahdessa tarkastuskunnassa kunnan määrärahatarpeen arvioinnissa käytettiin sitä vastoin huomattavasti monipuolisemmin erilaisia tietoja. Toisessa näistä kunnista otettiin huomioon erilaisia kunnan palvelujen käyttöä kuvaavia tietoja, kuten ennalta ehkäisevien kotikäyntien tuloksia sekä omaishoidon tuella hoidettavien ja edellisen vuoden kotihoidon asiakkaiden määriä. Näiden lisäksi arvioinnissa hyödynnettiin edellisen vuoden talousarvion toteumatietoja. Niin ikään palvelutarvetta arvioitiin "tyydyttämättömillä palvelutarpeilla", jolloin huomioon otettiin kielteisen palvelupäätöksen saaneiden määrät ja eri palveluita koskevat jonotustiedot. Arvioinnissa katsottiin myös väestöennusteita ja yksin asuvien määrää.

Toisessa näistä monipuolisesti erilaisia tietoja hyödyntävistä kunnista määrärahan suuruutta arvioitiin puolestaan 75 vuotta täyttäneiden määrällä, edellisen ja kuluvan vuoden talousarvioiden toteutumisella, kuluvan vuoden asiakasmäärää koskevilla ennusteilla, säännöllisen kotihoidon keskimääräisellä kestolla ja peittävyydellä. Samoin arvioinnissa hyödynnettiin väestöennusteita. Ainoastaan yhdessä tarkastuskunnassa määrärahan arviointiperusteena käytettiin yksinomaan 75 vuotta täyttäneiden määrää.

Vanhustenhuollossa on puhuttu 1990-luvun puolivälistä lähtien voimakkaasti vanhojen ihmisten voimavaraisuudesta. Tarkastushaastattelut osoittivatkin, että tarkastuskunnissa voimavarapuhe oli siirtynyt kotihoidon määrärahoja koskeviin arvioihin varsin hyvin mutta sangen yksipuolisesti. Nimittäin määrärahatarvetta arviotaessa otettiin huomioon asiakkaiden tulot eli arvioitiin sitä, kuinka paljon asiakkaiden eläkkeet mahdollisesti nousevat seuraavana vuonna.

Voimavarojen huomioon ottamisessa kuitenkin yksi tarkastuskunta poikkesi selkeästi muista kunnista. Tässä kunnassa otettiin huomioon omaiset ja heidän halunsa ottaa vanhus osaksi sosiaalista elämänpiiriään. Käytännössä tämä tarkoitti sitä, että jos toisessa kunnassa asuvat omaiset haluavat saada säännöllistä kotihoitoa saavan vanhuksen lähelleen, ostaa vanhuksen kotikunta omaisen asuinkunnasta vanhukselle tarvittavat palvelut. Kunnassa

on siten jo toimittu mallilla, jota ehdotetaan kotikuntalain ja sosiaalihuoltolain muuttamista koskevassa hallituksen esityksessä¹⁴⁷.

Tarkastushavaintojen mukaan näyttää siis siltä, että kunnat hyödyntävät hyvin vähän kuntalaisiaan koskevia tietoja arvioidessaan kotihoidon määrärahamitoitusta. Yksi haastateltavista totesikin, että väestöä koskevia tietoja voisi käyttää enemmän. Tarkastushavaintojen mukaan arvioinnissa käytettävät tiedot näyttivät myös useimmiten koskevan jo kotihoidon piirissä olevia asiakkaita. Näiden tietojen käyttö viittaisi siihen, että tietoja käytetään arvioitaessa sitä, miten asiakkaiden palvelutarve seuraavana vuonna mahdollisesti kehittyy. Lähes jokaisella kunnalla olisi mahdollisuus hyödyntää asiakkaiden toimintakyvyn kehittymistä koskevissa arvioissaan myös toimintakykymittareiden tuottamia toimintakykyä koskevia tietoja, mutta tarkastushaastattelujen mukaan näin ei tehdä. Tosin yhdessä tarkastuskunnassa kehiteltiin parhaillaan menetelmää, jossa tuottajan laskutus tilaajalta perustuisi toimintakykymittarista saatavaan indeksiin. Tässä vaiheessa sitä kuitenkin oltiin kehittämässä vain laitoshuoltoon.¹⁴⁸

Kotihoidon määrärahamitoituksen yhteys muihin palveluihin

Kotihoito on yksi kotona asumista tukeva palvelu, jonka rooli voidaan mieltää kahdenlaiseksi. Se voi olla muiden kotona asumista tukevien palvelujen täydentäjä tai muut kotona asumista tukevat palvelut täydentävät sitä. Riippumatta siitä, millaisena kotihoidon rooli nähdään, tarkastushaastattelut osoittivat, ettei kotihoidon määrärahamitoituksessa tavallisesti oteta lainkaan huomioon muiden palveluiden merkitystä. Vaikka palveluja järjestettäessä korostetaan kokonaisuutta ja eri palvelumuotojen välistä yhteistyötä, määrärahamitoituksista päätettäessä palveluja sitä vastoin tarkastellaan yksittäisen palvelumuodon näkökulmasta. Tarkastushaastattelujen mukaan vain kahdessa tarkastuskunnassa yhdeksästä kotihoidon määrärahamitoituksessa otettiin huomioon myös muut kotihoitoa tukevat palvelut, kuten päivätoiminta ja omaishoidon tuki.

Haastateltavat perustelivat muiden palveluiden huomiotta jättämistä muun muassa sillä, ettei niitä pystytä budjettitasolla ottamaan huomioon. Määrärahamitoituksen katsottiin organisaatiotasolla vaikeutuvan, jos sitä pitäisi tarkastella yhteistyönä monesta eri näkökulmasta. Organisaatiorajoissa pysymisen todettiin vaikuttavan myös siihen, ettei olemassa olevaa tietoa hyödynnetä riittävästi.

¹⁴⁷ HE 101/2010 vp.

¹⁴⁸ Tarkastuskunnan tilaajalta saatu kirjallinen vastaus (2.12.2009).

Haastattelut kuitenkin viittasivat siihen, että osassa kunnista ollaan tietoisia ja aika ajoin jopa mietitty sitä, että muiden kotona asumista tukevien palveluiden huomioon ottaminen kotihoidon määrärahamitoitusta arvioitaessa olisi järkevää. Muiden palveluiden huomiotta jättäminen oli esimerkiksi yhdessä kunnassa johtanut henkilöstöpulaan. Kotihoitoon oli perustettu yöpartio, mutta "unohdettu" resursoida päivävuoroihin. Terveyskeskuksen vuodeosastohoidon sijasta kotona voitiin hoitaa nyt 30 asiakasta, mutta lisääntyneisiin ilta- ja viikonloppukäynteihin ei riittänyt henkilöstöä. Toisessa kunnassa puolestaan oli lisätty omaishoidon tuella hoidettavien määrää mutta ei ollut lainkaan mietitty sitä, miten hoito järjestetään omaishoitajan loman aikana. Kuten edellä mainitut esimerkit osoittavat, ei suositus kunnan palvelutarjonnan tarkastelemisesta kokonaisuutena¹⁴⁹ näytä määrärahamitoituksen osalta toteutuneen.

Kotihoidon tavoitteiden ja määrärahamitoituksen vastaavuus

Vuoden 2001 laatusuosituksessa painotettiin, että kuntien pitäisi asettaa sellaisia tavoitteita, joita ne pystyvät käytettävissä olevilla voimavaroillaan toteuttamaan¹⁵⁰. Vuoden 2008 laatusuosituksessa puolestaan korostettiin, että ikääntymispoliittisesta strategiasta otetaan mukaan vain tärkeimmät tavoitteet valtuustotason tavoitteisiin, jolloin niiden toteuttamiseen on osoitettava myös tarvittavat voimavarat¹⁵¹.

Tarkastushaastattelut kuitenkin osoittivat, että kahdessa kolmasosassa tarkastuskunnista kotihoidon tavoitteet ja määrärahat eivät vastanneet toisiaan. Haastateltavat totesivat talousarvioiden olevan epärealistisia. Heidän mielestään kotihoidon käynti- ja asiakasmäärät eivät ole linjassa sen kanssa, miten toimintaan osoitetaan rahaa. Yksi haastateltavista kertoi, ettei talousarvioissa euroja ja tilastotietoja osata kytkeä yhteen. Toisen haastateltavan mukaan talousarvion tekovaiheessa kyllä puhutaan esimerkiksi kuntouttavasta työotteesta ja sen merkityksestä, mutta tämä ei näy millään lailla määrärahoissa. Kolmas haastateltava taas sanoi, että talousarvioon kirjataan tavoitteita, mutta niiden toteuttamiseen ei anneta resursseja. Neljäs haastateltava puolestaan kertoi esimerkin kotihoidon kehittämisen lyhytnäköisyydestä. Vuonna 2009 kotihoito sai lisärahaa uuden toiminnan järjestämiseksi, mutta vuoden 2010 talousarviossa lisärahaa ei enää myönnetty. Haastateltavan mukaan tämä johtaa vastaisuudessa kahden vaihtoehtoiseen ratkaisuun, joiden molempien voidaan katsoa vaikut-

¹⁴⁹ *Sosiaali- ja terveysministeriö (2008c), s. 26.*

¹⁵⁰ *Sosiaali- ja terveysministeriö (2001a), s. 16.*

¹⁵¹ *Sosiaali- ja terveysministeriö (2008c), s. 17.*

tavan kotihoidon laatuun. Ensimmäinen vaihtoehto on tuottaa aikaisemmin ostopalveluna tuotettu toiminta nyt kotihoidon muiden toimintojen ohella, mikä supistaa välittömään hoitotyöhön käytettyä aikaa. Toinen vaihtoehto on käyttää toiminnan pyörittämiseen vähemmän rahaa, mikä itse asiassa johtaa toiminnan supistamiseen.

Kotihoidon määrärahojen riittävyys suhteessa ikääntyneiden tarpeeseen

Pyrkimys tarkastella kotihoidon määrärahojen kehitystä ja niiden suhdetta kaikkiin vanhustalouteen nosti esille sosiaali- ja terveystoimen tilastointiongelmia mutta myös sen, ettei vanhusten kotihoidon menoista yksinkertaisesti ole saatavissa koko maata kattavia kustannustietoja. Tilastointiongelmia johtuvat siitä, että kuntien taloustilastoon kerätään kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon käyttökustannuksia tehtäväryhmittäin mutta niistä ei voi laskea erikseen kunnan ikääntyneiden palveluihin käyttämää kokonaiskustannusta. Syynä on se, että luokka Muut vanhusten ja vammaisten palvelut sisältävät myös vammaispalveluiden kustannukset ja Perusterveydenhuollon ja Erikoissairaanhoidon luokkiin sisältyy myös ikääntyneiden palveluihin käytettyjä kustannuksia. Esimerkiksi juuri kotihoidon palveluista kotisairaanhoidon saattaa olla osittain tai jopa kokonaan terveydenhuollossa, jolloin niiden kustannukset sisältyvät terveydenhuollon kustannuksiin.¹⁵²

Kotipalveluiden tehtäväkohtaisessa luokituksessa on ongelmana puolestaan se, ettei kotipalvelukustannuksia ole eritelty ikäryhmittäin toisin kuin kotipalveluja saavat asiakkaat. Kotisairaanhoidon kustannukset taas sisältyvät Perusterveydenhuollon avohoidon kustannuksiin, joita ei erotella tehtäväryhmittäin eikä myöskään ikäryhmittäin. Ainoastaan Kuusikko-työryhmän tuottamista vanhustalouksellisuudesta on saatavissa tietoja joidenkin kaupunkikuntien kotihoidon kustannuksista ja niiden kehityksestä.¹⁵³

Tarkastushaastattelut osoittivat myös sen, ettei tarkastuskuntien kotihoidon kustannuksia voida vertailla keskenään. Tämä johtuu ensi sijassa kotihoidon rakenteen kuntakohtaisista eroista. Esimerkiksi niissä kunnissa, joissa kotihoito tuottaa säännöllisen kotihoidon palveluja myös palveluasumisen piirissä asuville, kustannukset sisältyvät kotihoidon kustannuksiin. Samoin omaishoidon tuen piirissä oleville annetut kotihoidon palvelut

¹⁵² *Ikääntyneiden sosiaali- ja terveyspalvelut 2005 (2007)*, s. 86.

¹⁵³ *Kuusikko-työryhmä koostuu Helsingin, Espoon, Vantaan, Turun, Tampereen ja Oulun sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisista. Ks. enemmän www.kuusikkokunnat.fi.*

määrittyvät kotihoidon kustannuksiksi. Päivätoiminnan menot voivat puolestaan olla joko kotihoidon menoja tai erillisiä päiväkeskusmenoja sen mukaan, onko päivätoiminta määritelty kotihoidon tukipalveluksi. Yhdessä kunnassa kotihoidon tukipalveluksi määritellyn ateriapalvelun menoja ei kuitenkaan luokiteltu kotihoidon menoksi vaan ruokapalveluyksikön menoksi.

Tarkastushavainnot osoittivat, että erot kotihoidon menojen kasvussa vaihtelivat suuresti kunnittain. Vuodesta 2006 vuoteen 2008 menot lisääntyivät tarkastuskunnissa 0,3 prosentista yli 56 prosenttiin. Niistä kuudesta tarkastuskunnasta, joista saatiin useammalta vuodelta myös muita palveluja koskevia menotietoja, kolmessa kunnassa kotihoidon menot olivat lisääntyneet palveluasumismenojen ohella vanhuspalveluista¹⁵⁴ eniten. Kotihoidon menojen suurenemisesta huolimatta kotihoidon osuus vanhusmenoista näytti supistuneen tai pysyneen lähes ennallaan vuosina 2006–2008. Vuonna 2008 kotihoidon menojen osuus vanhusmenoista vaihteli tarkastuskunnissa noin 15 prosentista 31 prosenttiin.

Tarkastuskuntien näkemykset määrärahojen riittävydestä hajosivat. Enemmistö haastateltavista (6 kuntaa) katsoi, etteivät kotihoidon määrärahat ole vastanneet tarvetta. Haastattelujen perusteella lisämäärärahaa oli tarvittu lähinnä sijaisten palkkaamiseen. Suuri osa haastateltavista katsoi, ettei budjetti välttämättä ylittyisi, jos työntekijät sairastaisivat vähemmän. Eräs haastateltavista totesi, ettei talousarviota tehtäessä osata ottaa riittävästi huomioon henkilöstön sairauslomia. Toisena budjetin ylittymisen syynä haastateltavat mainitsivat yleensä sen, ettei kunnissa ole osattu ennakoida avuntarvitsijoiden määrän kasvua.

Kolmen kunnan haastateltavien käsitys määrärahojen riittävydestä sen sijaan poikkesi enemmistön näkemyksestä. Näiden kuntien haastateltavat olivat sitä mieltä, että kotihoidon määrärahat ovat vastanneet tarvetta. Tosin yksi heistä täsmensi, että määrärahat ovat vastanneet tunnustettua tarvetta. Toinen puolestaan totesi, että määrärahat vastaavat tarvetta, kun kotihoidosta on suljettu pois tiettyjä asioita, kuten siivous ja yöhoito. Kolmas taas kertoi, että hoitotyöhön rahaa on budjetoitu riittävästi, mutta sen sijaan kotihoidon kehittämiseen ei ole varattu lainkaan määrärahoja.

Haastatteluissa nousi esille myös se, että kun kunnissa jokaiselle hallintokunnalle annetaan vuosittain lisärahaa tietyn prosentin verran (yleensä 2 prosenttia), niin sosiaali- ja terveystaloudissa siitä kilpailevat lapset, aikuiset ja vanhuksat. Lisäksi lisärahasta suurin osa menee palkkoihin, ja niiden osuus kotihoidon menoista onkin varsin huomattava. Tarkastus-

¹⁵⁴ *Terveyskeskuksen pitkäaikaishoito, omaishoidon tuki, palveluasuminen ja vanhainkoti.*

havaintojen mukaan parin viime vuoden aikana palkkamenojen osuus kotihoidon menoista oli kuitenkin osassa kunnista supistunut. Vuonna 2006 palkkamenojen osuus säännöllisen kotihoidon menoista vaihteli tarkastuskunnissa 59 prosentista 93 prosenttiin. Vuonna 2008 vastaava osuus vaihteli 73 prosentista 87 prosenttiin.¹⁵⁵

Tukipalvelumenojen osuudessa kotihoidon menoista oli suuria tarkastuskuntakohtaisia eroja. Ne vaihtelivat vuonna 2008 vajaasta kahdesta prosentista 17 prosenttiin. Tarkastushavainnot viittasivat samaten siihen, että tukipalvelumenojen osuus säännöllisen kotihoidon menoista olisi vuonna 2007 tapahtuneen hetkellisen supistumisen jälkeen taas kasvamassa. Tarkastushaastattelujen perusteella melko monessa tarkastuskunnassa tukipalvelumenot oli osattu arvioida varsin hyvin.

Tarkastuksessa tehtiin laskelma siitä, kuinka paljon yhden 75 vuotta täyttäneen asiakkaan kotihoito maksaa vuodessa. Arviot pohjautuvat kolmesta tarkastuskunnasta tehtyihin julkisiin vanhuspalveluja koskeviin tilastoihin, joissa kotihoidon kustannuksista on kyetty erottamaan yli 75-vuotiaiden kotihoidon kustannukset. Samoista tilastoista poimittiin myös vuoden aikana säännöllistä kotihoitoa saaneiden yli 75-vuotiaiden määrät.¹⁵⁶

Tulosten mukaan näissä kolmessa tarkastuskunnassa kotihoidon kustannukset yhtä 75 vuotta täyttänyttä asiakasta kohden vaihtelivat melkoisesti vuosittain. Vuonna 2006 kuntien 75 vuotta täyttäneiden kotihoidon kustannukset vaihtelivat keskimäärin 13 758 eurosta 16 977 euroon. Kaksi vuotta myöhemmin kustannusten keskimääräinen vaihteluväli oli 12 258 eurosta 16 261 euroon. Vuonna 2006 halvimman ja kalleimman tarkastuskunnan välinen ero oli lähes 25 prosenttia, ja vuonna 2008 ero oli kasvanut noin 33 prosenttiin. Lisäksi yhdessä kunnassa, jossa 75 vuotta täyttäneiden kotihoidon kustannukset olivat halvimmat molempina vuosina, kotihoidon kustannukset olivat supistuneet 11 prosentilla, mutta vastaavana tarkasteluajankohtana 75 vuotta täyttäneiden asiakkaiden määrä oli lisääntynyt noin 13 prosentilla. Sen sijaan kunnassa, jossa 75 vuotta täyttäneiden kotihoidon kustannukset olivat näistä kolmesta tarkastuskunnasta tarkasteluajanjaksolla korkeimmat, kotihoidon kustannukset olivat supistuneet runsaalla neljällä prosentilla, mutta 75 vuotta täyttäneiden asiakkaiden määrä oli sitä vastoin kasvanut lähes yhdellä viidesosalla.

¹⁵⁵ *Tarkastushaastattelut ja tarkastuskunnista pyydytyt taloustiedot.*

¹⁵⁶ *Tarkastuskuntia koskevia julkisia aineistoja.*

3.3.2 Henkilöstö

Sosiaalipoliittisissa asiakirjoissa henkilöstön on todettu olevan keskeinen tekijä, jolla luodaan edellytyksiä kotihoidon toiminnoille ja sitä kautta vaikuttaville (hoito)tuloksille. Riittäväällä henkilöstömäärällä ja henkilöstön hyvällä ammatillisella osaamisella turvataan, että asiakkaat saavat palveluja ja tarjotut palvelut ovat laadukkaita. Henkilöstön osaamisen vahvistaminen on mielletty myös keinoksi, jolla voidaan lisätä palvelujärjestelmän toimivuutta, tuottavuutta ja kustannusvaikuttavuutta.¹⁵⁷ Sosiaali- ja terveyspoliittisissa asiakirjoissa henkilöstön riittävyttä ja osaamista on korostettu erityisesti tulevaisuuteen varautumisen näkökulmasta¹⁵⁸.

Henkilöstön määrä ja kehitys

Sosiaali- ja terveysministeriö on pyrkinyt viimeisten 25 vuoden aikana ohjaamaan kuntia, jotta ne muuttaisivat palvelurakennettaan avohuoltopainotteiseksi. Palvelurakenteen muutoksen on katsottu edellyttävän, että avopalveluissa toimivien määrää lisätään eikä vähennetä. Tavoitteena on ollut, että kun laitosten hoitopäivät vähenevät, niin tästä vapautuvat henkilö- ja muut voimavarat siirretään avopalveluihin.¹⁵⁹ Sosiaali- ja terveydenhuollon tilastojen mukaan tavoite näyttää toteutuneen vain osittain.

Sosiaali- ja terveydenhuollon tilastojen mukaan kuntien terveyskeskusten vuodeosastoilla hoidettujen yli 75-vuotiaiden potilaiden määrä väheni vajaalla 23 prosentilla ja heidän hoitoonsa käytettyjen hoitopäivien määrä supistui noin kahdella prosentilla vuosina 1997–2008¹⁶⁰. Terveyskeskusten vuodeosastolla toimivien henkilöiden¹⁶¹ määrä ei kuitenkaan vähentynyt vaan päinvastoin lisääntyi vuodesta 1995 vuoteen 2008 noin neljällä prosentilla. Kunnallisissa vanhainkodeissa toimivien henkilöiden määrä puolestaan väheni noin 20 prosentilla ja 75 vuotta täyttäneiden asiakkaiden määrä noin 19 prosentilla vuosina 1995–2008. Samaan aikaan kunnal-

¹⁵⁷ Sosiaali- ja terveysministeriö (2001a); (2001b); (2003a); (2004); (2006b); (2008a); (2008c); Pääministeri Matti Vanhasen II hallitusohjelma (2007).

¹⁵⁸ Voutilainen (toim.) (2007), s. 40.

¹⁵⁹ Valtakunnalliset suunnitelmat sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä vuosina 1984–1988 (1983); Sosiaali- ja terveysministeriö (1992), s. 10.

¹⁶⁰ Sosiaali- ja terveydenhuollon tilastollinen vuosikirja 2009 (2009).

¹⁶¹ Henkilöstömäärä on ilmoitettu henkilötyövuosina. Tällöin lukuihin eivät sisälly virkavapaalla olevat ja osa-aikaisten työpanokseksi on laskettu 60 prosenttia koko-aikaisten työpanoksesta. (Voutilainen ym. (2007), s. 173.)

lisissä palvelutaloissa ja ryhmäkodeissa¹⁶² toimivien määrä yli kaksinkertaistui (nousua 222 prosenttia), kotipalveluhenkilöstö lisääntyi noin kahdeksalla prosentilla ja kotisairaanhoidossa toimivien määrä 2,4-kertaistui.¹⁶³

Yksityissektorin tuottamissa kotipalveluissa toimivien määrä on kasvanut myös viimeisen parin vuosikymmenen aikana voimakkaasti. Tilastokeskuksen työssäkäyntitilaston mukaan yksityisessä kotipalvelussa toimi vuonna 1990 yhteensä 333 työntekijää ja vuonna 2008 heitä oli jo 3 118. Vuonna 2008 yksityisen sektorin tuottamista kotipalveluista (kodinhoitoapu ja tukipalvelut) yksi neljäsosa kohdistui muille kuin 65 vuotta täytäneille.¹⁶⁴

Edellä esitettyihin henkilöstömäärälukuihin liittyy kuitenkin ongelmia, joiden seurauksena kotihoidon henkilöstöstä on vaikea saada tarkkaa kokonaiskuvaa. Ongelmat liittyvät lähinnä siihen, ettei henkilöstöä koskevissa tilastoissa käytetyistä palveluluokituksista saada suoraan erilleen ikäänntyneiden palveluja.¹⁶⁵ Lisäksi KTOYK-luokituksessa kotisairaanhoidon kanssa samaan luokkaan luokitellaan myös kouluterveydenhuolto. Kotisairaanhoidon on myös Kuntasektorin palkat -tilastoissa merkitty selvästi kotipalvelua pienempi joukko työntekijöitä, mikä puolestaan ei anna kotisairaanhoidon henkilöstötilanteesta oikeaa kuvaa.¹⁶⁶ Niin ikään tarkasteltaessa kotihoidon henkilöstömäärää on otettava huomioon, että vuonna 2009 lähes kolmessa neljäsosassa Suomen kunnista kotipalvelu ja kotisairaanhoido oli jo yhdistetty kotihoidon organisaatioksi¹⁶⁷. Käytössä olevissa palveluluokituksissa henkilö on kuitenkin mahdollista tilastoida vain joko kotipalvelun tai kotisairaanhoidon henkilöstöksi.

Kotipalvelun ja kotisairaanhoidon yhteenlasketun työntekijämäärän onkin todettu olevan luotettavampi kotihoidon henkilöstömäärän kehityksen osoitin kuin kotisairaanhoidon tai kotipalvelun erilliset luvut. Näin laskien kuntien ja kuntayhtymien kotipalveluissa ja kotisairaanhoidossa toimivien henkilöiden kokonaismäärä lisääntyi vuodesta 1990 vuoteen 2005 noin 16

¹⁶² *Toimialaluokitus TOL 2002. Ryhmäkotiüksikön nimi voi olla myös esimerkiksi hoito-, palvelu- tai perhekoti.*

¹⁶³ *Sosiaali- ja terveydenhuollon tilastollinen vuosikirja 2009 (2009); Ikäänntyneiden sosiaali- ja terveyspalvelut 2005 (2007); Tilasto- ja indikaattoripankki SOT-KAnet 2005–2010.*

¹⁶⁴ *Voutilainen ym. (2007), s. 174; Yksityiset sosiaalipalvelut 2008 (2009).*

¹⁶⁵ *Ikäänntyneiden sosiaali- ja terveyspalvelut 2005 (2007).*

¹⁶⁶ *Voutilainen ym. (2007), s. 173.*

¹⁶⁷ *Kokko ym. (2009), 4.*

prosenttia. Vuonna 2005 kotipalveluissa tehtiin noin 12 000 ja kotisairaanhoidossa vajaa 3 300 henkilötyövuotta¹⁶⁸.

Kunnallisen kotihoidon henkilöstön työpanos ei kuitenkaan mene yksinomaan omassa kodissaan asuvien hoitoon, vaan monissa kunnissa kotihoito tuottaa palveluja myös palveluasumisen piirissä oleville asiakkaille. Tarkastuskunnista tällaisia kuntia oli kaksi kolmasosaa. Yhdessä tarkastuskunnassa oli laskettu vuonna 2003, että kotihoidon vakinaisen henkilöstön työpanoksesta 27 prosenttia meni palveluasumisen piirissä olevien asukkaiden hoitoon¹⁶⁹. Haastateltavat puolestaan arvioivat osuuden olevan 30–40 prosenttia. Palvelutaloissa asuville annettavien palvelujen lisäksi kotipalvelu tarjoaa palveluja myös omaishoidon tuen piirissä oleville asiakkaille.

Tarkastuskunnista saatujen henkilöstömäärää koskevien tietojen ja tarkastushaastattelujen perusteella tarkastuskuntien kotihoidossa toimivien henkilöiden määrästä ja kehityksestä voidaan tehdä vain hyvin karkeita arvioita. Tämä johtuu siitä, ettei kaikista tarkastuskunnista saatu henkilöstöä koskevia tietoja tai tiedot koskivat vain yhtä vuotta. Lisäksi vakanssinimikkeiden perusteella oli mahdotonta päätellä, sijoittuiko vakanssi hallintoon vai asiakastyöhön. Esimerkiksi osassa kunnista kotihoidon ohjaajat määriteltiin välitöntä asiakastyötä tekeviksi, osassa sitä vastoin ei.

