



**LAUREA**  
AMMATTIKORKEAKOULU  
*Yhdessä enemmän*

# Vanhusten kotihoidon ja laitoshoidon kustannusten vertailua Kirkkonummen kunnallisissa palveluissa

Sinikallio, Helena

2015 Otaniemi

Laurea-ammattikorkeakoulu  
Otaniemi

Vanhusten kotihoidon ja laitoshoidon  
kustannusten vertailua Kirkkonummen  
kunnallisissa palveluissa

Helena Sinikallio  
Sosiaalialan koulutusohjelma  
Opinnäytetyö  
Toukokuu, 2015

Sinikallio Helena

**Vanhusten kotihoidon ja laitoshoidon kustannusten vertailua Kirkkonummen kunnallisissa palveluissa**

Vuosi	2015	Sivumäärä	56
-------	------	-----------	----

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää kunnallisen kotihoidon ja laitoshoidon kustannuksia ja niiden eroja Kirkkonummen kunnassa. Tavoitteena oli tarkentaa kustannuseriä, joista kokonaiskustannukset syntyivät. Lisäksi tutkimuksella toivottiin selvitetävän sitä, voitaisiinko pelkästään kotihoidon kustannusten kautta määrittää selkeä ja yksiselitteinen kulminaatiopiste, jossa laitoshoidon kustannukset olisivat edullisempaa kuin kotihoito. Opinnäytetyön kustannusselvityksen yhteydessä ei huomioitu hoidon tai hoivan laatua ja inhimillisiä tekijöitä.

Opinnäytetyön kirjallisuudessa perehdyttiin yleisesti suomalaiseen vanhuspolitiikkaan sekä sitä ohjaavaan lainsäädäntöön ja suosituksiin. Työssä kuvattiin sitä, kuinka vanhuspolitiikkaa hoidetaan valtakunnan tasolla ja mitkä ovat kuntien vastuut ja velvollisuudet. Kirjallisuudessa esiteltiin hieman vertailutietoa muiden Euroopan maiden vanhustenhuollosta. Kirkkonummen vanhusstrategiaan perehdyttiin myös. Teoreettiset lähtökohdat rakentuivat kotihoidon ja laitoshoidon ja näiden kustannusrakenteiden ympärille sekä siihen olettamukseen, että kotihoito on kunnille edullisin vanhustenhoitomuoto. Opinnäytetyön tutkimusote oli kvantitatiivinen ja tutkimusaineisto saatiin lähinnä Kirkkonummen kunnan tilinpäätöksestä ja tuloslaskelmasta sekä kotihoidon toiminnanohjausjärjestelmästä ajalta 1.3.-30.4.2015. Vertailutietoa haettiin kirjallisuudesta ja alan julkaisuista ja selvityksistä.

Kotihoidon toiminnanohjausjärjestelmästä saaduilla tiedoilla laskettiin muun muassa välittömän työajan osuus, joka oli tässä aineistossa 44,6 %. Kotihoidon tuntihinnaksi muodostui 92,46 euroa/tunti ja kotipalvelun 82 euroa/tunti sekä kotisairaanhoidon 102 euroa/tunti. Uusia tunnikohtaisia hintoja voidaan käyttää arvioitaessa tarkemmin kunnalle muodostuvia kustannuksia sekä asiakasmaksuja, tosin päätöksen teon tueksi tarvitaan seuranta pidemmältä ajanjaksolta. Kustannuseriä analysoitaessa huomattiin, että henkilöstökulut ovat suurin kuluerä ja niihin vaikuttamalla voidaan suoraan vaikuttaa kotihoidon kokonaiskustannuksiin. Kotihoidossa eri työvaiheita ja käytäntöjä kehittämällä ja muuttamalla kunta todennäköisesti voisi pienentää kustannuksia. Yksiselitteistä kulminaatiopistettä, jossa voitaisiin määrittää, milloin kotihoito on kalliimpaa kuin laitoshoidon, ei tutkimuksen parametreillä onnistuttu määrittelemään.

Asiasanat: vanhuspolitiikka, vanhuspalvelut, kotihoito, laitoshoidon, kustannuslaskenta

Sinikallio Helena

**A comparison of costs in elderly home care and institutional care  
in Kirkkonummi municipal services**

Year	2015	Pages	56
------	------	-------	----

The main purpose of this thesis was to examine the costs and differences of municipal home care and institutional care in the municipality of Kirkkonummi. The objective was to determine the cost items which formed the total costs of these communal services. The thesis also wanted to find out if there is a culmination point for a municipality when it is too expensive to take care of elderly people at their own home instead of an institution. During this cost analysis the quality of care or other human factors were not considered.

The theoretical part of this thesis focused on the policy on the elderly in Finland in general, as well as the governing legislation and recommendations. This thesis described how policy on the elderly is managed at the national level and what are the responsibilities and obligations of municipalities. How elderly care is organized in other European countries was also discussed. This study addressed the strategy of elderly care in Kirkkonummi and the main objectives of the strategy were stated. The theoretical basis consisted of concepts of home care and institutional care and their cost structures. The main presumption was that the most cost effective way for the municipality for taking care of elderly people is home care. The thesis was a quantitative study and the study material consisted of data from the municipality of Kirkkonummi. This data consisted of financial statements, income statements and the results from the home care control system from March 1 until April 31 2015. In order to make comparisons, information from literature, publications and studies was used.

According to the data from the study the indirect working hour in home care is 44,6 %. As other results of this study are hourly costs for different services. The new home care cost is 92,46 EUR/hour, home nursing 102 EUR/hour and home services 82 EUR/hour. In the future these new hourly costs can be utilized as background information in order to calculate total costs and they can be also used as a basis for client fees. In order to support decisions based on this kind of data there should be follow-up information over a longer period. The largest expenses are the employee costs. By creating new working methods and increasing the efficiency, these costs can be decreased and the impact is directly seen in total costs. The results of the study were insufficient in order to determine the culmination point where home care is more expensive than institutional care.

Keywords: policy on the elderly, elderly services, home care, institutional care, cost accounting

## Sisällys

1	Johdanto .....	6
2	Vanhuspolitiikka ja vanhusmenot Suomessa .....	7
2.1	Vanhuspalvelu ja opinnäytetyön käsitteet .....	7
2.2	Vanhuspolitiikka .....	9
2.3	Vanhustenhuollon lainsäädäntö Suomessa .....	12
2.3.1	Vanhuspalvelulaki .....	13
2.3.2	Ikäihmisten palvelujen laatusuositus .....	15
2.4	Vanhusten hoidon valvonta ja mielikuvat laadusta .....	16
2.5	Vanhuspolitiikan vertailutietoa muista maista .....	18
2.6	Kirkkonummen kunnan väestö ja vanhuspalvelustrategia .....	20
2.7	Vanhusten kotihoito .....	25
2.7.1	Kotihoidon kustannusrakenne .....	28
2.7.2	Kotihoito tulevaisuudessa .....	29
2.8	Vanhusten laitoshoidon .....	31
2.8.1	Laitoshoidon kustannusrakenne .....	33
2.8.2	Laitoshoidon tulevaisuudessa .....	35
3	Opinnäytetyön toteuttaminen .....	35
3.1	Opinnäytetyön tarkoitus ja tutkimuskysymykset .....	36
3.2	Tutkimusmenetelmä ja aineiston kuvaus .....	37
4	Opinnäytetyön tulokset .....	39
4.1	Vanhusten kotihoito ja kustannukset Kirkkonummella .....	39
4.2	Vanhusten laitoshoidon ja kustannukset Kirkkonummella .....	45
5	Pohdinta .....	47
5.1	Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus .....	47
5.2	Tutkimuksen tulokset .....	48
5.3	Vanhustenhuollon tulevaisuus Suomessa .....	50
	Lähteet .....	52

## 1 Johdanto

Julkisessa keskustelussa korostuu huoli yhä kasvavasta vanhusten määrästä ja heidän hoidostaan. Suomi vanhenee Euroopan maista nopeimmin. Ikääntynyttä väestöä on tällä hetkellä reilu miljoona (63+ väestöä). Vuonna 2040 eläkeläisiä arvellaan olevan jo 1,6 miljoonaa. Suurin osa, lähes miljoona henkilöä, pärjää arjessa itsenäisesti. Palveluja käyttää säännöllisesti noin 140 000. Kotiin annettavia säännöllisiä palveluja saa noin 90 000 henkilöä (säännöllistä kotihoitoa tai omaishoidon tukea); muualla kuin yksityiskodissa hoitoa ja huolenpitoa ympäri-vuorokauden saa reilut 50 000 henkilöä (tehostetussa palveluasumisessa, vanhainkodeissa tai terveyskeskussairaaloiden pitkäaikaishoidossa). (Sosiaali- ja terveysministeriö & Kuntaliitto 2013b, 13-15.)

Suomalainen väestö ikääntyy ja vuonna 2013 65 vuotta täyttäneiden osuus väestöstä oli 19,4 %. Ennusteen mukaan vuonna 2020 tämä osuus on 22,6 % ja vuonna 2030 25,6 % eli noin 1,4 miljoonaa. Suomessa syntyvän tyttölapsen elinajanodote vuonna 2013 oli 83,8 vuotta ja poikalapsen 77,8 vuotta. Elinajanodote on kasvanut koko ajan ja ihmiset elävät pidempään ja ovat toimintakykyisiä kauemmin. Yli 85 vuotta täyttäneiden määrä kasvaa myös huimaa vauhtia vuonna 2013 heitä oli noin 130 000 ja vuonna 2030 ennustetaan olevan jo 227 000. Elämme yhä vanhemmiksi ja yli 60 % meistä on kuollessaan yli 75-vuotias. (Tilastokeskus 2014.) Eliniän piteneminen tuo tullessaan yleensä parantunutta hyvinvointia, entistä enemmän terveitä elinvuosia sekä mahdollisuuden olla entistä pidempään aktiivisena osallisena yhteiskunnassa. Käytännössä tämä tarkoittaa, että ollaan myös eläkkeensaajina yhä pidempään, mistä aiheutuu yhteiskunnalle suuri menoerä. Vanhusväestön sekä absoluuttisen että myös suhteellisen määrän kasvu aiheuttaa huolta koko yhteiskunnalle hoidon ja hoivan järjestämisestä.

Julkisessa keskustelussa pohditaan juuri nyt, kuka hoivaa ikääntyneet, kenet hoidetaan kotona ja kenet laitoksessa ja kuinka tämä hoiva rahoitetaan? Puhutaan vanhusten kotihoidon huonosta ja epätasaisesta laadusta sekä riittämättömyydestä, niin sanotun vanhuspalvelulain kustannuksista, hoitajapulasta ja pitkäaikaishoidon tasosta sekä kuntien talousvajeesta. Myös omaishoito sen tuen suuruus ja ehdot puhututtavat. Hoivan tarve yksinkertaisesti lisääntyy, kun ihmiset elävät aiempaa kauemmin. Kaiken kaikkiaan vanhusten hoivasta on tullut tärkeä sosiaalipolitiikan ja terveydenhuollon kysymys.

Kotihoidosta ja laitoshoidosta keskusteltaessa ajatellaan automaattisesti, että kotihoito on taloudellisesti halvempaa kuin laitoshoido. Näin ei kuitenkaan aina ole. Jos asiakkaiden luona käydään lukuisia kertoja vuorokaudessa tai heidän luonaan kuluu monia tunteja, kotihoidon hinta nousee merkittävästi. Lisäksi onnistunut kotihoito edellyttää usein myös muita kotona asumista tukevia sosiaali- ja terveysmenoja. (Valtion talouden tarkastusvirasto 2010, 8.)

Ikäkeskustelun toinen puoli on palvelua tarvitsevien vanhusten asema sekä kuinka näitä palveluja tuotetaan ja kuinka ne maksetaan. Lisäksi kunnat ovat palvelujen järjestäjinä hyvin erilaisessa tilanteessa. Paikalliset vanhuspalveluratkaisut saattavat siten olla erilaisia. Paikalliselle asiantuntemukselle on suuri tarve, samoin kuin erilaisille ratkaisuille palvelujen optimaaliseksi järjestämiseksi ja löytämiseksi. Hankalinta on järjestää palveluita kunnissa, jotka ovat laajoja pinta-alaltaan ja joissa vanhukset asuvat maaseudulla. Kotihoidossa on koko ajan huonokuntoisempia ja sairaampia vanhuksia kasvattamassa kotihoidon kustannuksia. Voi kysyä ollaanko kohta jo siinä pisteessä, että kotihoito on joissakin tapauksissa epäinhimillisempää vanhuksen kannalta ja myös kalliimpaa yhteiskunnan kannalta. Opinnäytetyössä selvitetään, käydäänkö tätä keskustelua ensinnä oikeilla termeillä ja toisaalta pohjautuuko se oikeisiin todellisiin kustannuksiin. Esimerkkiaineistona tässä opinnäytetyössä käytetään Kirkkonummen kunnan kotihoidon ja laitoshoidon kustannuksia.

## 2 Vanhuspolitiikka ja vanhusmenot Suomessa

### 2.1 Vanhuspalvelu ja opinnäytetyön käsitteet

Vanhustenhoidon tai vanhuspalvelut eivät ole käsitteinä täysin yksiselitteisiä. Joissakin yhteyksissä voidaan ymmärtää, että nämä määrittävät vanhojen ihmisten palveluiksi vain osan heidän käyttämistään sosiaali- ja terveyspalveluista. Vanhuspalveluihin hallinnollisessa jaossa kuuluu esim. vanhainkoti, palvelutalo, kotipalvelu ja kotisairaanhoito. Sen sijaan vanhusten käyttämät sosiaali- ja terveyspalvelut voivat jäädä joissakin yhteyksissä käsitteen ulkopuolelle kuten sosiaalitoimisto, hammaslääkäri, terveyskeskuspalvelut ja erikoissairaanhoito. Näiden käyttö on kuitenkin paljon yleisempää ja tärkeämpää vanhusten hyvinvoinnin kannalta kuin niin kutsuttuihin vanhuspalveluihin luokitellut palvelut. (Lehto & Natunen 2002, 12.)

Tässä opinnäytetyössä käytetään käsitettä vanhuspalvelut, kun puhutaan juuri vanhuksille tuotetuista palveluista. Kun taas halutaan käyttää laajempaa ilmaisua, joka sisältää sosiaali- ja terveyspalvelut, käytetään käsitettä ikääntyneiden sosiaali- ja terveyspalvelut.

Osa tässä opinnäytetyössä käytetyistä käsitteistä on sellaisia, että niille ei löytynyt kirjallisuudesta täysin yksiselitteisiä määritelmiä. Apuna käsitteiden määrittelyssä on käytetty Sosiaali- ja terveysministeriön ja Kuntaliiton (2013b) laatusuosituksista ikääntyvien hoidon turvaamiseksi. Alalla käytössä olevilla käsitteillä saattaa myös olla hieman eroja, mutta pikku hiljaa käytössä olevat käsitteet ovat vakiintuneet.

Kotihoitoon sisältyy kotipalvelua (asiakasta autetaan kotona sairauden tai alentuneen toimintakyvyn johdosta erilaisissa arkiaskareissa ja henkilökohtaisissa toiminnoissa) tukipalveluineen (kotipalvelua tukevaa esim. ateriapalvelu, peseytymisapu, siivousapu sekä kuljetuspalvelut) ja kotisairaanhoitoa (näytteiden ottoa, lääkityksen valvomista ja yleensä asiakkaan voinnin

seuraamista sekä pienet lääkärin määräämät toimenpiteet) sisältäen siihen liittyvän kuntoutuksen. Asiakas on säännöllisen kotihoidon asiakas silloin, kun hänellä on voimassa oleva palvelu- ja hoitosuunnitelma asuinpaikasta riippumatta tai hän saa säännöllisesti vähintään kerran viikossa palveluja. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2015b; Sosiaali- ja terveysministeriö & Kuntaliitto 2013b, 62-63.). Tässä opinnäytetyössä kotihoidolla tarkoitetaan lähinnä kunnan vanhuksille kotiin myöntämiä ja tuomia palveluja, joilla voidaan turvata vanhuksen kotona asuminen mahdollisimman pitkään.

Laitoshoidolla tarkoitetaan Sosiaali- ja terveysministeriön määritelmän mukaan ”Kunta voi sosiaalihuoltolain mukaisesti järjestää hoitoa, huolenpitoa tai kuntoutusta tarvitsevan henkilön sosiaalipalvelut laitoshoidona, silloin kun henkilön palveluja ei ole mahdollista tai tarkoituksenmukaista järjestää hänen omassa kodissaan muita sosiaalipalveluita hyväksi käyttäen. Laitoshoidon järjestetään myös terveydenhuollon palveluna”. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2015c; Sosiaalihuoltolaki 1982/710 24§.). Laitoshoidossa erotetaan lyhytaikainen ja pitkäaikainen laitoshoidon tavoitteena on olla kotona selviytymistä tukevaa ja tukea, sitä että omaishoitaja jaksaisi hoitaa omaistaan. Tavoitteena on ehkäistä pysyvää laitoshoidon tarvetta. Tällaiset lyhyet hoitajakset voivat olla säännöllisiä tai ne voivat olla satunnaisia (Sosiaali- ja terveysministeriö 2015c.)

Henkilö on pitkäaikaisessa laitoshoidossa silloin, jos hän ei saa tarvittavaa ympärivuorokautista hoitoa kotona tai palveluasunnossa. Pitkäaikaiseen laitoshoidon kuuluu hoidon lisäksi ravinto, lääkkeet, vaatteet ja puhtautta sekä sosiaalista hyvinvointia edistävät palvelut. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2015c.) Hoito vanhainkodissa on sosiaalitoimen ikääntyneiden laitoshoidon. Terveyskeskusten pitkäaikaisesta laitoshoidosta on terveyskeskusten osastoilla annettu hoito. Pitkäaikaisesta hoidosta puhutaan silloin, kun asiakas on saanut pitkäaikaishoitopäätöksen tai kun asiakas on ollut hoidossa yli 90 vuorokautta. (Sosiaali- ja terveysministeriö & Kuntaliitto 2013b, 66.). Tässä opinnäytetyössä laitoshoidon käsite tarkoittaa opinnäytetyön tutkimusosuudessa kunnan järjestämää kodin ulkopuolista ympärivuorokautista hoitoa ja asumista.

Palveluasuminen sisältää aina sekä asumisen että siihen kiinteästi liittyvät yksilölliset hoiva- ja hoitopalvelut. Asiakas maksaa yleensä vuokrasopimuksen mukaisesta vuokraa ja palveluista hinnaston mukaisesti. Tällaisia palveluja voivat olla esimerkiksi ateriapalvelu, kodinhoitoapu ja hygieniapalvelut. Osassa palvelutaloja asiakkailla on omat huoneistot ja osa voi olla esimerkiksi ryhmäkoteja ja pienkoteja. Tavallisessa palveluasumisessa palvelukokonaisuuteen ei kuulu ympärivuorokautista hoivaa ja valvontaa. Tehostetussa palveluasumisessa henkilökuntaa on paikalla ympärivuorokautisesti. (Sosiaali- ja terveysministeriö & Kuntaliitto 2013b, 67.)

Vanhus käsitettä ei ole määritelty virallisesti. Ei ole olemassa tiettyä ikää tai määritelmää sille millainen henkilö on vanhus. Jos halutaan käyttää virallisia termejä käytettään laissa



(Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 980/2012, 3 §) mainittuja käsitteitä, ikääntynyt väestö ja iäkäs henkilö. Ikääntyneellä väestöllä tarkoitetaan vanhuseläkkeeseen oikeuttavaa väestöä ja henkilö on iäkäs silloin, kun hänen toimintakykynsä on heikentynyt ikääntymisestä johtuen (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 980/2012, 3 §). Tässä opinnäyteyössä käytetään käsitettä vanhus, kun puhutaan yleisesti 65 vuotta täyttäneestä väestöstä. Vanhus käsitteenä ei ole tässä työssä negatiivinen ilmaus, vaan mieluummin päinvastoin.

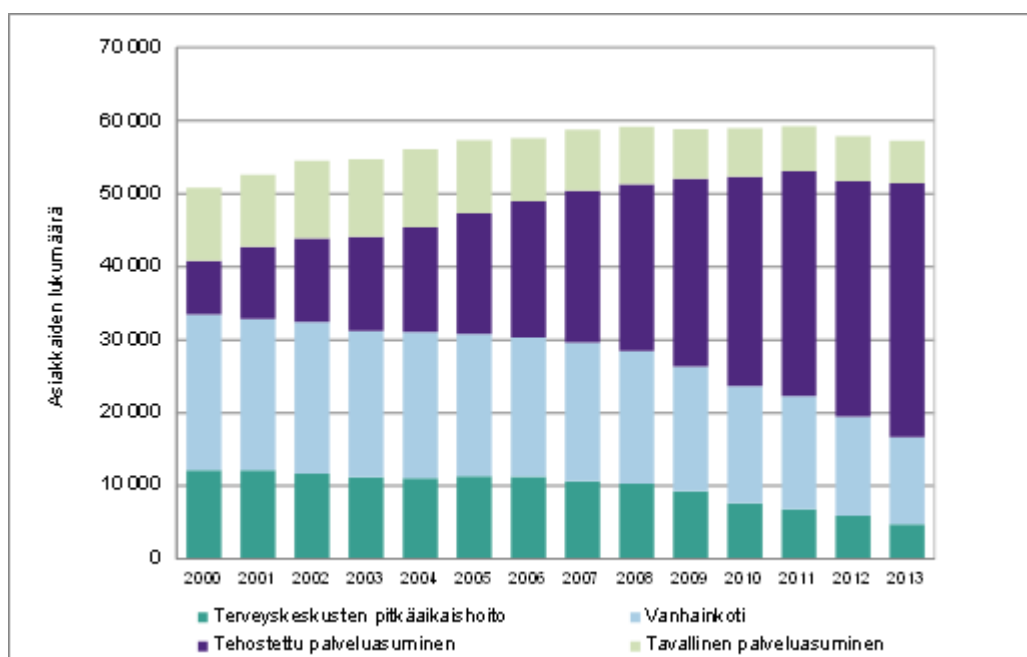
## 2.2 Vanhuspolitiikka

Suomen ikääntyminen tarkoittaa koko väestörakenteen muuttumista, ei pelkästään iäkkäiden määrän voimakasta kasvua. Työikäisten määrä väestöstä vähenee. Väestön ikääntymisen taustalla vaikuttavat suurten ikäluokkien eläköityminen sekä syntyvyyden ja kuolevuuden aleneminen (Sosiaali- ja terveysministeriö & Kuntaliitto 2013b, 13). Huoli väestön ikääntymisestä voidaan myös esittää väestöllisellä huoltosuhteella (ilmoittaa kuinka monta alle 15-vuotiasta ja 65 vuotta täyttänyttä on sataa työikäistä kohden). Väestöllisen huoltosuhteen arvellaan vuonna 2020 olevan 62,8. Tällä hetkellä se on 55,8. Käytännössä se tarkoittaa sitä, että kahta työikäistä kohti on yksi huollettavan ikäinen. Väestöennusteiden mukaan vuonna 2030 suhde on jo yli 0,7 eli sataa työikäistä kohden huollettavan ikäisiä on yli 70. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2014a, 21; Ruotsalainen 2013.) Tilanteeseen on toivottu apua esimerkiksi työurien pidentämisellä. Pelkkä eläkeiän korottaminen ei sellaisenaan paranna taloudellista huoltosuhdetta ja työllisyyttä, elleivät työelämän ja yhteiskunnan asenteet muutu. Kaiken lisäksi tämä väestönkehitys on maan eri osissa erilaista. Tämä tarkoittaa sitä, että kunnilla on erilaiset lähtökohdat ja tarpeet suunnitella iäkkäiden kuntalaistensa asumiseen, osallisuuteen, terveyden ja toimintakyvyn edistämiseen ja palveluihin liittyviä ratkaisuja. (Ruotsalainen 2013.)

Suomessa ikäihmisille suunnattujen palvelujen toimivuudesta vastaa Sosiaali- ja terveysministeriö. Ministeriö sekä suunnittelee ja ohjaa ikääntymisen liittyvää lainsäädäntöä sekä valvoo sen toteutumista Valviran (Sosiaali- ja terveysalan valvontavirasto) ja aluehallintovirastojen kautta. Suomen kunnat puolestaan järjestävät nämä tarvittavat palvelut iäkkäille kuntalaisilleen. Ikääntymispolitiikkaa ohjataan lainsäädännöllä, laatusuosituksilla sekä erilaisilla ohjelmilla ja hankkeilla. Lisäksi kunnat laativat oman ikääntymispoliittisen strategiansa, jonka kunnan valtuusto hyväksyy ja sen toteutumista seurataan ja arvioidaan säännöllisesti. Suomalaisen ikääntymispolitiikan tavoite on edistää toimintakykyä, itsenäistä elämää ja aktiivista osallistumista yhteiskuntaan. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2014b.) Käytännössä suomalainen vanhuspolitiikka näkyy niin, että entistä harvempi suomalainen ikäihminen on laitoshoidossa ja entistä suuremmalle osalle palvelut pyritään tarjoamaan omassa kodissa. Suomen kuntien

välillä on hyvin suuria eroja, kuinka ikäihmisten palveluja on pystytty kehittämään ja kuinka valtion suunnittelema rakennemuutos on edennyt kunnissa.

