

5 SOSIAALI- JA TERVEYSTOIMI

5.1 Arviointi laadun kehittämistyön tukena

Sosiaali- ja terveystoimen peruspalvelujen arviointi kytkeytyy valtioneuvoston vahvistaman sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelman 2000-2003 (TATO) seurantaan. Osana TATO:n toimenpiteitä julkaistiin vuonna 2001 *Ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskeva laatusuositus* sekä *Mielenterveyspalvelujen laatusuositus*. Näiden pohjalta arvioitiin vuonna 2001 mielenterveyspotilaiden asumispalvelujen ja niihin liitettyjen muiden palvelujen sekä vanhusten kotiin annettavien palvelujen saatavuutta, riittävyttä ja laatua.

Valtakunnallisen vertailtavuuden varmistamiseksi arviointikohteiden rajaukset ja arviointitietojen saamiseksi välttämättömät valtakunnalliset kyselyt on valmisteltu sosiaali- ja terveysministeriön, lääninhallitusten ja Stakesin edustajista kootuissa asiantuntijaryhmissä. Länsi-Suomen lääninhallituksen asiantuntijoilla on ollut tässä työskentelyssä merkittävä vetovastuu. Arviointiprosessin suunnittelu- ja toteutusvaiheissa on hankittu ohjausta ja arviointitukea Stakesin FinSoc-yksiköltä. Myös muuta Stakesin asiantuntija- ja tietotukea on hyödynnetty.

Arvioinnin tarkoituksena on ollut tuottaa tietoa, johtopäätöksiä ja kehittämisehdotuksia erityisesti kuntien ym. tahojen laadun arvioinnin ja kehittämistyön tueksi. Alueellisen arvioinnin luonteesta johtuen arviointitulokset eivät sisällä kuntakohtaista arviointia. Arvioinnissa käytettyjä tietoja on käsitelty ja arvioinnin tuloksia raportoitu lähinnä maakunnittain. Arvioinnin tulosten käsittelyssä edetään vuoden 2002 aikana yhteistyöhön kuntien ym. toimijoiden kanssa lääninhallituksen vetämissä laatuhankeissa.

Sosiaali- ja terveystoimen peruspalvelujen arviointia koordinoi ja kehittää sosiaali- ja terveysosaston kymmenhenkinen arviointi- ja kehittämisryhmä (ARVIKE). Vuosittainen arviointityö tehdään sekä sosiaali- ja terveystoimen että hallinnonalojen yhteisten aiheiden osalta arviointikohteittain muodostetuissa tiimeissä, joita vetävät ARVIKE-ryhmästä ja osaston muista asiantuntijoista nimetyt teemavastaavat. Vuoden 2001 arviointityöskentelyyn on osallistunut 20 alueellisten palveluyksikköjen asiantuntijaa, joista monet ovat arvioineet useita sosiaali- ja terveystoimen sekä hallinnonalojen yhteisiä arviointikohteita. Arvioinnin keskeiset tulokset, johtopäätökset ja suositukset on käsitelty osaston johtoryhmässä.

Sosiaali- ja terveysosaston arviointia koordinoi ARVIKE-ryhmä sekä arviointiryhmiä vetäneet muut teemavastaavat

Kehittämispäällikkö Raija Hurskainen (ryhmän vetäjä), Turun toimipaikka
Lääninsosiaalitarastaja Aino Arponen, Jyväskylän alueellinen palveluyksikkö
Lääninsosiaalitarastaja Aimo Hirsiaho, Jyväskylän alueellinen palveluyksikkö
Lääninlääkäri Päivi Hämäläinen, Tampereen alueellinen palveluyksikkö
Terveydenhuollontarkastaja Maija-Liisa Ijäs, Vaasan alueellinen palveluyksikkö
Terveydenhuollontarkastaja Eija Klemelä, Turun toimipaikka
Erikoissuunnittelija Marja-Leena Kuusisto, Turun toimipaikka
Lääninsosiaalitarastaja Juha Mieskolainen, Tampereen alueellinen palveluyksikkö
Erikoissuunnittelija Irmeli Perälä, Vaasan alueellinen palveluyksikkö
Laskentasihteeri Virpi Särkkä (ryhmän sihteeri), Jyväskylän alueellinen palveluyksikkö
Lääninsosiaalitarastaja Marjatta Aittolahti, Tampereen alueellinen palveluyksikkö
Lääninsosiaalitarastaja Pirjo Lehmusto, Vaasan alueellinen palveluyksikkö
Lääninsosiaalitarastaja Maija-Liisa Soukkanen, Turun toimipaikka