Uusimmassa Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksessa asiakkaan välittömään hoitoon osallistuviksi työntekijöiksi määritellään muiden muassa koulutetut kotiavustajat ja kodinhoitajat, perus- ja lähihoitajat, sosiaalialan ohjaajat ja -kasvattajat, sairaanhoitajat ja terveydenhoitajat, geronomit sekä lähiesimiehet, kuten osastonhoitajat¹⁷⁰. Pulmallista kuitenkin on, että suositus jättää kokonaan ottamatta huomioon kuntien erilaiset kotihoidon järjestämismallit. Esimerkiksi tilaaja-tuottajamallissa palvelutarvetta arvioivat henkilöt määritellään tilaajapuolen henkilöstöksi eikä tuottajapuolen henkilöstöön kuuluviksi.¹⁷¹

Tarkastuskunnissa säännöllisen kotihoidon piirissä olevien 75 vuotta täyttäneiden asiakkaiden määrä on lisääntynyt 2000-luvulla¹⁷² keskimäärin 21 prosenttia. Alueelliset erot olivat kuitenkin hyvin suuret. Vaikka asiakasmäärät ovat kasvaneet, on kotihoidon henkilöstömäärä pysynyt useimmassa kunnassa lähes entisellään. Henkilöstöressurssien niukkuus

¹⁶⁸ Voutilainen ym. (2007), s. 173.

¹⁶⁹ Tarkastuskuntaa koskeva julkinen asiakirja.

¹⁷⁰ Sosiaali- ja terveysministeriö(2008c), s. 35.

¹⁷¹ Ks. Sarvimäki & Siltaniemi (toim.) (2007), s. 61–62.

¹⁷² Tarkasteluajanjakso 2001–2008.

näkyi myös tarkastuskuntien kotihoidon asiakastyytyväisyyskyselyjen tuloksista, joiden mukaan henkilöstöä koettiin olevan liian vähän.

Tarkastushaastattelut osoittivat kuitenkin, että kahdessa tarkastuskunnassa vakansseja oli lisätty merkittävästi. Toisessa näistä kunnista 75 vuotta täyttäneiden asiakkaiden määrä oli lisääntynyt huomattavasti vakanssilisäyksiä enemmän; yli 90 prosentilla. Haastattelut tosin viittasivat siihen, ettei virkoja ollut lisätty edelleenkään tarvetta vastaavasti, koska kunnan omaa kotihoidon palvelutuotantoa oli jouduttu täydentämään ostopalveluilla. Tämä ilmeni muun muassa siten, että kunnan säännöllisen kotihoidon ostopalvelumenot olivat kasvaneet parin viime vuoden aikana noin yhdellä kolmasosalla.

Toisessa kotihoidon vakansseja lisänneessä kunnassa vakanssit olivat lisääntyneet vuosina 2005–2008 runsaalla 200:lla (14 prosenttia)¹⁷³. Vakanssilisäys oli suhteellisesti suurempi kuin vastaavana ajanjaksona kotihoidon piirissä hoidettujen 75 vuotta täyttäneiden asiakkaiden määrän kasvu (+ 9 prosenttia), mutta huomattavasti pienempi kuin kaikkien kotihoidon piirissä olevien asiakkaiden määrän kasvu (+ 49 prosenttia).¹⁷⁴

Tarkastuskunnista saatujen aineistojen perusteella muissa kunnissa kotihoidon vakanssilisäykset näyttivät sen sijaan olleen varsin vaatimattomia. Esimerkiksi yhdessä kunnassa kotihoito oli saanut kolme uutta virkaa vuoden 1993 jälkeen. Haastateltava kertoi henkilöstöresurssien riittäneen, koska kotihoidon tarjontaa oli karsittu koko ajan. Myös toisessa kunnassa kotihoidon henkilöstöresursseja oli lisätty, mutta lisäys oli johtunut uuden kotiutustiimitoiminnan aloittamista. Muuten normaalissa kotihoidon asiakastyössä toimivien henkilöiden määrä oli pysynyt koko 2000-luvun aikana samana. Haastateltava totesikin, että asiakasmäärä suhteessa henkilöstömäärään oli nyt "tapissa".

Huolimatta siitä, että kahdessa kunnassa henkilöstötilanne nähtiin hyvänä, voidaan tilanne ainakin toisessa kunnassa tulkita myös toisin. Nimitäin toisen kunnan haastateltava totesi, että nykyisellä henkilöstöllä pystytään toteuttamaan sitä asiakastyön osuutta, mistä asiakkaat eivät selviä lainkaan. Toisella tavalla sanottuna kysymys on siitä, etteivät kotihoidon nykyiset henkilöstöresurssit riitä tarjoamaan apua vain vähän palveluja tarvitseville. Toisen kunnan haastateltava sen sijaan kertoi kotihoidon saaneen 2000-luvulla vain kaksi uutta virkaa, mutta hänen mielestään lisäys oli ollut riittävä.

¹⁷³ Sisältää johto- ja hallintohenkilökunnan. Tarkastuskuntaa koskeva julkinen raportti.

¹⁷⁴ Säännöllisen kotihoidon laskenta 30.11.2005; 30.11.2008.

Henkilöstömitoitus

Vanhustenhuoltoa ohjaavassa lainsäädännössä ei oteta suoraan kantaa henkilöstömääriin, vaan lainsäädännössä viitataan tavallisesti palvelun sisältöön, laajuuteen ja laatuun, jotka kuitenkin epäsuorasti liittyvät henkilöstömääriin. Esimerkiksi asiakaslain mukaan asiakkaalla on oikeus saada sosiaalihuollon toteuttajalta laadultaan hyvää sosiaalihuoltoa¹⁷⁵.

Ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskevan laatusuosituksen laadinnan yhteydessä vuonna 2001 kehitettiin malli kotihoitohenkilöstön tarpeen määrittämisen tueksi¹⁷⁶. Malli perustuu 65 ja 75 vuotta täyttäneiden määrään kunnissa, alle 75- ja yli 75-vuotiaiden avun tarpeeseen, avun intensiteettiin ja yhden henkilön asiakastyöhön käyttämään aikaan.

Tarkastushavaintojen mukaan vain kahdessa tarkastuskunnasta yhdeksästä oli kotihoidossa käytössä henkilöstömitoitus ja yhdessä tarkastuskunnassa henkilöstömitoitusmallia oli hyödynnetty vanhustenhuollon strategiassa¹⁷⁷. Toisessa näistä tarkastuskunnista, joissa kotihoidossa oli käytössä henkilöstömitoitus, oli mitoitus laskettu koko hoitohenkilöstöstä. Mitoituksen mukaan yhtä asiakasta kohti tuli olla 0,25 hoitohenkilöä¹⁷⁸.

Toisessa henkilöstömitoitusta soveltavassa kunnassa mitoitus oli sen sijaan laskettu vain tietyille ammattiryhmille. Henkilöstömitoituksen mukaan yhtä terveydenhoitajaa kohti 75 vuotta täyttäneitä tuli olla 290, yhtä lähihoitajaa kohti 75 vuotta täyttäneitä 145 ja yhtä lääkäriä kohti 300 kotihoidon asiakasta¹⁷⁹. Haastateltava arvioi kotihoidon henkilöstömäärän olevan joulukuussa 2009 todennäköisesti mitoituksen mukainen. Kiintoisaa on kuitenkin se, että kyseisen kunnan kotihoito-osaston mitoitustyöryhmä oli esittänyt, että kotihoidon kattavuustavoite laskettaisiin vain säännöllisen kotihoidon piirissä olevista. Tällöin kotihoidon henkilöstömitoituksessa ei otettaisi lainkaan huomioon kotihoidon tilapäisasiakkaita, joiden osuus esimerkiksi kyseisen kunnan kotihoitoa saavista asiakkaista oli liki 23 prosenttia lokakuussa 2009.¹⁸⁰

Kuntien sosiaali- ja terveystalvelujen henkilöstöä koskevassa tilastoreportissa (2009) on esitetty koko maan osalta, miten vanhusten palveluissa toimivien henkilöiden määrä suhteessa kotihoidon piirissä oleviin 75 vuotta täyttäneisiin asiakkaisiin on kehittynyt vuosien 1995 ja 2008 välisenä

¹⁷⁵ L 812/2000 4 §.

¹⁷⁶ Voutilainen (toim.) (2007), s. 50, 70.

¹⁷⁷ Tarkastuskuntaa koskeva julkinen asiakirja.

¹⁷⁸ Tarkastuskuntaa koskeva julkinen asiakirja.

¹⁷⁹ Tarkastuskuntaa koskeva julkinen asiakirja.

¹⁸⁰ Tarkastuskunnasta saatuja tilastoja.

ajanjaksona. Suhdeluku on kuitenkin varsin karkea ja pulmallinen kuvaamaan kotihoidossa toimivien henkilöiden riittävyttä. Tämä johtuu siitä, että mukana ovat myös palveluasunnoissa ja vanhainkodeissa toimivat sekä kouluterveydenhuollossa toimivat työntekijät. Luku ei liioin ota riittävästi huomioon asiakkaiden erilaisia hoidon tarpeita (toimintakykyä). Lisäksi lukuun sisältyvät muut kuin välitöntä asiakastyötä tekevät, kuten sosiaali- ja terveystoimen johto ja toimistohenkilöstö. Luku ei niin ikään ota huomioon hoitotyöntekijöiden osaamista eli kotihoidon henkilöstörakennetta.¹⁸¹ Henkilöstömitoituskulu sinällään ei siten kerro mitään siitä, onko henkilöstömitoitus hyvä, keskinkertainen vai huono tai ylipäänsä riittävä. Henkilöstön tilastointiin liittyvien pulmallisuuksien vuoksi tässä tarkastuksessa ei esitetä tarkastuskuntien kotihoidon henkilöstömitoituksia.

Välittömän asiakastyön osuus työajasta

Sosiaali- ja terveystalvelujen henkilöstöä koskevassa tilastoraportissa esitetyn suhdeluvun yksi keskeisimpiä puutteita on se, ettei luvussa ole otettu huomioon välittömään asiakastyöhön kuluva työaika. Haastattelut nostivat esiin sen, että melkoinen osa työntekijöiden työpäivästä kuluu muuhun kuin välittömään asiakastyöhön.

Tarkastushaastattelujen mukaan kahdessa kolmasosassa kunnista oli seurattu, miten kotihoidon työntekijöiden päivittäinen työaika jakautuu. Näissä kunnissa välittömän asiakastyön osuus vaihteli noin 50 prosentista runsaaseen 70 prosenttiin. Sen sijaan niissä tarkastuskunnissa, joissa työajan seuranta ei ollut tehty, välittömän asiakastyön osuutta koskevat arviot vaihtelivat 40 prosentista 75 prosenttiin. Osa haastateltavista kertoi välillisen työajan osuuden kasvaneen muun muassa kirjaamisten, siirtymisten (välimatkat), asiakkaiden hoitotyöhön liittyvien asioiden hoitamisen (yhteydenotot lääkäriin, sosiaalitoimistoon, apteekkiin) ja erilaisten kokousten takia. Esimerkiksi siirtymisten osuus työajasta vaihteli työaika seuranneissa tarkastuskunnissa kymmenestä prosentista noin 35 prosenttiin.

Haastatteluissa ilmeni myös, että välittömään asiakastyöhön käytetty aika vaihteli ammattiryhmittäin. Haastateltavat kertoivat, että sairaanhoitajilla välittömän asiakastyön osuus oli pieni, kun taas lähihoitajilla, kodinhoitajilla ja kotiavustajilla sen osuus vaihteli 60 prosentista lähelle 80 prosenttia. Haastateltavat myös totesivat, että välittömän työajan osuus työntekijän työpäivästä riippuu päivästä ja asiakkaan tilanteesta. Haastattelukunnissa näyttää siten toteutuvan varsin hyvin Sosiaalihuollon ammatilli-

¹⁸¹ Ks. myös *Voutilainen (toim.) (2007), s. 54.*

sen henkilöstön tehtävärakennesuosituksen linjaus, jonka mukaan lähihoitajien vastuulla on perushoito- ja huolenpityö sekä neuvonta ja ohjaus asiakastilanteissa¹⁸².

Oikeantasaisen kotihoidon henkilöstömitoituksen muodostaminen ei siten ole ongelmaton ja helppoa. Henkilöstömitoitukseen liittyvät vaikeudet saattavat osin selittää sen, ettei sosiaali- ja terveysministeriö ole antanut sosiaalihuollon henkilöstöstä valtakunnallisia henkilöstömitoitussuosituksia. Ne piti antaa vuoden 2008 loppuun mennessä, mutta sosiaali- ja terveysministeriön mukaan kotihoidon henkilöstön määrällistä tarvetta määrittelevä malli annetaan vuoden 2010 lopulla julkaistavassa raportissa¹⁸³.

Henkilöstörakenne ja osaaminen

Tarkastushaastattelut osoittivat kotihoidon henkilöstörakenteen etenkin 2000-luvulla nopeasti hoitajistuneen. Kotihoidossa sairaan-, terveyden- ja lähihoitajien määrä on lisääntynyt voimakkaasti samaan aikaan, kun kodinhoitajien ja kotiavustajien määrä on vähentynyt. Tämä johtuu osin 1990-luvun alussa toteutetusta koulutusuudistuksesta. Tällöin kodinhoitajien, kotiavustajien ja perushoitajien koulutus lopetettiin ja korvattiin lähihoitajan tutkintoon johtavalla koulutuksella.¹⁸⁴

Tarkastuskunnista saadut tilastoaineistot kotihoidon henkilöstöstä osoittivat, että kahdessa kolmasosassa tarkastuskunnista kotihoidon vakanssirakenne oli lähi- ja sairaan- tai terveydenhoitajapainotteinen. Muissa kunnissa kotihoidon henkilöstörakenteessa korostuvat kodinhoitajien ja lähihoitajien vakanssit. Kotihoidon henkilöstöstä lähihoitajien vakanssien osuus vaihteli 47 prosentista 67 prosenttiin, kodinhoitajien vakanssit vaihtelivat noin kolmesta prosentista 19 prosenttiin sekä sairaan- ja terveydenhoitajien vakanssit vaihtelivat yhdeksästä prosentista 27 prosenttiin.

Tarkastusaineistot osoittivat, että kunnissa henkilöstörakenteen muutos oli toteutettu ensi sijassa lisäämällä lähihoitajien vakansseja. Niitä oli lisätty lähinnä perustamalla kokonaan uusia vakansseja, muuttamalla kotiavustajien ja kodinhoitajien avoimeksi jääneitä vakansseja lähihoitajien vakansseiksi tai kouluttamalla kodinhoitajia oppisopimuskoulutuksella lähihoitajiksi. Osa haastateltavista kuitenkin totesi, etteivät kaikki kodinhoitajat halua kouluttautua lähihoitajiksi, koska se ei vaikuta heidän palkkatasoonsa. Joissakin kunnissa kodinhoitajat olisivat taas olleet halukkaita

¹⁸² Sarvimäki & Siltaniemi (toim.) (2007), s. 36.

¹⁸³ Sosiaali- ja terveysministeriö (2010c).

¹⁸⁴ Voutilainen (toim.) (2007), s. 174–175.

pätevöitymään lähihoitajiksi, mutta kunnan talousarviossa ei ollut varattu siihen määrärahoja. Suurissa kunnissa kodinhoitajien ja kotiavustajien vapautuneita vakansseja oli myös tarpeen mukaan muutettu sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien vakansseiksi. Osa haastateltavista katsoi, että uudet vakanssit olivat menneet terveydenhuollon puolelle, vaikka kotihoitoon tarvittaisiin sosiaalityön osaamista.

Haastattelut nostivat esiin tekijöitä, jotka ovat vaikuttaneet terveydenhuollon ammattiryhmien määrän kasvuun. Yhtenä tällaisena tekijänä on ollut se, että kotihoidossa hoidetaan yhä enemmän monisairaita, joiden hoidossa tarvitaan sairaanhoidollista osaamista. Sairaanhoidollisen osaamisen tarvetta on lisännyt myös paine saada hoitoketjut toimiviksi. Erikoissairaanhoidosta potilaat pyritään kotiuttamaan terveyskeskuksen vuodeosaston sijasta suoraan omiin koteihinsa, jolloin terveyskeskuksen vuodeosastolla toteutettu kuntouttaminen on siirtynyt yhä enemmän kotihoitokotiin. Samaten erikoissairaanhoidon pyrkimys tehostaa toimintaansa hoitoaikoja lyhentämällä on johtanut siihen, että potilaat siirtyvät heikkokuntoisimpina kotihoitoon asiakkaiksi. Haastateltavat kertoivat, että kotihoitossa joudutaan nykyään toteuttamaan yhä enemmän esimerkiksi nesteytyksiä.

Yksi syy varsinkin lähihoitajien voimakkaaseen kasvuun on ollut muun muassa työaikajärjestelyt. Kotihoitoon sairaanhoitajat työskentelevät viikonloppuisin vain poikkeustapauksissa. Sairaanhoitoa tarvitseville asiakkaille on kuitenkin turvattava esimerkiksi insuliinipistokset myös viikonloppuisin.

Neljässä tarkastuskunnassa kotihoitolla oli oma kotihoito lääkäri. Haastateltavien mukaan kotihoitoon lääkäripalvelut oli tarkoitettu ainoastaan sellaisille asiakkaille, jotka eivät esimerkiksi huonon liikuntakykynsä takia kykene käyttämään terveyskeskuslääkärin palveluja. Kotihoitoon lääkäripalvelut näyttivät haastattelujen perusteella olevan enemmänkin tilapäisiä kuin säännöllisiä. Nimittäin joissakin tarkastuskunnissa kotihoitoon lääkäri hoitaa asiakkaan sairaanhoitoon liittyvän asian kuntoon, ja tämän jälkeen asiakas palautuu yleensä oman terveyskeskuslääkäriinsä hoitoon. Osa haastateltavista mielsi kotihoitoon lääkäriin toimivan paremmin konsulttina. Heidän mukaansa kotihoitoon lääkäriin asiantuntemusta tarvitaan esimerkiksi silloin, kun pitää päättää, uskalletaanko vanhusta hoitaa vielä kotona tai kun vanhukselle ollaan käynnistämässä vuorohoitoa. Ne haastateltavat, joiden kotihoitossa ei ollut omaa lääkäriä, pitivät omaa lääkäriä tarpeellisena. Tätä he perustelivat muun muassa sillä, että asiakkaiden sairaanhoidollisista asioista vastaaminen jää nyt liikaa sairaanhoitajien vastuulle.

Kotihoitoon lääkäritarpeen lisäksi haastateltavat näkivät, että kotihoitoon tarvittaisiin myös palveluohjaajia, sosiaalityöntekijöitä, toimintaterapeut-

teja, fysioterapeutteja, sosiaalihojajia ja ravitsemusterapeutteja. Nyt näiden ammattiryhmien osaamista hankitaan kunnan muista yksiköistä. Osa haastateltavista toivoi kotihoitoon myös edelleen lisää lähihoitajia, terveydenhoitajia ja sairaanhoitajia.

Haastattelut viittasivat siihen, että sosiaalihuoltolain ja kansanterveyslain kunnalle ja kuntayhtymälle asettama velvollisuus huolehtia sosiaalihuollon ja perusterveydenhuollon henkilöstön riittävästä osallistumisesta täydennyskoulutukseen toteutuu varsin hyvin¹⁸⁵. Haastattelujen perusteella osa kotihoidon henkilöstöstä on lähes koko ajan jonkinlaisessa työpäivän järjestämässä täydennyskoulutuksessa. Lähinnä näyttökoulutuksena toteutettu täydennyskoulutus näytti kuitenkin koskevan yleensä sairaanhoidollisten toimenpiteiden opettelemista, kuten lääkkeiden jakoa, lääkkeitä, suoniverinäytteiden ottoa, insuliinipistosten antamista ja haavahoitoja. Joidenkin haastateltavien mielestä kotihoidossa pitäisi järjestää koulutusta myös aggressiivisen potilaan kohtaamisesta, muistihäiriöistä, mielenterveyteen liittyvistä asioista ja asiakkaiden voinnin seurannasta.

Tarkastuskunnat erosivat toisistaan sen suhteen, mille ammattiryhmille koulutusta järjestettiin. Enemmistössä tarkastuskunnista sairaanhoidollisia toimenpiteitä koskevaa koulutusta annettiin joko kaikille tai vain osalle lähihoitajista, kodinhoitajista ja kotiavustajista. Vain yhdessä kunnassa kodinhoitajille ja kotiavustajille ei ollut siirretty lainkaan sairaanhoidollisia tehtäviä. Kunnassa oli kuitenkin suunnitteilla, että kodinhoitajille ja kotiavustajille annettaisiin koulutusta kipulaastareiden vaihtamisesta ja silmätippojen laittamisesta.

Tarkastuskuntien välillä oli myös eroja eri ammattiryhmille annetun koulutuksen sisällössä. Kaikissa tarkastuskunnissa lähihoitajat oli koulutettu tekemään paljolti samoja sairaanhoidollisia tehtäviä kuin sairaanhoitajat. Täydennyskoulutuksella lähihoitajille oli siirretty esimerkiksi insuliinipistosten anto, lääkkeiden jako, haavahoidot, katetroinnit, suoniverinäytteiden otto ja silmätippojen laitto. Sairaanhoitajille kuuluvat taas esimerkiksi suoneen pistettävien injektioiden anto, nesteytykset, vaativat haavahoidot, korvahuuhtelut, verinäytteiden otot ja lääkearvioinnit. Valtaosassa kuntia kodinhoitajilla oli lupa jakaa lääkkeitä ja pistää insuliinia, mutta vain muutamassa kunnassa kotiavustajille oli annettu lääkekoulutusta.

Lähihoitajien osaamisen lisäämistä haastateltavat perustelivat muun muassa sillä, että kotihoidossa asiakaskäynnit tehdään yleensä yksin. Yhdessä haastattelussa esille nostettiin syyksi myös kunnan taloudellinen tilanne. Koska kotihoidon määrärahat ovat olleet niukat, ei ole ollut

¹⁸⁵ L 66/72 41 §; L 710/1982 53 §.

mahdollista palkata uusia sairaanhoitajia. Tällöin sairaanhoitajatarpeeseen on vastattu lisäämällä lähihoitajien sairaanhoidollista osaamista.

Haastattelut myös osoittivat, ettei kaikkia ammattiryhmän edustajia kouluteta esimerkiksi haavaohitajiksi, päihde- tai muistiasiantuntijoiksi, vaan henkilöstöstä koulutetaan kunnan suuruuden mukaan yksi tai useampi henkilö avainosaajaksi. Avainosaaja toimii asiantuntijana oman tiiminsä ohella myös muille kunnan kotihoidon tiimeille.

Täydennyskoulutuksella saatu lupa suorittaa tiettyjä sairaanhoidollisia toimenpiteitä ei kuitenkaan koske kaikkia kunnan kotihoidon piirissä hoidettavia asiakkaita. Lähihoitajille, kodinhoitajille ja kotiavustajille annettu lupa koskee vain joko työntekijän oman tiimin asiakkaita tai asiakasta, jonka omahoitajana työntekijä toimii.

Haastattelujen nojalla näyttää siltä, että kotihoidossa kaikki ammattiryhmät eivät tee kaikkea, vaan lähihoitajat, kodinhoitajat ja kotiavustajat keskittyvät perushoitoon. Sairaanhoitajien ensisijaisena tehtävänä ei ole yksinomaan vaativien sairaanhoidollisten toimenpiteiden suorittaminen vaan pikemminkin toimia palvelutarpeen arvioijina, muiden työntekijöiden opastajina ja neuvojina sekä lääkehoidon pääasiallisina vastuunkantajina.

3.3.3 Kokoavat havainnot ja päätelmät

Määrärahat eivät riitä täyttämään kotihoidolle asetettuja tavoitteita

Tarkastushavainnot osoittivat, etteivät kunnat arvioidessaan kotihoidon määrärahatarvetta hyödynnä monipuolisesti kuntaansa koskevia sosiaali-, terveys- ja väestötietoja. Näyttää siten siltä, etteivät vuoden 2001 laatusuosituksen ohjeet erilaisten tilastojen käytöstä ole juurtuneet käytäntöön. Arvioinnissa käytettävät tiedot näyttivät myös lähinnä koskevan jo kotihoidon piirissä olevia asiakkaita. Näillä tiedoilla ei kuitenkaan kyetä ennakoimaan tulevaa, toisin sanoen arvioimaan uusien asiakkaiden määrää. Tarkastuskunnissa asiakkaiden ennakoitua suurempi määrä mainittiinkin yhdeksi syyksi budjettien ylityksiin. Lisäksi kun talousarviot perustuvat tavallisesti edellisvuosien menoihin ja hintojen ja palkkojen korostusten huomioon ottamiseen, ylimääräistä rahaa palveluiden jatkuvaan kehittämiseen ei jää. Vaikka uusien toimintojen kehittämiseen annetaan lisärahaa, annetaan sitä vain tietyksi määräajaksi ja vain tietty määrä. Tämän jälkeen toiminta katsotaan kotihoidon tavalliseksi toiminnaksi, joka pitää rahoittaa "normaalin" budjetin kautta. Uusien toimintojen siirtäminen kotihoidolle, ilman että niiden järjestämiseen varataan myös vastaisuudessa riittävästi varoja, johtaa ennen pitkään siihen, että kotihoidon käytännöt

erkaantuvat entistä enemmän kotihoidolle asetetuista tavoitteista. Tarkastushavaintojen mukaan näin näytti jo tapahtuneen.

Tarkastushavainnot myös osoittivat, että kotihoidon määrärahatarvetta arvioidaan yleensä yksinomaan kotihoidon näkökulmasta. Tällöin jätetään kuitenkin kokonaan arvioimatta sitä, miten muiden palvelujen piirissä olevien asiakkaiden avuntarpeiden kehittyminen tai johonkin toiseen palvelumuotoon satsaaminen vaikuttaa kotihoitoon.

Kuntien määrärahojen ja tarpeiden vastaavuutta koskevat tarkastushavainnot viittasivat siihen, etteivät määrärahat ole vastanneet kaikin osin tarpeisiin. Havaintojen mukaan alibudjetoinnissa ei ole yksinomaan kysymys ennakoimattomasta asiakkaiden määrän kasvusta, vaan myös siitä, etteivät kunnat budjettia laatiessaan ota huomioon riittävästi sijais- ja koulutusmäärärahojen tarvetta. Kotihoidon budjeteissa pysyneitä kuntia koskevat tarkastushavainnot viittasivat puolestaan siihen, että budjetissa pysyminen oli saavutettu heikentämällä kotihoidon laatua.

Tarkastushavaintojen mukaan kotihoidon menot ovat 2000-luvulla kasvaneet, mutta tästä huolimatta kotihoidon menojen osuus kaikista vanhusmenoista ei näytä lisääntyneen merkittävästi. Tätä selittää osin se, että kotihoidon menoista palkkakustannusten osuus on huomattava. Kun henkilöstölisäykset ovat olleet vähäisiä, ovat palkkakustannukset kasvaneet myös maltillisesti. Tarkastushavainnot viittaisivatkin siihen, että suuressa osassa tarkastuskuntia suurten vakanssilisäysten sijasta strategiaksi oli valittu henkilöstön koulutustason tai pätevyyden lisääminen, joka ei välttämättä merkittävästi lisää menoja. Strategian tulokset näkyvät kuitenkin yhtäältä siten, että tarkastuskuntien väliset suuret erot palkkakustannusten osuudessa kotihoidon kokonaismenoista ovat supistuneet, ja toisaalta siten, että kuntien kotihoidon henkilöstörakenteet ovat yhdenmukaistuneet. Kaikissa tarkastuskunnissa kotihoidon perustan muodostavat nykyään lähihoitajat.