Voidaan sanoa, että rakennemuutos vanhustenhoidossa käynnistyi 1990 luvulla. Tuolloin havaittiin, että vanhuksia oli totuttu hoitamaan laitoshoidossa ja laitospaikkojen määrä oli kasvanut ja avohoidon kehittäminen oli taka-alalla. Alkaneen palvelurakennemuutospöjektin tavoitteeksi asetettiin laitospaikkojen vähentäminen, avohoidon palvelujen sekä ”väliaikaisten” asumismuotojen kehittäminen. Samanaikaisesti kasvoi uusi palvelumuoto nimeltään tehostettu palveluasuminen. Tällä tarkoitettiin palveluasumista, jossa on jatkuvasti henkilökuntaa paikalla ympäri vuorokauden. Näin vanhainkotihoito ja terveyskeskussairaalahoito korvattiin tehostetulla palveluasumisella. Kriittisimmät esittävät tuolloin arvioita, että loppujen lopuksi mikään ei juuri muuttunut, sillä tehostetun palveluasumisen palvelut näyttivät samalta kuin laitoshoido. (Kokko & Valtonen 2008, 12-23.)



KUVIO 1. Ikääntyneiden laitos- ja asumispalvelujen asiakkaat yhteensä vuosien 2000–2013 lopussa. (Lähde: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Sosiaalihuollon asumis- ja laitospalvelut 2013)

Kuviossa 1 nähdään kuinka tehostetun palveluasumisen kasvu on jatkunut koko 2000-luvun ajan. Kuvio selkeyttää koko ikääntyneiden palvelujärjestelmän rakenteen muutosta eli tehostetun palveluasumisen lisääntynyttä käyttöä ja laitoshoidon vähentämistä. 2013 joulukuun lopussa vanhainkodeissa oli 11 930 asiakasta ja tehostetussa palveluasumisessa 34 800. Vuodesta 2012 vanhainkotiin asiakasmäärä väheni 12,3 % ja tehostetun palveluasumisen määrä nousi vajaat 8 %. (Väyrynen & Kuronen 2014a.)

1970 luvulta vuoteen 1980 laitoshoidossa oli yli 75 vuotta täyttäneistä noin 12-14 %. Sosiaali- ja terveyspalvelujen rakennemuutuksen myötä pitkäaikaishoidon laitospaikkoja ryhdyttiin

vähentämään tehokkaasti ja kymmenen (1995-2005) vuoden aikana noin 4000 laitospaikkaa lakkautettiin. Nämä laitospaikat korvattiin noin 12 000:lla tehostetun asumispalvelun paikalla. Kaikki muutokset eivät olleet aitoja, vaan osassa mahdollisesti muuttui vain palvelumuodon nimi tai rakennetta muutettiin näennäisesti. (Paljärvi 2012, 14.)

Vuosi	Säännöllinen kotihoito 30.11.		Tavallinen palveluasuminen 31.12.		Tehostettu palveluasuminen 31.12.		Vanhainkodit 31.12.		Terveyskeskusten pitkäaikaishoito 31.12.	
	Lkm	%	Lkm	%	Lkm	%	Lkm	%	Lkm	%
1990	..	..	..	..	..	..	22 180	7,8	9 608	3,4
1995	40 177	13,4	..	..	..	..	19 535	6,5	10 312	3,4
2000	..	..	7 900	2,3	5 857	1,7	18 093	5,3	10 360	3,0
2001	41 132	11,8	7 951	2,3	7 791	2,2	17 755	5,1	10 362	3,0
2002	..	..	8 694	2,4	9 127	2,6	17 786	5,0	10 024	2,8
2003	40 585	11,0	8 682	2,4	10 393	2,8	17 212	4,7	9 640	2,6
2004	..	..	8 882	2,3	11 760	3,1	17 246	4,5	9 584	2,5
2005	44 082	11,2	8 521	2,2	13 554	3,4	16 878	4,3	9 871	2,5
2006	..	..	7 407	1,8	15 748	3,9	16 671	4,1	9 766	2,4
2007	46 042	11,2	7 311	1,8	17 472	4,2	16 677	4,0	9 264	2,2
2008	46 303	11,0	6 875	1,6	19 231	4,6	15 923	3,8	8 994	2,1
2009	48 049	11,3	6 037	1,4	21 659	5,1	14 971	3,5	8 074	1,9
2010	51 271	11,8	5 851	1,3	24 434	5,6	14 022	3,2	6 649	1,5
2011	54 166	12,2	5 411	1,2	26 300	5,9	13 482	3,0	5 944	1,3
2012	53 703	11,9	5 474	1,2	27 769	6,1	11 878	2,6	5 109	1,2
2013	55 419	11,9	5 109	1,1	30 075	6,5	10 365	2,2	4 116	0,9

TAULUKKO 1. Ikääntyneiden palvelujen rakenne ja peittävyys vuosina 1990-2013, 75 vuotta täyttäneet asiakkaat, lukumäärä ja % 75 v. täyttäneistä. (Lähde: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Sosiaalihuollon asumis- ja laitospalvelut 2013)

Yllä olevasta taulukosta (Taulukko 1) nähdään 75 vuotta täyttäneiden palvelujen rakenne ja peittävyys. Taulukosta nähdään kuinka vanhainkodissa olevien määrä on puolittunut 90-luvun määristä tähän päivään tultaessa. Säännöllisen kotihoidon asiakkaiden määrä on puolestaan säilynyt samansuuntaisena 2000 luvulla.

Ikäihmisten määrän kasvu ja rakennemuutos vanhusten hoidossa loivat tarvetta määritellä vanhusten oikeuksia ja luoda selkeämpiä puitteita ja ohjeita vanhusten hoidolle. Kesällä 2013 astui voimaan uusi laki ”Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista (980/2012)” eli niin sanottu vanhuspäalvelulaki. Pääasiallisena lain tarkoituksena on tukea ikääntyneen väestön hyvinvointia ja terveyttä. Lisäksi laki lisää mahdollisuuksia vaikuttaa palvelujen kehittämiseen kunnassa. Lain tavoitteena on antaa iäkkäille henkilöille mahdollisimman laadukkaat palvelut ja myös edellytykset vaikuttaa palvelujen sisältöön ja toteuttamiseen. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 980/2012 1§.)

Merkittävin syy tähän vanhustenhuollon rakennemuutokseen on ollut huoli vanhusten hoidon kustannuksien kasvusta ja sen rahoittamisesta. Pitkällä aikavälillä Suomen julkisen talouden ennusteiden mukaan ikäsidonnaisten menojen (eläkkeet, terveydenhoito-, pitkäaikaishoito-, koulutus- ja työttömyysmenojen) kasvu suhteessa bruttokansantuotteeseen arvellaan olevan

5 %. Samanaikaisesti eläkemenojen kasvuksi arvioidaan 2,8 %, terveyden- ja pitkäaikaishoidon 1,9 % (Valtion talouden tarkastusvirasto 2010,13.) Vuonna 2013 Suomen sosiaaliturvan (sosiaali- ja terveystaloudelliset eläkkeet, sairausvakuutus, työttömyysturva, lapsilisät, asumistuki sekä eräät muut menot) menot olivat 63,2 miljardia euroa (reaalikasvua vuodesta 2012 3,8 %), suurin yksittäinen menoerä on eläkkeet 37,4 % (reaalikasvua vuodesta 2012 5,7 %). Ne muodostavat suurimman osan vanhuusmenoista, jotka ovat noin 23,6 miljardia euroa. Sosiaalimenojen suhde bruttokansantuotteeseen vuonna 2013 oli 31,3 %. (Tanhua & Knappe 2015, 1.)

Terveydenhuoltomenot puolestaan vuonna 2013 olivat 18,5 miljardia euroa (reaalikasvua 1,9 %), nämä menot sisältävät akuutin terveydenhuollon menot sekä pitkäaikaishoidon menot. Nämä menot ovat noin 9 % bruttokansantuotteesta. Suurin menoerä tässä ryhmässä oli erikoissairaanhoidon ja yhdessä perusterveydenhuollon kanssa ne muodostivat hieman yli puolet koko ryhmän menoista vuonna 2013. Tähän ryhmään sisällytettävien vanhusten laitoshoidon palvelujen kokonaismenot olivat reilut 4 %. Tässä on huomioitava, että vaikka julkisten palvelutuottajien tuottama laitoshoidon vähenee ja pitkäaikaishoidon menojen osuus pienenee, on kuntien ja kuntayhtymien järjestämien palvelujen osuus vanhustenhuollon kokonaismenoista lähes kaksinkertaistunut. (Matveinen & Knappe 2015, 1-4.)

### 2.3 Vanhustenhuollon lainsäädäntö Suomessa

Suomalaista vanhuspolitiikkaa ohjataan muun muassa lainsäädännöllä, asetuksilla ja suosituksilla ja uusimpia niistä on niin kutsuttu vanhuspalvelulaki 980/2012, joka tuli voimaan heinäkuussa 2013. Muita merkittäviä lakeja ovat ne, joissa säädetään sosiaali- ja terveydenhuollon kunnallisista palveluista, kuten sosiaalihuoltolaki 710/1982, terveydenhuoltolaki 1326/2010, kansanterveyslaki 66/1972 sekä erikoissairaanhoidon laki 1062/1989. Omaishoitoon liittyvistä tuen järjestelyistä säädetään laissa omaishoidon tuesta 937/2005. Näiden lakien perusteella palvelut myönnetään tarpeen mukaan eivätkä näin ollen riipu henkilön iästä. Sosiaalihuoltolaissa taataan 75 vuotta täyttäneille sosiaalipalvelujen tarpeen arviointi seitsemän arkipäivän sisällä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2014e.)

Sosiaali- ja terveystaloudellisiin liittyvät maksut ovat myös merkittäviä asioita paljon näitä käyttäville henkilöille ja niistä säädetään mm. asiakasmaksulaissa 734/1992 sekä asiakasmaksuasetuksessa 912/1992. Yksityisiä palveluntuottajia ohjaa laki yksityisten sosiaalipalvelujen valvonnasta 603/1996. Lisäksi vielä joidenkin vanhusten on hyvä tietää sotainvalidien ja rintamaveteraanien kuntoutuksiin liittyvät lait kuten sotilasvammalaki 404/1948 ja laki rintamaveteraanien kuntoutuksesta 1184/1988. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2014e.)

Laki kansaneläkkeestä 568/2007 samoin kuin laki eläkkeensaajien asumistuesta 571/2007 sekä eläkettä saavan hoitotuesta laissa vammaisetuksista 570/2007 vaikuttavat lukuisten vanhus-ten elämään. Sairasvakuutuslaki 1224/2004 koskettaa myös lukuisia ikäihmisiä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2014e.) Näistä laeista esitellään tässä opinnäytetyössä uutta vanhuspalvelu-lakia tarkemmin.

### 2.3.1 Vanhuspalvelulaki

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalve-luista (980/2012) eli niin sanottu vanhuspalvelulaki tuli voimaan 1.7.2013. Lakia valmisteltiin pitkä aika ja se sai paljon huomiota osakseen. Julkisuudessa pohdittiin sen tarpeellisuutta ja vaatimus tietystä henkilömitoituksesta ympärivuorokautisessa vanhustenhoidossa puhututtaa edelleen, sitä ei tullut lakiin vaan se säilyi edelleen suosituksena. Erityistä lakia on myös pi-detty viitteenä siitä, että maassamme ei huolehdi ikääntyvistä riittävästi. Myös maailman laajuisesti laki vanhusten hoidosta on poikkeus. Lain puoltajat painottivat sitä, että lain avul-la voidaan välttää räikeät epäkohdat vanhustenhoidossa ja toisaalta sen avulla kehitetään uusia toimintatapoja ja palveluja vastamaan nyky-yhteiskunnan tarpeita.

Yleisesti lain tarkoituksena on vahvistaa ikääntyneen väestön hyvinvointia ja oikeuksia sekä parantaa ikäihmisten omia mahdollisuuksia osallistua ja vaikuttaa. Toisaalta laki määrittää entistä tarkemmin myös kuntien velvollisuuksia. Lain hyväksymisen yhteydessä eduskunta piti erittäin tärkeänä, että lain toteutumista ja seurantaä valvotaan. (Sosiaali- ja terveysministe-riö & Kuntaliitto 2013a, 5.)

Lain tarkoituksena on tarkemmin sanottuna ”edistää ikääntyneiden hyvinvointia ja kaventaa hyvinvointieroja, tukea ikääntyneiden osallisuutta ja voimavaroja, edistää ikääntyneiden itse-näistä suoriutumista puuttumalla ajoissa toimintakyvyn heikkenemiseen ja sen riskitekijöihin, turvata ikääntyneiden palvelutarpeen arviointiin pääsy ja määrältään ja laadultaan riittävät palvelut” (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 980/2012, 1 §).

Merkittävimpiä muutoksia heti lain voimaan tulon jälkeen aikaisempaan on se, että kunnilla on entistä aktiivisempi rooli tarjota neuvontaa ja muita hyvinvointia edistäviä palveluja riski-ryhmään kuuluville ikääntyville. Tämän lisäksi palvelujen tulee olla laadukkaita ja asiakkaan tarpeisiin oikea-aikaisia ja riittäviä. Kuntouttaviin ja kotiin annettaviin palveluihin tulee kiin-nittää erityistä huomiota. Laissa on nyt myös selkeä viesti, että tarvittava hoito ja huolenpito tulee ensisijaisesti toteuttaa kotiin järjestettävillä palveluilla. Palvelutarpeen selvitys on myös toteutettava lain vaatimalla tavalla samoin kuin palvelusuunnitelma. Palvelut on pystyt-tävä järjestämään viimeistään kolmen kuukauden kuluttua siitä, kun ne on päätetty myöntää.

Uutta on myös se, että kuntalaisia on tiedotettava ainakin puolen vuoden välein siitä, kuinka paljon aikaa kuluu ennen kuin iäkäs henkilö saa palvelut, joita on hakenut. (Sosiaali- ja terveysministeriö & Kuntaliitto 2013a, 27-28.)

Myöhemmin lain voimaan tulon jälkeen vuoden 2014 alusta kuntia edellytettiin laatimaan suunnitelma, josta käy ilmi kunnan toimenpiteet ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta ja palvelujen riittävydestä ja laadusta sekä näiden kehittämistä. Lisäksi kunnat veloitetaan asettamaan vanhusneuvosto ja turvaamaan sille riittävät toimintaedellytykset sekä vaikuttamismahdollisuudet. Kuntien tulee myös arvioida palvelujen riittävyttä ja laatua säännöllisesti. (Sosiaali- ja terveysministeriö & Kuntaliitto 2013a, 29.)

Vuoden 2015 alussa on toteutettava omavalvontaa kaikissa niissä yksiköissä, joissa tuotetaan sosiaali- tai terveyspalveluja pääasiassa iäkkäille henkilöille. Tulevaisuudessa kunnilla on oltava käytössään sopivasti monipuolista asiantuntemusta ikäihmisten hyvinvointi- ja terveyspalveluiden järjestämisessä. Tarvittaessa iäkkäälle henkilölle on nimettävä vastuutyöntekijä, jos henkilö tarvitsee apua palvelujensa yhteensovittamisessa. (Sosiaali- ja terveysministeriö & Kuntaliitto 2013a, 29.) Laitoshoidon osalta vuoden 2015 alussa tuli voimaan vielä erillinen tarkennus lakiin laitoshoidon perusteista.

Vanhuspalvelulain vaikutusta ennen ja jälkeen sen voimaantulon on seurattu Valviran ja Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen raporteissa Sosiaali- ja terveysministeriön vaatimuksesta. Tarkoituksena on kerätä tutkimustietoa ikääntyneiden sosiaali- ja terveyspalveluista, toimintakyvystä ja koetusta palvelutarpeesta. Tavoitteena on myös seurata vanhuspalvelulain kustannuksia. Vanhuspalvelulain voimaantulon yhteydessä sen kustannusten arvioitiin olevan 151 miljoonaa euroa vuodessa, josta valtionosuus on 82 miljoonaa euroa (Kunnat 2013). Tietoja vanhuspalvelulain toteutuneista kustannuksista valtakunnallisesti ei ole vielä saatavilla, kun tiedot ovat saatavilla, THL julkaisee ne omilla verkkosivuillaan (S. Järvimäki, henkilökohtainen tiedonanto 16.3.2015).

Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen ja Valviran tekemien vanhuspalvelulain seurannan kuntakyselyissä keväällä 2013 ja syksyllä 2014 havaittiin, että myönteistä kehitystä on tapahtunut selvitettyillä osa-alueilla jonkin verran. Suunnitelma ikääntyneen väestön tukemiseksi oli jo lähes 80 %:lla kunnista, tosin sisällöt olivat vielä osittain puutteellisia. Kodinhoitopainotteiset vanhustenhuollon ratkaisut ovat edistyneet kunnissa voimakkaasti ja laitoshoidon purku etenee. Kotiin vietävä palvelun tarjonta on lisääntynyt ja palvelutarpeisiin vastaaminen on kohentunut. Edistystä on myös tapahtunut palvelutarpeen arviointiin pääsyssä, sen sijaan palvelujen saannin takaamisessa ei ole tapahtunut nopeutumista. (Alastalo, Noro, Mäkelä & Finne-Soveri 2014, 4.)

### 2.3.2 Ikäihmisten palvelujen laatusuositus

Vuonna 2001 sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen Kuntaliitto antoivat ensimmäisen kerran iäkkäiden ihmisten palvelujen kehittämistä koskevan laatusuosituksen. Ensimmäisen kerran vuonna 2001 annettu laatusuositus oli uusi ja erilainen tapa ohjata ja vaikuttaa päättäjiin ja yhteiskunnan muihin vaikuttajiin. Ikääntyvä yhteiskunta tarvitsi uuden vaikuttamisen keinon. Tavoitteena oli, että koko yhteiskunta sopeutuisi iäkkäiden tarpeisiin ja kunnat saisivat tukea kehittää ja arvioida omia palvelujaan yhdessä eri toimijoiden ja kuntalaisten kanssa. Vuonna 2008 tämä laatusuositus uusittiin ja siinä otettiin huomioon toimintaympäristön muutokset, saatavilla oleva tutkimustieto ja erityisesti meneillä oleva kunta- ja palvelurakenneuudistus. Laadinnassa olivat jälleen mukana Sosiaali- ja terveysministeriö, Kuntaliitto sekä Stakes (Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus). Tällöin esiteltiin strategia, jonka toivottiin vaikuttavan palveluiden laatuun seuraavilla kolmella osa-alueella, hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen sekä palvelurakenne, henkilöstö ja johtaminen sekä asuin- ja hoitoympäristöt. (Sosiaali- ja terveysministeriö & Kuntaliitto 2013b, 5.) Yleisenä tavoitteena laatusuosituksilla on ollut edistää ikäihmisten hyvinvointia ja terveyttä sekä parantaa palvelujen laatua ja vaikuttavuutta.

Vuonna 2013 laatusuositus uusittiin ja siinä pyrittiin jälleen huomioimaan ohjaus- ja toimintaympäristön muutokset sekä uusin tutkimustieto. Päättökäyttö säilyi samoin kuin edellisissä suosituksissa, mutta erityisesti tämän suosituksen tarkoituksena on tukea ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemista sekä niin kutsutun vanhuspalvelulain toimeenpanoa. Tälle suositukselle toivotaan laajapohjaisempaa käyttäjäkuntaa kunta- ja toiminta-aluepäättäjien lisäksi esimerkiksi sosiaali- ja terveystieteiden tuottajista, alan ammattilaisista sekä kolmannen sektorin toimijoista. Kokonaistavoitteena nähdäänkin mahdollisimman terve ja toimintakykyinen ikääntyminen. Tätä kautta halutaan myös osallistaa ikäihmiset yhteiskunnalliseen elämään ja olla vaikuttamassa sosiaali- ja terveystieteisiin sekä elämänlaatuun. Terve ja toimintakykyinen ikäihminen tarvitsee vähemmän terveys- ja sosiaalipalveluja ja on näin vaikuttamassa kasvaviin ikääntymisen hoitokuluihin. (Sosiaali- ja terveysministeriö & Kuntaliitto 2013b, 9-10.)

Erityisen tärkeänä suosituksessa pidetään sitä, että kunnat varautuvat ikärakenteen muutokseen ja kykenevät tarjoamaan laadukkaat ja oikeat palvelut oikeaan aikaan iäkkäille kuntalaisilleen. Ikäihmisten kotona asumista on tuettava ja siihen on luotava kunnissa mahdollisuuksia, niin että kotiin annettavaa tukea lisätään ja monipuolistetaan. Kotona asuminen mahdollisimman pitkään on myös ikäihmisten oma toive. Tavoitteena on mahdollisimman ikäystävällinen Suomi koko väestölle. (Sosiaali- ja terveysministeriö & Kuntaliitto 2013b.)

## 2.4 Vanhusten hoidon valvonta ja mielikuvat laadusta

Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto Valviran tehtävänä on ohjata ja valvoa oikeusturvan toteutumista ja palvelujen laatua suomalaisessa sosiaali- ja terveydenhuollossa. Vanhustenhuoltoa ohjaavat ja valvovat Valvira ja sen aluehallintovirastot. Aluehallintovirastot toimivat omilla alueillaan. Ne vastaanottavat kanteluja sekä tekevät tarkastuskäyntejä julkisiin ja yksityisiin vanhusten hoidon yksiköihin. Valvonnan ensisijaisena tavoitteena on tuki varmistaa, että vanhusten saama hoito ja hoiva, on lakien ja asetusten sekä suositusten mukaista. Oleellista on myös se, että asiakkaiden oikeusturva toteutuu ja että palvelu on asianmukaista ja laadukasta. Palvelun tulee olla myös tasapuolista ja sen tulee kunnioittaa asiakkaiden itsemääräämisoikeutta. (Valvira 2015a.)

Oma- ja valvontavelvollisuus on ollut jo vuodesta 2012 ikäihmisille suunnatuilla yksityisillä palveluilla ja vuoden 2015 alusta myös julkisten palvelujen tuottajat joutuvat järjestämään oma- ja valvonnan (Valvira 2015a). Vuodelle 2014 on laadittu ”vanhustenhuollon valtakunnallinen valvontaohjelma 2014” ja uusi sosiaali- ja terveydenhuollon valvontaohjelma on julkistettu vuoden 2015 tammikuussa, siinä linjataan sosiaali- ja terveydenhuollon tulevien vuosien suunnitelmallinen valvonta vuosille 2015 - 2018. Vanhustenhoitoa valvotaan vuonna 2015 lähinnä uuden vanhuspalvelulain toteutumisen pohjalta. Lisäksi on sovittu, että vanhustenhuollon riskiarvioinnissa seulottuihin toimintayksiköihin tehdään ennalta ilmoittamattomia tarkastuksia samanaikaisesti koko maassa. Tässä uudessa valtakunnallisessa valvontaohjelmassa keskitytään vuoden 2015 toimenpiteisiin, sillä sosiaali- ja terveysalalla tapahtuvat mahdolliset muutokset ovat yhä epäselviä ja niiden vaikutuksista tuleville vuosille ei olla varmoja. (Valvira 2015b, 5.)

Uuden valvontaohjelman valvontakokonaisuuksia ovat palvelurakenne, palvelujen saatavuus sekä palvelujen sisältö ja laatu. Nämä ovat myös vanhuksille suunnattujen palvelujen valvonnan kohteina. Erityisesti valvotaan palvelun laatua, laissa määriteltujen oikeuksien toteutumista sekä potilas- ja asiakasturvallisuutta. Myös oma- ja valvonnan merkitystä ja roolia vahvistetaan ja siitä on tulossa ensisijainen laadun ja sisällön valvontamenetelmä. Kotiin vietävät palvelut, erityisesti vanhuspalveluissa, ovat palvelujen saatavuuden osalta erityisesti huomion kohteena koko valvontaohjelmakauden ajan samoin kuin niiden riittävyys. Vanhuspalvelujen osalta valvotaan myös määräaikojen toteutumista. (Valvira 2015b, 24-29.)

Valvira ja kuusi aluehallintovirastoa teki vuonna 2010 ensimmäisen valtakunnallisen kyselyn sosiaalihuollon vanhusten ympärivuorokautisen palvelun yksiköille. Kyselyyn vastasi reilut 1200 yksikköä sekä julkiselta että yksityiseltä sektorilta. Kyselyssä selvitettiin henkilökunnan mitoitus, koulutustasoa, lääkehoitoa, ravitsemusta, viriketoimintaa, tiloja ja asiakirjahallintaa. Kyselyn tuloksissa havaittiin lähes kaikissa osa-alueissa puutteita ja varsinkin julkisen



sektorin yksiköt pärjäsivät jokaisella tutkitulla osa-alueella yksityisiä palveluja huonommin. Huolestuttavaa oli, että puutteet eräiden laatusuosituksessa määriteltyjen laatukriteereiden toteutumisessa ovat yleisiä kuten esim. henkilömitoituksessa, 0,5 työntekijää/asiakas alitti 12 % vastaajista. Ravinnon osalta merkittävänä epäkohtana havaittiin se, että ruoan tarjoamisessa oli liian pitkiä ruokavälejä, varsinkin illan viimeisen ja aamun ensimmäisen aterian välillä. (Valvira 2010, 3.) Lähi- ja perushoitajien ammattijärjestö Super on ottanut voimakkaasti kantaa hoitajamitoitukseen ja heidän tavoitteena onkin saada mitoitus lainsäädäntöön mukaan ja tätä kautta olla vaikuttamassa hyvän hoivan ja hoidon laatuun (Super 2014).