Sosiaali- ja terveystoimen arviointiraportti sekä muuta vuosittaisiin arviointikierrokseen liittyvää ajankohtaistietoa on saatavilla Länsi-Suomen lääninhallituksen www-sivuilla olevilla sosiaali- ja terveysosaston sivustoilla osoitteessa www.intermin.fi/lslhsosterarviointi.

5.2 Mielensterveyspotilaiden asumispalvelut ja niihin liitetyt muut palvelut

Arviointiasetelma

Arvioinnin kohteeksi on rajattu mielensterveyspotilaiden kuntouttavat ja muut valvotut ympärivuorokautiset asumispalvelut. Arvioinnin lähtökohtana oli selvittää saako mielensterveyspotilas Länsi-Suomen läänissä ne riittävän hyvät kuntouttavat ja muut ympärivuorokautisesti valvotut asumispalvelut, jotka kunta on lainsäädännön nojalla velvollinen hänelle järjestämään. Mielensterveyspotilailla tarkoitetaan henkilöitä, joilla on psykiatrinen diagnoosi. Ympärivuorokautisesti valvotut asumispalvelut ovat niitä asumispalveluja, jotka yksityisesti tuotettuina tarvitsevat lääninhallituksen luvan toiminnalleen. Vastaavia asumispalveluja tuotetaan myös julkisissa kuntien tai kuntayhtymien omistamissa yksiköissä.¹ Edellä mainituissa yksiköissä asukkaiden huolenpito on toimintayksikön vastuulla eri tavalla kuin itsenäisemmin esim. vuokra-asunnoissa kotisairaanhoidon turvin asuvien. Nämä palvelut ovat myös lähin vaihtoehto pitkäaikaissairaalahoitolle.

Arvioinnin tavoitteet nousevat sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelmasta (TATO) 2000-2003², mielensterveystyön laatusuosituksista³, Mielekäs elämä -ohjelmasta⁴ ja mielensterveyslaista⁵. Arviointikriteerejä ovat palvelujen määrä, saatavuus, sisällöllinen laatu ja vastuusuhteiden määrittely. Arvioitavat tavoitteet ja niistä nousevat arviointikysymykset on kirjattu jäljempänä oleviin taulukoihin.

Arviointikohteen rajaus sekä käytettävä lähdeaineisto ja kyselyn laadinta on sovittu valtakunnallisessa työryhmässä. Tässä arvioinnissa käytetty nimike mielensterveyskeskus voi olla myös mielensterveystoimisto, terveyskeskuksen psykiatrinen yksikkö, mielensterveyspalveluyksikkö, perhekeskus, psykiatrinen poliklinikka tai muu vastaava. Keski-Suomessa ja Pohjanmaalla muutamat mielensterveyskeskukset osallistuivat kyselylomakkeen testaukseen. Lääninhallitus lähetti kyselylomakkeen postikyselyä syyskuussa 2001 yhteensä 67 yksikköön.

SOSPA-rekistereistä saatiin tiedot vuonna 2001 toiminnassa olleista yksityistä ympärivuorokautisesti valvottua asumispalvelua tuottavista yksiköistä. Tiedot asukaspaikoista kerättiin yksiköiden toimiluvista. Asukkaiden lukumäärä sekä tiedot henkilöstöstä ja koulutuksesta saatiin lääninhallitukselle jätetyistä toimintakertomuksista. Toimintakertomustietoa on täydennetty tarkentavin lisäkysymyksin. Valtakunnallista tilastotietoa mielensterveyspotilaiden asumispalveluista on löydettävissä SOTKA-tietokannasta⁶, jossa on julkaistu potilaiden määrä maakunnittain kunkin tilastovuoden viimeisenä päivänä vuoteen 2000 asti. Stakesin keräämistä sosiaalipalvelujen hoitoilmoituksista (HILMO)⁷ on saatavissa tietoa yksityisistä ja julkisista mielensterveyspotilaiden asumispalveluja tuottavista yksiköistä ja palvelujen piirissä olemisen syistä. Edellä mainituissa tiedostoissa olevat ristiriitaisuudet ovat vaikeuttaneet luotettavan tiedon saantia ja arviointia.