Kun kotihoidon menojen maltillista kasvua tarkastelee suhteessa asiakasmäärän kasvuun, näyttäisi siltä, että kotihoito on pystynyt tehostamaan toimintaansa. Tarkastushavainnot viittaavat kuitenkin siihen, että osa toiminnan tehostamisesta on saatu supistamalla palvelutarjontaa, vähentämällä asiakaskäyntien kestoja ja pidättäytymällä uusista vakanssilisäyksistä.

Tarkastushavainnot osoittivat myös, että kotihoidon kokonaismenoista tukipalvelumenojen osuus oli kasvanut. Tätä voidaan selittää osin sillä, että yhä suurempi osa säännöllisen kotihoidon asiakkaista saa samanaikaisesti myös tukipalveluita. Ikääntyneiden onkin todettu käyttävän pienempään tarpeeseen yksityisten tuottamia tukipalveluja, mutta palvelutarpeen

suuretsa, toisin sanoen toimintakyvyn heikentyessä, yhä useammat siirtyvät käyttämään julkisia palveluja¹⁸⁶. Tämä saattaa johtua asiakkaan hoidon ja hoivan kustannusten kasvusta, mutta ilmentää myös julkisen kotihoidon priorisointia. Säännöllisen kotihoidon piiriin on helpompi päästä, kun avuntarpeet liittyvät perustoimintoihin, kuten vaikeuksiin suoriutua peseytymisestä, kävelystä, pukeutumisesta tai wc:ssä käymisestä. Sen sijaan yksinomaan välinetoimintoihin esimerkiksi siivoukseen ja kaupassakäyntiin apua on vaikeampi saada.¹⁸⁷

Kotihoidossa on lisätty sairaanhoidollista osaamista

Tarkastushavainnot kotihoidon henkilöstövakansseista osoittivat kotihoidon muuttuneen yhä enemmän hoitotyöksi. Kodinhoitajien ja kotiavustajien vakanssien muuttaminen lähi- ja sairaanhoitajien vakansseiksi on samalla merkinnyt sitä, että kotihoidosta on karsittu pois kodinhoitotyötä. Tällöin vaarana on, että kotihoidon kehittämistä ohjaa biomedisiininen eikä sosiokulttuurinen näkemys vanhuudesta¹⁸⁸. Kotihoidon täydennyskoulutusta koskevat havainnot viittaavat biomedisiinisen vanhuskäsitteen jo ohjaavan kotihoidon toimintaa, koska tarkastuskuntien tarjoama täydennyskoulutus keskittyy lähinnä sairaanhoidollisten toimenpiteiden opettamiseen. Riski kotihoidon medikalisoitumisesta näyttää jo toteutuneen.

Omatoimisuuden ylläpitämisen perusedellytyksenä voidaan pitää kuntouttavaa hoitoa, jonka toteuttamisessa tarvitaan ainakin osin esimerkiksi fysioterapeuttien tai toimintaterapeuttien työpanosta¹⁸⁹. Tarkastushavainnot kuitenkin osoittivat, ettei missään tarkastuskunnassa ollut perustettu kotihoitoon fysioterapeuttien tai toimintaterapeuttien vakansseja, vaan näiden ammattiryhmien tuottamat palvelut ostettiin kunnan muusta toimintayksiköstä. Samoin kotihoidossa ei ollut järjestetty kuntoutusta koskevaa koulutusta eikä siitä näytetty myöskään haluttavan (lisää) koulutusta.

Kun julkisuudessa keskustellaan sosiaali- ja terveydenhuollon työvoiman riittävydestä, puhutaan yleensä työntekijöiden määrästä. Määrän lisäksi tärkeää olisi puhua myös työntekijöiden välittömään hoitotyöhön käyttämästä ajasta. Tarkastushavainnot osoittivat työntekijöiden käyttävän työajastaan keskimäärin vain runsaat puolet välittömään asiakastyöhön. Muu aika menee asiakas- ja potilaskirjausten tekemiseen ja etenkin maa-

¹⁸⁶ Vaarama (2004), s. 150.

¹⁸⁷ Ks. *emt.*, s. 156.

¹⁸⁸ Vaarama (2004), s. 183.

¹⁸⁹ Voutilainen ym. (2007), s. 172.

seudulla siirtymiseen asiakkaan luota toiselle. Julkisessa keskustelussa ja niin ikään tarkastushaastattelussa erilaiset mobiililaitteet ja kannettavat nähdään yhdeksi ratkaisuksi kirjaamiseen käytetyn ajan supistamiseen ja siten välittömän asiakastyön osuuden lisäämiseen. Käsitys perustuu siihen, että kirjaamiset voidaan tehdä asiakkaan luona, jolloin työntekijöiden ei tarvitse mennä toimistolle varta vasten kirjaamaan asioita asiakirjoihin.

Mobiililaitteilla ja kannettavilla ei kuitenkaan ratkaista sitä, miten matkoihin kuluva työaika saadaan vähennettyä etenkin ydin- ja harvaan asutulla maaseudulla. Osa haastateltavista näki ratkaisuksi hyvinvointi-tv:n. Television kautta tapahtuva kommunikointi mahdollistaa sen, että osa asiakkaan asiakaskäynneistä voidaan korvata teknologialla. Teknisellä apuvälineellä yritetään siten ratkaista sitä, ettei henkilökuntaa ole riittävästi suhteessa asiakkaisiin. Kuitenkin samaan aikaan kotihoidon asiakastyytyväisyyskyselyjen mukaan iäkkäät toivovat, että työntekijöillä olisi enemmän aikaa olla heidän kanssaan. Kotihoidossa asiakkaiden toiveet ja keinot, joilla tarpeisiin pyritään vastaamaan, näyttäisivät siten olevan kehittyvässä vastakkaisiin suuntiin.

Asiakaskäyntejä koskevat tarkastushavainnot viittaisivat myös siihen, etteivät kaukana keskustassa asuvat ikääntyneet välttämättä saa tarvettaan vastaavaa määrää kotihoidon palveluja tai että palveluja saadakseen heidän täytyy muuttaa kotoaan lähemmäksi keskustaa. Asiakaskäyntien määrä ei näin ollen ole välttämättä aina sidoksissa asiakkaan todettuun tarpeeseen vaan myös siihen, missä hänen kotinsa sijaitsee. Tämä merkitsee sitä, että eriarvoisuus palveluiden saatavuudessa ei ole yksinomaan kuntien välistä vaan myös kuntien sisäistä.

Lopuksi henkilöstöä koskevat tarkastushavainnot nostivat esille myös kotihoidon henkilöstöä koskevat luokitusongelmat. Lisäksi tarkastushavainnot tukivat jo aiemmin esiin nostettuja henkilöstömitoitukseen liittyviä ongelmia¹⁹⁰.

¹⁹⁰ *Esim. Sarvimäki & Siltaniemi (toim.) (2007).*

3.4 Laadukasta kotihoitoa edistävät käytännöt

3.4.1 Hoito- ja palvelusuunnitelma

"Kotihoidon kivijalka"

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän suunnittelussa on siirrytty yksilöiden etuuksien ja palvelujen suunnitteluun. Sitä koskeva sääntely kattaa melkein kaikki sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut. Asiakkaan tai potilaan etuuksien ja palvelujen suunnittelun yhtenä tärkeänä välineenä pidetään hoito- ja palvelusuunnitelmaa.¹⁹¹ Yksi tarkastushaastattelusta kuvasikin hoito- ja palvelusuunnitelmaa "kotihoidon kivijalaksi". Hoito- ja palvelusuunnitelma on käyttökelpoinen ohjausväline silloin, kun palveluja tarvitseva ihminen tarvitsee eri hallinnonalojen etuuksia ja palveluja samanaikaisesti tai peräkkäin elämäntilanteensa selvittämiseksi¹⁹². Hoito- ja palvelusuunnitelman perusteella asiakas ei voi kuitenkaan vaatia suunnitelmaan sisältyviä palveluja ja tukitoimia, koska suunnitelmalla ei ole oikeudellisesti kuntaa tai asiakasta velvoittavaa merkitystä. Se on ainoastaan asiakkaan ja sosiaali- ja terveydenhuollon palveluntuottajan välinen toimintasuunnitelma.¹⁹³

Hoito- ja palvelusuunnitelman mielletään palvelevan kotihoitoa monella eri tavalla. Sen katsotaan olevan laadukkaan palvelutoiminnan edellytys. Kattavaan palvelutarpeen arviointiin pohjautuvaa, yksilöllisesti asiakkaiden erilaisiin tarpeisiin räätälöityä sekä asiakkaiden voimaantumista ja osallisuutta tukevaa hoito- ja palvelusuunnitelmaa pidetään myös kotihoidon työntekijöiden työvälineenä. Sillä tuotetaan asiakkaalle toimiva palvelukokonaisuus. Hoito- ja palvelusuunnitelma nähdään niin ikään keinoksi, jolla voidaan parantaa kotihoidon vaikuttavuutta.¹⁹⁴

Palvelun tarvitsijalle hoito- ja palvelusuunnitelman katsotaan puolestaan toimivan saatujen sosiaali- ja terveystalvelujen kirjallisena "koontiasiakirjana"¹⁹⁵. Hoito- ja palvelusuunnitelma voidaan nähdä myös yksilöllisenä

¹⁹¹ Tällä lailla sosiaaliturvaa. *Sosiaaliturvan saamisedellytyksistä ja -takeista* (2006), s. 80.

¹⁹² Emt. s. 96–97.

¹⁹³ HE 95/2005.

¹⁹⁴ Esim. *Sosiaali- ja terveysministeriö* (2001a); (2006a); (2008a); (2008c); *Päivärinta & Haverinen* (2002).

¹⁹⁵ *Päivärinta & Haverinen* (2002).

suunnitelmana, joka on laadittu asiakkaan yhden tai useamman saumattoman palveluketjun toteuttamiseksi ja seuraamiseksi¹⁹⁶. Palveluketjussa kotihoito on siten yksi ketjun osanen muiden palveluiden joukossa. Suunnitelma voidaan nähdä myös keinona, jolla pyritään varmistamaan, että kaikilla asiakkaan hoitoon osallistuvilla tahoilla on yhtenäinen ymmärrys siitä, kuka vastaa mistäkin. Lisäksi se voi toimia välineenä, jolla yhden asiakkaan saamien erilaisten palveluiden tavoitteet voidaan sovittaa yhteen.¹⁹⁷ Näin vältetään päällekkäistä työtä, edistetään yhteisen hoitotähtämyksen muodostumista¹⁹⁸ ja varmistetaan, että eri hoitotahot toimivat samojen pelisääntöjen mukaan.

Laadinnan kohteet

Sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädäntö (ks. alaluku 2.1.2) velvoittaa, että kotisairaanhoidon, kotipalveluja tai kotihoitoa toteuttavan tahon on laadittava pitkäaikaisesti ja säännöllisesti palveluja saavalle asiakkaalle hoito- ja palvelusuunnitelma. Tästä huolimatta asiakas- ja potilaslaeista ei löydy sanktioita suunnitelman laatimatta jättämisestä.

Asiakaslaisissa käytettyä ilmausta siitä, milloin hoito- ja palvelusuunnitelman laadinta on ilmeisen tarpeetonta, ei ole täsmennetty tai avattu millään erillisessä säännöksessä. Tarkastushaastattelujen perusteella tämä on johdantanut siihen, että tarkastuskunnissa lakia tulkitaan hieman eri tavoin. Kaikki haastateltavat kertoivat, ettei hoito- ja palvelusuunnitelmaa tehdä satunnaisesti palveluja saaville. Tukipalveluasiakkaiden osalta tarkastuskuntien käytännöt sen sijaan vaihtelivat.

Kaikki tarkastushaastateltavat kertoivat, että kaikille vähintään kerran viikossa kotihoitoa saaville asiakkaille laaditaan hoito- ja palvelusuunnitelma. Säännöllisen kotihoidon laskentatietojen mukaan marraskuun loppuun 2008 kolmessa tarkastuskunnassa hoito- ja palvelusuunnitelma kuitenkin puuttui osalta kotihoidon piirissä olleista 75 vuotta täyttäneistä asiakkaista. Näiden asiakkaiden osuus oli 1,5 prosenttia kaikista tarkastuskuntien säännöllisen kotihoidon piirissä olevista vanhusasiakkaita. Valtakunnan tasolla vastaava osuus oli hieman suurempi, 3,1 prosenttia.¹⁹⁹

Haastattelujen mukaan kahdessa kunnassa tehtiin hoito- ja palvelusuunnitelma myös tilapäisille kotihoidon asiakkaille. Tätä perusteltiin sillä, että

¹⁹⁶ L 811/2000.

¹⁹⁷ Sosiaali- ja terveysministeriö (2006b).

¹⁹⁸ Sosiaali- ja terveysministeriö (2008a).

¹⁹⁹ Säännöllinen kotihoidon laskenta, erillisajot, THL.

nyt myös näiden asiakkaiden saamien palveluiden riittävyttä voidaan valvoa ja seurata.

Suurimmassa osassa kuntia yksinomaan tukipalveluja saaville asiakkaille tehtiin myönnettyistä tukipalveluista vain tukipalvelupäätös. Poikkeuksena oli kaksi tarkastuskuntaa, joissa hoito- ja palvelusuunnitelma laadittiin myös kotihoidon tukipalveluasiakkaille. Kummassakaan näistä kunnista suunnitelman toteutumista ei kuitenkaan valvottu säännöllisesti. Lisäksi yhdessä tarkastuskunnassa myönnetty tukipalvelut koottiin hoito- ja palvelusuunnitelmapohjaan, mutta niistä ei tehty varsinaista hoito- ja palvelusuunnitelmaa. Tässä tarkastuskunnassa kuitenkin palveluiden riittävyttä ja mahdollista vaikuttavuutta arvioitiin alkuvaiheessa siten, että tukipalvelut myönnettiin ensin määrääjäksi ja sen jälkeen tarvittaessa tois-
taiseksi.

Haastateltavat perustelivat tukipalveluasiakkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmien laatimisen tarpeettomuutta muiden muassa tukipalveluasiakkaiden vähäisyydellä ja heidän toimintakyvyllään. Haastateltavien käsityksen mukaan toimintakykyinen ihminen kykenee itse ottamaan yhteyttä kotihoitoon, jos hän tarvitsee lisää palveluja. Heidän mukaansa hyväkuntoisilla tukipalveluasiakkaila on periaatteessa itsellään vastuu palvelujen riittävydestä. Tukipalveluja myönnettäessä heille on annettu ohjausta, neuvontaa ja tietoa siitä, mistä he voivat tarvittaessa hakea apua. Osa haastateltavista katsoikin, että palvelujen piirissä olevat asiakkaat osaavat hakea apua. Heidän mukaansa sen sijaan palvelujen ulkopuolella olevat ihmiset ovat juuri niitä, jotka kokevat, etteivät saa mistään tietoa palveluista.

Muutama haastateltava kertoi, ettei yksittäisen tukipalvelun takia kannata tehdä hoito- ja palvelusuunnitelmaa, koska sen laatiminen edellyttää kotikäyntiä ja vie näin enemmän aikaa. Kaikille tukipalveluasiakkaille laadittava hoito- ja palvelusuunnitelma vaatisi kotihoitoon lisää henkilökuntaa.

Haastateltavat olivat kuitenkin tietoisia ongelmista, jotka liittyivät siihen, ettei hoito- ja palvelusuunnitelmia laadita tukipalveluasiakkaille. He liittyivät ongelman lähinnä palveluiden ns. päälle jäämiseen. Toisin sanoen asiakas ei enää tarvitse kotiutumisen- tai kuntoutusvaiheessa saatua yksittäistä tukipalvelua, mutta tästä huolimatta hän käyttää palvelua edelleen. Kahdessa tarkastuskunnassa oli yritetty vahvistaa palvelutarpeen arvioinnissa osaamista myös siihen suuntaan, että palveluja voitaisiin vähentää. Haastateltavien mukaan asiakkaiden palvelutarve kuitenkin kehittyi yleensä siihen suuntaan, että palveluja tai käyntikertoja tarvitaan enemmän.

Palvelutarpeen arviointiprosessin käynnistyminen

Tarkastushaastattelujen perusteella kotihoidon asiakkuus voi alkaa monella eri tavalla. Yhteydenotto kotihoitoon voi tulla esimerkiksi asiakkaalta itseltään, omaisilta, läheisiltä tai naapureilta. Se voi tulla myös sairaalasta, terveyskeskuksesta tai sosiaalityöntekijältä. Palvelutarpeen arvioinnin kohde voi olla joko kokonaan uusi asiakas tai jo kotihoidon piirissä oleva asiakas. Uuden asiakkaan osalta arvioinnissa on kysymys palveluiden saannista. Vanha asiakkaan osalta kyse on taas sen arvioimisesta, ovatko asiakkaalle annetut palvelut riittäviä.

Tulopaikka eli se, mistä 75 vuotta täyttäneet asiakkaat tulevat kotihoidon asiakkaaksi, on muuttunut 2000-luvulla. Koko maassa sairaalasta ja kotoa ilman säännöllisiä palveluja tulevien asiakkaiden osuudet ovat lisääntyneet. Terveyskeskuksesta ja omasta kodistaan ilman palveluja tulevien osuudet ovat sen sijaan pienentyneet.²⁰⁰ Tarkastushavaintojen perusteella yksi tekijä, joka selittää muutosta, liittyy hoidon porrastukseen (ks. myös luku 3.3.2 henkilöstömitoitus). Yli puolessa tarkastuskunnista kotihoitoon oli perustettu erillinen kotiuttamistiimi tai -pari, joka kykenee vastaanottamaan heikkokuntoisia potilaita suoraan sairaalasta ilman, että potilaita kotiutetaan terveyskeskusten vuodeosastojen kautta.

Viimeisimmän kotihoidon asiakaslaskennan mukaan (30.11.2009) säännöllisen kotihoidon asiakkaaksi tultiin koko maassa yleisimmin kotoa ilman säännöllisiä palveluja (31,6 prosenttia)²⁰¹. Nämä asiakkaat eivät aina kuitenkaan ole uusia kotihoidon asiakkaita, vaan he ovat saattaneet käyttää satunnaisesti esimerkiksi terveyskeskuksen tai sairaalan avohoitopalveluja²⁰². Terveyskeskuksesta kotihoitoon tulevien asiakkaiden osuus oli 13,1 prosenttia ja sairaalasta tulevien 14,1 prosenttia.

Tarkastuskunnissa kotihoidon asiakkaiksi tultiin marraskuussa 2008²⁰³ yleisimmin kotoa joko ilman säännöllisiä palveluja (26 prosenttia) tai kokonaan ilman palveluja (18,6 prosenttia). Enemmistössä tarkastuskunnista sairaalasta tulevien asiakkaiden määrä oli kuitenkin kasvanut parin viimeisen vuoden aikana.²⁰⁴ Tarkastuskuntien väliset erot olivat kuitenkin suuria. Esimerkiksi yhdessä tarkastuskunnassa 75 vuotta täyttäneistä koti-

²⁰⁰ *Säännöllisen kotihoidon laskenta, erillisajot vuosilta 1995, 1997, 1999, 2001, 2003, 2005, 2007, 2008 ja 2009, THL.*

²⁰¹ *Kotihoidon laskenta 30.11.2009 (2010).*

²⁰² *Ks. luokituksesta ja käsitteestä tarkemmin HILMO Sosiaali- ja terveydenhuollon hoitoilmoitus 2010 (2009).*

²⁰³ *Viimeisin tarkastusajankohtana käytettävissä oleva tieto.*

²⁰⁴ *Säännöllisen kotihoidon laskenta, erillisajot, THL.*

hoidon asiakkaista yli puolet oli tullut asiakkaaksi kotoaan ilman säännöllisiä palveluja, mutta kolmessa tarkastuskunnassa vastaava osuus jäi alle 20 prosentin. Viidessä tarkastuskunnassa haastateltavat katsoivatkin kotihoidon asiakkuuden avautuvan yleensä terveyskeskuksen tai sairaalan kautta.

Kansanterveyslain 17 §:n mukaan kotisairaanhoidon asiakkaaksi ottamisesta päättää terveyskeskuksen vastaava lääkäri. Tarkastushaastattelujen mukaan enemmistössä kunnista kotihoidon piiriin pääseminen ei kuitenkaan edellytä lääkärin lähetystä. Pelkkä lääkärin yhteydenotto kotihoitoon riittää. Kahdessa tarkastuskunnassa tarvittiin kuitenkin lääkärin lähete, jos asiakas tuli suoraan kotisairaanhoidon asiakkaaksi. Toisessa näistä kunnista lääkärin lähetystä koskevaan kysymykseen haastateltavat vastasivat hieman eri lailla. Yksi haastateltavista totesi, että lääkärin lähete on kotihoodolle tavallaan vain tieto uudesta kotisairaanhoidon tarvitsevasta asiakkaasta. Toinen haastateltava taas kertoi, että lähete kotisairaanhoidon käytäntö. Kolmannen haastateltavan mukaan, jos kotihoito näkee asiakkaalla kotisairaanhoidon tarvetta, he ottavat yhteyttä lääkäriin ja näin tavallaan pyytävät lähetystä. Hänen mukaansa virallista lähetystä tarvitaan, koska sillä lääkäri määrää asiakkaan tarvitseman kotisairaanhoidon sisällön. Tällöin lääkärin lähete näyttäisi siten toimivan kirjallisena dokumenttina siitä, että asiakkaan kotisairaanhoidon tarve on arvioitu.

Palvelutarpeen arviointi: hoito- ja palvelusuunnitelman perusta

Kotihoidossa ei ole määritelty selkeästi sitä, kuinka nopeasti yksilön tarve on arvioitava ei-kiireellisessä tapauksessa. Tarkastuskunnissa palvelutarpeen arvioinnissa sovellettiin hoivatakuun määräaika (seitsemän arkipäivää). Tosin yhdessä tarkastuskunnassa oli sovellettu myös hoitotakuun määräaika (kolme arkipäivää). Kunnassa oli kuitenkin tehty vuonna 2009 päätös, että kotihoidossa toimitaan jatkossa vain hoivatakuun määrittämässä ajassa. Haastateltavan mukaan syynä oli se, ettei kotihoidossa kotisairaanhoidon palvelutarvetta ollut pystytty arvioimaan kolmen päivän määräajassa²⁰⁵.

Kaikissa tarkastuskunnissa uudelle asiakkaalle tehdään kotihoidossa aina uusi ja yksityiskohtainen palvelutarpeen arviointi huolimatta siitä, että asiakkaalle olisi terveyskeskuksessa tai sairaalassa tehty jo jonkinlainen palvelutarpeen arviointi tai hoito- ja palvelusuunnitelmapohja. Haastateltavat kertoivat tämän johtuvan siitä, että terveyskeskuksen tai sairaalan käsitys asiakkaan toimintakyvystä voi poiketa todellisuudesta. Palvelu-

²⁰⁵ Myös tarkastuskunnasta saatu aineisto.

tarve on voitu arvioida yläkanttiin, koska heidän kokemuksensa mukaan asiakkaan toimintakyky paranee yleensä huomattavasti, kun asiakas pääsee tuttuihin oloihin. Siinä tapauksessa asiakas ei välttämättä tarvitse niin monta käyntiä, kun aluksi arvioitiin. Osa haastateltavista puolestaan näki, että palvelutarve arvioidaan terveyskeskuksessa usein alakanttiin, koska terveyskeskuksen vuodeosastojen tilat ja varustetaso ovat paremmat kuin asiakkaan kotona. Tällöin arvioidut käyntimäärät ja tukipalvelut eivät lainkaan riitä, vaan niiden määrää täytyy lisätä. Osa haastateltavista taas katsoi, että uutta palvelutarpeen arviointia tarvitaan, koska sairaalassa ja terveyskeskuksessa ei välttämättä ole tietoa kotihoidon resursseista ja koti-hoidon tarjoamista palveluista. Näyttää siten siltä, että sairaalan ja koti-hoidon välinen viestintä ei toimi hyvin.

Hoito- ja palvelusuunnitelman laadintaa koskevan sääntelyn väljyys näkyi tarkastuskunnissa *uusien asiakkaiden* palvelutarpeen arviointikäytännöissä. Vaikka arviointikäytännöt olivat rakenteeltaan ja sisällöltään melko samanlaisia, oli niiden käytännön toteutuksessa kuntakohtaisia eroja.

Tarkastushaastattelut osoittivat, että kaikissa tarkastuskunnissa uusien asiakkaiden palvelutarvetta arvioitiin kaksivaiheisesti. Ensimmäisessä vaiheessa (ns. ensikäynnillä) arvioidaan alustavasti asiakkaan palvelujen tarvetta (tarvittavat palvelut, niiden määrä ja kesto). Toisessa vaiheessa, ennen lopullista hoito- ja palvelusuunnitelmaa koskevaa päätöstä, vanhusta hoitavat työntekijät arvioivat, ovatko annetut palvelut riittäviä.

Kaikissa tarkastuskunnissa palvelutarpeen arviointi suoritetaan asiakkaan kotona, mutta tilaisuuteen osallistuvien henkilöiden määrä vaihteli kunnittain. Viidessä tarkastuskunnassa ensikäynnille osallistuu kaksi tiimin jäsentä, joista toinen on tiimin sairaanhoitaja²⁰⁶ ja toinen joku muu tiimin jäsen, yleensä lähihoitaja. Asiakkaan tilanteen mukaan ensikäynnille voivat osallistua myös esimerkiksi toimintaterapeutti, fysioterapeutti tai sosiaalityöntekijä. Lisäksi jos etukäteen tiedetään, että asiakas saattaa olla hankala tai kotiutustilanne vaikea, ensikäynnille saattaa osallistua myös esimies (koti-hoidon ohjaaja, osastonhoitaja tai koti-hoidon päällikkö). Tavallisesti kahden eri ammattiryhmän edustajan osallistumista ensikäynnille perusteltiin sillä, että näin asiakkaan palvelujen tarvetta pyritään katsomaan eri näkökulmista. Lähihoitajakoulutusta koskevan kehittämisstrategian taustaselvityksen²⁰⁷ ja tarkastushaastattelujen perusteella lähihoitajat ja sairaanhoitajat kuitenkin näyttäisivät päinvastoin tarkastelevan asioita samasta näkökulmasta.

²⁰⁶ *Sairaanhoitajan sijasta osallistuja voi olla myös terveydenhoitaja.*

²⁰⁷ *Hakala & Tahvanainen (2009).*

Tämä perustuu siihen, että vuonna 2007 lähihoitajatutkinnon suorittaneista enemmistö (30,3 prosenttia) oli suorittanut sairaanhoidon ja huolenpidon koulutusohjelman ja 16,1 prosenttia oli suorittanut vanhustyön koulutusohjelman²⁰⁸. Osa haastateltavista katsoikin, että jotkut lähihoitajat samaistavat itsensä enemmänkin terveydenhuollon ammattilaisiksi kuin sosiaalihuollon ammattilaisiksi. Heidän mielestään kotihoidossa tarvittaisiin kuitenkin enemmän nimenomaan vanhustyöhön erikoistuneita lähihoitajia tai ylipäänsä lähihoitajia, jotka osaisivat hoitaa myös asiakkaan kotiympäristöä (kotia). Tätä perusteltiin sillä, että kotihoidon toiminnasta arvioilta noin 70 prosenttia on sosiaalihuoltolain mukaista kotipalvelutoimintaa ja vain 30 prosenttia kansanterveyslain mukaista sairaanhoidollista toimintaa. Kahdessa tarkastuskunnassa ensikäynnin tai kartoituskäynnin teki sen sijaan tiiminvetäjä yksin, joka toisessa näistä kunnista oli sairaanhoitajakoulutuksen saanut henkilö ja toisessa kunnassa sairaanhoitaja, fysioterapeutti tai sosionomi tiiminvetäjän koulutuksen mukaan.