Usein julkisuudessa kuullut tarinat ja vanhusten omat kokemukset kertovat myös karua totuutta vanhustenhoidosta. Otsikot julistavat välillä, kuinka vanhuksia makuutetaan vuoteissaan yllääkittyinä, heille annetaan liian ravintoköyhää ruokaa ja vanhukset näkevät nälkää, kun kenelläkään ei ole aikaa syöttää tai kuinka sairaalasta kotiutetaan puolikuntoisia vanhuk- sia yksin koteihinsa. Melko yleinen mielipide on, että vanhuksia ei kuulla ja heidän omia toiveitaan ja tarpeitaan hoidosta ei pystytä toteuttamaan. Hyvä vanhustenhoito on myös eettisesti laadukasta. Eettisesti hyvä hoito on nimenomaan yksilöllistä ihmisarvon ja yksityisyyden säilyttävää huolenpitoa.

Vanhustenhoidon heikko tila on ollut maassamme jo kauan puheenaiheena. Suositukset ovat aina olleet vain suosituksia ja kunnat ja eri toimijat ovat noudattaneet niitä vaihtelevasti, sillä suositusten noudattamatta jättämisestä ei ole seurannut sanktioita. Vuonna 2013 voimaan tullutta vanhuspalvelulakia valmisteltiin pitkään ja sen toivottiin tuovan muutoksia vanhusten hoidon laatuun. Laki on vielä sen verran tuore, että suuria ja mullistavia muutoksia ei ole vielä ollut havaittavissa julkisessa keskustelussa. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen syksyllä 2014 tekemien valvontakyselyjen mukaan muutosta on tapahtunut ja muun muassa vaaditut henkilöstömitoitukset toteutuvat aiempaa paremmin ja kotihoitoa suositaan enemmän, laitoshoidon purkaminen on edistynyt sekä kunnat ovat laatineet suunnitelmia ikääntyneen väestönsä tukemiseksi (Alastalo, Noro, Mäkelä & Finne-Soveri 2014, 1-4). On vaikea saada todellista selvyyttä ja totuutta siihen, kuinka laitoshoidon purkaminen ja kotihoidon lisääntyminen ovat vaikuttaneet vanhusten kokeman kokonaishoidon laatuun, sillä nyt kotihoidon varassa olevilla vanhuksilla ei ole usein vertailukohtaa tai selkää vaihtoehtoa muusta hoitomuodosta ennen kuin heidät huonokuntoisina siirretään joko johonkin ympärivuorokautiseen hoitoyksikköön tai terveyskeskusten vuodeosastolle. Ja tällöin kyseessä on jo täysin eri tilanne.

Jokainen vanhus ansaitsee hyvän ja turvallisen hoidon, hänen tulee saada kokea, että hänestä huolehditaan ja että hänen elämänsä kunnioitetaan loppuun saakka. Hänen tulee saada oikeanaikaista hoitoa oikeaan tarpeeseen. On erityisen tärkeää tulla kuulluksi ja hoidetuksi kokonaisvaltaisesti niin, että ihmisarvoa ja itsemääräämisoikeutta kunnioitetaan. Tällä tarkoitetaan myös sitä, että oireiden ja sairauksien lisäksi on huomioitava kaikki muut vanhuksen ti-

lanteeseen vaikuttavat tekijät kuten esim. asuinympäristö, erilaiset verkostot, muisti, mieliala ja oma tahto, ravinto, harrastukset ja mielenkiinnon kohteet, fyysiset ja henkiset voimavarat jne. Tämän kaiken huomioon ottaminen määrittää melko pitkälti käsitystämme hoidon hyvästä laadusta.

## 2.5 Vanhuspolitiikan vertailutietoa muista maista

Tietoa vanhuspolitiikasta ja vanhusten hoivasta muissa Euroopan maissa oli haasteellista löytää. Yleistä tietoa on, että Pohjoismaissa hoiva on hyvin julkishoivakeskeistä ja puolestaan Etelä- Euroopan maissa perhehoivakeskeistä, sitten on olemassa maita, joissa ollaan jossain näiden välimaastossa. Tanska edustaa julkishoivamallin mallimaata ja muutenkin puhutaan Tanskan mallista vanhusten hoivassa. Opinnäytetyössä avataan eri malleja hieman paneutumatta niihin kuitenkaan perusteellisesti, sillä se ei ole tämän opinnäytetyön kannalta oleellista. Yleisesti voidaan todeta, että ideologioita, joille hoiva pohjautuu, on karkeasti esitettynä kolmenlaisia. Puhutaan yhteiskunnista, jossa valtion ja kuntien vastuu ja valta ovat suuria, sitten on rakenteita, joissa markkinataloudelle ja yksityisille palveluntuottajille halutaan antaa ohjat. Viimeisenä on malli, jossa perheelle ja lähiverkostoilla on suurin vastuu hoivasta.

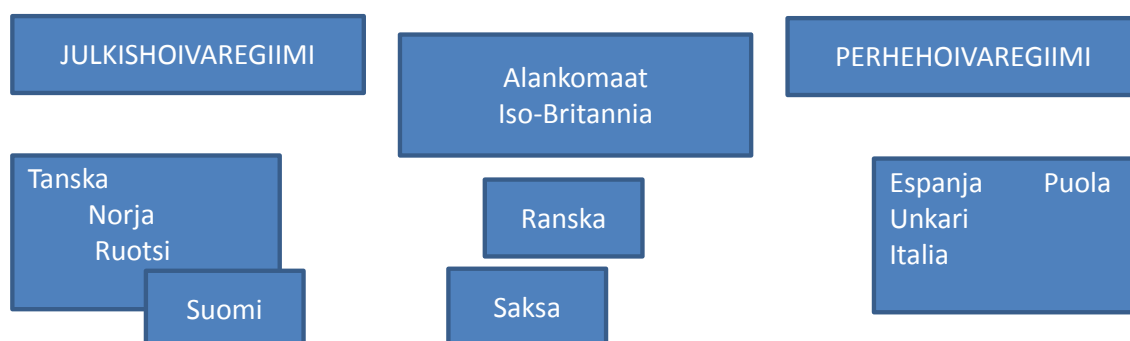
Pohjoismainen hyvinvointimalli on ollut vuosikymmeniä hyvinvoinnin mallina ja ihanteena, mutta viime vuosina on puhuttu tämän hyvinvointimallin rapautumisesta ja liian suurista kustannuksista yhteiskunnalle. Näyttäisi siltä, että mallin ylläpitämiselle ja kehittämiselle ei ehkä ole enää riittävää halukkuutta ja niinpä sen vastustajilla on ollut selkeä argumentti se, että sen ylläpitoon ei ole enää varaa globaalissa kiristyneessä kilpailussa. Samoin on keskusteltu mallin tehottomuudesta ja ulkoistamisen tuomista säästöistä yhteiskunnalle. Kaiken kaikkiaan hoiva on yhteiskunnallistunut, siihen on johtanut vanhusväestön määrän kasvu, lisääntynyt hoivatarve, hoivan ja hoidon rajanvedon organisointi, omaisten ja läheisten tuottaman hoivan vähentyminen, yleisen sukupuolten välisen tasa-arvon kehittyminen sekä hoivan tuleminen osaksi sosiaalista kansalaisuutta. Lisäksi hoivasta on tullut yhä enemmän julkinen ja poliittinen kysymys. (Anttonen & Sointu 2006, 12-15.)

Toisin kuin pienten lasten hoivaa koskevat juridiset velvoitteet ovat kaikkialla selkeät ja samanlaiset niin aikuisten ihmisten vaihtelevat melko paljon maasta toiseen. Vain harvoissa maissa kuten Pohjoismaissa ja Isossa-Britanniassa aikuisilla lapsilla ei ole lailla määrättyä velvollisuutta huolehtia omista vanhemmistaan. Lisäksi joissakin maissa omaisilla on velvollisuutena hoivata ja elättää myös suvun muita iäkkäitä ja avun tarpeessa olevia sukulaisia. Tämä vaikuttaa yleisesti julkisen vallan omaksumaan vastuuseen hoivasta. (Anttonen & Sointu 2006, 81.)

Yleisesti OECD ja EU-maissa yhteisenä tavoitteena on vähentää kallista laitoshoidoa. Kaikkien tavoitteena on myös lisätä kotihoitoa sekä tukea omaisille ja läheisille. Kotipalveluja tuotetaan myös entistä enemmän yritysten tai yhdistysten toimesta. Hoivan rahoittaminen on hoidettu eri maissa hieman eri lailla, esim. Saksassa on voimassa kaikki kansalaiset kattava hoivavakuutus, Alankomaissa henkilökohtainen hoivabudjetti ja Pohjoismaissa taas lähes kaikille tarjottavat universaalit palvelut. Yhteistä kaikissa Euroopan maissa on se, että kaikissa on käytössä nykyisin melko tiukka tarve- ja/tai tuloharkinta. Vanhushoivapolitiikka on pirstaloitunut sekä monimutkaista eri maissa ja tällä hetkellä ei mikään EU-direktiivi säätele sitä. (Anttonen & Sointu 2006, 119-120.)

Tanska on johtava maa kotihoidossa, vuonna 2002 25 % yli 67-vuotiaista oli kotiavun piirissä. Tanska yhdessä Norjan ja Ruotsin kanssa käyttää vanhushoivamenoihin suurin piirtein saman verran, mutta Tanska käyttää eniten julkisia resursseja kotipalveluihin. Tanskassa sosiaali- ja terveysmenojen rahoitus sekä niiden tuottaminen on kuntien ja läänien vastuulla. Niinpä kunnat voivat päättää itsenäisesti esim. kotipalvelujen järjestämisestä, tästä johtuen kuntien välillä palvelujen kattavuudessa saattaa olla vaihtelua. Omaisten antamaa hoivaa tuetaan ja on mahdollista mm. saada hoitovapaata lähisukulaisen hoivaa varten. Tanskassa on hyvin kattava hoivajärjestelmä ja kaikilla on pääsy mm. kotipalvelujen piiriin. Kaiken kaikkiaan yli 67-vuotiaista kolmasosa on joko kotiavun tai laitoshoidon piirissä. (Anttonen & Sointu 2006, 103-104). Anttonen & Soinnun tutkimuksessa (2006) Tanska oli kaikkein vahvin julkishoidon maa. Tanskan vanhustenhuolto pohjautuu siihen, että vanhusten toimintakyky pyritään säilyttämään ja kotona asumista tuetaan niin pitkään kuin mahdollista. Lisäksi toimintaa ohjaa yksilöllisyys ja paras mahdollinen elämänlaatu samoin kuin iäkkäiden arvostus ja kunnioitus.

Alankomaat ja Iso-Britannia ja ovat Pohjoismaiden lisäksi melko vahvoja julkishoivamaita (Kuvio 2) ja Saksa ja Ranska näitä hieman vähemmän. Perhehoivamaita ovat perinteisesti olleet eteläisen Euroopan perhekeskeiset maat, mutta Anttonen & Soinnun (2006, 122) selvityksen mukaan johtavaksi perhehoivan maaksi nousee Puola, myös muut itäisen Euroopan maat osoittautuvat melko vahvoiksi perhehoivan maiksi. Perhehoivaregiimin maille on tyypillistä se, että aikuisilla lapsilla on juridinen velvoite huolehtia iäkkäistä sukulaisista.



KUVIO 2. Maiden sijoittuminen julkishoiva- ja perhehoivaregiimiin vanhustenhoivassa. (Lähde: Mukaeltu Anttonen & Sointu 2006, 122)

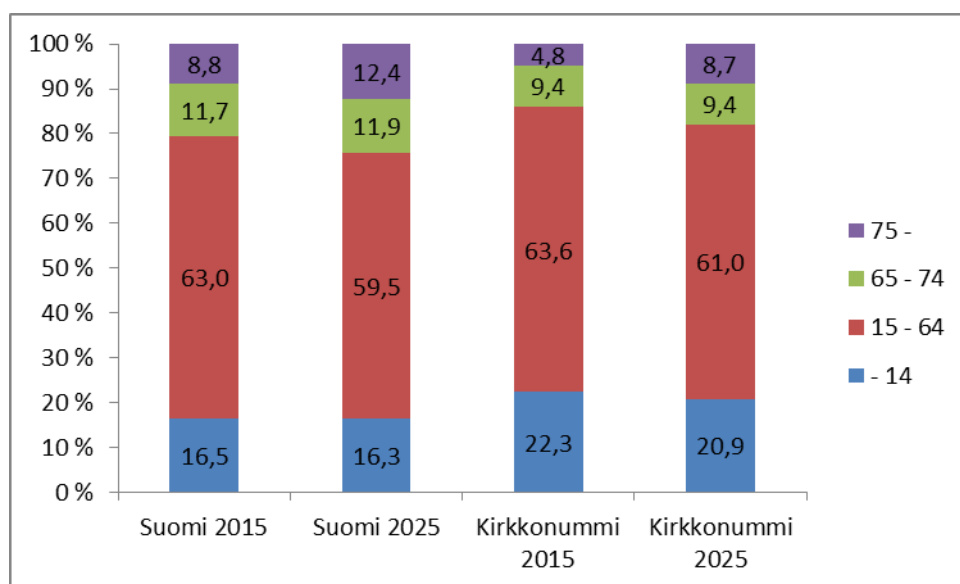
## 2.6 Kirkkonummen kunnan väestö ja vanhuspalvelustrategia

Käytännön vanhus- tai ikääntymispolitiikkaa toteuttaa kaikki Suomen kunnat, jotka myös järjestävät ikäihmisille tarvittavat sosiaali- ja terveyspalvelut. Vanhuspalvelulain (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 2012/980, 5§) mukaisesti kaikilla kunnilla tulisi olla laadittuna ikääntymispoliittinen strategia. Laissa suunnittelun pääpainona on, että vanhukset asuvat omissa kodeissaan ja heille tulisi tarjota kuntouttavia palveluja. Suunnitelma on osa kunnan strategista suunnittelua ja suunnitelman hyväksyy kunnanvaltuusto ja se on tarkistettava valtuustokausittain. Tässä strategias-  
sa määritetään se, miten kunnassa edistetään ikäihmisten hyvinvointia ja terveyttä ja miten eri toimijoiden vastuut jaetaan. Strategian laatimisessa on tavoitteena olla mukana kuntalaisia, kunnan eri hallintokunnat, järjestöjen ja elinkeinoelämän edustajia sekä muita mahdollisia toimijoita. Ikäihmisiä koskevassa päätöksenteossa on tavoitteena noudattaa strategian linjauksia. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 2012/980, 5§.)

Kirkkonummen kunnassa on laadittu tällainen strategia vuonna 2005 ja sitä on päivitetty vuonna 2011 ”Ikäihmisten palveluiden strategia vuosille 2011-2025” (Hovinen 2011). Strategia on kaikkien kuntalaisten luettavissa kunnan verkkosivuilla. Uutta päivitettyä strategiaa työs-  
tetään juuri työnimellä ”Kirkkonummen kunnan suunnitelma toimenpiteistään ikääntyneen väestön hyvinvoinnin, terveyden, toimintakyvyn ja itsenäisen suoriutumisen tukemiseksi sekä iäkkäiden henkilöiden tarvitsemien palvelujen ja omaishoidon järjestämiseksi ja kehittämiseksi vuosille 2014-2017”. Tätä suunnitelmaa ei ole vielä julkistettu.

Suunnitelman tulee sisältää konkreettisia tavoitteita, joiden tulee pohjautua käytettävissä oleviin arviointitietoihin. Kirkkonummen kunnassa on käytetty Tilastokeskuksen, Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen, Kelan sekä kunnan omia tilastoja ja tietoja arvioinnin lähteinä (Hovinen 2011). Väestönkehitystä Kirkkonummen kunnassa on selvitetty kunnan oman väestösuunnitteen (kunnan oma väestöennuste) sekä Tilastokeskuksen ennusteiden mukaan. Molemmista selviää se tosiseikka, että ikäihmisten määrä kasvaa yhä edelleen myös Kirkkonummella ja tämä luo monia haasteita kunnan toiminnalle ja palveluille. Tilastokeskuksen väestölaskennan mukaan Kirkkonummen väkiluku 31.12.2013 oli 37 899. Vuonna 2025 sen ennustetaan olevan 43 060 ja yli 65 vuotta täyttäneiden osuus väestöstä on 18,1 %, kun vuonna 2013 se oli 13,1 % (Tilastokeskus 2015). Kirkkonummen oman väestösuunnitteen mukaan väkiluku vuonna 2025 on 48 800 ja yli 65 vuotta täyttäneiden osuus on 18,1 % (Kirkkonummen kunta 2014,13). Kirkkonummella väestö on suhteellisen nuorta ja ikäihmisiä on suhteellisesti vähemmän kuin muualla Suomessa. Useissa Suomen kunnissa 65 vuotta täyttäneiden osuus on jo nyt reilusti yli 30 % (Tilastokeskus 2015). Tämän seurauksena seuraavat vuosikymmenet tulevat olemaan mo-

nissa kunnissa vaikeita, onneksi Suomen väestö ei kuitenkaan vanhene ikuisesti. Tilanne tulee jälleen normalisoitumaan suurten ikäluokkien jälkeen.



KUVIO 3. Kirkkonummi ja koko Suomi väestönkehitys ikäryhmittäin ennuste 2015 ja 2025. (Lähde: Tilastokeskus 2015, väestöennuste)

KELA:n sairastavuusindeksillä voidaan kuvata kunnan tai jonkin tätä suuremman alueen sairastavuuden yleistilannetta eli indeksin avulla havainnollistetaan sitä, kuinka tervettä tai sairasta alueen väestö on suhteessa koko maan väestön keskiarvoon (=100). Kirkkonummella vakioitu sairastavuusindeksi vuonna 2013 oli 81,3 ja koko Uudenmaan alueella se oli vastaavana ajankohtana 87,4. Tämä luku kertoo sen, että Kirkkonummella sairastavuus on vähäisempää verrattuna koko maahan ja Uudenmaan asukkaisiin. Sairastavuusindeksi huomioi kuolleisuuden, työkyvyttömyyseläkkeellä olevien osuuden työikäisistä ja erityiskorvattaviin lääkkeisiin oikeutettujen osuuden väestöstä. Indeksiluvun tarkoituksena on herättää kysymyksiä tarkastellun alueen tilannetta selittävistä tekijöistä (KELA 2015).

Vuonna 2013 Kirkkonummi oli ensimmäistä kertaa mukana Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen aikuisten terveyttä ja hyvinvointia kartoittavassa ATH-kuntalaiskyselyssä. Siinä selviää kattavasti myös ikäihmisten oma käsitys terveydentilasta ja hyvinvoinnista sekä niihin vaikuttavista tekijöistä ja kunnan palveluiden riittävydestä. Yksin asuminen ja esteettömyyteen liittyvät ongelmat ovat ominaisia. Liikkuminen kodin ulkopuolella vaikeuttaa sosiaalisten kontaktien ylläpitoa. Kunnassa harjoitettiin vuoteen 2014 saakka ikäryhmäperusteisia hyvinvointia edistäviä kotikäyntejä, mutta nyt on siirrytty riskiryhmäkohtistettuun seniorineuvontaan. Käytännössä kunnassa on kerran viikossa päivystävä Seniori-info, josta saa henkilökohtaista neuvontaa ikäihmistä tai hänen omaistaan askarruttaviin kysymyksiin. Usein ne liittyvät kunnan vanhuspalveluihin, asumisasioihin, erilaisten lomakkeiden ja hakemusten täyttämiseen. Tämä palvelu on ollut kunnassa jo useita vuosia, mutta lokakuussa 2014 se keskitettiin yhteen paik-

kaan. Omat lapset auttavat kirkkonummelaisia ikääntyneitä paljon ja tämä apu lisääntyy ikääntymisen myötä. Kirkkonummelaiset eläkeläiset ovat myös suhteellisen hyvin taloudellisesti toimeentulevia. (Kirkkonummen kunta 2015 a, 12-14.)

Kunnassa pyritään ennakoimaan ja seuraamaan väestönkehitystä ja kuntalaisten terveydentilaa monin tavoin ja yksi seuraamisen apuvälineistä on myös väestöllinen huoltosuhde. Kirkkonummella väestöllinen huoltosuhde vuonna 2013 oli 54,7 (Tilastokeskus 2015). Taulukossa 2 on esitetty Tilastokeskuksen demografisen huoltosuhteen ennuste vuosille 2015-2030. Tämän ennusteen mukaan Kirkkonummen väestöllinen huoltosuhde on hieman parempi kuin koko maan ennuste, mutta huolestuttavaa on, että yhä pienempi osa suomalaisia ja kirkkonummelaisia käy työssä ja yhä suurempi osa väestöä on työelämän ulkopuolella. Yleisesti koko maassa työikäisten määrä siis vähenee ja käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että yksi työssäkäyvä joutuu ”elättämään” entistä useampia työelämän ulkopuolella olevia.

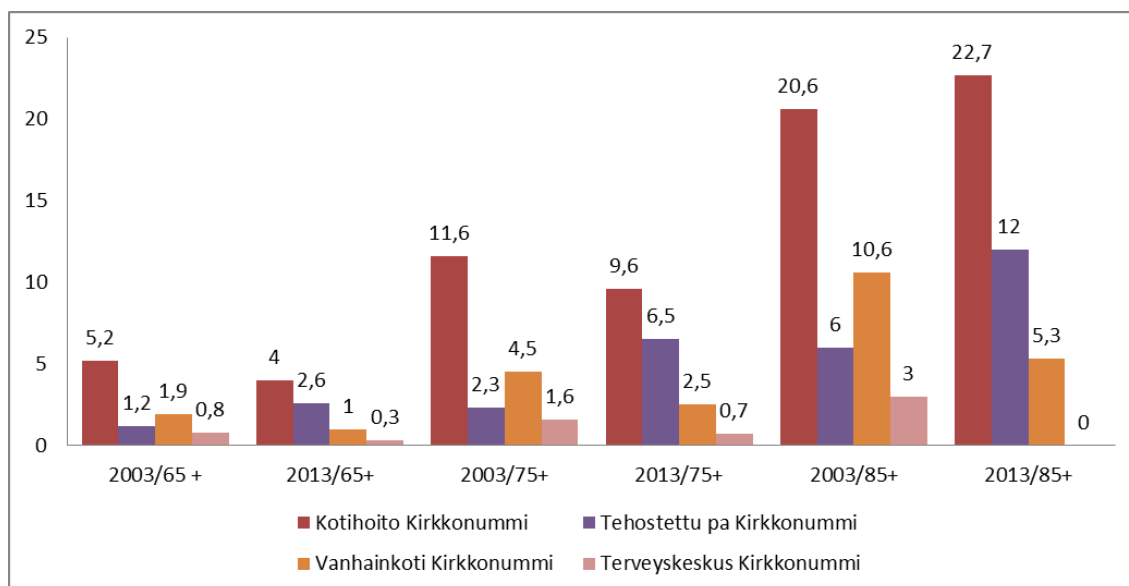
Alue	2015	2020	2025	2030
Koko maa	58,6	64,4	68,2	71,2
Kirkkonummi	57,3	61,2	63,9	67,6

TAULUKKO 2. Väestöllinen huoltosuhde Suomi ja Kirkkonummi (Lähde: Tilastokeskus 2015, Väestöennuste)

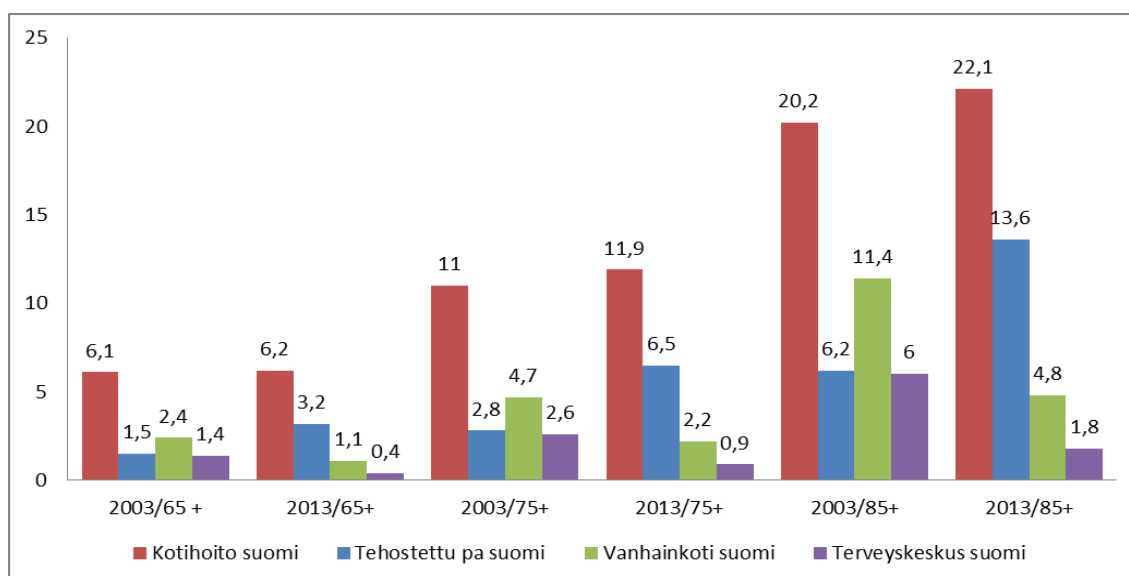
Huomioitavaa on, että ikäihmisten palveluntarve muuttuu yleensä ikääntymisen myötä. Eli mitä vanhemmasta henkilöstä on kyse, sitä enemmän hän myös tarvitsee palveluja iän myötä. Kirkkonummen kunnassa onneksi väestöjakauma tasaa tätä taakkaa toisin kuin useissa Suomen kunnissa, joissa vanhusväestön osuus on hälyttävän suuri ja väestöllinen huoltosuhde vääristynyt. Tosin Kirkkonummellakin on omat haasteensa. Kunnan vanhuspalveluiden rakenne on yhä suhteellisen raskas. Tähän voivat vaikuttaa mm. pitkät välimatkat yleensä ja matkat palveluihin sekä pientalovaltaisuus. Niinpä joissakin tapauksissa kotona selviytymisen esteenä voikin olla työläs asumismuoto ja kiinteistön hoitoon liittyvät syyt tai asunnon epäkäytännöllisyys tai vanhanaikaisuus. Ikäihmiset on hyvä ottaa huomioon, kun suunnitellaan esteettömiä asumisratkaisuja palvelujen lähelle, jotta tarjontaa olisi myös heille ja heitä ei ohjata turhan raskaisiin palveluihin esim. ympärivuorokautiseen hoivaan. (Hovinen 2011.)