Arviointikohteen rajaukset määriteltiin valtakunnallisessa työryhmässä. Keski-Suomessa ja Pohjanmaalla muutamat mielensterveyskeskukset osallistuivat kyselylomakkeen testaukseen. Ennakkotieto Keski-Suomen tuloksista tuotiin alueen VEP-ryhmän keskusteltavaksi. Muuten arviointiprosessin suunnittelu ja toteutus tapahtui lääninhallituksen omana toiminta-

¹ Taipale Ilkka. Mielen sairaut ja palveluasunnot. STM Selvitysmiehen raportti 1998.

² Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma 2000–2003. STM Julkaisuja 1999:16.

³ Mielensterveyspalveluiden laatusuositus. STM Oppaita 2001:9.

⁴ Mielekäs elämä. Mielensterveyspalvelujen kehittämissuosituksien. STM julkaisu 2000:4.

⁵ Mielensterveyslaki 14.12.1990/1116.

⁶ Sosiaali- ja terveydenhuollon tilastotietokanta SOTKA vuodet 1994–2000.

⁷ Sosiaali- ja terveydenhuollon hoitoilmoitusrekisteri HILMO 2000, Stakes.

tana. Tämä on ollut käytetyn arviointimenetelmän selkeä puute. Kuntayhteistyön laajempi toteuttaminen ei onnistunut annetun arviointiaikataulun puitteissa. Tässä raportissa esiin nostettuja tuloksia ja näkemyksiä tullaan tarkastelemaan alueilla yhdessä palvelujen tuottajien ja muiden palveluista vastaavien tahojen kanssa.

Arvioitavat tavoitteet	Tavoitteista nousevat arvioinnin kysymykset ja indikaattorit
Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma TATO 2000-2003 • Tavoite 8: mielenterveystyön vahvistaminen	<ul style="list-style-type: none"> • riittävästi ammattitaitoista henkilöstöä • riittävästi palveluasuntoja • palvelut ovat saumattomia ja monipuolisia
Mielenterveyspalvelujen laatusuositus	<ul style="list-style-type: none"> • kuntoutus on sisällöltään tavoitteellista • asiakkailta on kuntoutussuunnitelmat • palveluasuntojen määrä on riittävä • somaattisen terveydenhuollon palvelut on myös järjestetty • kuntoutus järjestetään lähellä kotipiiriä • kuntoutukseen kuuluu laatutyö
Mielekäs elämä selvitystyön suositukset	<ul style="list-style-type: none"> • asiakkaalla tulee olla mahdollisuus kuntoutuspalveluihin • kuntouttavia asumispalveluja tulee olla riittävästi • asiakkailla tulee olla mahdollisuus työhönvalmennukseen • yksityisten laitosten tulee olla rekisteröityinä ja lääninhallituksen valvonnassa
Mielenterveyslaki	<ul style="list-style-type: none"> • 5 §:n mukaan mielisairautta tai muuta mielenterveyshäiriötä potevalle henkilölle on järjestettävä yhteistyössä kunnan sosiaalitoimen kanssa mahdollisuus hänen tarvitsemansa lääkinnälliseen ja sosiaaliseen kuntoutukseen liittyvään tuki- ja palveluasumiseen