Haastattelujen nojalla kahden tarkastuskunnan käytännöt poikkesivat selkeästi muiden tarkastuskuntien käytännöistä siinä, että molemmissa kunnissa ensimmäisen vaiheen palvelutarpeen arviointi oli keskitetty. Näistä ensimmäisessä kunnassa palvelutarpeen arviointi on keskitetty koko kunnan alueella tietyille palvelutarpeen arvioitsijoille, jotka ovat koulutukseltaan sairaanhoitajia. Sairaanhoitaja tekee ensikäynnin ja arvioi standardoidulla RAI Screener -mittaristolla²⁰⁹ alustavasti asiakkaan palvelutarvetta. Jos asiakas tarvitsee palveluja, arvioitsija keskustelee asiakkaan alueen kotihoidon tiimin sairaanhoitajan tai terveydenhoitajan kanssa tilanteesta. Jos asiakastapaus on selvä, palvelut aloitetaan saman tien, mutta tiimin sairaanhoitaja tai terveydenhoitaja arvioi asiakkaan palvelutarpeen vielä tarkemmin haastatteleamalla asiakasta. Tarkastuskunnan haastateltavat perustelivat kaksivaiheista arviointia sillä, että mittareiden antamien arvioiden ohella tarvitaan aina ammatillista arviota.

Toisessa keskitettyä palvelutarpeen arviointimallia käyttävässä tarkastuskunnassa palvelutarpeen arvioi asiakkaan alueen tilaajapuolen asiakasohjaaja yksinään. Asiakasohjaajista noin puolella oli sosiaalihuollon koulutus (sosionomi tai sosiaaliohjaaja) ja puolella terveydenhuollon koulutus (terveydenhoitaja tai sairaanhoitaja). Arviointi tehdään joko asiakkaan kotona tai asiakasohjaaja osallistuu sairaalassa pidettävään kotiuttamista koskevaan hoitoneuvotteluun. Jos palveluja tarvitaan, asiakasohjaaja

²⁰⁸ Hakala & Tahvanainen (2009), s. 21.

²⁰⁹ Mittarilla arvioidaan ikääntyneen asiakkaan terveydentilaa, toimintakykyä ja hyvinvointia. Sen perusteella tunnistetaan asiakkaat, joiden terveydentila ja toimintakyky ovat heikentyneet.

hankkii ne asiakkaalle. Kuntaa koskevassa tarkastushaastattelussa käytäntöä perusteltiin sillä, että kun arviointikäytännöt kunnan sisällä yhtenäistyivät eli palveluntarvetta arvioivien henkilöiden määrää supistui, oli tämä edistänyt sitä, että asiakkaita kohdellaan nyt oikeudenmukaisemmin.²¹⁰ Asiakasohjaajat eivät kuitenkaan arvioidessaan palvelun tarvetta käytä minkäänlaista standardoitua toimintakykymittaristoa, vaan he arvioivat palvelun tarvetta erilaisilla kysymyksillä. Toinen kunnan haastateltavista totesikin, että käsitys siitä, että palvelun tarvetta voitaisiin arvioida objektiivisesti, ei käytännössä toteudu. Hänen mukaansa olisi uskallettava sanoa, että palveluntarvetta arvioitaessa arvioitsijalla on aina vähän harkinnanvara ja arviointiin liittyy aina inhimillisen erehtymisen mahdollisuus.

Asiakas- ja potilaslain hoito- ja palvelusuunnitelmaa koskevissa pykälissä ei suoraan säännellä sitä, että asiakkaan, omaisten, läheisten tai laillisen edustajan on osallistuttava suunnitelman laadintaan. Sen sijaan asiakaslaki velvoittaa sosiaalihuollon toteuttajaa luomaan asiakkaalle mahdollisuudet osallistua, mikäli asiakas haluaa osallistua. Tarkastuskuntien kotihoidon asiakastyytyväisyyskyselyjen mukaan asiakkaat kuitenkin kokevat, ettei heitä kuulla riittävästi suunnitelmaa laadittaessa eikä hoitoa ja palveluja toteutettaessa.

Haastateltavien mielestä omaisten mukanaolo palvelutarpeen kartoitus-tilanteessa olisi hyvä asia. Tarkastushaastattelujen mukaan omaisten osallistuminen näyttikin olevan pikemmin sääntö kuin poikkeus. Yksityiset palveluntuottajat eivät sitä vastoin osallistu missään tarkastuskunnassa hoito- ja palvelusuunnitelman laadintaan, vaan suunnitelmaan ainoastaan kirjataan, mitä palveluita he tuottavat.

Palvelutarpeen toinen vaihe sisältää alustavasti tehdyn hoito- ja palvelusuunnitelman arvioinnin. Tämä vaihe oli seitsemässä tarkastuskunnassa yhdeksästä hyvin yhdenmukainen. Suunnitelmaa arvioivat kaikki asiakkaan hoidosta vastaavat tiiminjäsenet. Tiimi havainnoi ja seuraa, miten suunnitelmassa määritellyt palvelut käytännössä riittävät. Tässä vaiheessa asiakkaan asiakkuus miellettiin vielä kaikissa tarkastuskunnissa tilapäiseksi.

Tarkastuskunnat erosivat toisistaan kuitenkin jonkin verran sen suhteen, kuinka kauan tilapäinen asiakkuus kesti. Haastateltavat totesivat, että yksinkertaisissa tapauksissa lopullinen hoito- ja palvelusuunnitelma voidaan tehdä muutamassa päivässä, mutta joissakin tapauksissa tilanteen vakiintuminen saattaa kestää useampia viikkoja. Enemmistössä kuntia lopullinen

²¹⁰ *Kunnassa on yhteensä 22 lähipalvelualueita, joista vastaavat 19 kotihoidon asiakasohjaajaa. Muutama asiakasohjaaja vastaa siten kahden lähipalvelualueen asukkaiden kotihoidon palvelutarpeen arvioinnista.*

hoito- ja palvelusuunnitelmapäätös tehtiin kahden viikon sisällä. Ainoastaan yhdessä tarkastuskunnassa päätöksen teko vei keskimäärin 2–4 viikkoa.

Tarkastuskunnat poikkesivat toisistaan myös sen suhteen, kuka laatii lopullisen hoito- ja palvelusuunnitelman, toisin sanoen kirjoittaa suunnitelmaan tarvittavat palveluita koskevat tiedot ja kirjaa sen kotihoidon tietojärjestelmään. Seitsemässä tarkastuskunnassa hoito- ja palvelusuunnitelman laati yleensä lähihoitajakoulutuksen saanut oma- tai vastuuhoitaja. Kahdessa kunnassa lopullisen suunnitelman laati tiimin yhdyshenkilönä tai tiimivastaavana toimiva sairaanhoitaja.

Tarkastushaastattelut osoittivat, että seitsemässä kunnassa yhdeksästä kotihoitoa koskevat päätökset oli keskitetty yhdelle ihmiselle. Kahdessa kunnassa kotihoitoa koskevat päätökset oli sitä vastoin jaettu useammalle henkilölle päätöksen sisällön mukaan. Toisessa näistä kunnista palveluesimies tekee päätöksen kotipalveluista ja hoitava lääkäri kotisairaanhoidosta. Asiaksmaksupäätös on puolestaan keskitetty asiakasmaksuyksikköön. Toisessa kunnassa kotisairaanhoidon päätöksen tekee kotihoidon johtaja, mutta vain silloin, jos kyse on yksinomaan kotisairaanhoidosta. Jos asiakas sen sijaan saa myös kotipalveluja, kaikki kotihoitoa koskevat päätökset tekee alueen sosiaalijohtaja.

Toimintakyvyn arviointi: osa palvelutarpeen arviointia

Tarkastushaastateltavien mukaan palvelutarpeen arvioinnissa keskeisiä tekijöitä ovat asiakkaan toimintakyvyn arviointi, asiakkaan ja hänen läheistensä haastattelut sekä asiakkaan päivittäisistä toiminnoista selviytymisen havainnointi. Vaikka näistä kolmesta tekijästä toimintakyvyn arviointi on määritelty tärkeimmäksi, sen ei kuitenkaan katsota yksin riittävän ratkaisemaan palveluiden saantia. Näkemyksen taustalla on ajatus siitä, että toimintakykymittareilla saadaan esille ikääntyneen ihmisen toimintakyvyn heikkeneminen mutta myös hänen jäljellä oleva toimintakykynsä. Asiakkaita haastatteleamalla saadaan taas esille heidän oma arvionsa omasta toimintakyvystään, toiveistaan ja asenteistaan. Haastatteluilla voidaan niin ikään kartoittaa sellaisia tekijöitä, jotka asiakkaat itse kokevat haittaavan suoriutumistaan arjen askareista ja perustoiminnoista, mutta jotka eivät tule ilmi toimintakykymittareilla.²¹¹

Tarkastushaastateltavat näkivät, että vanhuksen läheisiä haastatteleamalla voidaan puolestaan kartoittaa muun muassa sitä, mikä on läheisten mahdollisuus osallistua ikääntyneen ihmisen hoitoon. Yhdessä tarkastus-

²¹¹ *Sosiaali- ja terveysministeriö (2006a), s. 4-5.*

kunnassa oli ajatuksellisesti menty askel pidemmälle. Siellä hoito- ja palvelusuunnitelman laadinta perustuu lähtökohtaisesti siihen, että läheiset ja omaiset osallistuvat vanhan ihmisen hoitoon. Lainsäädännön mukaan julkisen vallan vastuu suhteessa perheenjäsenen on kuitenkin ensisijaista silloin, kun henkilö ei itse kykene huolehtimaan itsestään²¹².

Lainsäädännössä ei ole säännöksiä siitä, millä tavoin palvelutarvetta on arvioitava. Sosiaali- ja terveysministeriö on kuitenkin linjannut, että toimintakyvyn arvioinnin tukena tulisi käyttää olemassa olevia toimintakyvyn arviointiin kehitettyjä joko yhtä toimintakyvyn osa-aluetta mittaavia mittareita tai useampia toimintakyvyn osa-alueita mittaavia, monidimensionaalisia, arviointijärjestelmiä²¹³. Sosiaali- ja terveysministeriö ei ole kuitenkaan ottanut kantaa siihen, mitä mittareita tai arviointijärjestelmiä kaikkien kuntien tulisi toimintakykyä arvioidessaan käyttää.

Toimintakykymittareiden käytön sääntelyn väljyys on johtanut siihen, että käytännössä kunnat voivat arvioida asiakkaiden palvelutarvetta tukeutumatta mihinkään toimintakyvyn arviointimittariin tai harkintansa mukaan ne voivat valita runsaasta paristakymmenestä²¹⁴ suomenkielisestä toimintakyvyn arviointiin kehitellyistä mittarista omansa.

Suomessa on kuitenkin tällä hetkellä käynnissä THL:n koordinoima 4-vuotinen TOIMIA-hanke (toimintakyvyn mittaamisen ja arvioinnin kansallinen asiantuntijaverkosto). Sen yhtenä tavoitteena on parantaa muun muassa iäkkäiden toimintakyvyn arvioinnin laatua sekä mittaamisen yhdenmukaisuutta ja laatua. Tarkoituksena on, että käytössä olevat mittamenetelmät kootaan mittaripankkiin, johon sisällytetään myös niitä koskevat arviot ja suositukset eri tarkoituksia varten käytettävistä menetelmistä. Mittaripankki valmistuu vuoden 2010 lopussa.²¹⁵

Tarkastushavainnot osoittivat, että kahdeksassa tarkastuskunnassa yhdeksästä kotihoidon palveluntarpeen arvioinnissa käytettiin vähintään yhtä toimintakykymittaria. Vaikka yhdessä tarkastuskunnassa uusien asiakkaiden palvelutarvetta ei arvioitu toimintakykymittarilla, käytetään toimintakykymittaria kuitenkin silloin, kun arvioidaan kotihoidon piirissä olevien asiakkaiden hoitoisuutta.

²¹² Tällä lailla sosiaaliturvaa (2006), s. 49. Vuonna 1957 voimaan tulleella Huoltoapulailla (116/1956) lakkautettiin lasten vanhempiaan koskeva elatusvelvollisuus.

²¹³ Sosiaali- ja terveysministeriö (2006a).

²¹⁴ Vuonna 2005 erilaisia suomenkielisiä toimintakyvyn arviointiin kehitettyjä mittareita ja arviointijärjestelmiä oli yhteensä 24 (Voutilainen & Vaarama (2005), s. 10).

²¹⁵ TOIMIA -toimintakyvyn mittaamisen ja arvioinnin kansallinen asiantuntijaverkosto (www.toimia.fi).

Tarkastuskuntien kotihoidossa palvelutarvetta arvioitiin tavallisesti useampia toimintakyvyn osa-alueita mittaavilla arviointijärjestelmillä. Viidessä tarkastuskunnassa oli käytössä RAVA, kahdessa RAI ja yhdessä molemmat. Näiden lisäksi kunnat sovelsivat tarvittaessa spesifejä mittareita, kuten MMSE:tä ja CERADia, MNA:ta tai depressiotestiä. Kahdessa kunnassa edellä mainittujen mittareiden ohella oli käytössä arjen selviytymisen profiili²¹⁶. Samoin kahdessa kunnassa kaikkien hakijoiden palvelutarvetta arvioitiin RAVAlla ja MMSE:llä.

Haastateltavien mukaan monidimensionaalisten arviointijärjestelmien soveltamisessa on sekä hyviä että huonoja puolia. RAVAn huonot puolet liittyivät lähinnä mittarin antamiin tuloksiin ja RAI:n puolestaan mittarin käyttöön ja oppimiseen. Haastateltavien mukaan RAVA on karkea, pinnallinen mittari, jonka rinnalla pitäisi käyttää myös jotakin toista mittaria. Heidän mielestään se ei tuo esille kaikkia ongelmia. Esimerkiksi se ei reagoi helposti muistisairauksiin eikä psyykkisiin ja sosiaalisiin ongelmiin.

Haastateltavat mielsivät RAVAn hyväksi puoliksi sen, että se on hyvä hoitoon ohjauksen ja asiakkaiden hoitoisuuden seurannan väline. Heidän mielestään sitä voidaan käyttää niin ikään vertailtaessa kuntien eri toimintayksiköitä toisiinsa. Heidän mielestään RAVAA oli myös helppo käyttää.

Haastateltavat mainitsivat RAI:n huonoiksi puoliksi järjestelmän käyttämisen työläyden. Sen tekeminen vie aikaa. Tosin muutama haastateltava totesi, että kun RAI-arvioinnin on tehnyt kerran, seuraavat arvioinnit on helpompi tehdä. RAI:n oppimisen katsottiin niin ikään vaativan aikaa. Yksi haastateltava mainitsi, että henkilökunnan osaamisen ajan tasalla pitäminen tilanteessa, jossa henkilökunnan vaihtuvuus on suurta, tuntuu raskaalta. Yhdeksi huonoksi puoleksi osa haastateltavista mainitsi lisäksi sen, etteivät työntekijät välttämättä ymmärrä täyttämäänsä.

RAI:n hyvänä puolena haastateltavat pitivät sen monipuolisuutta. Sen katsottiin paljastavan asiakkaan voimavarat, toiminnanvajavuudet ja ongelma-alueet. Samoin sen nähtiin tuovan selkeästi esille asiakkaan toimintakyvyssä tapahtuneet muutokset. RAI:n koettiin olevan RAVAA myös tarkempi ja luotettavampi, koska mittarissa periaatteessa samoja asioita kysytään monta kertaa eri yhteyksissä.

RAVAn ja RAI:n hyväksi puoliksi haastateltavat nostivat myös sen, että niiden avulla kyettiin selvittämään asiakkaan voimavaroja. Haastateltujen perusteella vanhoihin ihmisiin liitetyt voimavarat oli ryhmiteltävissä lähinnä kolmeen luokkaan: jäljellä olevaan toimintakykyyn, omaisiin

²¹⁶ *Profiili mittaa asiakkaan fyysistä ja sosiaalista toimintakykyä ja kartoittaa asiakkaan ympäristöä. Se laaditaan vain asiakkaille, joiden RAVA-indeksi jää alle 1,5:n.*

ja läheisiin ja taloudelliseen asemaan. Toimintakykyyn liittyvistä voimavaroista esille nousivat liikuntakyky, muisti ja halukkuus käyttää jäljellä olevaa toimintakykyään. Omaisten ja läheisten käsittäminen voimavaroiksi liittyi heidän näkemiseensä vanhukselle palveluja tuottavina ja vanhukseen kotona hoitamisen onnistumista tukevin. Osa haastateltavista korosti, että omaisilla on suuri sosiaalinen ja henkinen merkitys vanhan ihmisen kotona pärjäämiselle. Jos omaiset kokevat, ettei vanha ihminen pärjää kotonaan, niin ei hän myöskään selviydy.

Ikääntyneen taloudellisen aseman, toisin sanoen varallisuuden ja tulojen, nähtiin olevan voimavaroja sekä ikääntyneelle itselleen että kunnalle. Haastateltavat totesivat, että jos vanhalla ihmisellä on realisoitavaa varallisuutta, kuten omakotitalo, tai tuloja ja jos he ovat valmiita käyttämään niitä, he voivat päästä nopeammin esimerkiksi yksityiseen palvelutaloon. Ikääntyneen hyvät tulot mahdollistavat myös sen, että hänet voidaan ohjata yksityisten palvelujen piiriin.

Hoito- ja palvelusuunnitelma: kotihoidon vaikuttavuuden arviointiväline

Uusimmassa ikäihmisten palvelujen laatusuosituksessa laadukas palvelutoiminta on määritelty vaikuttavaksi. Vaikuttavuus liittyy lopputuloksen arviointiin, toisin sanoen siihen, onko kotihoidon antamalla palveluilla saavutettu ikääntyneen tilassa tai käyttäytymisessä sellaisia muutoksia, joita oli tavoiteltu.²¹⁷ Koska kotihoito on yläkäsite yksittäisten palveluiden muodostamalle palvelukokonaisuudelle, edellyttää kotihoidon vaikuttavuuden arviointi tällöin sitä, että jokaiselle asiakkaalle annetulle palvelulle määritellään omat tavoitteensa. Tällöin asiakkaan hoito- ja palvelusuunnitelman tulisi sisältää useita erilaisia ja eritasoisia tavoitteita.

Tarkastushaastattelut osoittivat, että valtaosassa tarkastuskunnista hoito- ja palvelusuunnitelmiin kirjattujen tavoitteiden kirjoittamisessa oli vielä paljon parantamisen varaa. Tämä ilmeni siten, että suunnitelmiin kirjatut tavoitteet olivat hyvin yleisiä tai kokonaisvaltaisia esimerkiksi *"edistetään kotona asumista ja pärjäämistä yhdessä omaisten kanssa mahdollisimman pitkään"*. Osa haastateltavista katsoi, etteivät tällaiset laajat tavoitteet ole tavoitteita lainkaan, koska niitä ei ole avattu riittävästi.

Haastateltavien mukaan kirjatut tavoitteet ovat tavallisesti palvelusidonnaisia. Esimerkiksi haavan- ja diabeteksen hoidosta kirjoitetaan selkeät tavoitteet, samoin kuin ravitsemuksesta ja kivunhoidosta. Tarkastushaastattelujen perusteella yksityiskohtaisempien tavoitteiden kirjoittamisessa näyttää kuitenkin tapahtuneen myös edistymistä. Esimerkiksi joissakin

²¹⁷ *Sosiaali- ja terveysministeriö (2008c), s. 31, 51.*

kunnissa kuntouttavaan työotteeseen liittyville toiminnoille, esimerkiksi liikunnalle, oli asetettu yksityiskohtaisempia tavoitteita. Osittaiseksi edistymiseksi voidaan mieltää myös se, että muutamassa kunnassa oli havahduttu siihen, että esimerkiksi päivätoimintaan osallistumisen vaikuttavuutta pitäisi arvioida.

Haastateltavat kokivat pulmalliseksi sen, ettei asetettuja tavoitteita osata kirjoittaa eikä niitä myöskään kirjoiteta riittävästi asiakkaiden voimavarojen ylläpitämisen näkökulmasta. Lisäksi tarkastushaastattelussa nousi esiin, että tavoitteiden auki kirjoittaminen oli osin yhteydessä asiakkaiden terveydentilaan ja toimintakykyyn. Osa haastateltavista kertoi, että huonokuntoisille, elämänkaaren loppuvaiheessa oleville tai muistisairaille kirjataan yleensä tavoitteeksi, että asiakas pystyy asumaan kotonaan mahdollisimman pitkään turvallisesti tai hänellä on hyvä olo kotona.

Yksityiskohtaisten tavoitteiden kirjaamattomuutta näyttäisi selittävän se, että enemmistössä tarkastuskuntia hoito- ja palvelusuunnitelma toimii työntekijöille luettelonomaisena, määrällisenä ja kokoavana arjen asiakastyötä ohjaavana välineenä mutta myös asiakkaalle annettujen palveluiden koontiasiakirjana. Enemmistössä tarkastuskuntia siihen kirjataan asiakkaan tarvitsemat palvelut ja hoito, hoitoajat (koska käydään), käyntimäärät (kuinka usein käydään) ja käynnin kesto (kuinka kauan palvelun tai hoidon antaminen vie). Lisäksi osassa kuntia suunnitelmiin kirjataan myös, kuka tekee mitäkin. Esimerkiksi kotihoito hoitaa asunnon lämmittämisen, yksityinen palveluntuottaja tuo ruoan ja omaiset hoitavat raha-asiat. Yhdessä kunnassa suunnitelma sen sijaan sisältää ainoastaan ajantasaisen lääkehoidon lääkelistan, kotihoidon yhteystiedot ja sen, kuka toimii asiakkaan omaishoitajana. Vaikuttavuuden arvioinnin näkökulmasta suunnitelmasta näyttää siten puuttuvan juuri se olennaisin: millä tavalla palvelut toteutetaan.

Kotihoidon vaikuttavuuden arvioinnin on katsottu edellyttävän palveluille asetettujen tavoitteiden ohella myös niiden toteutumisen seurantaa. Sosiaali- ja terveydenhuolto ohjaavissa säädöksissä ei ole kuitenkaan määritelty sitä, kuinka usein hoito- ja palvelusuunnitelma on päivitettävä, kuka suunnitelman päivittää tai miten päivitys tulee tehdä. Näyttää siltä, että lainsäädäntö on jättänyt kunnille päätösvallan asiakkaan hoito- ja palvelusuunnitelman tarkistamisesta. Sosiaali- ja terveysministeriö on vain linjannut, että hoito- ja palvelusuunnitelmaa tarkistetaan säännöllisesti vastaamaan asiakkaan toimintakykyä²¹⁸.

²¹⁸ *Sosiaali- ja terveysministeriö (2006a), s. 10; (2008c), 31; ks. myös Päivärinta & Haverinen (2002).*

Lähes kaikissa tarkastuskunnissa vastuu palveluiden riittävyyden seurannasta, arvioinnista ja päivittämisestä kuului oma- tai vastuuhoitajalle. Vain yhdessä kunnassa hoito- ja palvelusuunnitelman päivittäminen kuului sosiaalihoitajalle, mikä johtui siitä, ettei kunta ole antanut omahoitajille suunnitelman päivitysoikeuksia. Vaikka päävastuu toimintakyvyssä tapahtuneiden muutosten seurannasta ja palvelujen arvioinnista kuuluu oma- tai vastuuhoitajalle, ilmeni tarkastushaastattelussa, että kunnissa oma- tai vastuuhoitaja yleensä keskustelee myös muiden asiakasta hoitavien tiiminjäsenten kanssa siitä, tarvitseeko asiakas lisää palveluja tai voitaisiinko niitä mahdollisesti vähentää. Haastateltavat kokivat tämän olevan keino, jolla minimoidaan oma- tai vastuuhoitajan subjektiivisia arvioita. Samalla se on toimintatapa, jolla varmistetaan, että kaikkia tiimin asiakkaita kohdellaan tasavertaisesti. Heitä ei palvelu liikaa mutta ei myöskään jätetä heitteille.

Tarkastushaastattelut osoittivat, että hoito- ja palvelusuunnitelmien tarkistuskäytännöt vaihtelivat jopa saman kunnan sisällä. Havaintojen mukaan kaikissa kunnissa säännöllisen kotihoidon piirissä olevien asiakkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmaa tarkistetaan aina tarvittaessa. Kahdessa kolmasosassa tarkastuskuntia suunnitelma päivitetään puolivuositain. Lopuissa kunnissa päivitys tehdään joko vähintään kerran vuodessa tai pyritään tarkistamaan vuosittain. Osassa kunnissa oli jo siirrytty tai aiottiin siirtyä puolivuositaisesta päivityksestä kolmen kuukauden välein tapahtuvaan päivitykseen. Haastateltavat perustelivat tätä sillä, että näin kyetään estämään päivitysprosessin ruuhkautuminen. Tiheämpää päivitystarvetta ei siten perusteltu asiakaslähtöisyydellä vaan järkevämmällä työajan organisoinnilla.

Tarkastushavaintojen mukaan kuitenkin niissä kunnissa, joissa myös kotihoidon tukipalveluasiakkaalle tehtiin hoito- ja palvelusuunnitelma, sitä tarkistetaan harvemmin kuin säännöllisen kotihoidon piirissä olevien asiakkaiden suunnitelmia. Yhdessä näistä kunnista tukipalveluasiakkaiden suunnitelmia ei ole tarkistettu edes vuosittain, toisessa kunnassa päivitys tehtiin kerran vuodessa ja kolmannessa kunnassa tukipalveluasiakkaiden suunnitelmien päivittämissä käytännöt erosivat kunnan eri alueilla toisistaan. Toisella alueella suunnitelmia ei päivitetä lainkaan ja toisella alueella niitä tarkistetaan epäsäännöllisesti.

Tarkastushavainnot myös osoittivat, että tarkastuskunnissa oli erilaisia tapoja, joilla hoito- ja palvelusuunnitelmaa tarkistettiin. Yhdessä kunnassa suunnitelman väliarviointi perustuu asiakkaan kanssa käytyyn keskusteluun. Toisessa kunnassa arviointi perustuu käynneillä tehtyihin havaintoihin. Kolmannessa kunnassa ei ole käytössä mitään järjestelmällistä seuranta. Neljännessä kunnassa päivitystarpeesta ilmoittaa tietojärjestelmä. Viidennessä kunnassa tarkistaminen saattaa unohtua, jos asiakkaalla kaikki

on hyvin. Lopuissa neljässä kunnassa suunnitelma päivitetään tekemällä uudelleen RAI-arviointi.