Kunnan aikaisempien vuosien hyvän taloustilanteen vuoksi ovat asiat pyritty hoitamaan hyvin ja mm. omaishoitoa on tuettu merkittävästi, mutta nyt taloustilanteen muuttuessa huonompaan suuntaan ja ikäihmisten lukumäärän kasvaessa, kunta on joutunut miettimään entistä taloudellisempia ratkaisuja ja toimenpiteitä kyetäkseen turvaamaan palvelut. Kirkkonummen Ikäihmisten strategian (Hovinen 2011, 5) mukaan haasteen kunnalle tuo se tosiasia, että vielä vuonna 2025 65 vuotta täyttävistä on viidennes ruotsinkielisiä. Eli Kirkkonummi on tulevaisuudessa yhä edelleen selkeästi kaksikielinen kunta, mutta nuorempien ikäluokkien pienenevä ruotsinkielisten osuus luo haasteita tuottaa palveluita kahdella kielellä.

Kuvioissa 3 ja 4 näkyy selkeästi koko maan nykyisen vanhuspolitiikan tavoite eli kotihoidon lisääminen ja laitoshoidon vähentäminen. Toisessa kuviossa (Kuviossa 4) on vertailun vuoksi tilanne ja kehitys koko Suomen tasolla ja toisessa pelkästään Kirkkonummen tilanne (Kuvio 3). Kuvioissa on esitetty asiakkaiden prosentuaaliset osuudet vastaavan ikäisestä tietyistä ikäryhmästä terveyskeskuksen pitkäaikaisasiakkaina, tehostetun palveluasumisen, säännöllisen kotihoidon ja vanhainkodin asiakkaina.



KUVIO 3. Kirkkonummi: Säännöllisen kotihoidon, tehostetun palveluasumisen ja vanhainkodin asiakkaat sekä terveyskeskuksen pitkäaikaisasiakkaat % vastaavanikäisestä väestöstä eri ikäryhmissä vuosina 2003 ja 2013. (Lähde: SOTKANet 2015)



KUVIO 4. Suomi: Säännöllisen kotihoidon, tehostetun palveluasumisen ja vanhainkodin asiakkaat sekä terveyskeskuksen pitkäaikaisasiakkaat % vastaavanikäisestä väestöstä eri ikäryhmissä vuosina 2003 ja 2013. (Lähde: SOTKANet 2015)

Ikäihmisten laatusuosituksen 2013 määrälliset vanhushpalveluiden tavoitteet ohjaavat myös Kirkkonummen kunnan tavoitteita. Kirkkonummella ympärivuorokautiset asumisvaihtoehdot ovat olleet melko laitospainotteisia, joten tämä on tarkoittanut laitospaikkojen vähentämistä. Laitoshoidon suhteellisen suuri määrä ei vielä vastaa tavoitteita ja osa laitoshoidossa olevia on vuodeosastolla paikkaa odottavia. Laitoshoidon kattavuuteen vaikuttaa kunnan palvelutarjonta. Kirkkonummella tavoitteisiin pääseminen edellyttää entistä enemmän kotona asumisen tukemista ja näin ollen asumisratkaisujen kehittämistä.

Palvelumuoto	Koko maa 2017	Tavoite Kirkkonummella 2017	Koko maa 2013	Kirkkonummi 2013
Kotona asuvat	91-92 %	92 %	90,3 %	90,4 %
Säännöllisen kotihoidon piirissä	13-14 %	12 %	11,9 %	9,6 %
Omaishoidon tuen piirissä	6-7 %	6-7 %	4,6 %	6,4 %
Tehostetussa palveluasumisessa	6- 7 %	*	6,5 %	6,5 %
Vanhainkodeissa tai pitkäaikaisessa laitoshoidossa terveyskeskuksissa	2-3 %	*	3,1 %	3,2 %

\* yhteensä tavoite alle 8 %

TAULUKKO 3. Valtakunnallisten laatusuositusten 2013 mukaiset eri palvelumuotojen kattavuustavoitteet 75 vuotta täyttäneiden osalta % vastaavanikäisestä väestöstä tilanne Kirkkonummella ja koko Suomessa. (Lähde: Sosiaali- ja terveysministeriö & Kuntaliitto. 2013. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi & Kirkkonummen kunta)

Ympärivuorokautisia asumis-, hoiva - ja laitospalveluja Kirkkonummella tarjoaa Hoivakoti Lehmuskartano, Vols-koti sekä Kirkkonummen palvelutalo. Näissä tuotetaan sosiaalihuoltolain mukaisia asumis- ja hoivaratkaisuja niille, jotka eivät selviä enää omassa kodissaan ja jotka tarvitsevat ympärivuorokautisesti toisen henkilön apua ja/tai valvontaa. Kirkkonummen palveluasumispaikat ovat pääosin tehostettua palveluasumista ja ns. tavallista palveluasumista on vain joitakin paikkoja. Lisäksi kunta ostaa ostopalveluina ympäristökunnista tehostetun palveluasumisen paikkoja. (Kirkkonummen kunta 2015b.) Ympärivuorokautiseen hoivaan siirtyneiden määrä on pysynyt noin 80 paikassa/vuosi ja käytettävissä olevista paikoista vaihtuu noin 40 % vuosittain (Kirkkonummen kunta 2015a, 29).

Kun huomioidaan kirkkonummelaisten ikäihmisten muuta Suomea pienempi sairastavuus, vähäisempi yksin asuminen, keskimääräistä parempi taloudellinen tilanne, onkin melko vaikea perustella miksi Kirkkonummella on melko raskas vanhushpalveluiden palvelurakenne. Kunnan yhteiskuntarakenne, omakotitalovaltaisuus, suhteellisen pitkät välimatkat verrattuna lähiseutuihin ja matkat palveluihin ovat voineet vaikuttaa siihen, että oman kodin luopumisen yh-



teydessä hakeudutaan herkästi raskaiden palveluvaihtoehtojen pariin (Kirkkonummen kunta 2015a, 23.)

Yllä mainittujen tavoitteiden saavuttamiseksi tulevaisuudessa kunnan toimenpiteitä ovat mm. kotiin vietävien palveluiden kehittäminen, joustava jaksohoito, päivätoiminnan mahdollinen laajentaminen, laitoshoidon ei lisätä, omaishoitajien tukipalveluiden kehittäminen, asunto-tuotannon kehittäminen palveluiden läheisyyteen, kotihoidon riittävä resursointi jne. Muita tavoitteita ovat mm. uuden terveyskeskuksen tilat ikäihmisten palveluille soveltuviksi, palvelutarpeen arvioinnin kehittäminen, RAI- järjestelmän (Resident Assessment Instrument = laadun ja kustannusvaikuttavuuden arviointi ja seurantajärjestelmä) käyttöönotto, entistä huolellisempi sairaalasta kotiutumisen tukeminen, kuntouttavan työotteen kehittäminen, osallisuuden mahdollistaminen eri tasoilla ja eri keinoilla, lääkehoidon ja ravitsemuksen kehittäminen, saattohoidon kehittäminen jne. tässä muutamia tavoitteita poimittuna nyt tekeillä olevasta ikäihmisten palvelujen suunnitelmasta. (Kirkkonummen kunta 2015a, 31- 44.)

## 2.7 Vanhusten kotihoito

Kotihoito käsitteenä on melko uusi ja vakiintumaton. Kotihoito on muotoutunut lähinnä kahdesta osasta kotipalvelusta ja kotisairaanhoidosta. Nämä kaksi kehittyivät vielä 1990-lukuun alkuun asti eri suuntiin ja kuuluivat eri hallintokuntiin kunnissa. Kotipalvelu oli sosiaalitoimen alla ja kotisairaanhoidon terveystoimen. Nyt nämä kaksi tehtäväaluetta on yhdistetty useimmissa kunnissa kotihoidoksi. Yhdistyminen on ollut osa laajempaa sosiaali- ja terveystoimen lautakuntien ja virastojen yhdistämisaaltoa. Muutoksia on pyritty perustelemaan mm. pyrkimyksellä parantaa palveluja niiden laatua ja asiakaslähtöisyyttä. Muutoksen taustalla on myös ollut kotihoidon asiakaskunnan muutos; lapsiperheistä vanhuksiin. Tätä yhdistymistä on myös tukenut alan koulutuksen muutos; kodinhoitajien ja perushoitajien koulutus päättyi 1990-luvulla ja nyt alalla on yhteinen lähihoitajakoulutus. (Tepponen 2009, 17.)

Vasta 2000-luvun puolivälissä kotihoito termin käyttö yleistyi ja myös sen sisältö vakiintui. Tähän ovat vaikuttaneet mm. erilaiset valtakunnalliset hallintokokeilut sekä hankkeet ja toki käsitteen tuleminen lainsäädäntöön (Tepponen 2009, 18; Paljärvi 2012, 20). Vuonna 2005 aloitettu kotihoidon kokeilu, jossa kotipalvelu ja kotisairaanhoidon yhdistyivät kokeilukunnissa, jatkuu vuoden 2016 loppuun kunnes uusi lainsäädäntö vuoden 2017 alussa määrätyistä sosiaali- ja terveysalueista astuu voimaan. Palaute kunnista on ollut positiivista ja eri toimialojen yhdistämisellä on voitu kehittää asiakkaiden palvelutarpeen arviointia ja palvelun laatua. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2014a.)

Yhä edelleen käsite ei ole täysin yksiselitteinen ja niinpä epämääräisen sisältönsä vuoksi ikäihmiset eri puolella Suomea saattavat saada hyvin eritasoista kotihoitoa. Myös kuntien

tuottaman kotihoidon toteuttamistavat ja sen organisointi vaihtelevat, osassa kuntia palvelut tuotetaan suurimmaksi osaksi itse ja osa on ulkoistanut ne. Tällainen kuntien kotihoidon erillaisuus ja sisällöllinen eroavaisuus on johtanut mm. siihen, etteivät kaikki valtakunnalliset tilastot asiasta ole keskenään vertailukelpoisia. (Paljärvi 2012, 19.) Yleensä puhuttaessa kotihoidosta mm. asiakirjoissa, oppikirjoissa, julkaisuissa ja tutkimuksissa sillä tarkoitetaan sosiaalihuoltolaissa (710/1982) ja -asetuksessa (607/1983) määritellyn kotipalvelun ja kansanterveyslaissa (66/1972) mainitun kotisairaanhoidon kokonaisuutta (Tepponen 2009, 18). Uusi huetuissa 2015 voimaan tuleva sosiaalihuoltolaki tarkentaa kotipalvelua yleensä eikä niinkään käsitettä kotihoito (Sosiaali- ja terveysministeriö 2015a).

Sosiaali- ja terveysministeriön (Sosiaali- ja terveysministeriö 2015b) määritelmän mukaan ”Kotona selviytymistä tuetaan kotipalvelun ja kotisairaanhoidon palveluilla. Kunta voi yhdistää sosiaalihuoltolakiin perustuvan kotipalvelun ja terveydenhuoltolakiin perustuvan kotisairaanhoidon kotihoidoksi.” Kuntaliitto lisää kotihoitoon kuuluvaksi erilaiset tukipalvelut, joita voivat olla mm. ateriat, vaatehuolto, kylvytys-, kuljetus-, siivous- ja turvapalvelut sekä erilaiset sosiaalista kanssakäymistä edistävät palvelut. Yleisesti ottaen kotihoidon asiakkaat tarvitsevat apua kodinhoidossa, henkilökohtaisessa hygieniassa, ruokahuollossa, terveydenhoidossa ja lääkkeen ottamisessa sekä yleensä hoivassa. (Kunnat 2014). Kotihoidon asiakkaaksi hakeudutaan oman toimintakyvyn heikkenemisen ja toimimattomuuden vuoksi. Lisäksi mukaan on myös tullut kotisairaanhoitoa, samoin kuin erilaisia apuvälineitä ja asunnonmuutostöitä (Heinola 2007, 10).

Voimassa olevan vanhuspalvelulain ja yleisen valtakunnallisen linjauksen mukaisesti korostetaan kotona asumista ja sen tukemista. Laitoshoidon purkaminen etenee ja kotihoitoa suositetaan. Kotihoito ei ole aina pysynyt tässä muutoksessa mukana ja sen palvelurakenteet eivät takaa kaikkialla Suomessa riittäviä palveluja kaikille ikäihmisille. Ikäihmisten saamien palveluiden perustana kotihoidossa on jokaiselle laadittava palvelusuunnitelma. Sosiaalihuollon asiakkaan asemaa ja oikeuksia määrittävä lain (812/2000, 7§) mukaan on toistuvia tai säännöllisiä palveluja tarvitsevalle asiakkaalle laadittava palvelu-, hoito-, kuntoutus- tai muu vastaava suunnitelma yhdessä asiakkaan kanssa. Suunnitelma on yksinkertaistaen tiivistelmä asiakkaan tilanteesta ja hänen tarvitsemistaan palveluista. Siinä on selvitetty kaikki tarpeelliset toimet ja tahot liittyen ikäihmisen hyvinvointiin ja avuntarpeeseen. Siihen sisältyy aina asiakkaan tilanteen järjestelmällinen seuraaminen, kokemusten kirjaaminen ja vaikutusten kirjallinen arviointi. Suunnitelma on ikäihmisen hoidon ja palvelun arjen päivittäinen työväline. Se laaditaan aina yhdessä asiakkaan tai hänen läheistensä tai laillisen edustajansa kanssa huomioiden ympäristö, jossa ikäihminen asuu ja elää. Saamistaan palveluista asiakas saa aina päätöksen, josta selviää myönnetty palvelut niiden määrä, milloin palvelu alkaa ja milloin palvelu päättyy. Myös asiakasmaksun suuruus sisältyy tähän päätökseen, ellei siitä anneta erillistä päätöstä asiakkaalle. (Super 2015, 6; Päivärinta & Haverinen 2002, 13-16.)

Koko maassa säännöllisen kotihoidon piirissä oli vuoden 2013 marraskuussa 75 vuotta täyttäneitä 55 419, tämä oli 11,9 % koko maan 75 vuotta täyttäneestä väestöstä. Säännöllisen kotihoidon asiakkaita oli yhteensä 72 137. Kuntien järjestämä kotihoito on pääsääntöisesti säännöllistä kotihoitoa. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi on asettanut säännöllisen kotihoidon kattavuuden tavoitteeksi 13-14 % koko maassa. Vuoden 2013 marraskuussa säännöllisen kotihoidon piirissä olevien 75 vuotta täyttäneiden osuus vaihteli kunnissa niin, että pienin osuus oli 9,2 % ja suurin 15,6 %. Käyntimääräryhmittäin tarkasteltuna on havaittavissa, että paljon käyntejä saaneiden määrä on kasvanut. Asiakkaista 26,5 % sai yli 60 kotihoidon käyntiä kuukaudessa marraskuussa 2013. (SOTKANet 2015; Väyrynen & Kuronen, 2014b.) Muistisairauksien lisääntyminen näkyy myös säännöllisen kotihoidon asiakkuuksissa, säännöllistä kotihoitoa saavista muistisairaita oli 2013 marraskuun lopussa 19,6 % eli reilut 14 000 kotihoidon asiakkaista on muistisairaita (SOTKANet 2015).

Kotihoidon painottamisessa ja korostamisessa vanhusten hoidossa on ollut useita syitä. Valtion rakenteelliset muutokset ovat ajaneet tähän, yleinen ajattelutapamme vanhusten hoidosta on muuttunut, yhteiskunnan arvot ovat myös hieman muuttuneet ja suurin osa ikäihmisistä haluaa asua omassa kodissaan mahdollisimman pitkään. Palvelujärjestelmän rahoituksen kestävyysvarmistaminen on myös taustalla. Kaiken kaikkiaan nyt 2000-luvulla on korostettu entistä enemmän erilaisten palvelujen ja kuntoutuksen merkitystä turvaamassa mahdollisimman tervettä ja toimintakykyistä ikääntymistä. Tämän muutoksen myötä myös kotiin palveluja tarjoavien yritysten määrä on kasvanut tasaisesti. (Paljärvi 2012.) Kotihoidon järjestämistä kunnissa pyritään tehostamaan monin tavoin ja yhtenä keinona on tarjottavan kotihoidon sisällön rajaaminen. Niinpä monet ns. tukipalvelut ovat ostettavia palveluja joko yksityiseltä tai esim. kolmannelta sektorilta.

Kotihoidon laadun yhteydessä puhutaan riittävästä palveluista, mutta näille palveluille ei ole määritelty tarkemmin miniminormeja tai palvelutasoa. Niinpä yhä edelleen ikäihmisille tarjottu kotihoidon palvelut eivät ole usein yhteydessä heidän toimintakykynsä tai palvelutarpeeseensa. Se mitä nykyinen kotihoito tarjoaa ja se mitä asiakkaat toivovat ei aina kohtaa. (Valtion talouden tarkastusvirasto 2010, 32-33.) Voidaankin sanoa, että kotihoidon nykyiseksi palvelutasoksi on tullut perushoidon turvaaminen eli lääkehuolto, sairaanhoito, ravinto ja hygienia. Sen sijaan palvelut joiden tulisi tukea itsenäistä selviytymistä ja toimintakyvyn säilymistä ja parantaa elämän laatua on siirretty pois kotihoidolta. (Valtion talouden tarkastusvirasto 2010, 8.)

### 2.7.1 Kotihoidon kustannusrakenne

Vaikka ikääntyneiden määrä kasvaa huimaa vauhtia, niin onneksi ikääntyneet ovat yhä parempikuntoisia ja niinpä tarve kotihoitoon, palveluasumiseen tai laitoshoitoon ei kasva samassa tahdissa ikääntyneiden kanssa. Ikääntyneiden toimintakykyä on myös mahdollista parantaa, joka hillitsee kustannusten kasvua ja tällä toimintakyvyn ylläpitämisellä voi olla kustannushyötyä jopa suurempi vaikutus kuin ikärakenteen kehityksellä. Kaikista suurimmat kustannukset ja tarpeet muodostuvat vasta kahden viimeisen elinvuoden aikana. (Sinervo & Taimio 2011, 8; Valtion talouden tarkastusvirasto 2010, 13.)

Yksiselitteistä tietoa vanhusten kotihoidon kustannuksista ei juuri löydy. Aihetta käsitteleviä tutkimuksia on hyvin vähän, vaikka kotihoidon tuotteistus ja kustannuslaskenta ja sen tietämys ja osaaminen ovat hyvin ajankohtaisia aiheita vanhustenhoidossa. Yhtenä syynä pidetään kotihoidon rajaamisen haastetta, sitä ei ole helppoa rajata. Kunnilla on useita eri mahdollisuuksia järjestää ja tuottaa kotihoidon palvelut. (Finne-Soveri, Björkgren, Vähäkangas & Noro 2006, 140.). Keskustelua kotihoidon kustannuksista vaikeuttaa myös se tieto, että kunnallinen käsitys todellisista ja toteutuneista kustannuksista puuttuu sekä kunnissa että sosiaali- ja terveysministeriössä. Lisäksi verkostomaisuus kotihoidossa ja sosiaali- ja terveysmenojen tilastointiongelmien aiheuttavat sen ettei kotihoidon kokonaiskustannuksista voida esittää valtakunnallista arviota (Valtion talouden tarkastusvirasto 2010, 7-8).

Ilman perustietoja on kustannusvaikuttavuutta vaikea arvioida ja keskustelussa kotihoidon ja muiden vanhuspalvelujen kehittämisessä ei edistytäkään toivotulla tavalla. Tähän vaikuttaa se tosiasia, että kotihoidon käsitettä ei ole vielä määrätty täsmällisesti eli sitä mitä säännöllisellä kotihoidolla tarkoitetaan. Kuntien käytössä olevat erilaiset toimintakykymittarit ja käsitteen erilaiset tulkinnat ovat johtaneet siihen, että hinnoittelu ja hinnoitteluperusteet vaihtelevat. Valtion talouden tarkastusviraston vuonna 2014 tekemän jälkiraportin mukaan sosiaali- ja terveysministeriö ei ole kyennyt selvittämään perusteellisesti kotihoidon välillisiä ja välittömiä kustannuksia vaan käyttää kotihoidon kustannustietona keskimääräistä asiakas-kohtaista vuosikustannusta. Näin laskettuna ei huomioida niitä kustannuksia, joita kunnalle aiheutuu kotona hoitamisen edellytysten luomisesta. Raportin mukaan sosiaali- ja terveysministeriö muodostaa käsityksensä eri palvelumuotojen kustannuksista vertailemalla laitoshoidon, tehostetun palveluasumisen ja kotihoidon kustannuksia toisiinsa. Tämä vertailuasetelma tuottaa tulokseksi sen, että kotihoito on muita palvelumuotoja halvempaa. Sosiaali- ja terveysministeriön laskelmat eivät yksinkertaisesti anna riittävää kokonaiskuvaa kotihoidon kustannuksista. (Valtion talouden tarkastusvirasto 2014, 2-3.)

Tuotoksen määrittäminen ja mittaaminen kotihoidossa on hankalampaa kuin laitoshoidossa, jossa tuotoksena voidaan käyttää hoitopäivää tai hoitojaksoa. Kotihoidossa yksinkertaisin tapa on asiakaskäyntien määrän tarkastelu. Määrään vaikuttavat asiakkaiden tarpeet, matka-ajat, toimintaympäristö ja olosuhdetekijät, jotka tulisi huomioida jos kustannuksia halutaan verrata. (Finne-Soveri ym. 2006, 141.) Tähän asti käyntien kesto- ja matka-aikojen kerättävyydessä on ollut runsaasti vaihtelua ja erilaisia tapoja, mutta yhä yleistyvät mobiiliset toiminnanseurantajärjestelmät tuovat tähän luotettavuutta ja systematiikkaa kunnissa.

Sosiaali- ja terveyspalveluissa suurin voimavara ja tuotannontekijä on henkilöstö. Niinpä myös suurin osa kustannuksista syntyy työvoimakustannuksista. Niiden arvioidaan olevan noin 80-85 % kokonaiskustannuksista. Kotihoidon työaika jaetaan välittömään ja välilliseen työaikaan. Asiakkaille kohdennettua työaika ja palvelua seurataan usein aikaperusteisesti, tunteina. Julkisissa organisaatioissa ongelmana voi olla henkilöstökustannuksien kohdistaminen tietylle tuotteelle, sillä yksi työntekijä saattaa tuottaa useampaa tuotetta. Vaikeutena voi myös olla muuhun kuin välittömään asiakastyöhön käytetyn työajan kohdistaminen. (Kolehmainen 2006, 52.) Muita kustannuksia syntyy muun muassa ostoista, kiinteistä kuluista, materiaaleista ja palveluista. Kotihoidon kokonaiskustannusten kannalta on oleellista se, kuinka henkilökunta käyttää työaikansa eli miten paljon tehdään välitöntä asiakastyötä ja kuinka paljon välillistä. Kokonaisuuden kannalta on tärkeää hyvin suunnitellut työvuorot, asiakkaiden tarpeiden ja palvelujen tunteminen sekä hyvä reittisuunnitelma. Toiminnan kehittämisellä tavoitellaan välittömän asiakasajan osuuden lisäämistä kotihoidon henkilöstön työajasta ja tässä käytetään apuna toiminnanohjausjärjestelmiä. Toiminnanohjausjärjestelmä antaa aikatietoa asiakkaiden luona tehdystä työstä sekä työntekijöiden työajasta (Super 2015, 12).