3.4.2 Kuntouttava työote

Toimintamallin tavoitteet

2000-luvulla julkaistuissa ikäihmisten palveluja koskevissa laatusuosituksissa²¹⁹ korostettu tavoite soveltaa kuntouttavaa työotetta kaikessa hoito- ja palvelutoiminnassa ei ole uusi. 1980-luvun alkupuolella aktiivisia ja oma-toimisuutta ylläpitäviä hoitomuotoja korostettiin lähinnä pitkäaikaissairaiden potilaiden laitoshoidossa²²⁰. 1980-luvun loppupuolella kuntoutusta ei nähty enää sellaiseksi toiminnaksi, jota sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijät toteuttivat, vaan sen miellettiin olevan osa yksilön jokapäiväistä elämää. Tämän seurauksena kuntouttamisen katsottiin voivan tapahtua myös avohuollossa.²²¹

Kuntouttamiseen liittyy ajatus siitä, että sillä voidaan palauttaa yksilölle menetettyjä kykyjä tai säilyttää (ylläpitää) yksilön toimintakykyä. Kuntoutuksen katsotaan edistävän niin ikään ihmisen itsemääräämisoikeutta. Nytemmin kuntoutus on määritelty myös yhdeksi laadukkaan kotihoidon osatekijäksi.²²²

Vaikka kuntouttavan työotteen hyödyllisyyttä perustellaan lähinnä asiakkaalle koituvilla hyödyillä, on siinä kysymys myös yhteiskunnan eduista. Tämä perustuu käsitykseen siitä, että toimintamallilla voidaan vaikuttaa palvelujen tarpeeseen, palvelujen kustannuksiin ja rahoituksen kestävyteen²²³.

Haastateltavat katsoivat kuntouttavaan työotteeseen sisältyvän ajatuksen siitä, että kun asiakkaan toimintakyky saadaan palautettua, vapautuu työaikaa, jota voidaan siirtää enemmän hoitoa tarvitseville, tai kotihoidon piiriin voidaan ottaa enemmän uusia asiakkaita. Asiakas puolestaan saa hyödyn säännöllisen kotihoidon kuukausimaksujen pienentymisenä. Yksi haastateltava totesi rahan olevankin hyvä "porkkana".

Sitä vastoin kuntoutukseen sisältyvä ajatus siitä, että kuntouttavalla työotteella kotihoito voisi tehdä itsestään kokonaan tarpeettoman, ei haasta-

²¹⁹ *Sosiaali- ja terveysministeriö (2001a); (2008c).*

²²⁰ *Ks. esim. Valtakunnalliset suunnitelmat sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä vuosina 1984–1988 (1983).*

²²¹ *Rintala (2003), s. 153.*

²²² *Sosiaali- ja terveysministeriö (2008c), s. 13, 27.*

²²³ *Emt., s. 21.*

teltavien käsityksen mukaan ole realistista. Heidän mukaansa käyntien tai palvelujen vähentäminen on kotihoidossa harvinaista. Jos näin tapahtuu, kysymys on yleensä ollut aktiivisesta toipilasvaiheen hoidosta.

Kuntouttavat toimenpiteet

Tarkastushaastattelut osoittivat, että kuntouttavassa työotteessa on kysymys hyvin pienistä asioista, jotka myös kaikki kohdistuvat fyysisen toimintakyvyn ylläpitämiseen. Esimerkiksi asiakkaan kanssa sovitaan, että hän nousee ylös sängystä, pukeutuu, napittaa itse puseronsa ja nostaa housunsa ylös, kampa hiuksensa, voitelee itse leipänsä, kattaa pöydän, vie lautasen pois, pesutilanteissa pesee kehostaan ne osat, jotka itse kykenee, saunapalvelussa kuivaa itsensä ja osallistuu pukeutumiseensa, nostaa pölyimurin esille tai pyyhkii pölyjä jostain muualta kuin työntekijä. Joissakin kunnissa asiakkaan kanssa oli myös sovittu, että asiakas esimerkiksi nousee tuolista ylös viisi kertaa työntekijän käynnin aikana, liikkuu portaissa työntekijän valvomana tai avaa itse oven ateriapalvelujen kuljettajalle. Yhdessä tarkastuskunnassa oli menty askel pidemmälle ja otettu käyttöön erillinen liikkumissopimus²²⁴. Osa haastateltavista kuitenkin koki, että kun vielä 2000-luvun alussa kuntouttava työote oli ollut kotihoidossa "punainen lanka kaikessa", oli se nyt jäänyt enemmänkin takalalle. Yhdeksi syyksi haastateltavat mainitsivat muun muassa kiireen.

Kuntouttavan työotteen käyttämättömyyteen viittaa myös valtakunnalliset kotihoidon RAI-arviointitulokset vuodelta 2009. Niiden mukaan kotihoidon asiakkaista 90 prosenttia ei ollut saanut kuntoutusta, vaikka heidän toimintakykynsä olisi mahdollistanut sen²²⁵.

Haastateltavat näkivät, että ulkoilu ja asiakkaan kanssa kaupassakäynti voivat myös olla sellaisia toimintoja, jotka toteuttavat kuntouttavaa työotetta. Jos ne määritellään toiminnoiksi, joiden avulla asiakkaan toimintakykyä voidaan ylläpitää tai vahvistaa, silloin ne kirjataan asiakkaan hoitosuunnitelmaan, niille asetetaan tavoitteet ja niitä toteutetaan tietty aika. Tämän jälkeen arvioidaan, miten asetetut tavoitteet ovat toteutuneet. Jos sen sijaan nähdään, ettei asiakkaan toimintakykyä voida palauttaa sellaiseksi, että hän pääsisi yksin ulos, tällöin asiakkaan ulkoilemista toteutetaan

²²⁴ *Liikkumissopimus on asiakkaan ja kotihoidon yhdessä laatima suunnitelma asiakkaan arkiliikunnan tukemiseksi. Sopimus sitouttaa asiakkaan osallistumaan oman fyysisen toimintakykynsä ylläpitämiseen, mutta se sitouttaa myös kotihoitoa opastamaan asiakasta esimerkiksi liikkeiden valinnassa ja niiden toteuttamisen seurannassa. (Tarkastuskunnasta saatu julkinen asiakirja ja tarkastushaastattelu.)*

²²⁵ *Tarkastuskunnasta saatu tieto.*

resurssien ja mahdollisuuksien mukaan. Haastateltavat tosin totesivat, että ulkoileminen ja asiakkaan kanssa kaupassakäynti ovat juuri niitä palveluja, joista kotihoidossa ensimmäiseksi joudutaan karsimaan ja miettimään, miten ne olisi mahdollista järjestää muulla tavalla. Osin tästä syystä esimerkiksi ulkoilemista ei kirjata hoito- ja palvelusuunnitelmaan, koska haastateltavien käsityksen mukaan se määritellään silloin kotihoidon tehtäväksi. Lähes kaikissa tarkastuskunnissa vanhusten ulkoileminen järjestettiin turvautumalla vapaaehtoisiin, tukityöllistettyihin, omaisiin tai läheisiin.

Toimintamallin edellytykset

Kuntouttavassa työotteessa ei ole kysymys vain uudenlaisesta toimintamallista, vaan myös uudenlaisesta asennoitumisesta sosiaali- ja terveyspalvelujen kohteisiin. Vaikka sosiaali- ja terveyspalvelujen kohteesta on puhuttu jo runsaan 30 vuoden ajan aktiivisena, omaan hoitoonsa osallistuvana asiakkaana, on osallistuminen määrittänyt lähinnä hoito- ja palvelusuunnitelmaa laadittaessa käytyyn keskusteluun osallistumiseksi. Kuntouttavassa työotteessa on edelleen kysymys asiakkaan osallistumisesta hoito- ja palvelusuunnitelmansa laadintaan, mutta nyt myös siitä, että asiakas on velvollinen osallistumaan myös sen toteuttamiseen. Eräs haastateltava kuitenkin totesi, ettei hoito- ja palvelusuunnitelman tekoilanteessa, jossa asiakas kokee saavansa jotain, voida sanoa, että siivouksesta sinulle kuuluukin sitten pölyjen pyyhkiminen tai imurin esiin nostaminen.

Uudenlainen käsitys asiakkaan roolista kuntoutusprosessissa näkyy muun muassa Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksessa, jossa kuntouttavalla työotteella tarkoitetaan asiakkaiden kannustamista ja tukemista, jotta nämä käyttäisivät jäljellä olevia voimavarojaan arjen askareissa²²⁶. Haastateltavien mukaan kuntouttavalla työotteella toimittaessa asiakkaan puolesta ei tehdä kaikkea valmiiksi, vaan myös asiakas osallistuu hoitoonsa tai palveluiden toteuttamiseen voimavarojensa mukaan.

Tarkastushaastattelut osoittivat, että kuntouttavan työotteen omaksuminen kotihoidon arjessa edellyttää työntekijöiltä uudenlaisen asenteen omaksumista, omien toimintatapojen muuttamista, asian sisäistämistä ja ymmärtämistä sekä toimintatavan toteuttamiseen sitoutumista. Haastateltavat näkivät, että uudenlaisen asenteen oppiminen saattaa olla kokeneille työntekijöille hankalampaa kuin nuoremmille työntekijöille. He perustelivat tätä sillä, että kokeneille työntekijöille kuntouttavan työotteen omaksuminen edellyttää poisoppimista entisestä palvelukulttuurista. Nuorem-

²²⁶ *Sosiaali- ja terveysministeriö (2008c), s. 27.*

mille työntekijöille kuntouttava työotteen omaksuminen on enemmänkin koulutuksesta saatujen oppien käytäntöön viemistä.

Haastateltavat olivat hyvin yksimielisiä siitä, että kuntouttavan työotteen siirtyminen puheiden tasolta käytäntöön edellyttää koulutusta. Valtaosa tarkastuskuntia oli järjestänyt runsaasti kuntouttavaa työotetta koskevaa koulutusta. Ainoastaan yksi tarkastuskunta ei ollut järjestänyt suoranaisesti kuntouttavaa työotetta koskevaa koulutusta, vaan sitä oli vähän ns. syötetty muun koulutuksen yhteydessä.

Vaikka kunnissa oli järjestetty paljonkin koulutusta, kaipasivat haastateltavat kuitenkin edelleen koulutusta esimerkiksi siitä, miten kuntouttavaa työotetta voi toteuttaa asiakastyössä. He toivoivat myös vuorovaikutustaitoja koskevaa koulutusta, koska heidän mielestään kuntouttavan työotteen soveltaminen käytännön asiakastyössä edellyttää runsaasti asiakkaiden motivointia. Heidän näkemyksensä mukaan myös asiakkaiden tulee ymmärtää, miten tärkeää oman aktiivisuuden ja toimintakyvyn ylläpitäminen on kotona asumisen kannalta. Yksi haastateltavista kuvasi haasteellisten asiakkaiden motivointia kauppaamiseksi ja myymiseksi. Hänen mukaansa haasteelliset asiakkaat ovat niitä, jotka eivät halua kuntouttavaa työotetta vaan haluavat, että asiat tehdään heidän puolestaan. Haastateltavan mukaan haasteelliset asiakkaat kokevat, että kun he maksavat palvelusta, ei heiltä voi edellyttää sen toteuttamiseen osallistumista. Eräs haastateltava totesikin, että kuntouttava työote on ristiriitainen yhteiskunnassa, jossa sosiaali- ja terveyspalveluista on tehty kulutushyödykkeitä. Kun asiakas ostaa palveluja, hän haluaa palveluja eikä sitä, että hän olisi itse aktiivisesti mukana toteuttamassa palveluja.

Haastateltavat mainitsivat kuntouttavan työotteen soveltamisen edellyttävän myös tiimiltä yhteisten pelisääntöjen omaksumista. Heidän mukaansa on tärkeää, että kaikki tiimin työntekijät toimivat asiakkaan kanssa samalla tavalla. Osassa tarkastuskuntia yhteisten pelisääntöjen noudattamisessa näytti kuitenkin olevan vielä parantamisen varaa.

Lähes kaikki haastateltavat olivat yksimielisiä siitä, että kuntouttavan työotteen soveltaminen asiakastyössä vie enemmän aikaa. Osa ylimmän johtotason haastateltavista kuitenkin katsoi, että vaikka kuntouttavalla työotteella toimiminen vie alkuvaiheessa enemmän aikaa, pitkällä aikavälillä se vaikuttaa myönteisesti ajankäyttöön ja henkilöstön riittävyteen.

Haastateltavien käsitykset siitä, edellyttääkö kuntouttavan työotteen soveltaminen enemmän henkilöstöä, poikkesivat selkeästi toisistaan. Osa haastateltavista katsoi, että henkilökuntaa tarvitaan enemmän. Yhden haastateltavan mukaan kuntouttavan työotteen kirjaimellinen toteuttaminen edellyttäisi asiakasmäärän supistamista, mikäli henkilökuntaa ei saada lisää. Osa haastateltavista taas näki, ettei henkilökuntaa tarvita lisää vaan että kuntouttava työote pitää nähdä osana toimintatapaa.

Haastateltavien mukaan kunnissa ei ole poliittisella tasolla lainkaan keskusteltu siitä, mitä kuntouttavan työotteen soveltaminen asiakastyössä käytännössä merkitsee. Ikäihmisten laatusuosituksissa ei ole myöskään otettu kantaa siihen, millaisia vaikutuksia toimintamallin soveltamisella on henkilöstövoimavaroihin tai millaisia tuloksia toimintamallilla ylipääntänsä halutaan saada.

Tarkastushavaintojen perusteella kuntouttavaa työotetta ei kuitenkaan sovelleta kaikkiin kotihoidon asiakkaisiin. Haastateltavien ja myös säännöllistä kotihoitoa koskevien tilastojen mukaan kotihoidon piirissä on paljon asiakkaita, joihin kuntouttavaa työotetta ei kannata enää soveltaa. Haastateltavat kertoivat, että näille asiakkaille kotihoito pyrkii takaamaan hyvän hoidon. Se, keneen toimintamallia voidaan ja on kannattavaa soveltaa, edellyttää haastateltavien näkemyksen mukaan työntekijältä arviointikykyä. Jos asiakas on motivoitunut tekemään asioita itse, työotteen käyttö ei vie resursseja eikä aikaa. Työntekijän tulee tällöin vain ohjata ja tukea kuntoutushaluista asiakasta. Haastateltavien näkemyksen mukaan työntekijöiden tulisikin panostaa ajallisesti sellaisiin asiakkaisiin, jotka ovat haluttomia tekemään asioita itse.

Toimintamallin toteuttamista ehkäisevät tekijät

Ainoastaan muutamassa tarkastushaastattelussa nousi esille se, että kuntouttavan työotteen soveltaminen edellyttää käytettävissä olevan ajan jakamista asiakkaiden kesken. Jos käytännön asiakastyössä toimittaisiin täydellisesti toimintamallin mukaan, merkitsisi se sitä, että osa asiakkaista ei saisi lainkaan hoitoa. Koska kuntouttavalla työotteella toimiminen vie enemmän aikaa, on siihen kuluva aika silloin joltakulta muulta asiakkaalta pois. Yhdessä kunnassa toimintaa olikin ajateltu toteuttaa siten, että joinakin viikkoina panostetaan erityisesti tiettyihin asiakkaisiin ja seuraavalla viikolla toisiin. Näin kaikki asiakkaat, joiden kuntouttamisen mielletään olevan kannattavaa, voisivat kukin vuorollaan saada enemmän hoitoaikaa.

Tarkastushaastattelut myös osoittivat, että kuntouttavalla työotteella toimimista ehkäisee ajan puute. Haastateltavat kertoivat, että kiireessä tekee epähuomiossa asioita asiakkaan puolesta. Näin tapahtuu varsinkin sellaisina päivinä, kun osa tiimin työntekijöistä on sairaana. Tällöin ajankäyttöä on pakko priorisoida, jotta päivän asiakaslistan ehtii käydä läpi.

Haastateltavien käsityksen mukaan kuntouttavan työotteen toteuttaminen ei yksinkertaisesti onnistu kaikissa kotihoidon palveluissa. Esimerkiksi saunapalveluissa asiakkaiden oma osallistuminen itsensä pesemiseen ei onnistu, koska toinen asiakas odottaa kylvetysvuoroaan. Toiminnan täytyy olla nopeaa. Ateriapalveluissa kuntouttavaa toimintamallia voisi soveltaa

esimerkiksi siten, että asiakas avaisi itse oven ateriapalvelunkuljettajalle. Haastattelujen perusteella oven avaaminen kuntouttavana toimintana näyttäisi onnistuvan kuitenkin lähinnä sellaisille vanhuksille, jotka kykenevät kävelemään suhteellisen nopeasti. Jos asiakkaan liikkuminen sitä vastoin on hidasta ja oven avaaminen vie aikaa, ei ateriapalvelunkuljettajalla ole välttämättä aikaa odottaa oven avaamista. Tämä johtuu osin siitä, että elintarviketurvallisuuden takia lämpimät ateriat on toimitettava eri puolilla kuntaa asuville ikääntyneille tietyn ajassa sisällä.

Ei tietoa kuntouttavan työotteen soveltamisesta yksityisten palveluntuottajien tuottamissa palveluissa

Sosiaali- ja terveystyöpalvelujen erilaiset suositukset, oppaat ja säädökset koskevat sekä julkisen sektorin tuottamia että yksityisen sektorin tuottamia palveluja. Tarkastushaastattelut kuitenkin osoittivat, että kuntouttavalla työotteella toimimisen tulkittiin koskevan ennen kaikkea kunnan omaa kotihoitoa. Haastateltavilla ei ollut tietoa siitä, miten kuntouttava työote toteutuu yksityisten palveluntuottajien tuottamissa palveluissa.

Haastateltavat kertoivat, ettei kunnissa ole juurikaan keskusteltu siitä, miten kuntouttava työote toteutuu ostopalveluissa. Heidän mukaansa palveluseteliyrittäjiltä ei edes edellytetä, että he tuottavat palvelun kuntouttavalla työotteella. Lisäksi vaikka kotihoito tekee asiakaskohtaisia maksusitoumuksia yksityisten palveluntuottajien kanssa, kunta ei kuitenkaan tarkasta sitä, miten yritys käytännön asiakastyössä kotihoitoa toteuttaa. Heidän mielestään kuntien mahdollisuudet arvioida sitä, toimivatko yksityiset kuntouttavalla työotteella, perustuvat lähinnä jälkikäteisarviointiin sekä asiakkaiden ja omaisten mielipiteisiin ja palautteisiin.

Haastateltavat niin ikään totesivat, ettei kunnissa ylipäänsä ole ajateltu, miten tukipalveluita saavia asiakkaita osattaisiin ohjeistaa liikuntakykynsä ylläpitämisessä. Haastattelujen perusteella näyttää siltä, että kuntouttavaa työtettä sovelletaan kunnissa lähinnä säännöllisen kotihoidon asiakkaisiin, joihin kotihoidolla on jatkuva kontakti. Sen sijaan pelkkiä tukipalveluja saavia asiakkaita toimintamalli ei näyttäisi koskevan lainkaan. Tämä selittyy osin sillä, että haastateltavien mukaan kuntouttavan työotteeseen vaatiminen esimerkiksi siivouspalvelusetelillä ostetuilta siivouspalveluyrittäjiltä ei käytännössä onnistu, koska kunta voi määritellä vain siivousetelimen arvon ja sen, kuka setelin saa, mutta ei siivouksen sisältöä, kestoa ja sen toteutustapaa. Haastateltavat totesivat, että kun asiakas tuo yrityksen kassaan rahaa, on epätodennäköistä, että yritys vaatisi asiakasta osallistumaan jollain tavoin siivoukseen.

3.4.3 Kokoavat havainnot ja päätelmät

Hoito- ja palvelusuunnitelma ei takaa yhdenmukaista palvelutarpeen arviointia

Tarkastushavaintojen mukaan niihin keinoihin, joilla pyritään edistämään ikääntyneiden hoitamista mahdollisimman pitkään omassa kodissaan, sisältyy erinäisiä ongelmia. Osa niistä liittyy asiakkaiden yhdenvertaiseen kohteluun ja osa taas siihen, että kuntien käytännöt ovat ristiriidassa ennaltaehkäisyä koskevan tavoitteen kanssa.

Tarkastushavainnot osoittivat, että hoito- ja palvelusuunnitelman laadintaprosessi oli kunnissa rakenteeltaan ja sisällöltään yhdenmukainen. Alueelliset erot nousivat esiin, kun tarkasteltiin, miten suunnitelman laadintaprosessi käytännössä toteutetaan. Tällöin keskeisimmät ongelmat kohdistuivat hoito- ja palvelusuunnitelman "kivijalkana" toimivaan palvelutarpeen arviointiin.

Tarkastushavaintojen mukaan asiakkaiden palvelutarpeen arviointi perustui lähes kaikissa tarkastuskunnissa toimintakyvyn arviointiin, asiakkaiden ja omaisten haastatteluihin ja asiakkaan havainnointiin. Vaikka kunnissa palvelutarvetta arvioidaan samanlaisilla käytännöillä, ei alueellinen yhdenvertaisuus palvelutarpeen arvioinnissa kuitenkaan käytännössä toteudu. Tämä johtuu tarkastushavaintojen mukaan siitä, että kunnat käyttävät asiakkaiden palvelutarvetta arvioidessaan erilaisia mittareita. Kunnat myös käyttävät mittareiden ja jopa samankin mittarin tuottamia indeksejä eri tavoin kotihoidon myöntämiskriteereinä.

Tarkastushavainnot vahvistivat jo aiemmissa tutkimuksissa saatuja tuloksia toimintakyvymittareihin liittyvistä huonoista ja hyvistä puolista²²⁷. Tarkastuskunnissa yleisimmin käytössä olevien toimintakyvyn arviointijärjestelmien yhdeksi hyväksi puoleksi mainittiin asiakkaan voimavarojen kartoittaminen. Hoito- ja palvelusuunnitelmaan tavoitteita ei kuitenkaan osata kirjoittaa asiakkaan voimavarojen ylläpitämisen näkökulmasta. Tämä saattaa johtua siitä, että työntekijöiden on helpompi kirjoittaa ongelmien ratkaisua koskevia tavoitteita, joiden saavuttaminen on heistä itseltään kiinni. Sen sijaan asiakkaan jäljellä olevan toimintakyvyn säilyttämisestä koskevien tavoitteiden kirjoittaminen voi olla vaikeampaa, koska tavoitteen onnistuminen ei ole yksinomaan työntekijästä kiinni, vaan se edellyttää myös asiakkaan osallistumista. Kuntouttavaa työtettä koskevien tarkastushavaintojen mukaan kotihoidossa kaivattiin lisää koulutusta juuri keinoista, joilla asiakkaan jäljellä olevia voimavaroja voidaan yllä-

²²⁷ *Esim. Voutilainen & Vaarama (2005).*

pitää. Samoin koulutusta toivottiin myös siitä, miten asiakkaat saadaan motivoitua käyttämään jäljellä olevia voimavarojaan.

Tarkastushavainnot toimintakyky mittareista viittasivat niin ikään siihen, että RAVAn ja RAI:n käyttö palvelevat eri tahoja. RAVA näyttäisi olevan enemmänkin hallinnon väline. RAI taas osoittaisi ohjaavan pikemminkin käytännön hoitotyötä.

Tarkastushavaintojen mukaan näyttäisi myös siltä, että hoito- ja palvelusuunnitelmaan sisältyvä ajatus asiakkaan osallistumisesta omaan hoitonsa ja palveluidensa suunnitteluun käytännössä toimii vain osittain. Asiakkaan kanssa kyllä keskustellaan tarpeista ja voimavaroista, ja asiakkaat omalla allekirjoituksellaan hyväksyvät laaditun hoito- ja palvelusuunnitelman. Hoito- ja palvelusuunnitelmista keskusteltaessa ei ole kuitenkaan kyseenalaistettu sitä, kuinka paljon asiakas todellisuudessa pystyy vaikuttamaan omien palveluidensa suunnitteluun. Julkisen hyvinvointipalvelun asiakkaan asemaa koskevassa selvityksessä on nimittäin todettu, että julkisyhteisö määrittelee lainsäädännön asettamissa rajoissa ne ehdot, joilla se palvelun tarjoaa. Hoito- ja palvelusuunnitelman teossa asiakkaan osallistumismahdollisuudet rajautuvat tavallisesti siihen, että hän päättää joko käyttää palvelua tai olla käyttämättä sitä.²²⁸ Vähäiselle keskustelulle on jäänyt myös se, ymmärtävätkö kaikki asiakkaat allekirjoittaessaan suunnitelmia, mitä he tosiasiallisesti hyväksyvät.

Voimavarojen huomioon ottaminen vaikuttaa palveluiden saantiin

Suomessa ikäpolitiikkaa on hallinnut 2000-luvulla näkemys siitä, että ikääntyvät, toisin sanoen alle 75-vuotiaat, ovat yhteiskunnalle voimavaroja.²²⁹ Heidät nähdään vanhempiensa hoitajina, sosiaali- ja terveyspalveluja ostavina kuluttajina ja lapsiaan taloudellisesti tukevana. Tarkastushavainnot osoittivat, että näiden samojen voimavarojen katsottiin olevan myös ikääntyneiden voimavaroja.

Tarkastushavaintojen mukaan näyttäisi kuitenkin siltä, että ikääntyneiden voimavarojen huomioon ottaminen toimii pikemminkin kotihoidon tarjoamien palvelujen piiristä pois siirtämisenä. Pois siirtäminen ilmenee siten, että jos asiakkaalla on varaa hankkia palveluja yksityissektorilta, hänet pyritään ohjamaan sinne. Jos asiakkaalla on omaisia tai läheisiä, kotihoito pyrkii siirtämään palvelujen tuottamisvastuusta osan heille, kuten pankkiasioinnin, kaupassakäynnin, ulkoilemisen tai terveyskeskukseen saattamiset. Jos asiakas on taas liikuntakykyinen, kotihoidon lääkäri ei tee

²²⁸ Hoffrén (2009), s. 26–27.

²²⁹ Esim. Valtioneuvoston kanslia (2004).

kotikäyntiä vaan asiakas ohjataan terveyskeskukseen. Ikääntyneiden voimavaroista etenkin tulojen ja omaisuuden huomioon ottaminen hoito- ja palvelusuunnitelmaa tehtäessä näyttäisi siten viittaavan siihen, että vanhustenhuollossa ollaan nyt toteuttamassa 1980-luvun lopun VALSUissa esitettyä linjausta palvelujen kohdentamisesta eniten apua tarvitseville. Voimavarojen huomioon ottaminen kotihoidon palvelutarpeen arvioinnissa ei siten välttämättä aseta ihmisiä eriarvoiseen asemaan, vaan pikemminkin edistää tosiasiallista yhdenvertaisuutta.

Palvelutarpeen arvioinnissa korostuu lääketieteellinen näkökulma

Hoivatakuuta koskevassa hallituksen esityksessä todettiin, että sosiaalihuollon palvelutarpeen arvioi yleensä sosiaalihuollon ammattihenkilö²³⁰, mutta se ei kotihoidossa näytä pitävän paikkaansa. Tarkastushavainnot nimittäin osoittivat, että kotihoidossa palvelutarpeen arvioi yleensä terveydenhuollon koulutuksen saanut henkilö. Vaikka palvelutarvetta arvioidaan toimintakykyä monipuolisesti mittaavilla arviointijärjestelmillä, vaarana on kuitenkin se, etteivät terveydenhuollon koulutuksen saaneet arvioitsijat välttämättä osaa tunnistaa asiakkaiden sosiaalisia tarpeita.