Kuusikkokuntien (Helsinki, Espoo, Vantaa, Turku, Tampere ja Oulu) selvityksen (Vartiainen 2014, 60) mukaan kuntien omien käyntien yksikkökustannus (euroa/käynti) vaihteli 46,30 - 31,60 euron välillä, keskiarvon ollessa 39,70 euroa. Kotihoidon kokonaiskustannukset muodostuivat kotipalvelun perus- ja tukipalvelujen kustannuksista sekä kotisairaanhoidon ja kotisairaanhoitoon liittyvän hoitotarvikejakelun kustannuksista (Vartiainen 2014, 48). Finne-Soverin, Björkgrenin, Vähäkankaan ja Noron (2006, 145) 14 kotihoidon alueen aineistossa keskimääräinen yksikkökustannus oli noin 38 euroa.

### 2.7.2 Kotihoito tulevaisuudessa

Yksittäisen kotona asuvan vanhuksen selviytymistä arvioitaessa on tiedostettava siihen vaikuttavien tekijöiden monimutkaiset yhteydet. Kotona asuminen on usein mahdollista hyvin pitkäänkin fyysisen toimintakyvyn heikkenemisestä huolimatta, jos vain kotiin tuotavat palvelut toimivat tehokkaasti. Dementoituminen on yksi merkittävä kotona asumisen vaarantava tekijä, sillä usein dementoituva vanhus ei kykene toimimaan yhteistyössä kotipalvelun kanssa.

Yleisesti ottaen voidaan sanoa, että mitä vakavampia sairauksia tai oireita vanhuksella on, sitä enemmän tarvitaan apua. Psykososiaaliset ongelmat kuten turvattomuus, masentuneisuus, yksinäisyys ja alkoholinkäyttö saattavat myös olla vaikeuttamassa kotona asumista. Omaishoitajien väsyminen ja siihen liittyen tukipalvelujen riittämättömyys ja omaishoitajien korkea ikä on kotona asumista uhkaava riskitekijä. Asunnon puutteet ovat myös yksi ongelma esim. hissittömyys ja puutteellisesti varusteltu asunto. Kotona asumista puolestaan voitaisiin tukea tehokkaammalla kuntoutuksella, joka voi pitää sisällään fyysisen toimintakyvyn tukemista, dementoitumiseen vaikuttamista, psykososiaalisia tarpeita tukevia toimia sekä omaishoitajien tukemista. (Laatikainen 2009, 27-30.) Ikäihmisten kotihoitoa tukevat oleellisesti myös asuinympäristön esteettömyys ja hyvät liikenneyhteydet ja myös muun väestön suhtautuminen ikäihmisiin.

Ikäihmisten palveluntarve pitäisi selvittää riittävän ajoissa ja oikea apu pitäisi saada oikeaan aikaan. Tällä turvataan toimintakyky ja elämänlaatu. Tulevaisuuden kotihoidon haasteena on se, että koko kotihoitoa tulisi tehdä järkevämmiin eli niin, että se pystyy vastaamaan asiakkaan sen hetkiseen tarpeeseen. Työt tulisi järjestää niin, että asiakkaan luona tehtävään työhön olisi enemmän aikaa. Tehtävän työn tulee olla myös luonteeltaan sellaista, että se ei passivoi ikäihmistä vaan aktivoi ja ohjaa häntä tekemään myös itse. Myös uutta tekniikkaa tulisi kyetä hyödyntämään entistä enemmän kuten esim. kuvapuhelinyhteyksiä, älylattioita, mobiilisia toiminnanohjausjärjestelmiä, turvarannekkeita jne. Kaiken kaikkiaan vanhusten hoitoon tarvitaan erilaisia muotoja ja sisältöä, jotka tukevat toinen toistaan kuten perhehoitoa, päivätoimintaa, yksityisiä palveluntuottajia, kolmannen sektorin palveluita jne.

Vanhusten laitoshoidon puretaan ja tarkoituksena on, että yhä useampi asuu elämänsä loppuun asti kotona. Kotona asuminen ei aina kuitenkaan poista laitospaikkaa ja ikäihminen voi kokea olevansa myös kotonaan kuin laitoksessa tai vankilassa. Muiden eli käytännössä kotihoidon sanelema aikataulu luo laitospaikkaa samoin kuin se, että ihminen ei voi päättää enää omista asioistaan ja elämää omannäköistensä elämää. Ikäihmisiä pyritään välillä hyyssäämään ja ylisuojelemaan jopa liikaakin ja tämä voi puolestaan johtaa itsetunnon ja toimintakyvyn heikkenemiseen.

Kotihoidon haasteita lisää tosiasia, että kyseessä on hyvin työvoimavaltainen ala ja rationalisointi apuvälineiden avulla on rajallista. Asiakkaiden tarvitsema apu on yleensä peruspalvelua ja sitä on hankala järjestää ajallisesti joustavasti, hoivan ja hoitajan tarve on samanaikaista useimmilla asiakkailla. Työntekijöiden sairauspoissaolot ja vaihtuvuus voivat vaikuttaa työn sujumiseen ja asiakkaiden kokemaan palvelun laatuun. (Haapakorpi & Haapola 2008, 98.)

Ammattiliitto Superin (Super 2015) tekemässä selvityksessä korostuu tosiasia, että kotihoitoa ei kehitetty samaan aikaan kun laitoshoidon purettiin. Tämän seuraukset ovat kaatuneet koti-

hoidon niskaan lisäämättä kotihoidon resursseja riittävästi. Selvityksen mukaan käyntimäärät asiakkaiden luona ovat nousseet tuhansilla ilman, että henkilökuntaa olisi lisätty. Vaikka työtä on kehitetty ja organisoitu uudelleen monin tavoin samoin kuin avuksi on otettu uusia teknisiä apuvälineitä, eivät nämä riitä takaamaan laadukasta hoitoa. Superin selvityksen mukaan kotihoitoon tarvitaan yksinkertaisesti lisää henkilökuntaa.

Kotihoidon medikalisoitumisesta on puhuttu viime vuosina, sillä kaikkien entistä huonokuntoisempien vanhuksien kotihoidossa hoitaminen on vaatinut yhä enemmän terveydenhuollon asiantuntijuutta. Niinpä terveydenhuollon ammattiryhmien osuus on kasvanut kotihoidossa. Lisäksi toiminta on muuttunut toimenpidekeskeisemmäksi ja kodinhoidollinen asiantuntemus on häviämässä. Tulevaisuudessa kotihoidossa tulisi olla myös sosiaalihuollollista osaamista ja palvelutarpeen arvioinnissa sosiaaliset tarpeet tulisi huomioida entistä paremmin. (Valtion talouden tarkastusvirasto 2010, 116-117.) On myös puhuttu koko vanhenemisen medikalisaatiosta yleisemmin ja vanhenemisen jakaantumiseksi yhä pienemmiksi erillisiksi prosesseiksi, jotka ovat lääketieteellisen toiminnan ja hoidon kohteita. Oleellista vanhuuden medikalisaatiossa on se, kuinka kaikki vanhuuden lääketieteen tutkimustulokset hyödynnetään, millaisia käytäntöjä niiden pohjalta syntyy sekä miten ne vaikuttavat ajattelutapaamme vanhenemisesta ja vanhuudesta. (Jylhä 2003.)

Tulevaisuudessa kotihoidon järjestäminen kulminoituu kärjistetyksi kahteen seikkaan, ensinnäkin huolena on se, kuinka voidaan turvata kansalaisille riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut ja toisaalta miten ikääntyneiden pitkäaikaishoito ja -hoiva ratkaistaan sosiaalisesti ja taloudellisesti kestävällä tavalla (Valtion talouden tarkastuskeskus 2014, 16).

## 2.8 Vanhusten laitoshoido

Laitoshoido termin käyttö vaihtelee, mutta yleisimmin vanhustenhuollossa sillä tarkoitetaan terveyskeskusten vuodeosastoa, vanhainkoteja tai muita ympärivuorokautisia hoitolaitoksia.

Suomalainen vanhustenhuolto kävi läpi suurta murroksen aikaa 1940-1970. Tuolloin tapahtui rakenteellisia muutoksia sekä voimakasta laitosten rakentamista. Tavoitteena oli mahdollistaa laitoshoido kaikille suomalaisille vanhuksille. 1970 luvulla poistui käytöstä myös laki, joka oli velvoittanut lapset huolehtimaan vanhemmistaan. Samanaikaisesti tapahtui yhteiskunnallisia muutoksia kuten voimakas kaupungistuminen, teollistuminen ja naisten työssäkäynti yleistyi. Tuona aikana suomalaisessa terveyden- ja sairaanhoidossa alkoi sairaalalaitosten kukoistuskauti ja yleensä toimintojen voimakas laitoskeskeisyys. (Paasivaara 2002, 65-67.)

1980-luvulla ryhdyttiin käyttämään käsitettä sosiaalipalvelut sosiaalihuollon sijasta. Vanhustenhuoltoa muutettiin vanhustenpalvelujen suuntaan. Palveluajattelu oli vastareaktio suuren

murroksen aikaiselle laitostamiselle. 1970-1990 luvut olivat kehityskeskistä vanhuspalvelujen aikaa. Jonkin verran tapahtui arvomaailmassa muutoksia ja puhuttiin oikeudenmukaisuudesta ja oikeudesta saada tietyin edellytyksin hoitoa. Palveluhenkisessä vanhuspolitiikassa alettiin kehittää rakenteiden sijaan myös toimintamuotojen sisältöä. Tapahtui suunnanmuutos, jonka mukaan vanhusten tuli saada asua kotonaan mahdollisimman pitkään. Taustalla vaikutti ajatus monipuolisista palveluista, vanhusten itsenäisyyden kunnioitus ja omatoimisuuden edistäminen sekä havainto laitoshoidon kalleudesta. (Paasivaara 2002, 88-90.)

2010 Ikähoiva - työryhmän merkittävin ehdotus liittyi vanhusten ympärivuorokautisen hoidon rakenteisiin. Kolmiportainen (tehostettu palveluasuminen, vanhainkoti, terveyskeskussairaala) ympärivuorokautinen hoito haluttiin järjestää vain yhdelle portaalle. Tässä muutoksessa laitoshoidon korvaamaan ei pitäisi enää rakentaa uusia vastaavia laitospaikoja. Toimeentulon tueksi esitettiin kymmenen kohdan ohjelma. Uudistamisen liikkeellepanevina tekijöitä ovat ympärivuorokautisen hoidon pirstaleisuus, hoitoketjujen toimimattomuus, laatuongelmat ja palveluasumisen asiakasmaksujen epäyhtenäisyys (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010,15.). Tämä rakennemuutos on yhä käynnissä, mutta nyt kriittistä keskustelua käydään siitä onko tämän rakennemuutoksen varmistamiseksi tehty se mitä myös Ikähoiva- raportissa perään kuulutettiin. Eli että laitospaikkoja voidaan vähentää vain jos samanaikaisesti kehitetään muita kotona asumista tukevia palveluja. Tulisi myös muistaa, että palvelurakenne on kokonaisuus. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010,20.)

Nyt valtakunnallisena tavoitteena on, että pitkäaikainen laitoshoidon olisi yhä harvemmin käytössä oleva vanhuspalvelumuoto. Laitoshoidon määrätietoisesti vähennetty varsinkin koko 2000 luku. Oletettavasti laitoshoidon vähenee yhä edelleen, sillä laitoshoidossa aikaisemmin olleet kuuluvat nykyisin tehostetun palveluasumisen piiriin. Laitoshoidon vähentäminen on myös osa hallituksen rakennepoliittista ohjelmaa. Tähän tähtää myös vanhuspalvelulakiin vuoden 2015 alussa voimaan tullut muutos, jonka mukaan pitkäaikaista laitoshoidon annetaan vain joko lääketieteellisistä syistä tai asiakas- tai potilasturvallisuuden vuoksi. Ennen pitkäaikaisen laitoshoidon myöntämistä, kunnassa on selvitettävä kotiin annettavat palvelut ja muut avopalvelut. Eli nyt pitkäaikainen laitoshoidon tulisi olla yhteydessä ennen kaikkea iäkkään henkilön palveluntarpeeseen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2014c.)

Tarvetta laitoshoidolle aiheutuu nykyisin omaishoitajien tai omaisten uupumisesta, vaikeasta muistisairaudesta, muista fyysisistä tekijöistä ja sairauksista sekä myös yksinäisyydestä ja turvallisuudesta (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010,14). Lain uuden tarkennuksen mukaan myös nuo syyt joutuvat entistä huolellisempaan tarkasteluun. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen (Noro & Alastalo 2014) raportin mukaan jopa 12 % nykyisistä laitoshoidon asukkaista on sellaisia, jotka voitaisiin hoitaa muualla kuin laitoshoidossa. Saman selvityksen mukaan myös joka kolmas tehostetussa palveluasumisessa voisi mahdollisesti asua alkuperäisessä kodissaan.



Selvityksestä tulee ilmi, että kunnissa jo olevat palvelurakenteet määrittelisivät myös uusien asiakkaiden sijoittumisen eikä niinkään yksilöllinen palveluntarve. Tästä onkin vedetty johtopäätös, että rakenneuudistukselle on hyvät mahdollisuudet edetä. Nyt on jo osittain nähtävissä tämän uudistuksen vaikutuksia käytännössä, sillä kotihoidon resurssit eivät riitä uuden palvelutarpeen tyydyttämiseen.

Vuoden 2013 lopussa ikääntyneiden laitos- ja asumispalveluissa oli 75 vuotta täyttäneistä 10,7 %. Vanhainkodeissa oli vuoden 2013 lopussa noin 11 920 asiakasta, määrä on vähentynyt koko 2000 luvun ajan. Vuodesta 2012 asiakasmäärä vanhainkodeissa väheni 12,3 %. Ikääntyneet ovat laitoshoidossa myös terveyskeskusten vuodeosastoilla ja vuoden 2012 lopussa 65 vuotta täyttäneistä pitkäaikaisasiakkaita oli noin 4 740. Pitkäaikaishoito terveyskeskuksissa väheni noin 20 % edellisestä vuodesta. Tehostetun ja tavallisen palveluasumisen piirissä oli vuoden 2013 lopussa 39 675, tästä neljä viidesosaa oli tehostetun asiakkaita. Palveluasumisen määrä on taas puolestaan kasvanut jatkuvasti 2000-luvulla ja erityisesti ympärivuorokautinen eli tehostettu palveluasuminen on lisääntynyt. Tehostetun palveluasumisen määrässä oli edellisvuodesta nousua lähes kahdeksan prosenttia. (Väyrynen & Kuronen 2014a, 12; THL 2014a, 33-34.) Laitoshoidon kattavuudessa on eroja sekä kuntien että alueiden välillä. Esimerkkinä 75 vuotta täyttäneiden osuus laitoshoidossa vaihteli 1,4 %:n ja 4,5 %:n välillä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2014d).

#### 2.8.1 Laitoshoidon kustannusrakenne

Vuonna 2013 terveydenhuollon menoihin sisällytettävät vanhusten laitoshoidon palvelujen kokonaismenot olivat 718 miljoonaa euroa, tästä julkisten palveluntuottajien tuottaman laitoshoidon osuus oli 599 miljoonaa euroa. Pitkäaikaishoitoon liittyvät menot olivat yhteensä 337 miljoonaa euroa. (Matveinen & Knappe 2015.)

Laitoshoidossa hoitomaksuun sisältyy hoidon lisäksi täysi ylläpito eli ateriat, lääkkeet, vaatteet sekä puhtaudesta huolehtiminen. Tehostetussa palveluasumisessa asumisen kustannukset maksaa asukas itse samoin kuin muut tarvitsemansa palvelut käytön mukaan samoin kuin lääkkeet. Tarvittaessa asukas voi hakea KELA:lta avustusta asumiskustannuksiin. Palvelut on myös voitu hinnoitella erilaisiksi paketeiksi, jolloin asiakas valitsee itselleen sopivan ja maksaa siitä kokonaishinnan. Asukkaat tarvitsevat tässä palvelumuodossa runsaasti hoitoa ja palvelua, joten henkilökunta on paikalla ympäri vuorokauden. Palveluasumista voivat tuottaa kunnat, järjestöt sekä yksityiset yrittäjät.

Kuusikkokuntien selvityksen mukaan (Vartiainen 2014, 50) kaupunkien omien palvelutalojen kustannukset sisältävät kiinteän henkilöstön sekä tarvike- ja ruokakustannukset. Tehostetussa pitkäaikaaisessa palveluasumisessa kuntien tuottaman palvelun kustannus on keskimäärin 168

euroa/vrk (Vartiainen 2014, 144). Vanhainkotien kustannuksiin sisältyvät mm. hoitohenkilökunta, fysioterapeutit ja muut erityistyöntekijät, laitoksen johto ja esimiehet, hallintomenot, taloushallinto, henkilöstöhallinto, työhönotto, työterveyshuolto, työsuhteasunnot (nettomenot), arkisto, muut hallintopalvelut, vanhainkodin henkilöstön lääkäripalvelut tai ostopalvelulääkäripalvelut, laitosten kiinteistö-, ruoka-, siivous-, vaate- ja muut huoltopalvelut, hoitotarvikkeet, kuljetus, lääkkeet sekä irtaimen omaisuuden korot ja poistot (Vartiainen 2014, 51).

Vanhainkodin hoitovuorokauden keskimääräinen kustannus on 200 euroa/vrk (Vartiainen 2014, 144). Terveyskeskuksessa hoitovuorokauden kustannus on suurin eli 268 euroa (Vartiainen 2014, 144). Nämä kustannukset sisältävät mm. hallintomenot, terveyskeskuksen johdon ja hallinnon, taloushallinnon, henkilöstöhallinnon, henkilöstön työsuhteasunnot, henkilöstön työterveyshuollon sekä muut hallintopalvelut, hoitohenkilöstö, sairaalan hallinnon, teknisen yksikön, ravintokeskuksen, röntgenin, laboratorion, leikkausosaston, kliinisen fysiologian, kliinisen neurofysiologian, patologian, fysioterapian, hoitopalveluyksikön, toiminta-, ravitsemus- ja puheterapian, työhönoton, sosiaalityön, potilasasiakirjayksikön, postikeskuksen, välinehuollon, hygieniaosaston, keskusvaraston, vaatehuollon ja siivoushuollon sekä muiden huoltopalveluiden kustannukset. (Vartiainen 2014, 52.)

Honkamaan (Honkamaa 2014, 2-3) selvityksen mukaan tehostetussa palveluasumisessa henkilöstö-kustannusten osuus on kolme neljäsosaa. Suuret yksiköt ovat kannattavimpia, sillä näissä on keskimääräistä alhaisemmat kustannukset. Kolmas huomio on se, että niissä yksiköissä, joissa asukkaiden kognitiivisessa toimintakyvyssä on suuria eroja myös kustannukset ovat keskimäärin matalat. Henkilöstökulujen jälkeen merkittävä ryhmä on materiaalit ja palvelut, joka yleensä sisältää sekä organisaatiosta että ulkopuolelta hankittuja hyödykkeitä ja palveluja, näiden osuus on reilut 10 % ja kolmantena merkittävänä kustannusryhmänä on kiinteistön vuokraukseen ja kiinteistöhankintaan liittyvät kustannukset noin 10 %.

Tehostetun palveluasumisen keskimääräinen vuorokausi hinta sen tuottajalle oli 126 euroa eli vuodessa noin 46 000 euroa. Karkeasti laskettuna jos vuonna 2012 tehostetun palveluasumisen piirissä oli 31 4002 asiakasta, oli kokonaiskustannukset yllä mainitulla vuorokausihinnalla 1,44 miljardia euroa. Yksiköstä toiseen kustannuksissa vaihtelivat melkoisesti, halvimman ollessa 113 € ja kalleimman 165 €. 10 euron säästöllä hoitopäivän keskihinnassa voidaan säästää lähes 115 miljoonaa euroa vuotuisissa kokonaiskustannuksissa. (Honkamaa 2014, 1.)

Kaiken kaikkiaan on arvioitu, että iäkkäiden säännöllisesti palvelut maksavat noin 4,1 miljardia euroa vuodessa ja tästä yli 70 % menee ympärivuorokautiseen hoitoon tehostetun palveluasumisen yksiköissä ja laitoksissa (Suomen hallitus 2014). Sosiaali- ja terveysministeriö on vuonna 2011 tehdyissä laskelmissa arvioinut millaisia kustannusvaikutuksia erilaisilla palvelu-

rakennevaihtoehtoilla on. Näiden laskelmien mukaan 75 vuotta täyttäneiden laitoshoidon vähentäminen 4,3 %:sta 2-3 %:iin ikäluokasta yhdessä avopalvelujen parantamisen kanssa vähentäisi kustannusten kasvua 300 miljoonaa euroa vuodessa. (Kuusisto & Kauppinen 2013, 2.)

## 2.8.2 Laitushoito tulevaisuudessa

Jos Suomi aikoo päästä laatusuosituksen mukaiseen tavoitteeseen, jonka mukaan vuoteen 2017 mennessä 75 vuotta täyttäneistä 92 % asuu kotona, vaatii tämä sen, että ympärivuorokautinen hoito on todellakin erityisesti muistisairaille ja arkiapua tarvitseville viimeinen vaihtoehto. Voidaan kuitenkin todeta, että laitoshoidon kaltaista huolenpitoa tai tehostettua palveluasumista tullaan tulevaisuudessa edelleen tarvitsemaan kaikkein huonokuntoisimmille. Uuden lainsäädännön muutoksen odotetaan vauhdittavan laatusuosituksen mukaiseen laitoshoidon tavoitteeseen pääsyä vuoteen 2017 mennessä. (Mäkelä, Finne-Soveri & Noro 2014, 1.)

Vanhuspalvelujen rakennemuutos jatkuu yhä, jotta yllämainittuun tavoitteeseen tullaan pääsemään. Kinnulan, Malmin ja Vauramon (2014, 110) mukaan vielä noin 20 000 laitoshuone- ja palveluasumipaikkaa on purettava. Heidän visiossaan palvelut tuotetaan tulevaisuudessa kotipalvelukeskuksesta, joka sijaitsee erityisessä ikäihmisille suunnatussa palvelukorttelissa. Samasta korttelista löytyvät ikäihmisten asunnot ja palvelut kuten harrastetilat, ravintolat, ohjattu liikunta ja kuntoutus jne. Jo olemassa olevat julkiset tilat kuten koulut, kirjastot tai päiväkodit muodostaisivat tällaiselle monipuoliselle palvelukorttelille luontevan alustan. Näin vanhukset eivät eriydy yhteiskunnasta vaan päinvastoin ikääntyminen voisi elävöittää koko keskustaa ja eri toiminnot tukevat toisiaan korttelissa. (Kinnula, Malmi & Vauramo 2014, 109-111.)

On mielenkiintoista seurata mihin suuntaan laitushoito tulevaisuudessa kehittyy. Tarvetta muistisairaiden laitoshoidolle on varmasti, mutta kuinka kehitymme makuuttavasta ja passiivosta laitoshoidosta kohti aktiivisuutta korostavaan hoivaan. Toivottavasti myös voisimme kehittää hoivaa ja hoitoa pienintä mahdollista lääkitystä käyttävään suuntaan ja välttää yllä-lääkitsemistä ja mahdollisia lääkkeiden päällekkäiskäytöstä aiheutuvia oireita. Tavoitteena tulisi olla myös laitoshoidossa mahdollisimman toimintakykyinen vanhuus sekä kärsimysten lievittäminen ja hyvä elämä.

## 3 Opinnäytetyön toteuttaminen

Opinnäytetyön aihe kehittyi vielä jonkin verran opinnäytetyöprosessin aikana. Alkuperäisen aiheidean esittämisen jälkeen käytiin keskusteluja Kirkkonummen kunnan kotihoidon päällikön sekä kunnan talouspäällikön kanssa. Keskustelujen tuloksena opinnäytetyössä keskitytään taloudelliseen tarkasteluun eli tulokset esitellään pohjautuen kunnan todellisiin kustannuk-

siin. Yhtenä mahdollisuutena olisi ollut myös käsitellä sekä kotihoidon että laitoshoidon laatua jollain tasolla, mutta ne päätettiin jättää tarkoituksellisesti pois tästä työstä työn laajuutta ajatellen. Aluksi tietoa etsittiin kirjallisuudesta ja perehdyttiin aiheeseen pääasiassa erilaisien raporttien, tutkimuksien ja selvityksien kautta. Pääasiallisina lähteinä olivat erilaiset Sosiaali- ja terveysministeriön ja Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitoksen julkaisut. Tutkimusosiossa käytetyt kustannustiedot sekä toiminnanohjausraportin tiedot saatiin Kirkkonummen kunnalta.