Lääketieteellisen näkökulman korostumista palvelutarvetta arvioitaessa ja palveluiden riittävyyttä arvioitaessa (hoito- ja palvelusuunnitelman päivitys) tukee myös se, että sosiaalihuollon vakansseja (kodinhoitajat ja kotiavustajat) muutetaan sosiaali- ja terveydenhuollon vakansseiksi (lähihoitajat). Lähihoitajista suurin osa (ks. alaluku 3.4.1) on suorittanut sairaanhoidon ja huolenpidon koulutusohjelman, jolloin koulutusohjelman suorittaneiden lähihoitajien voi mieltää tarkastelevan asioita enemmän lääketieteen näkökulmasta. Riskinä on se, ettei kotihoidossa ole riittävästi sosiaaliryhtymän asiantuntemusta arvioimaan asiakkaiden palvelujen tarvetta ja niiden riittävyyttä sosiaalihuollollisesta näkökulmasta. Sosiaalihuollon asiantuntemuksen riittämättömyys voi johtaa siihen, että palvelujen katsotaan olevan riittäviä terveydenhuollollisesta näkökulmasta, mutta sitä vastoin sosiaalihuollollisesta näkökulmasta tarkasteltuna ne saattavatkin olla riittämättömiä.

Ovi kotihoitoon avautuu yleensä terveydenhuollosta

Tarkastushavainnot osoittivat myös, että kotihoidon asiakkuus avautui yleensä terveydenhuollon kautta ja etenkin sairaalasta. Valtaosassa kuntia pelkkä lääkärin yhteydenotto riitti ilman, että kotihoito vaati lääkärin

²³⁰ HE 95/2005.

lähetettä. Lääkärin lähete toimi lähinnä dokumenttina, johon oli kirjattu tarvittavat hoitotoimenpiteet. Vaikka lääkäri oli jo arvioinut asiakkaan tarpeen, tehtiin kotihoidossa aina uusi tarpeenarviointi. Tällöin kotihoidossa tehtävä palvelutarpeen arviointi koskee ainoastaan palveluja (määrää ja lajia), mutta ei enää asiakkaan oikeutta saada kotihoitoa. Tämä voi ilmentää sitä, että ovi kotihoitoon saattaa avautua helpommin terveydenhuollon kuin sosiaali-huollon kautta.

Asiakkaiden siirtymistä terveydenhuollosta kotihoidon piiriin saattaa selittää myös se, etteivät vanhukset hakeudu riittävän ajoissa palveluiden piiriin. Kun he sitten heikkokuntoisina esimerkiksi kaatuvat kotonaan ja joutuvat terveyskeskuksen vuodeosastolle, tulevat he vasta tällöin palvelujärjestelmän "tietoisuuteen".

Kotihoidon asiakkuuden avautuminen terveydenhuollosta voi liittyä niin ikään siihen, että niukkoja resursseja jaettaessa kotihoidossa avuntarpeiden syitä priorisoidaan. Huolimatta siitä, ettei lainsäädännössä kotipalvelujen saantia koskevia syitä ole asetettu tärkeysjärjestykseen, saattaa sairas avuntarpeen syynä olla heikentynyttä toimintakykyä tärkeämpi.

Yksityiskohtaisten tavoitteiden kirjaaminen vähäistä

Hoito- ja palvelusuunnitelma on nähty keinoksi, jolla kotihoidon vaikuttavuutta voidaan arvioida. Vaikuttavuuden arviointi edellyttää yksityiskohtaisten tavoitteiden kirjoittamista, mutta niiden kirjaaminen näytti tarkastushavaintojen mukaan olevan kuitenkin osin varsin heikkoa. Hoito- ja palvelusuunnitelmaan kirjatut tavoitteet olivat joko hyvin kokonaisvaltaisia tai terveydenhuoltopainotteisia. Terveydenhuoltopainottuneisuus on selitettävissä sillä, että hoidolliset toimenpiteet ovat yleensä yksinkertaisia ja yksittäisiä toimenpiteitä, kuten haavanhoito, jolloin niille on helppo asettaa tavoitteita, niitä on helppo seurata ja hoitotoimenpiteiden vaikutuksia on niin ikään helppo arvioida. Tätä voi osin selittää myös potilaslain velvoitteet potilasasiakirjoihin kirjattavista asioista (ks. alaluku 2.1.2). Sen sijaan sosiaalihuollollisille tavoitteille, kuten yksinäisyyden tai turvattomuuden vähentämiselle, on huomattavasti vaikeampaa operationalisoida mitattavia tavoitteita, koska niihin vaikuttavat monet erilaiset tekijät. Lisäksi asiakaslaista ei löydy säännöksiä siitä, että hoito- ja palvelusuunnitelmaan tulisi kirjoittaa myös se, miten palvelut aiotaan käytännössä toteuttaa.

Tarkastushavainnot osoittivat myös, että heikkokuntoisille asiakkaille asetettiin tavallisesti kokonaisvaltaisia tavoitteita. Kotihoidon asiakkaiden heikkokuntoisuus saattaakin siten selittää sitä, miksi yksityiskohtaisten tavoitteiden kirjaaminen oli vähäistä.

Hoito- ja palvelusuunnitelman toimiminen vaikuttavuuden arviointivälineenä edellyttää lisäksi, että toimenpiteiden vaikuttavuutta pitäisi arvioida tietyn ajan kuluttua. Valtaosassa tarkastuskuntia hoito- ja palvelusuunnitelmaa päivitettiin vähintään puolivuositain tai tarvittaessa. Päivityksessä ei kuitenkaan ole enää kyse sen arvioinnista, onko asiakkaan suunnitelmaan kirjatut tavoitteet saavutettu, vaan siitä, ovatko asiakkaalle annetut palvelut riittäviä. Lisäksi tarkastushavainnot osoittivat, että kun suunnitelmaa laadittaessa käytettiin monipuolisesti erilaisia menetelmiä, suunnitelmaa päivittäessä käytettiin useamman menetelmän sijasta vain yhtä menetelmää. Tämä merkitsee sitä, että valtakunnallisesti kotihoidon piirissä olevien asiakkaiden palvelujen riittävyttä ei arvioida yhdenmukaisesti. Samoin arvion perustuminen vain yhteen menetelmään ei välttämättä arvioi asiakkaan palveluja kokonaisvaltaisesti. Niin ikään arvioinnin perustuminen haastatteluun tai havainnointiin tekee arvioinnista läpinäkymättömämpää ja vaikeammin seurattavaa kuin päivityksen tekeminen jollain toimintakykykymittarilla.

Kotihoito ei ole kiinnostunut pelkkiä kotihoidon tukipalveluja saavista

Hoito- ja palvelusuunnitelmaa koskevat tarkastushavainnot osoittivat samoin sen, että kunnissa asiakas- ja potilaslakia tulkitaan eri tavoin. Huolimatta siitä, että säännöllisesti ja pitkäaikaisesti palveluja saavalle asiakkaalle on laadittava hoito- ja palvelusuunnitelma ja sosiaaliuudellisen toteuttajan on annettava asiakkaalle mahdollisuus osallistua palvelunsa suunnitteluun, vain muutama kunta laati hoito- ja palvelusuunnitelman myös vain kotihoidon tukipalveluja saaville asiakkaille. Kiintoisaa oli niin ikään se, että vaikka heille oli laadittu jonkinlainen suunnitelma, heidän tilannettaan ei kartoitettu lainkaan tai sitä kartoitettiin hyvin epäsäännöllisesti. Samaan aikaan kunnissa kuitenkin tehdään ennalta ehkäiseviä kotikäyntejä palveluiden ulkopuolella olevien ikääntyneiden luo. Kotihoidon ei siten voi katsoa toimivan yksinomaan tukipalveluita saavien asiakkaiden osalta ennalta ehkäisevästi.

Perustelut hoito- ja palvelusuunnitelman laatimatta jättämisestä vahvistivat päätelmää siitä, että kunnissa kotihoidon henkilöstöä on liian vähän suhteessa kotihoidolle asetettuihin tavoitteisiin ja asiakasmäärään. Lisäksi suunnitelman laatimatta jättämisen perusteluista on löydettävissä viitteitä siitä, miten kunnat tulkitsevat käytännössä nykyisessä hallitusohjelmassa esitettyä näkemystä yksilön ja yhteiskunnan vastuusta. Tarkastushavaintojen mukaan yhteiskunnan vastuulle katsottiin kuuluvan erilaisista palveluista ja niiden piiriin hakeutumisesta tiedottaminen. Tulosten valossa näyttääkin siltä, että palvelujärjestelmä selkeämmin seuraa ja

valvoo palvelujen piirissä olevia heikon toimintakyvyn omaavia asiakkaita, mutta toimintakykyisemmät joutuvat ottamaan vastuun itsestään. Toimintakykyisemmällä asiakkailla mielletään itsellään olevan vastuu palveluidensa riittävyden kontrolloinnista.

Kuntouttavan työotteen merkitys vähäinen

Oletus siitä, että kuntouttavalla työotteella voidaan vaikuttaa asiakkaiden palvelutarpeeseen ja sitä kautta saada lisää työaikaa muiden kotihoidon asiakkaiden hoitamiseen, näyttää tarkastushavaintojen perusteella varsin vähäiseltä lukuun ottamatta toipilaiden hoitoa.

Nimittäin tarkastushavaintojen mukaan kuntouttava työote ei näyttänyt enää toimivan kotihoidon työtä ohjaavana ideologiana. Sen käyttöä näytti ehkäisevän ajanpuute, henkilöstön riittämättömyys, mutta myös työntekijöiden asenteet, omaksutut toimintatavat ja asian merkityksen sisäistämättömyys. Lisäksi kuntouttavalla työotteella toimimisen nähtiin vievän enemmän aikaa, jolloin siihen kuluva aika on pois joltain muulta asiakkaalta. Kuntouttavaa työotetta ei myöskään sovellettu kaikkiin asiakkaisiin vaan ainoastaan niihin, joihin sitä kannatti soveltaa. Tarkastushavainnot viittaisivat kuitenkin siihen, että "kuntouttamiskelpoisia" asiakkaita kotihoidossa olisi mutta heidän kuntouttamiseensa ei ole kiinnitetty riittävästi huomiota. Tämä saattaa ilmentää myös sitä, ettei kuntouttava työote ole retoriikan tasolta muuntunut konkreettiseksi toimintakäytännöksi.

Tarkastushavainnot kotihoidon asiakasrakenteesta sekä esimerkit kuntouttavan työotteen soveltamisesta viittasivat siihen, että sellaisia potentiaalisia kuntoutettavia, joiden asiakaskäyntien määrää voitaisiin supistaa, on kotihoidossa varsin vähän. Lisäksi tarkastushavainnot osoittivat, ettei kuntouttavaa työotetta voi soveltaa kaikissa palveluissa.

Tarkastushavaintojen mukaan kaikissa tarkastuskunnissa kotihoidon myöntämiskriteereitä on tavalla tai toisella kiristetty ja kotihoidon tuki-palveluja on karsittu. Tämä on ensinnäkin johtanut siihen, että kotihoidon piirissä hoidetaan nyt iäkkäitä, jotka ovat jo menettäneet suuren osan toimintakyvystään. Samaan aikaan kotihoidon ulkopuolelle rajataan ikääntyneitä, joiden toimintakyky on heikentynyt, mutta ei kriteerien mukaan riittävästi. Tällöin herääkin kysymys siitä, miksi kuntouttavaa työotetta sovelletaan heikkokuntoisiin vanhuksiin, joiden "kuntouttaminen" saattaa ehkä pitkässä juoksussa vapauttaa 5–10 minuuttia työntekijöiden aikaa, mutta ei vähennä asiakkaan luokse tehtävien asiakaskäyntien määrää. Samaan aikaan pienellä tuella voitaisiin mahdollisesti ylläpitää heikentyneen toimintakyvyn omaavan ikääntyneen toimintakykyä ja ehkäistä suuremman avun

muodostuminen. Tarkastushavaintojen perusteella näyttäisi siltä, ettei ennaltaehkäisy toimi kummassakaan vanhusryhmässä.

Toinen myöntämiskriteereiden kiristämiseen ja palvelujen karsimiseen liittyvä asia on myös jäänyt vähälle huomiolle: Tarkastuskunnissa ei ollut lainkaan tietoa siitä, toteutuuko kuntouttava työote myös yksityisten palveluntuottajien tuottamissa palveluissa. Vaikka kunnat voivat laittaa palveluja kilpailuttaessaan yhdeksi kilpailutuskriteeriksi palveluiden tuottamisen kuntouttavalla työotteella, pystyy kunta arvioimaan tilannetta vasta jälkikäteen, mutta palvelusetelin osalta ei lainkaan.

Tarkastushavaintojen mukaan kuntouttavaa työotetta ei voida soveltaa kaikkien asiakkaiden kanssa. Tällöin herää kysymys siitä, miten kunta sopii yksityisen palveluntuottajan kanssa kuntouttavan työotteen yksilöllisestä soveltamisesta esimerkiksi 400 ateriapalveluasiakkaan kanssa. Asian tekee vielä kiinnostavammaksi tarkastushavainto siitä, etteivät yksityiset palveluntuottajat osallistu lainkaan hoito- ja palvelusuunnitelman laadintaan. Tämä nostaa puolestaan esiin kysymyksen siitä, millaisilla toimenpiteillä julkinen valta edistää sitä, että myös yksityiset palveluntuottajat toimivat kuntouttavalla työotteella.

3.5 Säännöllinen kotihoito haastattelujen ja tilastojen valossa

3.5.1 Säännöllisen kotihoidon asiakkaat

Tässä luvussa tarkastellaan sitä, miten edellisissä luvuissa tarkasteltujen toimintakäytäntöjen vaikutukset näkyvät kotihoidossa. Vaikka kotihoitoa ohjaavaan lainsäädäntöön ei sinänsä ole tehty muutoksia, on kotihoitoa koskevilla kriteereillä kuitenkin tosiasiallisesti kavennettu palvelujen saantia ja palvelujen määrää. Tämä näkyi konkreettisesti kotihoitoa kuvaavista tilastoista²³¹.

Marraskuun lopussa 1999 koko maassa säännöllisen kotihoidon²³² piirissä oli yhteensä 59 826 asiakasta. Näistä 75 vuotta täyttäneiden asiakkaiden osuus oli 68,7 prosenttia. Vastaavana ajankohtana vuonna 2009 säännöllisen kotihoidon piirissä oli koko maassa yhteensä 65 385 asiakasta,

²³¹ *Kotihoidon laskenta 30.11.1999 (2000); Kotihoidon laskenta 30.11.2001 (2002); Kotihoidon laskenta 30.11.2003 (2004); Kotihoidon laskenta 30.11.2005 (2006); Kotihoidon laskenta 30.11.2008 (2009); Kotihoidon laskenta 30.11.2009 (2010).*

²³² *Kotipalvelujen ja kotihoidon asiakkaat.*

joista 75 vuotta täyttäneitä oli 74,5 prosenttia. Säännöllisen kotihoidon piirissä olevien asiakkaiden kokonaismäärä on kasvanut 9,3 prosentilla, mutta 75 vuotta täyttäneiden määrä on kasvanut 14,2 prosentilla. Säännöllisen kotihoidon laskentatietojen mukaan 75 vuotta täyttäneiden osuus kaikista kotihoidon piirissä hoidettavista onkin vuodesta 2005 lähtien lisääntynyt vuosittain.

Tarkastuskunnissa säännöllisen kotihoidon piirissä hoidettavien asiakkaiden kokonaismäärä kasvoi 71,5 prosenttia vuosina 1999–2009. Lisäyksestä 75 vuotta täyttäneiden osuus oli runsas kaksi viidesosaa (41,3 prosenttia). Säännöllisen kotihoidon piirissä hoidettavien 75 vuotta täyttäneiden asiakkaiden osuudet vaihtelivat kuitenkin tarkastuskunnissa melkoisesti. Marraskuussa 2009 heidän osuutensa vaihteli 58 prosentista 81 prosenttiin.

Tarkastuskunnissa ikääntyneiden asiakkaiden osuus on kehittynyt eri tavoin. Esimerkiksi yhdessä tarkastuskunnassa 75 vuotta täyttäneiden osuus säännöllisen kotihoidon asiakkaista on kasvanut koko 2000-luvun lukuun ottamatta vuotta 2009. Yhdessä tarkastuskunnassa puolestaan ikääntyneiden osuus säännöllisen kotihoidon asiakkaista on vuoden 2003 jälkeen lisääntynyt jatkuvasti, kun taas kolmessa kunnassa ikäihmisten osuus on kasvanut vasta parin kolmen viime vuoden aikana. Kahdessa tarkastuskunnassa ikääntyneiden osuus säännöllisen kotihoidon asiakkaista on sen sijaan kehittynyt hyvin epätasaisesti koko 2000-luvun. Osuus on joka toinen vuosi joko supistunut tai lisääntynyt.

Haastattelut vahvistivat tilastoista muodostunutta kuvaa. Valtaosa säännöllinen kotihoidon asiakkaista on yli 75-vuotiaita ja etenkin 80 vuotta täyttäneitä²³³. Vain kahdessa tarkastuskunnassa kotihoito antoi palveluja myös lapsiperheille. Muissa kunnissa lapsiperheiden tarvitsemat kodinhoitoapupalvelut oli siirretty sosiaalihuollon vastuulle, mutta kotihoito vastasi sairaalle lapselle annettavasta kotisairaanhoidosta.

Haastateltavat kertoivat, että viime vuosina kotihoidon asiakkaiksi oli tullut yhä enemmän myös nuorempia päihde- ja mielenterveysasiakkaita ja nuorempia monisairaita. He myös totesivat asiakkaiden muuttuneen huonokuntoisemmiksi ja raskashoitaisemmiksi viimeisen 30 vuoden aikana. Yksi haastateltava kuvasi asiakkaiden olevan "todella autettavia", jotka eivät pysty tekemään itse mitään. Haastateltavat näkivät niin ikään, että asiakkaiden hoitoisuus kasvaa vastaisuudessa, koska heitä pyritään hoitamaan kotonaan mahdollisimman pitkään. He kertoivat kotona hoitamisen toteuttamisen näkyvän jo muun muassa saattohoitopotilaiden ja fyysisesti vammautuneiden pitkäaikaissairaiden osuuden kasvuna.

²³³ *Kotihoidon laskenta 30.11.2008 (2009).*

Raskashoitoisten asiakkaiden lisääntyminen näkyi myös siten, että toistuvasti hoitoa tarvitsevien määrä on 2000-luvulla kasvanut. Marraskuussa 2001 ikääntyneistä 47 prosenttia tarvitsi toistuvasti hoitoa; vastaava osuus kahdeksan vuotta myöhemmin oli 52 prosenttia. Samaan aikaan kuitenkin myös täysin tai lähes omatoimisten 75 vuotta täyttäneiden asiakkaiden osuus lisääntyi vuoteen 2008 asti²³⁴. Haastattelujen perusteella tulos on selitettävissä osin sillä, että osa 75 vuotta täyttäneistä asiakkaista on hyväkuntoisia mutta tarvitsee säännöllistä kotihoitoa ainoastaan lääkehuoltonsa takia. Esimerkiksi yhdessä tarkastuskunnassa kotihoidon asiakkaista satunnaisesti apua tarvitsevia oli noin kaksi viidesosaa²³⁵.

Täysin tai lähes omatoimisten kasvu voi olla samaten yhteydessä siihen, että osassa tarkastuskunnista kotihoidon resurssitilanne oli hyvä, jolloin kotihoito pystyy vastaamaan ikääntyneiden pieniin avuntarpeisiin ja tukemaan näin heidän omatoimista suoriutumistaan. Kyse saattaa kuitenkin olla myös siitä, että palveluja myönnettäessä on otettu huomioon asiakkaiden voimavarat. Asiakas saattaa olla hyväkuntoinen, mutta hänellä ei ole voimavaroja (omaisia tai rahaa) hankkia palveluja muualta tai palveluja ei yksinkertaisesti ole saatavissa kuin julkisen sektorin tuottamana. Tällöin tosiasiallisen yhdenvertaisuuden edistäminen selittäisi osin täysin tai lähes omatoimisten asiakkaiden osuuden kasvua.

Asiakkaiden voimavarojen huomioon ottamisella voidaan myös selittää vuonna 2009 tapahtunutta täysin tai lähes omatoimisten asiakkaiden osuuden vähenemistä. Lisäksi täysin tai lähes täysin omatoimisten asiakkaiden osuuden supistumisessa voi olla kysymys siitä, että kotihoidon myöntämiskäytäntöjä on kiristetty.

3.5.2 Omaishoidon tuki ja kotihoidon tukipalvelut

Huolimatta siitä, että kotihoidon yhtenä asiakasryhmänä mainittiin omaishoidon tuella hoidettavat, osoittivat säännöllistä kotihoitoa koskevat tilastot, että koko maassa säännöllistä kotihoitoa saaneista 75 vuotta täyttäneistä asiakkaista vain noin kahdeksan prosenttia sai samanaikaisesti omaishoidon tukea vuonna 2008. Tarkastuskunnissa vastaava osuus oli 15,7 prosenttia. Tarkastuskuntien väliset erot olivat kuitenkin suuret. Säännöllistä kotihoitoa ja omaishoidon tukea samanaikaisesti saavien osuudet vaihtelivat 2,8 prosentista 11,5 prosenttiin.²³⁶ Haastateltavien mukaan kysymys ei välttämättä ole siitä, etteivät ikääntyneet saa kotihoitoa,

²³⁴ *Kotihoidon laskenta 30.11.2008 (2009);(2010).*

²³⁵ *Tarkastuskunnasta saatu tieto.*

²³⁶ *Säännöllisen kotihoidon laskenta, erillisajot, THL.*

vaan kyse on ennemminkin siitä, etteivät omaishoitajat halua ottaa tarjottua apua vastaan. Haastateltavien mukaan, jos omaishoidon tuella hoidettava asiakas saa samanaikaisesti tietyn määrän kuukaudessa kotihoidon palveluja, pienentää tämä omaishoitajalle maksettavan hoitopalkkion määrää. Jos omaishoitajan hoitopalkkio pienenee ja samanaikaisesti perhe joutuu maksamaan säännöllisen kotihoidon asiakasmaksuja, ei tämä haastateltavien käsityksen mukaan välttämättä motivoi omaishoitajaa hakemaan kotihoitoa oman jaksamisensa tueksi. Tämä viittaisi siihen, ettei omaishoidon tuki ja kotihoito välttämättä muodosta saumattomasti toimivaa kokonaisuutta.

Vuonna 2008 koko maassa 75 vuotta täyttäneistä säännöllisen kotihoidon asiakkaista 66,2 prosenttia sai samanaikaisesti myös tukipalveluita. Heistä vajaa yksi neljäsosa (24,2 prosenttia) sai samanaikaisesti kahta tukipalvelua, 15,9 prosenttia sai samanaikaisesti kolmea tukipalvelua ja ainoastaan yhtä tukipalvelua sai 14,1 prosenttia asiakkaista. Yleisimmät tukipalvelut olivat ateria-, turva- ja hygieniapalvelut.²³⁷

Tarkastuskunnissa vuonna 2008 säännöllistä kotihoitoa ja tukipalveluita samanaikaisesti sai 67,3 prosenttia 75 vuotta täyttäneistä asiakkaista. Osuuksissa oli kuitenkin suuria tarkastuskuntakohtaisia eroja. 75 vuotta täyttäneiden osuudet kaikista säännöllisen kotihoidon asiakkaista vaihtelivat 33 prosentista yli 85 prosenttiin.

Säännöllistä kotihoitoa koskevat tilastot osoittivat niin ikään, että tarkastuskunnat erosivat toisistaan sen suhteen, millaisia kombinaatioita tukipalveluista muodostui. Kolmessa tarkastuskunnassa yleisin tukipalvelukombinaatio muodostui ateria-, turva- ja hygieniapalveluista. Kolmessa kunnassa puolestaan tukipalvelukombinaation muodostivat ateria-, turva- ja siivouspalvelut. Lopuissa kolmessa kunnassa tukipalvelukombinaatio koostui joko ateria-, turva- ja kuljetuspalveluista tai ateria-, kuljetus- ja hygienia-palveluista.

Tarkastushavaintojen mukaan kuntien kotihoidon tilastointikäytännöissä oli suuria eroja. Kun tarkastuskunnilta pyydettiin tietoja siitä, kuinka moni säännöllisen kotihoidon piirissä olevista 75 vuotta täyttäneistä asiakkaista oli saanut 2000-luvulla yksinomaan kotihoidon tukipalveluja, saatiin tämä tieto vain kolmesta tarkastuskunnasta. Muissa kunnissa kyllä tilastoitiin erikseen tukipalveluasiakkaat, mutta nämä asiakkaat saivat samanaikaisesti myös säännöllistä kotihoitoa.²³⁸ Myöskään kotihoidon laskennan asiakaskohtaisista tiedoista ei ole eriteltävissä, kuinka moni säännöllistä kotihoitoa saavista asiakkaista saa säännöllisesti vain tukipalvelua.

²³⁷ *Säännöllisen kotihoidon laskenta, erillisajot, THL.*

²³⁸ *Tarkastuskunnista pyydetty kotihoidon asiakkaita koskevat tilastotiedot.*

Tilastotiedot kolmen tarkastuskunnan tukipalveluasiakkaista osoittivat tukipalveluasiakkaiden osuuden kaikista kotihoidon asiakkaista vaihtelevan melkoisesti. Esimerkiksi yhdessä kunnassa tukipalveluasiakkaiden osuus kotihoitoa saaneista pysytteli vuosina 2005–2008 koko ajan noin 20 prosentissa. Toisessa kunnassa osuus sen sijaan säilyi vastaavana tarkasteluajanjaksona hieman yli 30 prosentissa.

3.5.3 Kokoavat havainnot ja päätelmät

Tarkastushavainnot osoittivat, että enemmistössä tarkastuskunnista kotihoito määriteltiin sosiaali- ja terveyspalveluksi ja varsinkin ikäihmisten palveluksi. Tämä on ymmärrettävää, koska valtaosa säännöllisen kotihoidon asiakkaista on 75 vuotta täyttäneitä. Huomionarvoista on kuitenkin se, että sosiaalihuolto- ja kansanterveyslain nojalla kaikenikäiset ovat oikeutettuja saamaan kotipalveluja ja kotisairaanhoidoa säännöllisesti, mutta tarkastushavaintojen mukaan alle 75-vuotiaiden säännöllistä kotihoitoa saavien asiakkaiden kokonaismäärä on 2000-luvun alkuvuosikymmenellä supistunut.

Tulos on valitun vanhuspolitiikan mutta ei välttämättä esimerkiksi perhepolitiikan linjausten mukainen. Eduskunnassa käsitellään parhaillaan lastensuojelulain muutosesitystä, jonka odotetaan lisäävän erityisesti lapsiperheiden kotipalvelujen käyttöä²³⁹.

Tarkastushavainnot henkilöstön osaamistarpeista viittaisivat puolestaan siihen, että vastaisuudessa kotihoidolla pyritään ratkaisemaan myös päihde- ja mielenterveyspotilaiden laitospaikkojen supistamista.

Tarkastushavaintojen mukaan kotihoito kykenee nykyisin tarjoamaan palveluja kaikille avuntarvitsijoille mutta tarjottu apu ei ole välttämättä riittävää. Kysymys on lähinnä siitä, ettei henkilöstöä ole tarpeeksi. Samaan aikaan kuitenkin sosiaali- ja terveyshuollon eri toimintasektoreilla laaditaan suunnitelmia²⁴⁰ ja säädetään uusia velvoitteita, joiden toteuttaminen edellyttää kunnilta kotipalvelujen tarjonnan lisäämistä.

²³⁹ HE 137/2010.