Opinnäytetyössä painotus oli teorian käsitteissä ja aiheesta löytyneissä julkaisuissa ja selvityksissä. Työtä tehtäessä tuntui siltä, että oli tärkeää selvittää, mitä ja miten aihetta on käsitelty ja tutkittu ja mitä todellisia argumentteja on näiden selvitysten pohjalta esitetty. Näiden selvitysten ja tutkimusten pohjalta myös pitkälle ohjataan päätöksentekoa kunnissa ja koko maassa, joten haluttiin tietää miten tarkasti näitä kustannustietoja oli saatavilla. Yksittäisen kunnan kustannuksien selvittäminen ja tulkitseminen oli tärkeää, jotta tälle tiedolle saatiin todellista vertailupohjaa.

### 3.1 Opinnäytetyön tarkoitus ja tutkimuskysymykset

Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa määrällistä tietoa Kirkkonummen kunnan kotihoidon ja laitoshoidon kustannuksista sovitun ajanjakson ajalta. Näitä kustannustietoja verrattiin toisiinsa ja selvitettiin kustannusrakenteita; miten kustannukset syntyivät, mitä kustannukset sisälsivät sekä mitkä olivat suurimmat kustannuserät. Tavoitteena oli sisällyttää muun muassa kotihoidon kustannuksiin kaikki todelliset kustannukset ja kaikki kustannukset mitkä johtuivat siitä, että vanhus kykenee ylipäättään asumaan kotonaan tutkittuna ajanjaksona.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli avata kustannuksia ja selvittää kuinka kustannukset jakautuivat myös valtakunnan tasolla. Laitoshoidosta kotihoitoon siirtyminen on Suomen vanhuspolitiikassa keskeisellä sijalla. Hallituksen ”rakenteellisten uudistusten paketissa” laitoshoidosta kotihoitoon siirtyminen säästäisi kuntien menoja 300 miljoonaa euroa. On kuitenkin arveltu, että tämä Sosiaali- ja terveysministeriön alkuperäinen arvio kuntien toimintamenojen säästöstä on liian teoreettisesti arvioitu. Tässä arviossa ei ole huomioitu, että asiakkaiden ja KELA:n maksusuudet kasvavat jonkin verran. Lisäksi Sosiaali- ja terveysministeriön esityksestä puuttuvat ehdotukset valtion toimenpiteiksi, joilla laitoshoidon vähentämistä vauhditetaan. Alkuvaiheessa muutos saattaakin lisätä kustannuksia, ja säästöt näkyvät vasta pidemmällä aikavälillä. (Valtioneuvosto, 2013.)

Kotihoito ensisijaisena hoitomuotona on useimpien vanhusten ja heidän omaistensa toiveena. Kuntien on turvattava kotihoitoon riittävät henkilöstöresurssit samoin kuin muut resurssit,

jotta laitoshoidosta luopuminen käytännössä toimisi. Tämän näkökulman huomioon ottaminen oli tutkimuksessa tavoitteena. Opinnäytetyö painottui kustannusten selvittämiseen, ei niinkään siihen, mikä oli inhimillistä ja ihmisarvoista hoivaa ja miten ja missä se tulevaisuudessa toteutetaan. Toki myös näitä asioita sivuttiin ja todellisuudessa erityisesti nämä asiat tulisi ottaa huomioon päätettäessä ikääntyneen henkilön hoivan ja hoidon paikka.

Yhtenä tavoitteena oli myös selvittää voidaanko määrittää kulminaatiopiste missä vaiheessa yksittäisen asiakkaan kotihoito ei ole enää kunnan kannalta taloudellisesti kannattavaa tai järkevää. Eli toisin sanoen kuinka monta kotikäyntiä vuorokaudessa oli taloudellisesti kalliimpaa verrattuna laitoshoidosta kunnalle aiheutuneisiin kustannuksiin.

Tutkimusongelma ja -kysymykset painottuivat Kirkkonummen kunnallisen kotihoidon ja hoitomuodon eroihin:

- 1) Millä tavoin kotihoidon ja laitoshoidon kustannukset muodostuvat Kirkkonummen kunnassa?
- 2) Millä tavoin kotihoidon ja laitoshoidon kustannukset poikkeavat toisistaan?
- 3) Millaisia kehittämistarpeita kotihoidon ja laitoshoidon todellisten kustannusten määrittämisessä koettiin?

Tutkimusaihe oli hyvin käytännöllinen ja ajankohtainen. Kirkkonummen kunta toivoi tämän selvityksen avulla saavansa lisätietoa kustannusten jakautumisesta hieman eri näkökulmasta tarkasteltuna. Opinnäytetyössä hyödynnettiin myös ensimmäistä kertaa kotihoidon toiminnanohjausjärjestelmän tietoja. Tutkimusta voidaan myös käyttää apuvälineenä, kun suunnitellaan mm. kotihoidon toimintoja ja menoja. Myös tulevaisuuden kustannuksia pystytään arvioimaan tarkemmin, kun nykyiset menot selvitetään. Yhteiskunnalliselta kannalta on myös mielenkiintoista tuoda esille ne palvelujen vaatimukset ja suositukset, joita jo laki määrää kunnan velvollisuudeksi.

### 3.2 Tutkimusmenetelmä ja aineiston kuvaus

Tutkimusote oli kvantitatiivinen. Keskeistä tälle opinnäytetyölle oli teoriaan tutustuminen, käsitteiden määrittely, määrällisen numeerisen aineiston kerääminen ja tulkitseminen. Kvantitatiiviselle tutkimukselle keskeinen muuttujien muodostaminen ja aineiston käsitteleminen numeerisesti sekä tulosten kuvaileminen esimerkiksi prosenttitaulukoiden avulla oli tälle tutkimukselle tyypillistä.

Tutkimusongelma rajattiin koskemaan vain Kirkkonummen kuntaa ja vertailuaineistona käytettiin valtakunnallista vertailutietoa, jos luotettavaa tietoa oli saatavilla. Aineisto oli täsmällisesti rajattu, joka esitettiin lukuina, jotka saatiin kunnan taloushallinnosta sekä kotihoidosta.

Aineistona käytettiin Kirkkonummen kunnan kotihoidon ja laitoshoidon toteutuneita tietyn ajanjakson kustannuksia tilinpäätöstiedoista ja tuloslaskelmasta. Kotihoidon toiminnanohjausjärjestelmän kautta saatuja aikatietoja sekä henkilöstöhallinnosta saatuja tehtyjä työtuntitietoja. Valtakunnallista kustannustietoa haettiin muun muassa Sosiaali- ja terveysministeriön tilastoista ja julkaisuista, Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen SOTKANet palvelusta sekä muista tilastolähteistä. Kustannustiedot käsiteltiin MsOfficen Excel-taulukointiohjelmalla. Tärkeää aineiston keruussa oli tietojen tarkistus ja varmistaminen, että luvat olivat todellisia ja toteutuneita kustannuksia. Tulosten tulkitsemisessa apuna käytettiin sijaintilukuja kuten esimerkiksi keskiarvoa.

Opinnäytetyön eri vaiheissa keskusteltiin ja haastateltiin kunnan talouspäällikköä, kotihoidon päällikköä sekä toiminnanohjausjärjestelmän raportoinnista vastaavaa henkilöä. Lukujen tulkitsemisessa merkittävänä apuna oli kunnan talouspäällikkö. Näissä palaverissa keskusteltiin myös siitä, miten eri kunnissa tarjottava kotihoito vaihteli ja kuinka lukujen vertaaminen eri kuntien välillä oli hankalaa ja näissä vertailuissa tehdään usein vääriä tulkintoja, sillä kuntien tarjoamien kotihoidon palvelujen sisältöjen välillä oli hyvin suuria eroja samoin kuin asiakkaiden hoitoisuudessa.

Kirkkonummen kotihoidossa syksyllä 2014 käyttöönotettu toiminnanohjausjärjestelmä oli vielä syksyllä käyttöönottovaiheessa ja työntekijät vasta opettelivat ja totuttelivat laitteen käyttöön. Niinpä päädyimme yhdessä kunnan edustajien kanssa siihen, että toiminnanohjausjärjestelmästä saatuja lukuja raportoitiin opinnäytetyötäni varten vain ajanjaksolta 1.3.2015-30.4.2015 eli kahden kuukauden ajalta. Näin luvat olivat mahdollisimman luotettavia ja niitä analysoiden voitiin tehdä jo joitakin johtopäätöksiä. Raporttien tulostamisessa kunnassa oli hieman haasteita, sillä järjestelmässä oli vielä joitakin käyttöönoton jälkeisiä epäselvyyksiä. Kaikki kuitenkin onnistui lopulta hyvin ja myös kunnassa havaittiin, että erilaisia raportteja kehittämällä ja niitä tulkitsemalla toiminnanohjausjärjestelmän käytöstä saadaan todellisia etuja ja hyötyjä kotihoidon toiminnan kehittämiseen.

Tässä opinnäytetyössä esitellään ja kerrotaan vain ne luvut, jotka ovat tulkinnan ja pohdinnan kannalta oleellisia.

#### 4 Opinnäytetyön tulokset

Tämän kappaleen alussa kerrotaan hieman tarkemmin Kirkkonummen kunnan vanhustenhuollon kustannuksista ja lopuksi esitellään opinnäytetyön kannalta keskeisimmät löydökset kunnan kotihoiton ja kodin ulkopuolisen asumisen kustannuksista.

Vuonna 2013 (Mikkola, Nemlander & Tyni 2013, 54) keskisuurten kuntien (mukana 19 kuntaa) sosiaali- ja terveystoimen kustannusten vertailussa Kirkkonummen ikävakioidut kokonaiskustannukset olivat kahdeksanneksi suurimmat eli 3895 euroa/asukas. Sosiaalitoimen ikävakioidut kustannukset puolestaan olivat vertailukaupunkien kolmanneksi suurimmat ollen 2178 euroa/asukas. Vanhuspalvelujen kustannukset olivat vertailukaupunkien suurimmat eli 779 euroa/asukas. Kirkkonummella merkittävän suuria kustannuseriä vanhuspalveluissa verrattuna muiden keskisuurten kaupunkien keskiarvoon olivat lähes kaikki vanhuspalvelujen palvelut kuten omaishoidon tuki, kotihoito ja ympärivuorokautinen hoito (Mikkola ym. 2013, 56). Kirkkonummi sijaitsee Etelä-Suomessa ja kunnan asukkaiden verotulot ovat suhteellisen korkeat ja ikärakenne on enemmän lapsi- kuin vanhuspainotteinen, joten luulisi, että tilanne olisi päinvastainen. Tässä työssä ei varsinaisesti selvitetty syitä, miksi näin on, mutta tuloksien yhteydessä heräsi kuitenkin ajatuksia, mitkä seikat mahdollisesti johtivat suuriin kustannuksiin.

##### 4.1 Vanhusten kotihoito ja kustannukset Kirkkonummella

Kirkkonummen kunnan säännöllisen kotihoiton asiakasmäärä oli kasvanut vuodesta 2012 vuoteen 2014 lähes 12 % (Taulukko 4), vuonna 2014 asiakkaita oli 242 kpl. Taulukossa 4 näkyvät eriteltyinä kotipalvelun ja kotisairaanhoidon asiakasmäärät, kotihoito on laskettu näistä luvuista ja huomioitu se, että asiakas oli mahdollisesti molempien palveluiden asiakas.

Kirkkonummen kunnassa kotihoiton asiakkaista noin 17 % kuului RAVA- luokkiin 4-6 eli he kuuluivat hoitoisuudeltaan kaikista vaativimpiin luokkiin. Enemmistö asiakkaista oli luokassa 2, tämän luokan asiakkaat tarvitsevat tuettua hoitoa. Asiakkaiden keski-ikä oli 82 vuotta. Huhtikuussa 2015 asiakkaita kotihoidolla oli 276 kpl.

	2012	2013	2014
Kotipalvelu	113	111	110
Kotisairaanhoido	177	188	205
<b>Kotihoito</b>	<b>213</b>	<b>225</b>	<b>242</b>

TAULUKKO 4. Kirkkonummen kunnan säännöllisen kotihoiton asiakasmäärä 2012-2014. Lähde: Kirkkonummen kunta.

Kirkkonummen kotihoito oli jaettu kuuteen tiimiin, joissa oli kolme tiiminvetäjää. Kotihoiton alueita oli kolme, jotka oli jaettu maantieteellisin perustein (Keskusta, Itä ja Pohjoinen),

näillä alueilla oli kaksi alue-esimiestä. Kotihoidon päällikkö oli vastuussa kotihoidon toimintojen sujumisesta ja hänen esimiehenään oli ylilääkäri, jonka vastuulla olivat ikäihmisten hyvinvointiasiat yleisesti kunnassa.

Kirkkonummen kotihoidon asiakkaaksi pääsy käynnistyi kartoituskäynnillä asiakkaan kotona. Jokaiselle asiakkaalle kartoitettiin ja arvioitiin tarkoituksenmukainen järjestely hoidon ja hoidon toteutuksessa ja laadittiin alustava palvelu- ja hoitosuunnitelma. Myös asiakkaan oma näkemys ja kannanotto huomioitiin ja kirjattiin muistiin. Palvelutarpeen arvioinnissa käytettiin RAVA-mittaria (huomioiden yksilöllisesti mielenterveys-, päihde- ja muistiongelmaiset) ja tarvittaessa MMSE-muistitestiä. Viitteellinen RAVA arvo oli 2.0. Haastatteluja ja havainnointia hyväksi käyttäen selvitettiin kotona selviytymistä heikentävät sairaudet, asunto-olosuhteet ja sosiaalinen verkosto. Säännöllisen kotihoidon piiriin otettu henkilö ei selvinnyt yksin arkielämän toiminnoista itsenäisesti, omaisten tai muiden palvelujärjestelmien avulla.

Kunnan kotihoito oli määritelty kolmeen luokkaan.

1. Toistuva tuki annettiin kotihoidon käynteinä maksimissaan 3 käyntiä vuorokaudessa. Käynnille ei ollut aikarajaa.
2. Tehostettu tuki annettiin kotihoidon käynteinä maksimissaan 4 käyntiä vuorokaudessa korkeintaan 3 kuukauden ajan. Mikäli tarve jatkui, käynnistettiin SAS (selvitä, arvio, sijoita)-arviointi.
3. Tilapäinen intensiivinen tuki oli maksimissaan viikon ajan 5-6 käyntiä vuorokaudessa. Tilapäinen intensiivinen tuki annettiin, kun asiakkaan kunto heikentyi tai asiakas kotiutui sairaalasta.

Loppusyksyllä 2014 kunnassa käyttöönotetun toiminnanohjausjärjestelmän tavoitteena oli mm. tuoda helpotusta työntekijöiden toiveeseen olla asiakkaan luona se aika, minkä hän todellisuudessa tarvitsee eli välittömän työajan toivottiin lisääntyvän. Myös tarve ja halu jakaa työt tasaisemmin työvuoron aikana olivat tavoitteina. Kotihoidossa yleiseen aamun ruuhka- huippujen purkamiseen haluttiin muutosta. Toiminnanohjausjärjestelmän kautta oikea ihminen suoritti hänelle kuuluvaa työtä ja mahdollisimman oikeaan aikaan asiakkaan kannalta. Näin palvelusuunnitelman tavoitteet myös toteutuivat käytännössä. Toiminnanohjausjärjestelmään siirtymisen taustalla vaikuttivat toki myös taloudelliset hyödyt ja säästöt kustannuksissa. Käytännössä tämä toiminnanohjausjärjestelmä oli tietokoneohjelma, joka jakoi työt optimoinnilla sinne asetettujen työntekijä- ja asiakaskohtaisten optimointitietojen pohjalta. Työnjakajat tekivät tarvittaessa manuaalisesti muutoksia, jos huomattiin, että henkilökunnan kuormituksessa oli huomattavia eroja.

Käytännössä päivittäin jaettavia töitä oli keskimäärin noin 150 kpl yleensä. Työntekijöiden työvälineenä oli puhelin, johon oli asennettu tämä mobiilisovellus. Puhelin toimi ns. ”juoksu-



listana”, jossa näkyivät asiakkaan perustiedot, hoito- ja palvelusuunnitelma, työn oikea suoritamisaika sekä käynnin kesto. Mobiililaitteen avulla työntekijä kirjasi itsensä sisään ja teki tarvittavat kirjaukset ja tilastoinnit. Mobiililaitte toimi myös avaimena asiakkaan luokse. Sähkölukko asennettiin asiakkaille, jotka olivat säännöllisen kotihoidon piirissä ja heillä oli useampia käyntejä päivässä. Järjestelmän avulla myös asiakaslaskutus muuttui aikaperusteiseksi.

Tutkittavina olevien kahden kuukauden (1.3.- 30.4.2015 eli yhteensä 61 päivää) aikana toiminnanohjausjärjestelmän kautta selvitetty numeeriset kappalemääräiset käyntimäärät olivat kotipalvelussa 5051 käyntiä ja kotisairaanhoidossa 5004 käyntiä. Eli keskimäärin kotipalvelun käyntejä kyseinä ajanjaksona oli 83 käyntiä päivässä ja kotisairaanhoidossa 82 käyntiä päivässä. Myös tilapäisiä käyntejä oli kyseisenä aikana jonkin verran, mutta niiden osuus tällä ajanjaksona ei ollut merkittävää. Toki täytyy huomioda, että käynnit eivät jakautuneet kaikille viikonpäiville täysin tasaisesti. Yhä edelleen kotihoidon eri tiimit pystyivät toki jonkin verran vaikuttamaan siihen, milloin jokin työ suoritettiin eli minä viikonpäivänä ja mihin aikaan päivästä. Tavoitteena oli koko ajan, että viikoittain toistuvat työt jakaantuisivat tasaisemmin.

Toiminnanohjausjärjestelmän optimoinnilla haettiin juuri ratkaisua siihen, että käynnit/ajot olivat maantieteellisesti lähekkäin ja näin välittömän työn osuus säilyisi mahdollisimman suurena. Toiminnanohjausraporteista selvisi myös, että suunnitelluissa ja toteutuneissa töissä oli merkittävä ero kyseinä ajanjaksona eli suunniteltuja töitä oli enemmän kuin mitä oli toteutunut. Jos tästä tällaisenaan tehtäisiin johtopäätös, näytti siltä, että töitä saatiin tehtyä huomattavasti vähemmän kuin niitä oli järjestelmässä. Mutta kun tätä asiaa ryhdyttiin selvittämään, selvisi että järjestelmään kirjautuivat kaikki työtehtävät eikä se huomionnut mm. tulleita käynnin peruutuksia ja sitä jos asiakas esim. joutui sairaalaan ja hänellä oli palvelusuunnitelmassa kolme käyntiä vuorokaudessa, ne näkyivät tekemättöminä töinä. Tähän toivottiin muutosta ja toivottavasti jatkossa raportit antavat totuudenmukaisen kuvan kokonaistöiden määrästä.

Kotihoitokäynnin hinnaksi vuoden 2014 tilinpäätöstiedoista laskettuna tuli 62,95 euroa, joka oli valtakunnallisesti verrattuna suhteellisen korkea. Honkamaan (2014, 5) selvityksessä, joka pohjautui suljettuun RAI-tietokantaan 19 julkiselta palvelutuottajalta, selvitetty keskimääräinen käynnin hinta oli 32 euroa, tämä tieto oli laskettu vuoden 2012 tiedoista. Uudempiin vertailutietokantoihin tutustumalla olisi ollut mahdollista tehdä vertailua laajemmalti ja ajankohtaisilla kustannuksilla. Vertailutietokannat ovat Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitoksen ylläpitämiä ja kokoamia ja sinne pääsevät vain yhteisrahoitteiseen toimintaan osallistuvat organisaatiot, joten opinnäytetyön puitteissa ei tähän tietokantaan päässyt käsiksi. Näistä vertailutietokannoista olisi ollut mahdollista saada myös tietoa ympärivuorokautisen ja palveluasumisen kustannuksista.

Viimeisimmän kuusikkokuntien selvityksen (Vartiainen 2014, 60) mukaan kuntien omien käyntien yksikkökustannus (euroa/käynti) vaihteli 46,30 - 31,60 euron välillä, keskiarvon ollessa 39,70 euroa. Tämän selvityksen tiedot pohjautuivat vuoden 2013 tietoihin. Tarkasteltaessa keskiarvon kehitystä vuodesta 2005 vuoteen 2013, olivat kuusikkokunnat kyenneet hieman laskemaan yksikkökustannusta (Vartiainen 2014, 145). Tähän on ollut mahdollisesti syynä asiakkaille tarjottujen palvelujen karsiminen sekä toiminnan tehostaminen ja kehittäminen.

Tarkasteltaessa Kirkkonummen kunnan kotihoidon käynnin hintaa aikaisemmilta vuosilta huomattiin, että se oli pysytellyt jo muutaman vuoden reilussa 60 eurossa käynniltä. Uuden toiminnanohjausjärjestelmän vaikutusta ei vielä hinnassa näy, mutta käyttöönoton myötä odotetaan toiminnalta tehostumista ja sitä kautta hinnan alentumista. Nyt saadut ensimmäiset tunti hinnat olivat kotisairaanhoidolle noin 102 euroa/tunti ja kotipalvelulle noin 82 euroa/tunti. Kotihoidolle saatiin tuntihinnaksi 92,46 euroa. Nykyisille käyttöastepercentageille, kotipalvelu 43,5 % ja kotisairaanhoido 47 %, toivottiin myös muutosta. Sillä jos käyttöastepercentageit nousivat myös tuntihinnat ja käynnit halpenisivat.

Merkittävä huomio selvityksessä oli myös se, että käynnin keskimääräinen toteutunut kesto kotipalvelun osalta poikkesi huomattavasti suunnitellusta. Tutkitulla ajanjaksolla kotipalvelun toteutunut käynnin kesto oli 64 minuuttia eli yli puolet enemmän kuin oli suunniteltu. Kotisairaanhoidon käynti puolestaan oli tutkitulla ajanjaksolla alhaisempi kuin suunniteltu. Näiden kahden kuukauden toteutuneiden toiminnanohjausjärjestelmästä saatujen tietojen kautta laskettuna uudeksi kotihoidon käyntihinnaksi tuli noin 71 euroa. Tätä tästä tutkimusaineistosta saatua käynnin hintaa ei ole tarkoituksenmukaista käyttää, vaan tilinpäätöstiedoista vuoden lopussa laskettava käynnin hinta on totuudenmukaisempi. Käyntiaikaa lyhentämällä laski myös käynnin hinta, mutta eri asia on onko se järkevää ja tarkoituksenmukaista. Lyhentynyt käyntiaika ei välttämättä palvele asiakasta niin kuin sen pitäisi, eikä se välttämättä myöskään turvaa kotona oloa. Käyntiajan lyhentäminen todennäköisesti tarkoittaisi myös kotihoidon käytäntöjen muuttamista, mutta ennen kuin tällaisiin toimenpiteisiin ryhdyttäisiin, tulisivat työtehtävät ja palvelut määrittää todella tarkasti ja huolellisesti. Myös toiminnanohjausjärjestelmän raportteja tarvittaisiin pidemmältä ajanjaksolta ja sen tueksi muuta seurantaa.

Kotipalvelun toteutuneiden käyntien keston huomattava ero suunniteltuun keston oli vielä tässä vaiheessa arvailun varassa, mutta todennäköisesti syynä suuren eroon suunnitellun ja toteutuneen käynnin kestossa oli yksinkertaisesti vääriin arvioihin pohjautuvat optimointitiedot järjestelmässä. Toisena vaihtoehtona oli se, että työntekijät tekivät asiakkaan luona enemmän työtä kuin palvelusuunnitelmassa oli sovittu ja arvioitu ja/tai työt/palvelut yksinkertaisesti kestivät arvioitua kauemmin. Tulevaisuudessa erilaisten työtehtävien kestot tulisi pystyä arvioimaan tarkemmin esim. työntutkimusta tekemällä. Näin myös asiakkaille tehtävä palvelusuunnitelma olisi mahdollisimman realistinen samoin kuin asiakkaalle tehty tuntiperus-

teinen asiakaslaskutus. Asiakkaiden kuntoisuuden yliarvioiminen voi myös olla syynä siihen, että arvioidut käyntien kestot olivat alakanttiin. Tämä tarkoittaisi käytännössä sitä, että asiakkaat olivat todellisuudessa huonokuntoisempia kuin oletettiin tai RAVA-tulokset osoittivat.

Kirkkonummen kunnassa kotihoidon kustannusten rakennetta tutkittaessa havaittiin, että kustannuserien osuudet kokonaiskustannuksista noudattivat Honkamaan (2014, 5) tutkimuksen tuloksia. Eli henkilöstökulut olivat selkeästi suurin kustannuserä noin 84 % kokonaiskustannuksista, Honkamaan (2014, 5) tutkimuksessa nämä kustannukset olivat noin 85 %. Materiaalit ja palvelut olivat Kirkkonummella noin 12,8 %, kun vertailututkimuksessa ne olivat 9,3 %. Kiinteistö/vuokrakulut Kirkkonummella olivat noin 3,2 % ja vertailututkimuksessa puolestaan noin 4,3 %. Eli kokonaiskustannusten rakenne ei juuri poikkea merkittävästi Honkamaan (2014, 5) tutkimuksen tuloksista. Kaiken kaikkiaan kotihoidossa henkilöstökulujen osuus oli korostunut. Hyvällä työvuorosuunnittelulla ja reittien ja asiakkaiden tarpeiden yhteensovittamisella oli siis huomattava merkitys, sillä vaikutus kustannuksissa oli suuri.