²⁴⁰ Ks. esim. *Sosiaali- ja terveysministeriö (2009b)*.

4 Tarkastusviraston kannanotot

Tarkastuksessa selvitettiin kotihoidon nykytilaa. Tavoitteena oli selvittää sitä, toimivatko hoito- ja palvelusuunnitelma ja kuntoutumista edistävän työotteen soveltaminen käytännön asiakastyössä siten, että ne edistävät asiakkaan kotona hoitamista mahdollisimman pitkään. Tarkastuksen pääkysymys oli, ovatko keinot kotihoidolle asetettujen tavoitteiden saavuttamiseksi toimivia. Tarkastuksen pääkysymys jakaantui edelleen neljään osakysymyksen, jotka käsittelivät resursseja, myöntämiskäytäntöjä, kotihoidon käytäntöjä ja edellä mainittujen tekijöiden seurauksia.

Tarkastuksen päätulos oli, että tarkastellut käytännöt eivät toimi nykyisessä muodossaan. Tällä hetkellä resurssit – määrärahat ja henkilöstön määrä – ja palveluiden myöntämiskäytännöt eivät ole linjassa kotihoidolle asetettujen tavoitteiden kanssa. Tämän seurauksena keinot – hoito- ja palvelusuunnitelma ja kuntouttava työote – eivät toimi siten, kuin sosiaali- ja terveysministeriö on olettanut. Tarkastusviraston näkemyksen mukaan keinojen toimimattomuus johtuu osaksi siitä, että kotihoidolle on asetettu uusia tavoitteita vanhojen tavoitteiden rinnalle ilman riittävää resursointia. Riittävän resursoinnin sijasta kunnat näyttävät valinneen kotihoidon järjestämisen periaatteeksi Hyvinvointivaltion rajat -hankkeessa kehitetyn eettisen periaatteen, joka Sosiaalihuollon uudistamistyöryhmän mukaan tulisi konkretisoida uuteen sosiaalihuoltolakiin.

Tarkastusviraston käsityksen mukaan ehdotus on hyvä, koska näin yhdenvertaisuutta kuvaavasta periaatteesta tulisi yleinen kaikkien kuntien kotihoitoa ohjaava periaate. Samalla lainsäädäntö tavallaan virallistaisi jo kunnissa omaksutun käytännön, jonka mukaan kotihoito turvaa perushoidon, kohdentaa palvelut ensisijaisesti runsaasti apua tarvitseville ja ottaa palveluja tarjotessaan huomioon asiakkaiden omat voimavarat. Eettisen periaatteen käytännön soveltamiseen liittyy kuitenkin erinäisiä ongelmia, jotka tulisi ottaa huomioon, jos periaate konkretisoidaan osaksi sosiaalihuollon lainsäädäntöä. Tarkastus nosti esiin myös asioita, jotka tulisi ottaa huomioon uutta vanhuspalvelulakia valmisteltaessa.

Kotihoito pystyy ehkäisemään laitokseen siirtämistä vuosilla, mutta sen vaatimista kokonaiskustannuksista ei ole tietoa

Kotihoidolla on kyetty ehkäisemään joidenkin yksittäisten asiakkaiden laitokseen siirtämistä vähintään kahdeksalla vuodella, mutta keskimäärin kotihoidon piirissä pysytään runsaat kaksi vuotta. Kotihoidon asiakkuuden kesto liittyy kuitenkin ennen kaikkea siihen, millaisessa kunnossa asiakas

on tullessaan kotihoidon asiakkaaksi, ja vasta toissijaisesti siihen, miten kotihoito pystyy vastaamaan asiakkaiden toimintakyvyn heikentymiseen ja hoitoisuuden kasvuun.

Kotihoidossa asiakaskäynnit ovatkin kasvaneet voimakkaasti. Tämä on selitettävissä sillä, että asiakaskunta tarvitsee runsaammin apua, mutta myös sillä, että heikkokuntoisempien asiakkaiden kotona hoitaminen vaatii turvallisuuden takaamista eli runsaammin seurantakäyntejä. Sosiaali- ja terveystieteissä ei ole kuitenkaan otettu virallista kantaa ns. käyntikattoon. Toisin sanoen missä menee se raja, jolloin kotona hoitaminen ei ole enää inhimillistä eikä laitoshoidoa kustannusvaikuttavampi vaihtoehto.

Asumista, ympäristöä ja palveluita koskevat poliittiset linjaukset ovat vanhustenhuollon linjausten näkökulmasta hieman ristiriitaisia. Nykyisessä hallitusohjelmassa korostetaan ehyiden yhdyskuntarakenteiden muodostamista, kansalaisten toimintaedellytysten parantamista ja kasvihuonepäästöjen vähentämistä. Kotona hoitaminen merkitsee käytännössä kuitenkin sitä, että heikkokuntoiset ja yksin asuvat vanhuksat eriytyvät muusta yhteiskunnasta omiin koteihinsa. Palveluja viedään vanhuksille kotiin (esim. ateriapalvelut) tai vanhuksia kuljetaan edestakaisin kodin ja palveluiden välillä (esim. päivätoimintaan ja saunaan). Lisäksi lähipalvelujen lakkauttaminen tai siirtäminen kauemmas kunnan keskukseen merkitsee sitä, että arkielämässä omatoimista selviytymistä tukevien palvelujen turvaamiseksi on kehitettävä kokonaan uudenlaisia palveluja (esim. liikkuvat palvelut) jo olemassa olevien rinnalle. Näyttää kuitenkin siltä, ettei poliittisella tasolla ole kuitenkaan pohdittu tarkemmin sitä, miten kotihoidon käytännön toteuttaminen edistää ekologisesti, sosiaalisesti ja taloudellisesti kestävästä kehityksestä. Tarkastusviraston näkemyksen mukaan sosiaali- ja terveystieteiden tulisi muiden hallinnonalojen kanssa yhdessä pohtia palvelurakenteen ympäristöllisiä vaikutuksia.

Lisäksi kotona hoitaminen mahdollisimman pitkään ei onnistuisi ilman tukipalveluita, omaishoidon tukea ja muita sosiaalipalveluja. Tarkastushavainnot viittaavat siihen, ettei sosiaali- ja terveystieteillä eikä kunnilla kuitenkaan ole kunnollista kokonaiskäsitystä kotihoidon kustannuksista. Tarkastusviraston näkemyksen mukaan ilman näitä perustietoja keskustelussa kotihoidon kustannusvaikuttavuudesta ja sen kehittämisestä ei päästä eteenpäin. Lisäksi vanhustenhuollossa tulisi kotihoitokeskeisen tai omassa kodissa hoitamisen kehittämisen ohella vauhdittaa perhehoidon ohella myös joko kokonaan uusia tai jo kunnissa käytössä olleita tai olevia avoimuksellisia hoidon, hoivan ja asumisen yhdistäviä palveluja.

Kotihoito on uusi palvelu eikä kotipalvelun ja kotisairaanhoidon yhdistelmä

Vaikka kotihoito mielletään kahden palvelukokonaisuuden yhdistelmäksi, käytännössä se on kuitenkin kokonaan uusi palvelu. Tämä johtuu siitä, että kunnat päättävät itse, mitä kotipalveluja ja kotisairaanhoidon toimintoja ne yhdistävät keskenään. Kotihoito tarkoittaa siten kunnissa eri asioita, jolloin yhdenvertaisuus palveluiden saatavuudessa ei toteudu.

Kotihoitoa palveluna ei löydy nykyisestä kansanterveys- eikä sosiaali- huoltolaista, eivätkä kaikki Suomen kunnat ole yhdistäneet kotipalveluja ja kotisairaanhoidon kotihoidoksi. Tästä huolimatta säännöllisestä kotihoidosta kerätään vuosittain valtakunnallista tietoa, hallitusohjelmassa painopisteeksi on asetettu kotihoidon kehittäminen, säännölliselle kotihoidolle on asetettu kattavuustavoite sekä sosiaali- ja terveysministeriö ohjaa kuntia muokkaamaan kotihoitoaan pitkäaikaishoitoa ja -hoivaa antavaksi palvelumuodoksi. Jotta kuntien palveluvalikoima ja kotihoidon sisältö olisivat yhdenmukaisia ja kotihoitoa koskevat tilastot sekä kattavuutta koskevat arviot valtakunnallisesti vertailukelpoisia, edellyttää tämä, että sosiaali- ja terveysministeriössä ja kunnissa vallitsee yhteinen käsitys kotihoidon sisällöstä. Tarkastusvirasto katsookin, että sosiaali- ja terveysministeriön tulisi määrittää täsmällisesti, mitä kotihoidolla tarkoitetaan.

Vähimmäistason palvelut eivät välttämättä edistä ikääntyneiden elämänlaatua ja yhteiskunnalliseen elämään osallistumista

Sosiaali- ja terveyspalveluja ohjaavassa lainsäädännössä ei ole määritelty tarkemmin, mitä riittävä sosiaali- ja terveyspalveluilla tarkoitetaan tai millainen on riittävä palvelutaso. Tämä on johtanut siihen, että kuntien on jossain määrin mahdollista säädellä palvelujen tasoa ja niiden sisältöä. Kotihoidossa palvelutasoksi näyttääkin määrittyneen vähimmäistaso eli perushoito. Sen sijaan sellaiset palvelut, jotka tukevat itsenäistä selviytymistä ja edistävät elämänlaatua ja yhteiskunnalliseen elämään osallistumista, on siirretty pois kotihoidosta. Kotihoidon käytännön toiminta ei siten kaikilta osin enää vastaa kotipalveluille asetettuja tavoitteita eikä myöskään sosiaalihuoltoasetuksen mukaisia kotipalveluja. Tarkastusviraston näkemyksen mukaan sosiaalilainsäädäntöä uudistettaessa pitäisi pohtia tarkemmin kotihoidon tavoitteiden ja kotihoidon palvelujen välistä suhdetta. Laitostasaisen pitkäaikaishoidon ja -hoivan siirtäminen kotona tuotetuksi pitkäaikaishoidoksi ja -hoivaksi merkitsee muutakin kuin vain hoitopaikan fyysistä vaihtoa.

Määrärahoja arvioidessaan kunnat eivät ota riittävästi huomioon kotihoidolle asetettuja tavoitteita ja potentiaalisia säännöllisen kotihoidon tarvitsijoita

Kotihoidon määrärahat ovat kasvaneet, mutta suhteessa kotihoidolle asetettuihin tavoitteisiin ne ovat aivan riittämättömät. Määrärahojen riittämättömyyteen, toisin sanoen henkilöstön vähyyteen, on jouduttu vastaamaan heikentämällä palvelujen laatua. Esimerkiksi palvelutarjontaa on supistettu, palvelujen saantikriteerejä on kiristetty, asiakaskäyntien kestoja on lyhennetty ja sairaanhoitajien tehtäviä on siirretty lähihoitajille.

Kotihoidon määrärahojen arviointi osoitti hyvin sen, miten kunnissa määrärahoja jaettaessa kiinnitetään huomiota vain tiettyyn tehtävälueeseen tai palveluun. Kotihoito on kuitenkin palvelu, jonka toiminta linkittyy moniin muihin sosiaali- ja terveystalouteen. Näissä palveluissa tapahtuvat muutokset vaikuttavat kotihoidon toimintaan. Kunnat eivät myöskään määrärahoja arvioidessaan hyödynnä monipuolisesti käytävissä olevia kuntansa tilastotietoja. Tältä osin vuoden 2001 laatusuosituksen ohjeistus ei siten toimi.

Ennaltaehkäisyn näkökulmasta pulmallista on se, että määräraha-arviot pohjautuvat suuressa määrin jo säännöllisen kotihoidon piirissä oleviin asiakkaisiin mutta eivät yksinomaan kotihoidon tukipalveluja saaneisiin asiakkaisiin. Nämä ovat kuitenkin sellaisia asiakkaita, joiden avuntarpeen tiedetään jo alkaneen. Kotihoidon resursseista päätettäessä, hoito- ja palvelusuunnitelmia tehtäessä ja päivitetessä sekä kuntoutumista edistävän työotteen soveltamisessa on tukipalveluasiakkaat jätetty lähes kokonaan huomioon ottamatta. Nämä ovat kuitenkin juuri niitä asiakkaita, joiden osalta kotihoidon tavoitteeksi asetettu ennaltaehkäisy voisi toimia.

Kotihoito on medikalisoitunut

Asiakasmäärän ja etenkin asiakaskäyntien määrän suuresta kasvusta huolimatta kotihoidon vakanssilisäykset ovat olleet hyvin vähäisiä. Kotihoidossa on sen sijaan panostettu voimakkaasti henkilöstön koulutus- ja osaamistason kohottamiseen ja työnkuvien muuttamiseen. Tämä on kuitenkin johtanut siihen, että kotihoidossa terveydenhuollon ammattiryhmien osuus on kasvanut, toiminta on muuttunut toimenpidekeskeisemmäksi ja sosiaalihuollollinen (kodinhuollollinen) asiantuntemus on häviämässä käytännön työstä sekä hävinnyt lähes kokonaan jo palvelutarpeen arvioinnista. Kotihoidon muokkaaminen pitkäaikaishoitoa ja -hoivaa tarjoavaksi palveluksi pitkäaikaishoitoa tarjoavien laitosten sijasta näyttäisi siten henkilöstörakenteen ja henkilöstöltä vaaditun osaamisen osalta kehittyneen sosiaali- ja terveystalouden ohjaamaan suuntaan.

Tarkastusvirasto toteaa, että sosiaali- ja terveysministeriön pitäisi kotihoitoa kehittäessään ja henkilöstömitoitusta pohtiessaan kuitenkin varmistaa, että kotihoidossa on riittävästi myös sosiaalihuollollista osaamista ja palvelutarpeen arvioinnissa sosiaalisiin tarpeisiin osataan kiinnittää tarpeeksi huomiota.

Toimintakykymittarit eivät takaa yhdenvertaista palveluiden saatavuutta

Yhtenä tärkeänä sosiaali- ja terveystieteiden tavoitteena tällä vuosikymmenellä on ollut yhdenvertaisen palvelun saatavuuden turvaaminen. Yhdenvertaisessa palvelun saatavuudessa on keskeistä, että ihmisten palvelujen tarvetta arvioidaan samoilla kriteereillä tai menetelmillä asuinpaikasta riippumatta. Erilaisten toimintakykymittareiden ja toimintakyvyn arviointijärjestelmien hyödyntäminen palvelutarpeen arvioinnissa onkin kunnissa yleistynyt.

Asiakkaiden yhdenvertaisen palvelun saatavuuden näkökulmasta pulmallista on se, että kunnissa palvelutarvetta arvioidaan erilaisilla mittareilla ja niistä saatuja indeksiarvoja käytetään yhtenä kotihoidon myöntämiskriteerinä. Kuitenkin jopa samaa toimintakyvyn arviointijärjestelmää hyödyntävissä kunnissa indeksiarvo, jolla kotihoitoa saa, on erilainen. Tarkastusvirasto katsoo, että sosiaali- ja terveysministeriön tulisi hyödyntää asettamansa TOIMIA-hankkeen tuloksia ja määritellä niiden perustalta yhtenäiset toimintakykymittarit tai toimintakyvyn arviointijärjestelmät, joita käytetään arvioitaessa ikääntyneiden palvelutarvetta. Vaikka palvelutarpeen arviointiin sisältyy aina subjektiivisia elementtejä, edistäisi yhtenäinen toimintakyvyn arviointijärjestelmä ikääntyneiden yhdenvertaisuutta palvelutarpeen arvioinnissa.

Ikääntyneiden voimavarojen huomioon ottaminen edistää tosiasiallista yhdenvertaisuutta

1990-luvun loppupuolelta lähtien ikäpolitiikassa on korostettu lähinnä ikääntyvien eikä niinkään ikääntyneiden voimavaraisuutta. Tällä vuosikymmenellä voimavaranäkökulma on laajentunut myös hoito- ja hoivapalveluiden piirissä oleviin ikääntyneisiin. Voimavarojen huomioon ottaminen mahdollistaa sen, että toimintakyvyltään samantasoisia asiakkaita voidaan kohdella eri tavoin. Kotihoidossa voimavarojen huomioon ottamisesta näyttääkin muodostuneen keino, jolla toteutetaan ihmisten tosiasiallista yhdenvertaisuutta. Toisin sanoen palvelut kohdennetaan niille asiakkaille, joilla on eri näkökulmista katsottuna heikoimmat voimavarat. Voimavarojen huomioon ottamisesta näyttäisi tulleen myös keino, jolla

"paikataan" eli täydennetään kotihoidon tarjoamien palvelujen riittämättömyyttä (esimerkiksi omaishoidon tuki).

Hoito- ja palvelusuunnitelma toimii vain osittain kotihoidon vaikuttavuuden välineenä

Kotihoidossa hoito- ja palvelusuunnitelma ja sen ns. kivijalkana toimiva palvelutarpeen arviointiprosessi ovat juurtuneet hyvin osaksi kotihoidon käytäntöä. Hoito- ja palvelusuunnitelma ohjaa työntekijöiden arjen hoitotyötä. Sen sijaan tavoite siitä, että kotihoitoa ohjaa yksi kirjallinen suunnitelma, ei toimi. Jos asiakas saa kunnan tuottamien kotihoidon palvelujen ohella myös yksityisten palveluntuottajien tuottamia tukipalveluja, ja yksityinen palveluntuottaja tekee asiakkaan kanssa oman palvelu- ja hoitosuunnitelman, ohjaa kotihoidon asiakkaan palveluja kaksi eri suunnitelmaa.

Käsitys siitä, että hoito- ja palvelusuunnitelma toimii kotihoidon vaikuttavuuden arviointivälineenä, toimii lähinnä yksinkertaisissa ja mitattavissa sairaanhoidollisissa toimenpiteissä. Hoito- ja palvelusuunnitelmaan kirjattut tavoitteet ovat yleensä hyvin yleisiä tai samoja kuin kotihoidon tavoitteet. Samoin suunnitelmiin kirjataan harvemmin yksityiskohtaisemmin siitä, miten palvelulla päästään asetettuun tavoitteeseen. Tällöin on vaikeaa arvioida, onko jollakin toimintamuodolla tai palvelulla ollut vaikutusta esimerkiksi asiakkaan elämänlaadun kohentumiseen.

Kuntouttavan työotteen käyttö hyvin vähäistä

Kuntoutumista edistävän työotteen katsotaan olevan osa vanhustyötä tekevän ammatillista osaamista. Työote on mielletty lähinnä uudenaikaiseksi työtavaksi, jolloin sen ei ole katsottu edellyttävän henkilöstöressurssien lisäämistä. Työotteen käyttöä on pikemminkin perusteltu sillä, että pitkässä juoksussa työote vapauttaa välitöntä työaikaa uusien tai enemmän palveluja vaativien asiakkaiden hoitoon ilman suuria henkilöstölisäyksiä. Tosi-asiassa kuntouttavan työotteen soveltamista kotihoidon arjessa näyttäisi ehkäisevän ennen kaikkea henkilöstön riittämättömyys.

Laatusuosituksen mukaan kuntouttavaa työtettä pitäisi noudattaa kaikissa vanhuspalveluissa – riippumatta siitä, kuka palvelun tuottaa. Suositusta annettaessa ei ole kuitenkaan pohdittu sitä, miten kunta valvoo, että esimerkiksi ostopalveluita toteutetaan kuntoutumista edistävällä työotteella. Sosiaali- ja terveysministeriön mukaan vuoden 2010 loppuun mennessä valmistuu Valviran ja aluehallintovirastojen yhteistyönä laatima kotihoidon valvontasuunnitelma. Sen avulla on tarkoitus seurata ja valvoa muun muassa Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksessa asetettujen tavoitteiden toteutumista.

Asiakasmaksulaki tarvitsee uudistamista

Julkisuudessa on kannettu huolta vanhusten palvelutalojen kirjavasta hinnoittelusta, mutta tarkastushavaintojen mukaan sama koskee myös kotihoitoa. Osassa kunnista palvelu sisältyy kuukausimaksuun, osassa ei. Joissakin kunnissa palvelun sisältyminen kuukausimaksuun riippuu siitä, missä asiakas asuu. Lisäksi kuukausimaksun suuruus voi määräytyä joko aika- tai käyntiperusteisesti. Sekavuutta lisää myös se, että kunnissa käsitys säännöllisestä asiakkaasta vaihtelee. Se, määritelläänkö asiakas säännölliseksi vai tilapäiseksi, vaikuttaa kuitenkin siihen, mitä asiakas palveluitaan maksaa. Tarkastusvirasto katsoo, että asiakasmaksulaisissa tulisi täsmentää, mitä jatkuvasti ja säännöllisesti kotipalveluja saavalla asiakkaalla tarkoitetaan. Siinä tulisi myös määritellä kuukausimaksuille yhtenäinen määräytymisperuste. Niin ikään tarkastusvirasto katsoo, että kotihoidon kuukausimaksujen perusteet tulisi selvittää. Nyt ne ovat läpinäkymättömiä ja kohtelevat asiakkaita eriarvoisesti asuinpaikan mukaan.

Lähteet

1. Säädökset

A 912/1992 Asetus sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista.

A 607/1983 Sosiaalihuoltoasetus.

HE 309/1993 vp Hallituksen esitys eduskunnalle perustuslakien perusoikeussäännösten muuttamisesta.

HE 221/2004 Hallituksen esitys eduskunnalle laeiksi sosiaalihuoltolain ja kansanterveyslain väliaikaisesta muuttamisesta.

HE 95/2005 Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi sosiaalihuoltolain muuttamisesta.

HE 138/2009 vp Hallituksen esitys eduskunnalle valtion talousarvioksi vuodelle 2010 (2009). Helsinki.

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

HE 101/2010 vp Hallituksen esitys eduskunnalle laeiksi kotikuntalain ja sosiaalihuoltolain muuttamisesta.

HE 126/2010 vp Hallituksen esitys eduskunnalle valtion talousarvioksi vuodelle 2011 (2010). Helsinki.

HE 137/2010 vp. Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi lastensuojelulain muuttamisesta.

L 116/1956 Huoltoapulaki.

L 66/72 Kansanterveyslaki.

L 710/1982 Sosiaalihuoltolaki.

L 41/1986 Päihdehuoltolaki.

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

L 152/1990 Laki yksityisestä terveydenhuollosta.

L 734/1992 Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista.

L 785/1992 Laki potilaan asemasta ja oikeuksista.

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

L 1535/1992 Tuloverolaki.

L 603/1996 Laki yksityisten sosiaalipalvelujen valvonnasta.

L 731/1999 Suomen perustuslaki.

L 811/2000 Laki sosiaali- ja terveydenhuollon saumattoman palveluketjun ja sosiaaliturvakortin kokeilusta.

L 812/2000 Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista.

L 1428/2004 Laki sosiaalihuoltolain väliaikaisesta muuttamisesta.

L 751/2008 Laki sosiaalihuoltolain muuttamisesta.

L 569/2009 Laki sosiaali- ja terveydenhuollon palvelusetelistä.

L 896/2009 Laki aluehallintovirastoista.

VNp 958/2009 Valtioneuvoston asetus sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain muuttamisesta.

2. Painetut lähteet

Hakala, Raili & Tahvanainen, Sirpa (2009). Lähihoitajat 2020 – sosiaali- ja terveystalouden perustutkintoon johtavan koulutuksen kehittämisstrategian

taustaselvitys. Opetushallitus, Tampereen ammattiopisto ja Oulun seudun ammattiopisto.

Heikkilä, Matti (2005). Julkinen vastuu eräissä sosiaalipalveluissa. Teoksessa Heikkilä, Matti & Kautto, Mikko & Teperi, Juha. Julkinen hyvinvointivastuu sosiaali- ja terveydenhuollossa. Julkaisusarja 5/2005. Valtioneuvoston kanslia, 35–59.

Heinola Reija (toim.) (2007). Asiakaslähtöinen kotihoito. Opas ikääntyneiden kotihoidon laatuun. Stakes. Helsinki.

Heinola, Reija & Luoma, Minna-Liisa (2007). Toimintakyky ja elämänlaatu. Teoksessa Heinola, Reija (toim.). Asiakaslähtöinen kotihoito. Opas ikääntyneiden kotihoidon laatuun. Stakes. Helsinki, 36–47.

Hemming, Mia (2009). Vanhuspolitiikassa periaatteet ovat hyviä, mutta käytäntö ontuu. Yhteiskuntapolitiikka 74 (2009):2, 222–224.

Hoffrén, Mia (2009). Julkisen hyvinvointipalvelun asiakkaan asema. Kulluttajaoikeudellinen selvitys. Julkaisuja 2009:4. Oikeusministeriö.

Hujanen, Timo (2010). Terveystieteiden kukkaronnyöröt ovat koetuksella. Suomen Lääkärilehti 19/2010 vsk. 65, 1 694–1 695.

Ilmakunnas, Seija (2009). Uutta ja vanhaa lääkettä. VATT NYT 1/2009.

Ikääntyneiden sosiaali- ja terveystalvet 2005 (2007). SVT Sosiaaliturva 2007. Stakes. Helsinki.

Kananoja, Aulikki & Niiranen, Vuokko & Jokiranta, Harri (2008). Kunnallinen sosiaalipolitiikka. Osallisuutta ja yhteistä vastuuta. PS-Kustannus. Juva.

Oikeus ja kohtuus. Arvioita ja ehdotuksia yksityisestä ja julkisesta hyvinvointivastuusta (2006). Hyvinvointivaltion rajat -hanke. Stakes. Helsinki.

Päivärinta, Eeva & Haverinen, Riitta (2002). Ikäihmisten hoito- ja palvelusuunnitelma. Opas työntekijöille ja palveluista vastaaville. Oppaita 52. Sosiaali- ja terveysministeriö, Suomen Kuntaliitto ja Stakes. Gummerus Kirjapaino Oy. Stakes.

Rakenteet, avuttomuus ja lainsäädäntö. Sosiaali- ja terveydenhuollon ulkopuoliset tekijät -työryhmä. Raportti III. THL 14/2009. Gummerus Kirjapaino OY. THL.

Rintala, Taina (2003). Vanhuskuvat ja vanhustenhuollon muotoutuminen 1985-luvulta 1990-luvulle. Stakes, Tutkimuksia 132. Gummerus Kirjapaino Oy. Stakes.

Sarvimäki, Pirjo & Siltaniemi, Aki (toim.) (2007). Sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön tehtävärakennesuositus. Julkaisuja 2007:14. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö (1992). Palvelurakennetyöryhmän muistio. Työryhmämuistio 1992:17. Sosiaali- ja terveysministeriö.

Sosiaali- ja terveysministeriö (1996). Vanhuspolitiikkaa vuoteen 2001. Suomen vanhuspoliittisen tavoite- ja strategiatoimikunnan mietintö. Komiteamietintö 1996:1. Sosiaali- ja terveysministeriö.

Sosiaali- ja terveysministeriö (2001a). Ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskeva laatusuositus. Oppaita 2001:4. Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen Kuntaliitto.

Sosiaali- ja terveysministeriö (2001b). Terveys 2015 –kansanterveysohjelma. Julkaisuja 4. Sosiaali- ja terveysministeriö.

Sosiaali- ja terveysministeriö (2003a). Sosiaalialan kehittämishanke. Toimeenpanosuunnitelma. Monisteita 20. Sosiaali- ja terveysministeriö.

Sosiaali- ja terveysministeriö (2003b). Sosiaaliturvan suunta 2003. Julkaisuja 2003:6. Sosiaali- ja terveysministeriö.