Kotihoidon henkilöstökustannuksien yhteydessä puhutaan myös paljon välittömän ja välillisen työajan osuudesta kokonaistyöajasta. Valtion talouden tarkastusviraston (2010, 74) selvityksessä kunnissa tehdyn haastattelun mukaan välittömän asiakastyön osuus vaihteli noin 50 prosentista yli 70 prosenttiin kotihoidossa. Haastatteluissa selvisi myös, että välillisen työajan osuus on kasvanut, aikaa kuluu entistä enemmän kirjaamisiin, siirtymisiin ja erilaisten hoitotyöhön liittyvien asioiden hoitamiseen (Valtion talouden tarkastusvirasto 2010, 74.) Kirkkonummella tutkitusta kahden kuukauden aineistosta selvitetty välittömän työajan osuus oli 44,6 %. Helsingin kaupungissa vuonna 2006 tehdyssä välittömän ja välillisen työajan seurannassa, välittömän työajan osuudeksi saatiin 44 % (Helsingin kaupunki 2007).

Välittömän työajan osuus oli melko alhainen ja vaatiikin lisäselvitystä. Olisi hyvä tietää mihin välillinen ja muu työaika käytettiin. Tällä tutkimuksella ei tähän saatu vastauksia. Työntekijöiden työajanseuranta voitaisiin toteuttaa henkilökohtaisella työajankäytön seurannalla tai ulkopuolisen havainnoitsijan toimesta, jolloin saataisiin selville se kuinka paljon työaikaa kului siirtymisiin ja matkoihin asiakkaiden luokse, itse asiakastyön suunnitteluun ja kirjaamisiin, kokouksiin, koulutuksiin, toimistotöihin sekä muihin välittömän työn ulkopuolelle kuuluviin töihin. Keskusteluissa kunnan edustajan kanssa siirtymisten ja matkojen osuudeksi oli arveltu valtakunnan tasolla yleisesti kotihoidossa noin 8- 15 %. Tämä tutkimus ei tuonut tähän lisäselvyyttä.

Tutkimusaineistosta oli tavoitteena selvittää se, kuinka monta käyntiä tai nykyisin kuinka paljon aikaa (tunteja) asiakkaan luona voidaan käyttää, jotta kotihoito oli kunnan kannalta vielä kannattavaa. Tätä selvitettyä jouduttiin tekemään yksinkertaistuksia, eikä mm. inhimillisiä tai laadullisia tekijöitä, eikä asiakkaiden hoitoisuuden tasoa, henkilökunnan määriä ja asia-

kasmääriä huomioitu. Ja näin ollen tulos laskettiin suoraan käyntihinnasta ja verrattiin Hoito-koti Lehmuskarton vuorokausihintaan. Näin yksinkertaistettuna tulos ei ole täysin yksiselitteinen eikä tämän tiedon pohjalta voi tehdä juurikaan johtopäätöksiä (Taulukko 5). Tulokseksi tuli, että keskimääräisiä 46 minuutin pituisia käyntejä voitiin tehdä yhdelle asiakkaalle 2,78 käyntiä päivässä. Jos tämä käyntimäärä kyseessä olevalla kestolla ylittyy, oli laitoshoido edullisempaa (laitushoido 197, 43 euroa/vrk). Tärkein huomio oli se, että käyntihinnan kustannuksia alentamalla ja käynnin kestoa lyhentämällä kotihoito pysyy edullisempana hoitomuotona.

		-20 %	-15 %	-10 %	-5 %	70,90 €	20 %	40 %	60 %	80 %	100 %	120 %	140 %	160 %	178 %
		56,72 €	60,26 €	63,81 €	67,35 €	70,90 €	85,08 €	99,26 €	113,44 €	127,62 €	141,80 €	155,98 €	170,16 €	184,33 €	197,43 €
-80 %	9 min	4,00	4,25	4,50	4,75	5,00	6,00	7,00	8,00	9,00	10,00	11,00	12,00	13,00	13,92
-70 %	14 min	2,67	2,83	3,00	3,17	3,33	4,00	4,67	5,33	6,00	6,67	7,33	8,00	8,67	9,28
-60 %	18 min	2,00	2,13	2,25	2,38	2,50	3,00	3,50	4,00	4,50	5,00	5,50	6,00	6,50	6,96
-50 %	23 min	1,60	1,70	1,80	1,90	2,00	2,40	2,80	3,20	3,60	4,00	4,40	4,80	5,20	5,57
-40 %	28 min	1,33	1,42	1,50	1,58	1,67	2,00	2,33	2,67	3,00	3,33	3,67	4,00	4,33	4,64
-30 %	32 min	1,14	1,21	1,29	1,36	1,43	1,71	2,00	2,29	2,57	2,86	3,14	3,43	3,71	3,98
-20 %	37 min	1,00	1,06	1,13	1,19	1,25	1,50	1,75	2,00	2,25	2,50	2,75	3,00	3,25	3,48
-10 %	41 min	0,89	0,94	1,00	1,06	1,11	1,33	1,56	1,78	2,00	2,22	2,44	2,67	2,89	3,09
46 min	46 min	0,80	0,85	0,90	0,95	1,00	1,20	1,40	1,60	1,80	2,00	2,20	2,40	2,60	2,78
10 %	51 min	0,73	0,77	0,82	0,86	0,91	1,09	1,27	1,45	1,64	1,82	2,00	2,18	2,36	2,53
20 %	55 min	0,67	0,71	0,75	0,79	0,83	1,00	1,17	1,33	1,50	1,67	1,83	2,00	2,17	2,32
30 %	60 min	0,62	0,65	0,69	0,73	0,77	0,92	1,08	1,23	1,38	1,54	1,69	1,85	2,00	2,14
40 %	64 min	0,57	0,61	0,64	0,68	0,71	0,86	1,00	1,14	1,29	1,43	1,57	1,71	1,86	1,99

Taulukko 5. Kotihoito käyntihinnalla 70,90 €/käynti verrattuna laitoshoidon 197,43 €/vrk.

Alla olevassa taulukossa (Taulukko 6) on koottuna tutkimusaineistosta saadut tulokset.

<b>Jaksolla 1.3.-30.4.2015 Toiminnanohjausjärjestelmästä:</b>	Tulos	yksikkö
<b>Toteutuneita töitä yhteensä</b>	10 055	kpl
<b>Toteunut kesto yhteensä</b>	7710:28:00	h
<b>Kotisairaanhoidon keskimääräinen käynnin kesto</b>	0:27	h
<b>Kotipalvelun keskimääräinen käynnin kesto</b>	1:04	h
<b>Kotihoito keskimääräinen käynnin kesto</b>	0:46	h
<b>Kotisairaanhoidon käynti</b>	102,27	€/h
<b>Kotipalvelun käynti</b>	82,74	€/h
<b>Kotihoidon käynti (Toiminnanohjausjärjestelmästä )</b>	92,46	€/h
<b>Kotihoidon käynti (Tilinpäätöstiedoista)</b>	62,95	€/käynti
<b>Kotihoidon käynti (Toiminnanohjausjärjestelmästä )</b>	70,90	€/käynti
<b>Välittömän työajan osuus</b>	44,6	%
<b>Kotihoidon kustannuserät</b>		
Henkilöstökulut	84	%
Materiaalit, palvelut ja ostot	12,8	%
Vuokrat	3,2	%

TAULUKKO 6. Kirkkonummen kunta kotihoito. Lähteet: Kotihoidon toiminnanohjausjärjestelmä, Tilinpäätös 2014, Tuloslaskelma 2014

#### 4.2 Vanhusten laitoshoidon ja kustannukset Kirkkonummella

Tarkasteltaessa Kirkkonummen kunnan laitoshoidon kustannuksia tässä tutkimuksessa on muistettava sen määritelmä. Tässä yhteydessä laitoshoidolla tarkoitettiin kodin ulkopuolista asumista, näin toimimalla haluttiin tehdä selkeä ero kotona asumisen ja kotihoidon välille. Laitoshoidon kustannuksia tarkasteltiin tilinpäätös- ja tuloslaskelmatiedoista. Selvyyden vuoksi erilaisia kodin ulkopuolisen asumisen muotoja ja niiden kustannuksia tarkasteltiin kuitenkin erillisinä eikä niitä lähdetty niputtamaan tai laskemaan niistä keskimääräistä kustannusta.

Vanhusten laitoshoidon tai tässä tapauksessa ympärivuorokautinen hoiva Kirkkonummella oli järjestetty lähinnä kolmen eri paikan kesken sekä lisäksi ostopalveluina Kirkkonummella ja lähikunnissa. Asiakkaat hakeutuivat SAS- käsittelyn kautta näiden palvelujen piiriin. Hakemuksessa tuli olla lääkärinlausunto, RAVA-indeksi (fyysisen toimintakyvyn mittarina) sekä MMSE-tulos (kognitiivisen toimintakyvyn mittarina). Lisäksi voitiin käyttää myös muita toimintakyvyn mittareita. (Kirkkonummen kunta 2012, 6-7.). Tässä opinnäytetyössä selvitettiin vain kunnan omat tuottamat palvelut ja niiden kustannukset.

Kirkkonummen keskustassa sijaitseva hoivakoti Lehmuskartano oli uusin ja modernein. Käytössä oli monia hoitoa ja hoivaa helpottavia laitteita kuten esim. katonosturit ja sähköiset hoitosängyt. Asukaspaikkoja Lehmuskartanossa oli yhteensä 60 ja ne oli jaettu neljään 15 asukkaan yksikköön. Kaksi oli tehostetun palveluasumisen yksikköä, jossa oli yhteensä 30 asiakaspaikkaa. Onnela oli 15 asukkaan ryhmä muistihäiriöisille ja Toimela oli tarkoitettu kahdelletoista asiakkaalle, joilla oli fyysisiä toimintarajoitteita. Lisäksi oli kolme paikkaa lyhytaikais-hoidon asiakkaille. Laitoshoidon hoivaosastoilla Lepolassa ja Tyynelässä sijaitsivat loput 30 asiakaspaikkaa. Nämä asiakkaat vaativat apua kaikissa päivittäisissä toiminnoissaan ja heidän toimintakykynsä oli alentunut merkittävästi.

Hoivakoti Volsissa oli 40 ympärivuorokautista hoitopaikkaa kolmessa eri yksikössä. Viisi paikkaa oli varattuna intervalliasiakkaille. Osastolla yksi oli 13 asukaspaikkaa lähinnä suomenkielisille asiakkaille ja osastolla kolme 12 asukaspaikkaa ruotsinkielisille. Lisäksi yksi osasto oli ns. psykogeriatrinen osasto ja dementiaosasto (yhteensä 10 asiakaspaikkaa).

Kirkkonummen Palvelukeskussäätiön omistamassa palvelutalossa oli 26 asuntoa ja näissä oli yhteensä asiakkaita tällä hetkellä 42. Asiakasmäärä hieman vaihteli riippuen asuiko palvelutalon kaksiossa yksi tai kaksi henkilöä. Asukkaat olivat vuokrasuhteessa Kirkkonummen palvelukeskussäätiöön ja hoiva- ja tukipalvelut tuotti Kirkkonummen kunta. Tehostetussa palveluasumisessa oli nyt 28 asiakasta ja tavallisessa palveluasumisessa 14 asiakasta.

Vuorokausihinnat selvitettiin jokaiselta palvelumuodolta ja ne näkyvät alla olevasta taulukosta (Taulukko 7). Kustannuksiltaan kalleinta oli hoito terveyskeskuksen vuodeosastolla ja niinpä hoito siellä tulisi olla väliaikaista ja asiakkaalle tulisi mahdollisimman pian löytää jokin muu palvelumuoto, jos kotiuttaminen kotiin kotihoidon turvin ei ole mahdollista. Seuraavaksi kalleinta oli hoito ja hoiva Hoivakoti Lehmuskartanon laitosyksikössä.

Asumisyksikkö	Tulos	Yksikkö
<b>Hoivakoti Lehmuskartano</b>		
Asumisyksikkö	167,40	€/vrk
Laitosyksikkö	197,43	€/vrk
<b>Hoivakoti Vols</b>	172,16	€/vrk
<b>Terveyskeskus vuodeosasto</b>	243,94	€/vrk
<b>Palvelutalo</b>	118,48	€/vrk
Tehostettu palveluasuminen	125,55	€/vrk
Tavallinen palveluasuminen	104,11	€/vrk

TAULUKKO 7. Kirkkonummen kunta laitoshoidon vuorokausikustannus 2014. Lähde: Kunnan tilinpäätös 2014.

Honkamaan (2014, 1) tutkimuksessa, jossa myös tutkittiin tehostetun palveluasumisen kustannusrakennetta ja vuorokausikustannusta tehostetun palveluasumisvuorokauden järjestämisen kustannukseksi tuli 126 euroa/vrk, tutkimusaineisto oli vuodelta 2012 ja koski 113 tehostetun palveluasumisen yksikköä. Tutkimuksessa kustannukset vaihtelivat paljon ja 50 %:lla ne olivat 113- 137 euron välillä ja 90 %:lla 90- 165 euron välillä (Honkamaa 2014,1). Vartiainen (2014) kuusikkokuntien vanhustenpalvelujen kustannusvertailussa vuodelta 2013 kuusikkokuntien keskiarvokustannukset olivat Kirkkonummen tuloksia korkeammat osassa palveluja ja osan he pystyivät tuottamaan edullisemmin. Vanhainkodin vuodeosaston vuorokauden hinta oli 291,50 euroa, tehostetussa palveluasumisessa 168 euroa/vuorokausi ja vanhainkodeissa 199,50 euroa (Vartiainen 2014, 144-145).

Tehostetun palveluasumisen ja laitoshoidon kustannuserien tarkastelussa (Taulukko 8) henkilöstökulujen osuudessa oli jonkin verran eroja. Tehostetussa palveluasumisessa henkilöstökulujen osuus oli 78,4 % ja laitoshoidossa 64,6 %. Honkamaan (2014, 2) tutkimuksessa henkilöstökulujen osuus oli samansuuntainen eli 77,7 %. Henkilöstökuluihin vaikuttivat suoraan henkilöstön määrä, koulutusrakenne, työvuorot ja erilaiset sijaisjärjestelyt. Myös mitoitussuosituksset ja työehtosopimusten vähimmäispalkkarajat vaikuttivat henkilöstökustannuksiin. (Honkamaa 2014, 2.) Materiaalit, palvelut ja ostot olivat myös merkittävä kustannuserä ja ne sisälsivät mm. sähkön, veden, lämmityksen, siivous- ja hoitotarvikkeet. Nämä kulut muodostivat viidenneksen kuluista tässä aineistossa. Honkamaan aineistossa nämä kulut kattoivat noin kymmenesosan (Honkamaa 2014, 2). Kiinteistön hankinnan kulujen ero johtui palvelumuotojen erilaisuudesta, asumispalveluissa asiakkaat maksoivat vuokransa suoraan kiinteistö-/palvelutaloyhtiölle ja niinpä asuintilojen kustannukset eivät näy.

Asumisyksikkö	Tulos	Yksikkö
<b>Tehostetun palveluasuminen</b>		
Henkilöstökulut	79,3	%
Palvelujen ostot, materiaalit ja palvelut	20,7	%
<b>Laitoshoito</b>		
Henkilöstökulut	64,6	%
Palvelujen ostot, materiaalit ja palvelut	23	%
Kiinteistön hankinnan kulut ym.	12,4	%

TAULUKKO 8. Tehostetun palveluasuminen ja laitoshoidon kustannuserät.  
Lähde: Kirkkonummen kunta tuloslaskelma 2014

Tarkasteltaessa tehostetun palveluasuminen ja vanhainkotihoitoon asiakasmääriä (Taulukko 9), oli Kirkkonummi on onnistunut pienentämään vanhainkodin asiakasmäärää kuten on valtakunnallinen suuntaus, mutta vastaavasti tehostetun palveluasuminen asiakasmäärä lisääntyi vuodesta 2011 vuoteen 2013 reilut 35 %.

	2011	2012	2013
Ikääntyneiden tehostettu palveluasuminen	86	119	133
Vanhainkotien asiakkaat	85	69	57

TAULUKKO 9. Tehostetun palveluasuminen ja vanhainkodin asiakasmäärä 2011-2013 Kirkkonummella.  
Lähde: SOTKAnet.fi

## 5 Pohdinta

Pohdintaosuudessa tarkastellaan lyhyesti tutkimuksen luotettavuutta ja eettisyyttä. Lisäksi esitellään tutkimuksen kannalta tärkeimpiä tuloksia. Lopuksi annetaan muutamia jatkotutkimusehdotuksia ja pohditaan tulevaisuuden vanhusten hoitoa Suomessa.

### 5.1 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus ovat tärkeässä roolissa, sillä opinnäytetyö voi olla eettisesti hyväksyttävä ja luotettava ja sen tulokset uskottavia vain jos työ on tehty noudattaen hyvää tieteellistä käytäntöä.

Hyvän eettisen tieteellisen käytännön peruslähtökohtia ovat mm. seuraavat asiat: tutkimuksessa tulee noudattaa tiedeyhteisön tunnustamia toimintatapoja kuten rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta, tiedonhankinta-, tutkimus-, ja arviointimenetelmät ovat eettisesti kestäviä ja tutkimuksessa toteutetaan tieteellisen tutkimuksen luonteeseen kuuluvaa avoimuutta. On myös erityisen tärkeää, että muiden tekemiä tutkimuksia ja julkaisuja kunni-

oitetaan ja niihin viitataan asianmukaisella tavalla. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2013, 6-7.). Tässä opinnäytetyössä pyrittiin noudattamaan näitä ohjeita ja työ kirjoitettiin näiden käytäntöjen mukaisesti.

Opinnäytetyön aihe esiteltiin Kirkkonummen kunnan kotihoidon päällikölle ja hän innostui aiheesta ja sovittiin, että työ tehdään Kirkkonummen aineistosta. Tämän jälkeen edettiin kunnan protokollan mukaisesti ja kunnan perusturvan johtoryhmältä anottiin kirjallisesti tutkimuslupaa. Tutkimuslupa-anomus käsiteltiin johtoryhmän kokouksessa ja sai sieltä kirjallisen myönteisen päätöksen. Tämän jälkeen sovittiin että, kunnan talouspäällikkö toimii yhteyshenkilönä liittyen kustannustietoihin. Muuta materiaalia saatiin kotihoidon päälliköltä, kotihoidon toiminnanohjausjärjestelmän raportoinnista vastaavalta sekä kunnan nettisivuilta. Saatua aineistoa käsiteltiin rehellisesti ja vääristelemättä. Lähdeviitteet ja lähteet merkittiin mahdollisimman selkeästi, ymmärrettävästi ja asianmukaisesti.

Opinnäytetyön kokonaisluotettavuuden muodostavat reliaabelius ja validius (Vilkka 2013, 152). Reliabiliteetti arvioi tulosten pysyvyyttä mittauksesta toiseen eli toisin sanoen reliaabelius ilmaisee tutkimuksen kykyä antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia. Tutkimuksen tulee olla toistettavissa. Tutkimuksen reliabiliteettia tulisi tarkastella jo tutkimuksen aikana, mutta sitä voidaan tarkastella myös tutkimuksen jälkeen. (Vilkka 2013, 149-150.) Tämänkaltaisen selvitystyö on mahdollista uusissa kunnassa valitun ajankohdan mukaisesti. Nämä mittaukset ovat siten päteviä vain tietyssä ajassa ja vain tässä kunnassa.

Validiteetilla ilmaistaan se, miten hyvin tutkimuksessa käytetty mittaus- tai tutkimusmenetelmä mittaa juuri sitä tutkittavan ilmiön ominaisuutta, mitä on tarkoituskin mitata eli mittaako tutkimus sitä, mitä sen avulla on tarkoitus selvittää. Arvioitaessa validiteettia kohdistetaan yleensä huomio kysymykseen, kuinka hyvin tutkimusote ja siinä käytetyt menetelmät vastaavat sitä ilmiötä, jota halutaan tutkia. Eli tutkimuksen validiteetti on hyvä silloin, kun tutkimuksen kohderyhmä ja kysymykset ovat oikeat. (Vilkka 2013, 150-151.)

Oli tärkeää toteuttaa opinnäytetyö sille asetettujen vaatimusten mukaisesti. Koko opinnäytetyötyöskentelyn ajan oli oleellista, että suunnittelua, toteutusta sekä tulosten pätevyyttä arvioitiin. Onnistumisen kannalta on merkityksellistä, että tutkija on rehellinen ja paljastaa mahdolliset esiin tulevat virheet ja pohtii ja arvioi niiden vaikutusta tuloksiin sekä tulosten hyödyntämiseen ja soveltamiseen. (Vilkka 2013, 154.)

## 5.2 Tutkimuksen tulokset

Opinnäytetyön päätarkoituksena oli selvittää Kirkkonummen kunnan kotihoidon ja kodin ulkopuolisen asumisen kustannuksia ja niiden muodostumista. Aineistona käytettiin Kirkkonummen



kunnalta saatuja kustannustietoja tilinpäätöksestä, tuloslaskelmasta sekä uudesta syksyllä 2014 käyttöön otetusta kotihoidon toiminnanohjausjärjestelmästä saatuja tietoja. Lisäksi haluttiin myös selvittää voidaanko yksinkertaisesti pelkästään kustannuksia vertailemalla selvittää sitä kulminaatiopistettä, missä kotihoito oli kalliimpi hoitomuoto kunnalle kuin laitoshoido.

Opinnäytetyön tuloksena saatiin uusia tunnuslukuja kotihoidolle kotihoidon toiminnanohjausjärjestelmästä, joita ei ollut aikaisemmin mahdollista saada. Näitä uusia esim. tuntikohtaisia kustannustietoja voidaan jatkossa mahdollisesti hyödyntää suunniteltaessa kotihoidon menoja sekä määriteltäessä asiakkaille asiakasmaksuja. Tosin vain kahden kuukauden otos ei anna vielä täysin luotettavaa kuvaa ja kaiken kaikkiaan tämä oli ensimmäinen kerta, kun uudesta järjestelmän raportoinnista otettiin erilaisia yksikkötietoja tulkittavaksi. Tässä yhteydessä havaittiin se, että raportointia järjestelmästä on syytä tarkentaa ja miettiä, millaiset ja mitkä tiedot ovat kunnalle oleellisia. Tämä asia eteni jo kunnan ja järjestelmän toimittajan välisessä palaverissa, joten seuraavassa raportoinnissa saatava tieto on jo mahdollisesti yksityiskohtaisempaa. Uutena asiana saatiin selville myös välittömän työajan osuus ja uskonkin, että tätä seuraamalla voidaan selvittää työajan käyttöä tarkemmin sekä myös välillistä työajan osuutta.

Välittömän ja välillisen työajan tarkempi selvitys vaatii jatkotutkimusta ja niinpä tulevaisuudessa olisikin mielenkiintoista selvittää todelliset osuudet ja tehdyt työt työajanseurannalla. Erityisesti matka-aikojen ja siirtymisten osuus olisi kiinnostavaa selvittää, sillä pinta-alaltaan suurissa maalaismaisisissa kunnissa siirtymiseen voi kulua yllättävän pitkä aika samoin kuin suurempien kaupunkien sisällä liikkuminen voi olla yllättävän hidasta ja haasteellista esim. ruuhka-aikoina. Sosiaali- ja terveydenhuollossa henkilöstö on tärkein resurssi, joten tehokas työajankäyttö on merkittävä tekijä kokonaiskustannuksissa. On erityisen tärkeää, että työntekijät käyttävät aikansa oikein ja voivat työskennellä tehokkaasti ja motivoituneesti. Ajankäytön tehostamisella voidaan parantaa huomattavasti työn tuottavuutta.

Kotihoidon käynnille laskettiin myös toiminnanohjausjärjestelmän raportoinnin luvuista uusi käyntihinta, mutta se ei ole sellaisenaan käyttökelpoinen, vaan totuudenmukaisempi hinta käynnille saadaan laskettaessa se kokonaiskustannuksista tilinpäätöstiedoista, kun koko vuoden menot ovat selvillä. Toiminnanohjausjärjestelmän tuntihintojen hyödyntäminen on sen sijaan jatkossa järkevää, kun seuranta saadaan pidemmältä ajanjaksolta.

Sekä kotihoidon että laitoshoidon kustannuserien tarkemmassa tarkastelussa havaittiin niiden noudattelevan yleisesti alan kustannuksia eikä niissä ilmennyt yllättävää. Yllättävää sen sijaan oli kotihoidon kalleus Kirkkonummella verrattuna saatavilla oleviin vertailutietoihin ja myös sitä olisi hyödyllistä selvittää jatkossa tarkemmin. On tiedossa että, kunnan kotihoidon

asiakkaat ovat melko huonokuntoisia ja kunnan kotiin tarjoamat palvelut ovat vielä suhteellisen kattavia. Vertailun muihin kuntiin tekee haasteelliseksi se, että kotihoidosta puuttuu yhä edelleen yhtenäiset valtakunnalliset kriteerit eli käytännössä kuntien vanhuksille kotiin tarjoamat palvelut ja niiden sisällöt vaihtelevat todella paljon.