Sosiaali- ja terveysministeriö (2006a). Ikäihmisten toimintakyvyn arviointi osana palvelutarpeen arviointia sosiaalihuollossa. Tiedote 7.6.2006. Perhe- ja sosiaaliosasto. Sosiaali- ja terveysministeriö.

Sosiaali- ja terveysministeriö (2006b). Sosiaali- ja terveyspolitiikan strategiat 2015 – kohti sosiaalisesti kestäväää ja taloudellisesti elinvoimaista yhteiskuntaa. Sosiaali- ja terveysministeriö.

Sosiaali- ja terveysministeriö (2009b). Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Mieli 2009 -työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Selvityksiä 2009:3. Sosiaali- ja terveysministeriö.

Sosiaali- ja terveysministeriö (2010a). Sosiaali- ja terveyskertomus 2010. Julkaisuja 2010:1. Sosiaali- ja terveysministeriö.

Tedre, Silva (2006). Asunnon vangit – ulos pääseminen sosiaalisena ongelmana. Helne, Tuula & Laatu, Markku (toim.) Vääräyskirja. Vammala, 161–171.

Tuori, Kaarlo & Kotkas, Toomas (2008). Sosiaalioikeus. WSOYpro. Helsinki.

Tällä lailla sosiaaliturvaa. Sosiaaliturvan saamisedellytyksistä ja -takeista (2006). Hyvinvointivaltion rajat -hanke. Stakes. Helsinki.

Vaarama, Marja (2004). Ikääntyneiden toimintakyky ja hoivapalvelut – nykytila ja vuosi 2015. Teoksessa Ikääntyminen voimavarana. Tulevaisuusselonteon liiteraportti 5. Julkaisusarja 33/2004. Valtioneuvoston kanslia, 132–198.

Vaarama, Marja & Voutilainen, Päivi (2002). Kaksi skenaariota vanhusten hoivapalvelujen kehityksestä ja resurssitarpeista ajalla 1999–2030. Yhteiskuntapolitiikka 67(2002):4, 352–356.

Valta, Maija (2009). Ikääntyneiden toimintakyky ja avuntarve. Suurten ja keskisuurten kaupunkien RAVA-poikkileikkaustutkimus v. 2008. FCG Efeko Oy.

Valtakunnallinen suunnitelma kansanterveystyön järjestämisestä vuosina 1983–1987 (1982). Valtion painatuskeskus. Helsinki.

Valtakunnalliset suunnitelmat sosiaalihuollon ja terveydenhuollon järjestämisestä vuosina 1984–1988 (1983). Helsinki.

Valtakunnalliset suunnitelmat sosiaalihuollon ja terveydenhuollon järjestämisestä vuosina 1986–1990 (1985). Helsinki.

Valtakunnalliset suunnitelmat sosiaalihuollon ja terveydenhuollon järjestämisestä vuosina 1987–1991 (1986). Valtion painatuskeskus. Helsinki.

Valtakunnallinen suunnitelma sosiaalihuollon ja terveydenhuollon järjestämisestä vuosina 1993–1996 (1992). Valtion painatuskeskus. Helsinki.

Valtiontalouden tarkastusvirasto (2009). Tulostavoitteet 2009 ja tarkastussuunnitelma 2009–2011. Edita Prima Oy. Helsinki.

Voutilainen, Päivi (toim.) (2007). Laatu laatusuosituksella? Ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskevan laatusuosituksen seuranta ja arviointi. Raportteja 2. Stakes. Helsinki.

Voutilainen, Päivi & Kauppinen, Sari & Heinola, Reija & Finne-Soveri, Harriet & Sinervo, Timo & Kattainen, Eija & Topo, Päivi & Andersson, Sirpa (2007). Katsaus ikääntyneiden kotihoidon kehitykseen. Teoksessa Heikkilä, Matti & Lahti, Tuukka. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus. Stakes: Helsinki, 154–187.

Yleiskirje n:o A8/1978. Vanhustenhuolto ja sen kehittäminen. Sosiaalhallitus. Helsinki.

3. Tilastot

Kotihoidon laskenta 30.11.1999 (2000). Tiedonantajapalaute 2/2000. Stakes.

Kotihoidon laskenta 30.11.2001 (2002). Tiedonantajapalaute 7/2002. Stakes.

Kotihoidon laskenta 30.11.2003 (2004). Tilastotiedote 13/2004. Stakes.

Kotihoidon laskenta 30.11.2005 (2006). Tilastotiedote 12/2006. Stakes.

Kotihoidon laskenta 30.11.2007 (2008). Tilastotiedote 22/2008. Stakes.

Kotihoidon laskenta 30.11.2008 (2009). SVT Sosiaaliturva 2009. Tilastoraportti 16/2010. THL.

Kotihoidon laskenta 30.11.2009 (2010). SVT Sosiaaliturva 2010. Tilastoraportti 8/2009. THL.

Kuntien sosiaali- ja terveystalouden henkilöstö 2008 (2009). Tilastoraportti 23/2009. THL. www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2009/Tr23_09.pdf

Sosiaalimenot ja rahoitus 2008 (2010). SVT, Sosiaaliturva 2010. Tilastoraportti 2/2010. THL. www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2010/Tr02_10.pdf

Sosiaali- ja terveydenhuollon tilastollinen vuosikirja 2009 (2009). SVT Sosiaaliturva 2009. THL. www.stakes.fi/tilastot/tilastiedotteet/2009/julkaisut/sosteri2009.pdf

Säännöllistä kotihoitoa koskevat erillisajot hoitoilmoitusrekisteristä tammikuussa 2010. THL.

Tilasto- ja indikaattoripankki SOTKANet 2005–2010. www.sotkanet.fi

Vanhuspalvelun raportit 2004–2008. 2008. Raportin liitteet 2008. www.kuusikkokunnat.fi

Yksityiset sosiaalipalvelut 2008 (2009). Tilastoraportti 10/2009. SVT. Sosiaaliturva 2009. THL. www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2009/Tr10_09.pdf

4. Internet-lähteet

Eduskunnan oikeusasiamiehen kertomus vuodelta 2009 (2010). K 14/2010 vp
www.oikeusasiamies.fi/dman/Document.phx?documentId=os15910110620110&cmd=download

HILMO. Sosiaalihuollon ja terveydenhuollon hoitoilmoitus 2010. Määritellyt ja ohjeistus (2009). THL. www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/hilmo-7HILMOohje.pdf

Kokko, Simo & Heinämäki, Liisa & Tynkkynen, Liina-Kaisa & Haverinen, Riitta & Kaskisaari, Marja & Muuri, Anu & Pekurinen, Markku & Tammelin, Mia (2009). Kunta- ja palvelurakennemuutoksen toteutuminen. Kuntakysely sosiaali- ja terveystalujen järjestämisestä ja tuottamisesta. Raportti 36/2009. THL. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/eaf43d23-6dd0-4e42-b4f6-5b8243c3386e>

Kuluttajaviraston hintavertailuja. Yksityiset vanhusten palvelutalot (kesäkuu 2009). Kuluttajavirasto. www.kuluttajavirasto.fi/hintavertailut/palvelut/palvelutalot

Kuusikko-työryhmä. www.kuusikkokunnat.fi/

Pääministeri Matti Vanhasen II hallituksen ohjelma. 19.4.2007.
www.valtioneuvosto.fi/hallitus

Sarvimäki, Pirjo & Siltaniemi, Aki (toim.) (2007) Sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön tehtävärakennesuositus. Julkaisuja 2007:14. Sosiaali- ja terveysministeriö. [www.stm.fi/julkaisut<julkaisuja-sarja<2007](http://www.stm.fi/julkaisut/julkaisuja-sarja<2007)

Sosiaali- ja terveysministeriö (2004). Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma 2004–2007. Julkaisuja 2003:20. Sosiaali- ja terveysministeriö. [www.stm.fi/julkaisut<julkaisuja-sarja<2003](http://www.stm.fi/julkaisut/julkaisuja-sarja<2003)

Sosiaali- ja terveysministeriö (2007). Hyvinvointi 2015 -ohjelma. Sosiaalialan pitkän aikavälin tavoitteita. Julkaisuja 2007:3. Sosiaali- ja terveysministeriö. [www.stm.fi/julkaisut<julkaisuja-sarja<2007](http://www.stm.fi/julkaisut/julkaisuja-sarja<2007)

Sosiaali- ja terveysministeriö (2008a). Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma. KASTE 2008–2011. Julkaisuja 2008:6. Sosiaali- ja terveysministeriö. [www.stm.fi/julkaisut<julkaisuja-sarja<2008](http://www.stm.fi/julkaisut/julkaisuja-sarja<2008)

Sosiaali- ja terveysministeriö (2008b). Ikääntyneiden palveluiden uudet konseptit. Selvityksiä 2008:47. Sosiaali- ja terveysministeriö. [www.stm.fi/julkaisut<selvityksiä-sarja<2008](http://www.stm.fi/julkaisut/selvityksiä-sarja<2008)

Sosiaali- ja terveysministeriö (2008c). Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. Julkaisuja 2008:3. Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen Kuntaliitto. [www.stm.fi/julkaisut<julkaisu-sarja<2008](http://www.stm.fi/julkaisut/julkaisu-sarja<2008)

Sosiaali- ja terveysministeriö (2009a). Neuvonta- ja palveluverkosto. Ikääntyneiden hyvinvoinnin ja terveyden edistäjänä. Ikineuvo-työryhmän muistio. Selvityksiä 2009:24. Sosiaali- ja terveysministeriö. [www.stm.fi/julkaisut<selvityksiä-sarja<2009](http://www.stm.fi/julkaisut/selvityksiä-sarja<2009)

Sosiaali- ja terveysministeriö (2010b). Sosiaalihuollon lainsäädännön uudistaminen. Sosiaalihuollon lainsäädännön uudistamistyöryhmän väliraportti. Selvityksiä 2010:19. Sosiaali- ja terveysministeriö. [www.stm.fi/julkaisut<selvityksiä-sarja<2010](http://www.stm.fi/julkaisut/selvityksiä-sarja<2010)

STM070:00/2009. Ikääntyneiden ympärivuorokautisen hoivan/hoidon uudistaminen. www.hare.vn.fi/

Toimialaluokitus TOL 2002 www.tilastokeskus.fi/meta/luokitukset/toimiala/001–2009/8730.html

TOIMIA – toimintakyvyn mittaamisen ja arvioinnin kansallinen asiantuntijaverkosto. www.toimia.fi/

Vaarama, Marja (toim.) (2009). Ikääntyminen riskinä ja mahdollisuutena. Poliittisen kestävyuden alaryhmän raportti. Raportteja 3/2009. Valtioneuvoston kanslia. www.vnk.fi/julkaisut/raporttisarja/2009

Valtioneuvoston kanslia (2004). Ikääntyminen voimavarana. Tulevaisuusselonteon liiteraportti 5. Julkaisusarja 33/2004. Valtioneuvoston kanslia. www.vnk.fi/julkaisut/julkaisusarja/2004

Valtioneuvoston kanslia (2009a). Ikääntymisraportti. Kokonaisarvio ikääntymisen vaikutuksista ja varautumisen riittävydestä. Julkaisusarja 1/2009. Valtioneuvoston kanslia. www.vnk.fi/julkaisut/julkaisusarja/2009

Valtiovarainministeriö (2007). Talouspolitiikan strategia 2007. Julkaisuja 6/2007. Valtiovarainministeriö. www.vm.fi/julkaisut_ja_asiakirjat/julkaisut/taloudelliset_katsaukset

Valtiovarainministeriö (2008). Peruspalveluohjelma 2009–2012. Julkaisuja 15/2008. Valtiovarainministeriö. www.vm.fi/julkaisut_ja_asiakirjat/julkaisut/kunnat

Valtiovarainministeriö (2010). Valtion tilinpäätöskertomus 2009. Osat I ja II. Julkaisuja 24a/2010. Valtiovarainministeriö. K11/2010 vp. www.eduskunta.fi

Voutilainen, Päivi & Vaarama, Marja (2005). Toimintakykykymittareiden käyttö ikääntyneiden palvelutarpeen arvioinnissa. Raportteja 7/2005. Stakes. www.stakes.fi/verkkojulkaisut/raportit/Ra7-2005.pdf

[www.kunnat.net.fi/sosiaali- ja terveys/asiakasmaksut](http://www.kunnat.net.fi/sosiaali-ja_terveys/asiakasmaksut)

www.perhehoitoliitto.fi/perhehoito/vanhukset.html

www.vn.fi/valikysymykset.

Yksityinen palvelutuotanto sosiaali- ja terveydenhuollossa. SVT, Sosiaaliturva. Helsinki: THL www.thl.fi/yksityinenpalvelutuotanto [Tiedot poimittu 5.5.2010].

5. Muut asiakirjat

Sosiaali- ja terveysministeriö (2010c). Palautelausunto VTV:n kannanotoihin 400797 v. 3. 16.11.2010.

6. Tarkastuskuntia koskevat painetut tarkastusaineistot

Apuu kotiin. Helsingin kotihoidon palvelupaletti. Helsingin kaupunki/Terveyskeskus 10/2009.

Helsingin kaupungin asiakastytyväisyyskyselyt vuosilta 2006–2008.

Helsingin kaupungin strategiaohjelma terveyskeskuksissa 2010–2012.

Helsingin kaupunki. Talousarvioehdotus vuodeksi 2010. Taloussuunnitelma vuosiksi 2010–2012. Terveyslautakunta 26.5.2009.

Helsingin kaupunki/Terveyskeskus/Kotihoito-osasto. Kotihoidon säännölliset ja tilapäiset asiakkaat suunnitelman mukaan.

Helsingin vanhuspalveluohjelma vuosille 2006–2009 (23.1.2006).

Kiteen kaupunki. Palvelustrategia 2007–2010 (KV 26.6.2006 § 37).

Kerosuo, Hannele & Haavisto, Vaula & Heikkinen, Marjo (2009). Helsingin kaupungin kotihoitokokeilun loppuarviointi 30.3.2009.

Kiuruveden kaupunki. Vanhusten ja vammaisten kotihoidon toimintaperiaatteet, kriteerit ja sisältö. 10.9.2007.

Kiuruveden kaupungin 65 + -ohjelma (2009).

Kotihoidon kriteerit. Tampere.

Kotihoidon RAI-tulokset, syksy 2009.

Miettinen, Heikki & Utriainen, Johanna (2008). Helsingin terveyskeskuksen säännöllisen kotihoidon asiakaskysely vuonna 2008. FCG Efeko Oy.

Mitä tarttis tehdä, jotta kotonaan vois asua. Omaishoidon ja kotihoidon asiakastytyväisyys Tampereella 2008. Tampereen kaupunki (2008).

Oulu. Kotona asumista tukevat palvelut. Kehittämiskohteita asiakastytyväisyysskyselyn, henkilöstökyselyn ja kunta10-kyselyn pohjalta. Syksy 2009.

Oulun kaupungin palveluohjausmalli.

Perusturvayhtymä Karviaisen talousarvio vuodelle 2010 (pöytäkirja 3.11.09).

Sipoon kunnan kotihoidon asiakkuuden kriteerit (18.11.2009).

Sipoon vanhuspoliittinen ohjelma vuoteen 2012.

Tampereen kaupungin kaupunkistrategia vuoteen 2016 (päivitetty 2005).

Tampereen kaupungin talousarvio 2008.

Tampereen kaupungin talousarvio vuonna 2009 ja Taloussuunnitelma vuosiksi 2009–2011.

Vanhustenhuollon strategian ja toimintaohjelman tarkistus vuoteen 2007 (2003). Oulun kaupunki / Sosiaali- ja terveyslautakunta. A-liite KV 19.5.2003 § 41.

Vireä ikääntyminen. Kirkkonummen ikäihmisten palvelujen strategia ja kehittämissuunnitelma vuoteen 2012. KV 29.9.2005 § 122.

www.mantasala.fi/ikaihmiset/vanushuolto.pdf

7. Tarkastusvaiheen haastattelut

Helsinki 17.11.2009, 25.11.2009, 7.12.2009 ja 14.12.2009.

Karkkila 8.12.2009.

Kirkkonummi 10.12.2009.

Kitee 12.1.2010.

Kiuruvesi 1.12.2009.

Mäntsälä 30.11.2009.

Oulu 26.11.2009 ja 27.11.2009.

Sipoo 15.12.2009.

Tampere 16.12.2009.

Haastattelujen vastaukset saatu kirjallisesti

Oulu 21.1.2010.

Tuloksellisuustarkastukset vuodesta 2005 lähtien

- 92/2005 EU:n jäsenvaltioiden tarkastusvirastojen rinnakkaistarkastus rakennerahastojen jäljitysketjusta mukaan lukien 5 %:n tarkastusvelvollisuus
- 93/2005 Kihlakunnanvirastojen ja poliisin erillisyyksiköiden toimitilahankeet
- 94/2005 Nuorisotoiminnan tukeminen
- 95/2005 Senaatti-kiinteistöjen kiinteistöhoitopalvelujen hankinnat – *puitesopimus*
- 96/2005 Asiantuntijapalveluiden käyttö puolustushallinnossa
- 97/2005 Työvoimakoulutuksen työllisyysvaikutukset
- 98/2005 Verosaatavien perinnän tehokkuus
- 99/2005 Korruption vastaisten mekanismien soveltaminen käytännön kehitysyhteistyössä
- 100/2005 Hirvikannan säätelyjärjestelmä
- 101/2005 Yksityisten sosiaalipalvelujen valvonta
- 102/2005 Valtion asuntorahaston ulkoinen varainhankinta vuosina 1998–2003
- 103/2005 Ammatillisen koulutuksen kannustusraha
- 104/2005 Asuntomarkkinatiedon tuottaminen ja hyödyntäminen – *kuntien asuntomarkkinaselvitykset asumisen tarjontatukien suuntaamisessa*
- 105/2005 Puolustusministeriön hallinnonalan tuloksellisuusraportointi eduskunnalle
- 106/2005 Keksintötoiminnan edistämiseen myönnettyjen valtionavustusten käyttö
- 107/2005 Ympäristöministeriön hallinnonalan tuloksellisuusraportointi eduskunnalle
- 108/2005 Terveystieteellisen tutkimuksen erityisvaltionosuus
- 109/2005 Työvoimatoimistojen tehtävät työttömyysetuuksien hallinnoinnissa ja valvonnassa
- 110/2005 Ulosoton tietojärjestelmähanke
- 111/2005 Suomen ja Venäjän välinen velkakonversio
- 112/2005 Työllistämistukien työllisyysvaikutukset
- 113/2005 Maatalouden ympäristötuen erityistuet
- 114/2005 Maanmittauslaitoksen maanmittaustoimitukset
- 115/2005 Kuntien harkinnanvaraisten rahoitusavustusten myöntäminen ja käyttö

- 116/2005 Työhyvinvointi valtionhallinnossa
- 117/2006 Raha-automaattivastukset kansansairauksien ennalta-
ehkäisyyn
- 118/2006 Valtion televisio- ja radiorahasto
- 119/2006 Puolustusvoimien ennakkomaksut puolustusmateriaali-
hankinnoissa
- 120/2006 Sähköisten asiointipalvelujen kehittäminen julkishallinnossa
- 121/2006 Yritystukien vaikutusten pysyvyys
- 122/2006 EU-säädösehdotusten kansallinen käsittely
– *erityisesti taloudellisten vaikutusten arvioinnin
kannalta*
- 123/2006 Kuntien yhdistymisavustukset
- 124/2006 Ammatilliset erikoisoppilaitokset ja niiden käyttökustannusten
valtionosuusjärjestelmä
- 125/2006 Käräjäoikeuksien tulosohtaus ja johtaminen
- 126/2006 Teiden kunnossapito tielaitosuudistuksen jälkeen
- 127/2006 Verotuksen yhdenmukaisuuden edistäminen verohallinnossa
- 128/2006 Valtion osakkuusyhtiöt ja valtio vähemmistöomistajana
- 129/2006 Viranomaisten valvottavilta perimät valvontamaksut
- 130/2006 Sisäasiainministeriön hallinnonalan tuloksellisuusraportointi
eduskunnalle
- 131/2006 Työministeriön hallinnonalan tuloksellisuusraportointi
eduskunnalle
- 132/2006 Suomen Kansallisteatterin peruskorjaus
- 133/2006 Kanatalouden tuotannonrajoitustoimet
- 134/2006 Maakunnan liittojen rooli
– *maakunnan kehittämisrahan sitomattoman osan käyttö*
- 135/2006 Ympäristöministeriön harkinnanvaraiset valtionavustukset
Vapaa Vuotos -liikkeelle
- 136/2006 Kouluterveydenhuollon laatusuositus
– *suosituksen ohjausvaikutukset kuntien toimintaan*
- 137/2006 Budjettituki Tansanialle
- 138/2006 EU:n tarkastusvirastojen rinnakkaistarkastus rakennerahasto-
jen epäsäännönmukaisuuksien ilmoittamismenettelystä
- 139/2006 Turvapaikkamenettely
– *turvapaikkaprosessin, turvapaikanhakijoiden vastaanoton ja
pakolaisten kotouttamisen toiminnallinen kokonaisuus*
- 140/2007 Natura 2000 -verkoston valmistelu
- 141/2007 Verotuet
– *tilivelvollisuuden toteutuminen*

- 142/2007 Paikallisen yhteistyön määrärahan tarkastus
- 143/2007 Virkamatkustaminen
– *ohjausjärjestelmät ja taloudellisuus*
- 144/2007 Jääluokat ja väylämaksut
- 145/2007 Poliisi-, tulli- ja rajavartiolaitosviranomaisten yhteistoiminta (PTR-yhteistyö)
– *erityisesti vakavan rikollisuuden torjunnassa*
- 146/2007 Nuorten syrjäytymisen ehkäisy
- 147/2007 Hankerahoitus ohjauksena
- 148/2007 Liikenne- ja viestintäministeriön hallinnonalan tuloksellisuusraportointi eduskunnalle
- 149/2007 Ulkoasiainministeriön hallinnonalan tuloksellisuusraportointi eduskunnalle
- 150/2007 Tulohajautuksen tila
– *Valtiontalouden tarkastusviraston tarkastushavaintojen 2002–2006 perusteella*
- 151/2007 Finanssialan asiantuntijapalveluhankinnat
- 152/2007 Aluekeskusohjelman toteutus vuosina 2004–2006
- 153/2007 Sotu-kokeilun vaikutukset
- 154/2007 Valtio etsintä- ja kaivostoiminnan edistäjänä
- 155/2007 Kalatalouden kehittäminen
- 156/2007 Kuluttajahallinnon toimivuus
- 157/2008 T&k-arviointitoiminta
- 158/2008 Alueellisten tietoyhteiskuntahankkeiden toteutus
- 159/2008 Rataväylien kunnossapito
- 160/2008 Terveystieteiden edistämisen määrärahalta toteutettavat hankkeet
- 161/2008 Tunnistuspalveluiden kehittäminen ja käyttö julkisessa hallinnossa
- 162/2008 Metsähallitus
– *liikelaitoskonsernina ja ympäristöministeriön ohjaamana luonnonsuojelijana*
- 163/2008 Väärinkäytökset valtionhallinnossa
- 164/2008 Huoltovarmuuskeskus
- 165/2008 Valtion teknillisen tutkimuskeskuksen (VTT) aineettoman omaisuuden (Intellectual Property Rights IPR) kaupallinen hyödyntäminen
- 166/2008 EU:n tarkastusvirastojen rinnakkaistarkastus rakennerahasto-ohjelmien tuloksellisuudesta työllisyyden alueella
- 167/2008 Hoitotakuu
- 168/2008 Valtion kassanhallinta

- 169/2008 Hallinto-oikeudet
- 170/2008 Kehitysyhteistyön läpileikkaavat tavoitteet
- 171/2008 Koulutuksen määrällinen ennakointi, mitoitus ja kohdentaminen
– erityiskohteena nuorten ammatillinen peruskoulutus
- 172/2008 Alueellisten kehittämisohjelmien vaikutukset
- 173/2008 Maa- ja metsätalousministeriön hallinnonalan ohjausjärjestelmä
- 174/2008 Julkisen työnvälityksen asema ja painopisteet
- 175/2008 Maatalouden ravinnepäästöjen vähentäminen
- 176/2008 Valot päällä Pohjolassa
Pohjoismainen sähköhuollon valmiusyhteistyö
- 177/2008 Työterveyshuolto ja alkoholihaittojen ehkäisy
- 178/2008 Poliisin tietohallintokeskuksen alueellistaminen
- 179/2008 Valtion velanhallinta
- 180/2009 Asiantuntija- ja tutkimuspalvelujen hankinta ulkoasiainministeriössä
- 181/2009 Sosiaali- ja terveydenhuollon laskennallisen valtionosuusjärjestelmän läpinäkyvyys
- 182/2009 Vesiväylien kunnossapito
- 183/2009 Alueelliset ympäristökeskukset tavoite 2 -ohjelman toteuttajina
- 184/2009 Valtion talousarvion ulkopuolisten rahastojen ohjaus ja hallinto
- 185/2009 Ajoneuvohallintokeskuksen PALKO-hanke
- 186/2009 Taloushallinnon muutokset ministeriöissä, virastoissa ja laitoksissa
- 187/2009 Sisäasiainhallinnon palvelukeskus
- 188/2009 Ammattikorkeakoulutuksen työelämälähtöisyyden kehittäminen
- 189/2009 Yritysten liiketoiminnan sähköistämisen edistäminen
- 190/2009 Maa- ja metsätalousministeriön hallinnonalan harkinnanvaraiset tukijärjestelmät
- 191/2009 Puoluetuki
- 192/2009 Perusopetuksen ohjaus- ja rahoitusjärjestelmä
- 193/2009 Lääkinnällinen kuntoutus
- 194/2009 Mielenterveyspalveluja ohjaavan lainsäädännön toimivuus
- 195/2009 Autoerotus
- 196/2009 Sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalan ohjausjärjestelmä
- 197/2009 Oikeusministeriön hallinnonalan ohjausjärjestelmä
- 198/2009 Merenkululaitoksen eräiden toimintojen liikelaitostaminen
- 199/2009 Maatalouden kannattavuuden laskenta
- 200/2009 Päästökauppa – Kioton joustomekanismit

- 201/2009 Kainuun hallintokokeilun tila
- 202/2010 Työturvallisuus valtion työpaikoilla
- 203/2010 Täydentävyys kehitysyhteistyössä
- 204/2010 Valtion määräysvallassa olevien yhtiöiden ja valtion liikelaitosten antama vaali- ja puoluerahoitus 2006–2009 ja omistajaohjaus
- 205/2010 Valtion lainananto asuntotuotantoon
- 206/2010 Yliopistojen inhimillisten voimavarojen hallinta
- 207/2010 Tuottavuusohjelman valmistelu ja johtaminen
- 208/2010 Valtio tonttitarjonnan lisääjänä ja yhdyskuntarakenteen eheyttäjänä
- 209/2010 Teollisen yhteistyön rahasto Oy:n (Finnfund) toiminta
- 210/2010 Säätiöiden valtiontuki ja valvonta
- 211/2010 Väylähankkeiden toteuttamisen perustelut
- 212/2010 Poliitiikkaohjelmat ohjausvälineenä – esimerkkinä Terveyden edistämisen ohjelma
- 213/2010 Uusiutuvien energiamuotojen edistäminen
- 214/2010 Vanhuspalvelut – Säännöllinen kotihoito



VALTIONTALOUDEN TARKASTUSVIRASTO

Antinkatu 1, PL 1119, 00101 Helsinki

Puh. 09 4321, faksi 09 432 5820, www.vtv.fi

ISBN 978-952-499-153-7 (nid.)