Kotihoidon ja laitoshoidon vertailu keskenään pelkästään niistä aiheutuneisiin kustannuksiin perustuen oli liian pelkistetty ja yksinkertaistettu, joten sen tuloksista ei ole järkevää tehdä johtopäätöksiä. Tarkempi laskeminen ja vertailu edellyttäisivät lukuisten muiden kustannuserien mukaan ottamista tutkimukseen kuten esim. muut kotona asumisesta aiheutuneet sosiaali- ja terveystenot kuten terveyskeskuskäynnit tai sairaala- tai muut intensiivihoidot, asiakkaiden kuntoisuuden ja hoito/hoivatoimenpiteiden vaikutukset, käyntimäärät jne. Tämä on mielestäni kuitenkin ehdottoman tärkeä tutkimuksen kohde ja toivottavasti tätä selvitetään lisää Kirkkonummen kunnassa ja koko valtakunnan tasolla, vaikka meidän nykyinen vanhuspalvelulaki määrääkin kunnat hoitamaan vanhukset pääsääntöisesti omissa kodeissaan.

### 5.3 Vanhustenhuollon tulevaisuus Suomessa

Julkisessa keskustelussa huoli yhä kasvavasta vanhusten määrästä ja heidän hoidostaan puhututtaa, huolestuttaa ja vihastuttaa monia. Uusi vanhuspalvelulaki mietityttää ja erityisesti se seikka, että tavoitteena on luopua laitoshoidosta ja painottua entistä enemmän vanhusten kotihoitoon. Julkista keskustelua ja argumentointia on pitkälle ohjannut käsitys siitä, että laitoshoido on nyky-yhteiskunnalle liian kallista ja tämän lisäksi vanhukset haluavat asua omis- sa kodeissaan mahdollisimman pitkään.

Valtakunnallisena tavoitteen on että laitoksissa ollaan vain tilapäisesti ja ettei ketään vanhusta enää laitostettaisi. Mutta kukaan ei puhu tosissaan siitä, miten kaikki kotihoitoon tulevat ihmiset otetaan vastaan ja miten heidät hoidetaan ihmisarvoa kunnioittavalla tavalla.

Laitoshoidon karsiminen kuulostaa hyvältä ajatukselta, jos laitoshoidolla tarkoitetaan vanhus- ten makuuttamista vaipoissa sängyissään passiivisina, mutta kuka määrittelee mitä laitoshoido on tai millaista sen tulisi olla? Mutta kun laitospaikkaa sitten oikeasti tarvitaan elämän loppu- vaiheessa, sitä tarvitsevien pitäisi saada se tai muu kodin ulkopuolinen asumispaikka helpom- min.

Suomen uudella hallituksella on suuri urakka edessään, jotta Suomen talous saadaan kuntoon. Edessä on merkittäviä leikkauksia, jotka tulevat väistämättä kohdistumaan lähes kaikkiin val- tion menoihin. Todennäköistä on, että sosiaali- ja terveystenotista tullaan leikkaamaan eni- ten, sillä se on yksi suurimmista menoeristä. Pelkkä menojen leikkaaminen ei kuitenkaan aina ratkaise ongelmia, vaan olisi tarpeellista tehdä rakenteellisia uudistuksia. (Boxberg 2015, A8). Näitä rakenteellisia uudistuksia ja uutta ajattelua tarvitaan myös suomalaiseen vanhus-

tenhuoltoon. Tarvitaan rohkeita ja uusia erilaisia lähestymistapoja ja ajattelua siihen, kuinka vanhuspalvelut hoidetaan tulevaisuudessa ja ennen kaikkea miten kaikki maksetaan.

Nyt vielä virkeät ja toimintakykyiset ikääntyvät pitäisi saada paremmin mukaan miettimään ja suunnittelemaan tulevaisuuden hoiva-asumista ja vanhuspalveluita ihan uudesta näkökulmasta. Koko ajattelumallia pitäisi mielestäni uudistaa rohkeasti. Tarvitaan erilaisia vaihtoehtoja ja valinnan vapautta siihen kuinka vanhuksia tulevaisuudessa hoidetaan tai kuinka kukin meistä haluaisi tulla hoidetuksi. Todennäköisesti myös rahoitus- ja maksupohjaa tulee muuttaa vielä enemmän siihen suuntaan, että ne joilla on varaa myös maksavat enemmän. Tarvitaan uudenlaisia kyläyhteisö- tai palvelukeskustyyppisiä asumisratkaisuja, joissa vanhukset eivät ole erityksissä muusta yhteiskunnasta vaan osana eri-ikäisten ja erilaisten ihmisten yhteisöä. Tarvittaessa erilaisia palveluja, harrastuksia ja hoivaa pitäisi kuitenkin olla saatavilla niitä tarvitseville.

Meidän kaikkien velvollisuutena on huolehtia vanhuksistamme ihmisarvoa kunnioittavasti. Jokainen meistä voi miettiä, kuinka haluaa itse tulla vanhana ja heikkona hoidetuksi. Jossain on joskus sanottu, että yhteiskunnan arvoja mittaa se kuinka huolehdimme sen vanhuksista. Löytämäni tuntemattoman kirjoittajan runon sanomaan on hyvä lopettaa opinnäytetyöni.

#### Vanhuus

Kohdelkaa minua hyvin,  
sitten kun en enää muista nimeäni.

Sitten kun tämä päivä  
on sekoittunut eiliseen.

Sitten kun aikuiset lapseni  
ovat kasvaneet

muistoissani pieniksi jälleen,

sitten kun en enää ole

tuottava yksilö,

kohdelkaa minua silloinkin ihmisenä.

Välittäkää minusta,

antakaa rakkautta,

koskettakaa hellästi.

Kello hidastaa,

eräänä päivänä se pysähtyy kokonaan,

mutta siihen on vielä aikaa.

Antakaa minulle arvokas vanhuus.

(tuntematon)

## Lähteet

- Alastalo, H., Noro, A., Mäkelä, M. & Finne-Soveri, H. 2014. Kunnissa valmiudet toteuttaa vanhuspalvelulakia toteutuneet - Vanhuspalvelulain toimeenpanon seurantatutkimus. Tutkimuksesta tiiviisti 27/2014. THL. Viitattu 12.3.2015.  
[http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/120401/THL\\_TUTI\\_27\\_2014\\_web.pdf?sequence=1](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/120401/THL_TUTI_27_2014_web.pdf?sequence=1)
- Anttonen, A. & Sointu, L. 2006. Hoivapolitiikka muutoksessa. Julkinen vastuu pienten lasten ja ikääntyneiden hoivasta 12:ssa Euroopan maassa. Helsinki: Stakes.
- Boxberg, K. 2015. Leikkauksista tulossa rajuja, ei ainutlaatuisia. Helsingin Sanomat 14.5.2015 A8.
- Haapakorpi, A. & Haapola, I. 2008. Työn organisointi ja työhyvinvointi sosiaali- ja terveysalalla - esimerkkinä vanhusten kotihoito. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja. Työ ja yrittäjyys 35/2008.
- Finne-Soveri, H., Björkgren, M., Vähäkangas, P. & Noro, A. 2006. Kotihoidon asiakasrakenne ja hoidon laatu -RAI-järjestelmä vertailukehittämisessä. Stakes. Helsinki: Stakes.
- Heinola, R. (toim.). 2007. Asiakslähtöinen kotihoito, Opas ikääntyneiden kotihoidon laatuun. Stakes oppaita 70. Helsinki: Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus.
- Helsingin kaupunki. 2007. Välitön ja välillinen työaika kotihoidossa. Terveyskeskus. Kotihoito-osasto. Viitattu 8.5.2015.  
[http://www.hel.fi/static/helsinki/paatosasiakirjat/Kh2007/Esityslista44/Liitteet/Selvitys\\_tyoajan\\_jakautumisesta\\_kotihoidossa.doc?Action=sd&id=073310154](http://www.hel.fi/static/helsinki/paatosasiakirjat/Kh2007/Esityslista44/Liitteet/Selvitys_tyoajan_jakautumisesta_kotihoidossa.doc?Action=sd&id=073310154)
- Honkamaa, S. 2014. Kustannusten muodostuminen vanhusten tehostetussa palveluasumisessa ja kotihoidossa. TEM. Selvitys. Viitattu 7.4.2015.  
[https://www.tem.fi/files/41272/Selvitys\\_kustannusten\\_muodostuminen\\_vanhusten\\_tehostetussa\\_palveluasumisessa\\_ja\\_kotihoidossa\\_Susanna\\_Honkamaa.pdf](https://www.tem.fi/files/41272/Selvitys_kustannusten_muodostuminen_vanhusten_tehostetussa_palveluasumisessa_ja_kotihoidossa_Susanna_Honkamaa.pdf)
- Hovinen, M. 2011. Ikäihmisten palveluiden strategia vuosille 2012-2015. Kirkkonummen kunta. Perusturva. Ikäihmisten hyvinvointipalvelut. Viitattu 26.2.2015.  
[http://www.kirkkonummi.fi/instancedata/prime\\_product\\_julkaisu/kirkkonummi/embeds/kirkkonummiwwwstructure/25728\\_Perusturva\\_Ikaihmisten\\_strategia\\_2012.pdf](http://www.kirkkonummi.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/kirkkonummi/embeds/kirkkonummiwwwstructure/25728_Perusturva_Ikaihmisten_strategia_2012.pdf)
- Jylhä, M. 2003. Vanhenemisen medikalisaation onni ja onnettomuus. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 2003;119(19):1886-1892. Viitattu 31.3.2015.  
[http://duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p\\_p\\_id=Article\\_WAR\\_DL6\\_Articleportlet&viewType=viewArticle&tunnus=duo93830&dlehtihaku\\_view\\_article\\_WAR\\_dlehtihaku\\_p\\_auth=](http://duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&viewType=viewArticle&tunnus=duo93830&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_p_auth=)
- KELA. 2015. Terveyspuntari. Sairastavuusindeksit. Viitattu 31.3.2015.  
<http://www.kela.fi/terveyspuntari>
- Kinnula, P., Malmi, T. & Vauramo, E. 2014. Sisältöä Sote-uudistukseen. Tunnuslukuja terveydenhuollon suunnitteluun. Kunnallisanalan kehittämissäätiö. Tutkimusjulkaisu nro 78.
- Kirkkonummen kunta. 2012. Perusturva, ikäihmisten hyvinvointipalvelut. Toimintaohjeet ympärivuorokautista hoivaa tarvittaessa 22.3.2012.
- Kirkkonummen kunta. 2014. Talousarvio 2015 ja Taloussuunnitelma 2016-2017. Viitattu 26.2.2015.  
[http://www.kirkkonummi.fi/instancedata/prime\\_product\\_julkaisu/kirkkonummi/embeds/kirkkonummiwwwstructure/59258\\_Talousarvio\\_2015\\_ja\\_taloussuunnitelma\\_2016\\_-\\_2017.pdf](http://www.kirkkonummi.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/kirkkonummi/embeds/kirkkonummiwwwstructure/59258_Talousarvio_2015_ja_taloussuunnitelma_2016_-_2017.pdf)

Kirkkonummen kunta. 2015b. Ikäihmisten hyvinvointipalvelut.  
<http://www.kirkkonummi.fi/prime186.aspx>

Kokko, S. & Valtonen, H. 2008. Kunnat ja vanhuspalveluiden pitkäaikaishoidon rakennemuutokset. Yhteiskuntapolitiikka 73(1). Viitattu 26.2.2015.  
<http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/100893/kokkoym.pdf?sequence=1>

Kolehmainen, S. 2006. Tuotteistus ja kustannuslaskenta tilaaja-tuottajamallissa. Tuotekoh-  
 taisten kustannuslaskenta mallien kehittäminen Tampereen kaupungin tuotantoyksikölle.  
 Tampereen yliopisto.Taloustieteiden laitos; kunnallistalous. Pro gradu -tutkielma.

Kunnat 2013. Vanhuspalvelulaki. Viitattu 16.3.2015.  
<http://www.kunnat.net/fi/asiantuntijapalvelut/soster/sosiaalipalvelut/ikaantyneet/vanhuspalvelulaki/Sivut/default.aspx>

Kunnat. 2014. Ikääntyneiden palvelut, kotihoito. Viitattu 26.2.2015.  
<http://www.kunnat.net/fi/asiantuntijapalvelut/soster/sosiaalipalvelut/ikaantyneet/kotihoito/Sivut/default.aspx>

Kuusisto, R. & Kauppinen, S. 2013. Laitoshuolto: Laitoshoidon osuuden vähentäminen palvelu-  
 rakenteessa. Muistio 28.11.2013. STM.  
[http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=9487679&name=DLFE-28108.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=9487679&name=DLFE-28108.pdf)

Laatikainen, T. 2009. Vanhustenhuollon ammattilaisten kokemuksia vanhusten kotona asumi-  
 sen vaikeutumisesta ja tukemisesta 16 kunnassa. Sosiaali- ja terveysturvan selosteita  
 66/2009. Helsinki: Kelan tutkimusosasto.

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveysterveys-  
 palveluista.2012. 2012/980. Viitattu 11.3.2015.  
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980>

Lehto, J. & Natunen, K. 2002. Vastaamme vanhusten hyvinvoinnista. Sosiaali- ja terveysterveys-  
 palvelu järjestelmän sopeuttaminen ikääntyneiden tarpeisiin. Acta nro 144. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.

Matveinen, P. & Knape, N. 2015.Terveysterveystenhuollon menot ja rahoitus 2013. Tilastoraportti  
 6/2015. Viitattu 30.3.2015.  
[https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/125775/Tr06\\_2015\\_Terveysterveystenhuollon%20menot%20ja%20rahoitus%202013.pdf?sequence=1](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/125775/Tr06_2015_Terveysterveystenhuollon%20menot%20ja%20rahoitus%202013.pdf?sequence=1)

Mikkola, T., Nemlander, A. & Tyni, T. 2014. Keskisuurten kuntien sosiaali- ja terveysterveystoimen  
 kustannukset vuonna 2013. Helsinki: Suomen Kuntaliitto. Viitattu 8.5.2015.  
[http://shop.kunnat.net/product\\_details.php?p=3020](http://shop.kunnat.net/product_details.php?p=3020)

Mäkelä, M., Finne-Soveri, H. & Noro, A. 2014. Kun laitoshoidon on saatavilla runsaasti, laitok-  
 sissa hoidetaan myös vanhuksia, jotka voisivat asua kotona. Tutkimuksesta tiiviisti 28. THL.  
 Viitattu 7.4.2015.  
[https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/120417/URN\\_ISBN\\_978-952-302-389-5.pdf?sequence=1](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/120417/URN_ISBN_978-952-302-389-5.pdf?sequence=1)

Noro, A. & Alastalo, H. 2014.Vanhuspalvelulain 980/2012 toimeenpanon seuranta. Tilanne  
 ennen lain voimaantuloa 2013. Raportti 13/2014. THL. Viitattu 31.3.2015.  
[http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/116151/URN\\_ISBN\\_978-952-302-169-3.pdf?sequence=1](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/116151/URN_ISBN_978-952-302-169-3.pdf?sequence=1)

Paasivaara, L. 2002. Tavoitteet ja tosiasiallinen toiminta. Suomalaisen vanhustenhoidotyön  
 muotoutuminen monitasotarkastelussa 1930-luvulta 2000-luvulle. Oulun yliopisto. Hallintotie-  
 teen ja terveysterveysthallinnon laitos. Väitöskirja.

Paljärvi, S. 2012. Muuttuva kotihoito. 15 vuoden seurantalutkimus Kuopion kotihoidon organisoinnista, sisällöstä ja laadusta. Itä-Suomen yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen ja kauppatieteellinen tiedekunta. Väitöskirja. Viitattu 26.2.2014.  
[http://epublications.uef.fi/pub/urn\\_isbn\\_978-952-61-0702-8/urn\\_isbn\\_978-952-61-0702-8.pdf](http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-0702-8/urn_isbn_978-952-61-0702-8.pdf)

Päivärinta, E. & Haverinen, R. 2002. Ikäihmisten hoito- ja palvelusuunnitelma -opas. Opas työntekijöille ja palveluista vastaaville. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, Suomen Kuntaliitto ja Stakes. Viitattu 2.3.2015.  
<https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/77762/p040209143011S.pdf?sequence=1>

Ruotsalainen, K. 2013. Väestö vanhenee - heikkeneekö huoltosuhde? Tilastokeskus. Viitattu 26.2.2015.  
[https://www.tilastokeskus.fi/tup/vl2010/art\\_2013-02-21\\_001.html](https://www.tilastokeskus.fi/tup/vl2010/art_2013-02-21_001.html)

Sinervo, T. & Taimio, H. 2011. Ikäihmisten asumispalveluiden järjestäminen - Yksityisen ja kunnallisen tuotannon vertailua sekä kokemuksia kilpailuttamisesta. Raportteja 21/2011 Helsinki: THL ja Palkansaajien tutkimuslaitos.

Sosiaali- ja terveysministeriö & Kuntaliitto. 2013a. "Vanhuspalvelulaki" Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista. Muistio lain toimeenpanon ja tulkinnan tueksi.  
[http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=7724561&name=DLFE-26865.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=7724561&name=DLFE-26865.pdf)

Sosiaali- ja terveysministeriö & Kuntaliitto. 2013b. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2013:11. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Sosiaalihuoltolaki 1982/710. Viitattu 26.2.2015.  
<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1982/19820710>

SOTKANet. 2015. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Tilasto- ja indikaattoripankki.  
<http://uusi.sotkanet.fi/portal/page/portal/etusivu>

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2010. Hoitoa ja huolenpitoa ympäri vuorokauden. Ikähoiva - työryhmän muistio. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010:28. Viitattu 7.4.2015.  
[http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=2872962&name=DLFE-14929.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=2872962&name=DLFE-14929.pdf)

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2014a. Kotihoidon kokeilua jatketaan vuoden 2016 loppuun. Tiedote 221/2014. Viitattu 26.2.2015.  
<http://www.stm.fi/tiedotteet/tiedote/-/view/1893881>

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2014b. Sosiaali- ja terveyspalvelut: Ikäihmiset. Viitattu 9.3.2015.  
[http://www.stm.fi/sosiaali\\_ja\\_terveyspalvelut/ikaihmiset](http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/ikaihmiset)

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2014c. Iäkkäiden mahdollisuutta asua kotona tuetaan. Tiedote. Tiedote 318/2014. Viitattu 31.3.2015.  
<http://www.stm.fi/tiedotteet/tiedote/-/view/1899789#fi>

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2014d. Iäkkäiden laitoshoidon vähennetään useilla erilaisilla toimenpiteillä. Tiedote 34/2014. Viitattu 31.3.2015.  
<http://www.stm.fi/tiedotteet/tiedote/-/view/1875929#fi>

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2014e. Ikäihmisten palveluja ja etuuksia koskevaa lainsäädäntöä. Viitattu 31.3.2015.  
[http://www.stm.fi/sosiaali\\_ja\\_terveyspalvelut/ikaihmiset/lainsaadanto](http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/ikaihmiset/lainsaadanto)

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2015a. Lainsäädäntöhankkeet. Sosiaali- ja terveydenhuolto. Sosiaalihuoltolaki. Viitattu 26.2.2015.  
<http://www.stm.fi/sosiaalihuoltolaki>

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2015b. Sosiaalipalvelut. Kotihoito. Viitattu 26.2.2015.  
[http://www.stm.fi/sosiaali\\_ja\\_terveyspalvelut/sosiaalipalvelut/kotipalvelut](http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/sosiaalipalvelut/kotipalvelut)

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2015c. Sosiaalipalvelut. Laitoshoidto. Viitattu 26.2.2015.  
[http://www.stm.fi/sosiaali\\_ja\\_terveyspalvelut/sosiaalipalvelut/laitoshoidto](http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/sosiaalipalvelut/laitoshoidto)

Suomen hallitus. 2014. Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista annetun lain muuttamisesta. Hallituksen esitys.HE 240/2014. Viitattu 7.4.2015.  
<https://www.finlex.fi/fi/esitykset/he/2014/20140240>

Super ry. 2014. Vanhuspalvelulaki ei saa heikentää vanhusten oikeuksia. Tiedote 8.12.2014. Viitattu 12.3.2015. <http://www.superliitto.fi/viestinta/tiedotteet-ja-kannanotot/tiedote-vanhuspalvelulaki-ei-saa-heikentaa-vanhusten-oikeuksia/>

Super ry. 2015. ”Asiakkaat ovat ihmisiä - eivät prosentteja” Selvitys superilaisten työstä kotihoidossa ja kotihoidotyön kehittämisestä. Viitattu 26.2.2015.  
[http://www.superliitto.fi/site/assets/files/40160/kotihoidtoselvitys\\_nettiin.pdf](http://www.superliitto.fi/site/assets/files/40160/kotihoidtoselvitys_nettiin.pdf)

Tanhua, H. & Knape, N. 2015. Sosiaalimenot ja rahoitus 2013. THL. Tilastoraportti 5/2015. Viitattu 9.3.2015.  
<http://www.thl.fi/fi/tilastot/tilastot-aiheittain/sosiaali-ja-terveydenhuollon-talous/sosiaalihuollon-menot-ja-rahoitus>

Tepponen, M. 2009. Kotihoidon integrointi ja laatu. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Väitöskirja.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2014a. Sosiaali- ja terveysalan tilastollinen vuosikirja 2014. Viitattu 6.3.2015. [http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/125386/URN\\_ISBN\\_978-952-302-286-7.pdf?sequence=1](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/125386/URN_ISBN_978-952-302-286-7.pdf?sequence=1)

Tilastokeskus. 2014. Väestö. Tilastokeskuksen PX-Web-tietokannat.  
[http://pxweb2.stat.fi/database/StatFin/databasetree\\_fi.asp](http://pxweb2.stat.fi/database/StatFin/databasetree_fi.asp)

Valtion talouden tarkastusvirasto. 2010. Vanhuspalvelut - Säännöllinen kotihoito. Valtiontalouden tarkastusviraston tuloksellisuustarkastuskertomukset 214/2010. Helsinki: Edita Prima Oy. Viitattu 5.3.2015.  
[https://www.vtv.fi/files/2407/Vanhuspalvelut\\_netti.pdf](https://www.vtv.fi/files/2407/Vanhuspalvelut_netti.pdf)

Valtion talouden tarkastusvirasto. 2014. Jälkiseurantaraportti 19.11.2014: Tuloksellisuustarkastuskertomus 214/2010 Vanhuspalvelut. Säännöllinen kotihoito.

Valvira. 2010. Vanhusten ympärivuorokautisen sosiaalihuollon palvelut. Toimintayksiköihin tehdyn kyselyn tulokset ja jatkotoimenpiteet. Selvityksiä 3/2010. Viitattu 13.3.2015.  
[http://www.valvira.fi/files/tiedostot/v/a/Vanhusten\\_sosiaalihuollon\\_palvelut.pdf](http://www.valvira.fi/files/tiedostot/v/a/Vanhusten_sosiaalihuollon_palvelut.pdf)

Valvira. 2015a. Vanhustenhuollon sosiaali- ja terveyspalvelut, valvonta. Viitattu 12.3.2015.  
[http://www.valvira.fi/ohjaus\\_ja\\_valvonta/vanhustenhuolto](http://www.valvira.fi/ohjaus_ja_valvonta/vanhustenhuolto)

Valvira. 2015b. Sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnallinen valvontaohjelma vuosille 2015-2018. Valvontaohjelmia 1:2015. Helsinki: Valvira. Viitattu 12.3.2015.  
[http://www.valvira.fi/files/valvontaohjelmat/Sote\\_valvontaohjelma.pdf](http://www.valvira.fi/files/valvontaohjelmat/Sote_valvontaohjelma.pdf)

Vartiainen, A. 2014. Kuuden suurimman kaupungin vanhusten sosiaali- ja terveyspalvelujen ja kustannusten vertailu vuonna 2013. Kuusikko-työryhmän julkaisusarja 7/2014. Viitattu 10.3.2015.  
<http://www.kuusikkokunnat.fi/default.asp?id=66B114C5-C7D04638A3DD-D972B66FF980>

Väyrynen, R. & Kuronen, R. 2014a. Sosiaalihuollon laitos- ja asumispalvelut 2013. THL. Tilastoraportti 27/2014. Viitattu 30.3.2015.

[http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/116944/Tr27\\_14.pdf?sequence=4](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/116944/Tr27_14.pdf?sequence=4)

Väyrynen, R. & Kuronen, R. 2014b. Kotihoidon asiakkaat marraskuussa 2013. THL. Tilastojulkistus. Viitattu 2.3.2015.

<http://www.thl.fi/fi/tilastot/tilastot-aiheittain/ikaantyneiden-sosiaalipalvelut/kotihoidon-laskenta>

Julkaisemattomat lähteet:

Kirkkonummen kunta. 2015a. Kirkkonummen kunnan suunnitelma toimenpiteistään ikääntyneen väestön hyvinvoinnin, terveyden, toimintakyvyn ja itsenäisen suoriutumisen tukemiseksi sekä iäkkäiden henkilöiden tarvitsemien palvelujen ja omaishoidon järjestämiseksi ja kehittämiseksi vuosille 2014-2017.