Arviointikysymykset	Arviointikriteerit (indikaattorit)
1) Palvelujen määrä	<ul style="list-style-type: none"> • julkisten asumispaikkojen määrä • yksityisten asumispaikkojen määrä • palveluja tuottavan henkilöstön määrä
2) Palvelujen saatavuus	<ul style="list-style-type: none"> • jonotilanne • alueelliset arviot palvelujen riittävydestä
3) Sisällöllinen laatu	<ul style="list-style-type: none"> • useita erilaisia sekä asumisen että kuntoutuksen sisältöä kuvaavia indikaattoreita • mm. kuntoutussuunnitelmat ja henkilöstön koulutustaso
4) Toiminnan laillisuus kysymykset	<ul style="list-style-type: none"> • noudatetaanko mielenterveyslakia ja lakia yksityisistä sosiaalipalveluista
5) Vastuusuhteiden selvittely	<ul style="list-style-type: none"> • miten jakautuu vastuu asukkaiden psyykkisestä ja fyysisestä terveydenhuollosta • miten jakautuu vastuu palvelujen laadunhallinnasta

Mielenterveyskeskuksista 99 % vastasi kyselyyn. Mielenterveyskeskukset eivät kaikilta osilta tunteneet alueillaan toimivia mielenterveyspotilaiden asumispalveluyksiköjä, joten kyselyn tulokset on tulkittava mielenterveyskeskusten käsityksiksi näiden yksiköiden toiminnasta. Toisaalta puolet mielenterveyskeskuksista kertoi, että niissä on koottua tietoa alueensa asumispalveluyksiköistä ja useat tekivät niihin kotikäyntejä, joten vastaukset perustuvat arvioiden lisäksi myös potilastyössä kertyneeseen tietoon ja kokemuksiin. Vastauksen antamaan kuvaan todellisuudesta on kuitenkin suhtauduttava jonkin verran varovaisesti. Länsi-Suomen läänin aluetta tarkasteltaessa voidaan 66 mielenterveyskeskuksen antamaa kokonaiskuvaa pitää kohtalaisen luotettavana, mutta alueellisia eroja voidaan nostaa esiin vain silloin kun ne näkyvät arviointiaineistossa selvinä.

Postikyselyyn vastanneet mielenterveyskeskukset kuvataan taulukoissa 1. Mielenterveyskeskus voi vastata jopa 15 kunnan asukkaiden palvelusta. Yhden kunnan mielenterveyskeskukset ovat yleisiä Pirkanmaalla ja Keski-Suomessa. Muissa maakunnissa toiminta on organisoitu enimmäkseen tai kokonaan kuntayhtymäpohjalta. Vastuukuntien määrä vaikuttaa siihen paikallistuntemukseen, jotka kyselyyn vastaamisessa odotettiin mielenterveyskeskuksista löytyvän.

Taulukko 1. Kyselyyn vastanneiden mielenterveyskeskusten määrä ja väestöpohjat maakunnittain

Maakunta	Mielenterveyskeskukset	Väestöpohja			Toimialueen laajuus, kuntaa		
		Minimi	Maksimi	Keski-arvo	1	2	3 ja enemmän
Etelä-Pohjanmaa	12	4 000	55 800	17 200	3	1	8
Keski-Pohjanmaa	3	12 900	51 000	26 000	0	0	3
Keski-Suomi	15	2 100	79 000	17 800	8	2	5
Pirkanmaa	19	2 400	195 500	24 500	12	3	4
Pohjanmaa	4	12 100	100 300	45 100	0	1	3
Satakunta	4	27 500	103 500	58 100	0	0	4
Varsinais-Suomi	9	5 400	172 600	56 500	1	0	8
Yhteensä	66				24	8	35

Mielenterveyspotilaiden kuntouttavia ja muita ympärivuorokautisesti valvottuja asumispalveluja tuottavien yksiköiden palvelujen piirissä olevien asukkaiden palvelujen tarpeen syinä olivat vuonna 2000 yleisimmin psykiatriset sairaudet tai oireet, joissa ei ole mukaan luettuna masennusongelmia. Toiseksi yleisin syyluokka olivat erittelemättömät psyykkis-sosiaaliset syyt ja vasta kolmantena kuntoutus.

Arviointitulokset

Mielenterveyspotilaille asumispalveluja ja niihin liittyvää kuntoutusta tuottavien yksiköiden määrä

Mielenterveyskeskuksista kolmanneksella (22:lla) oli hallinnollisessa alaisuudessaan oma tai omia asumispalveluyksiköitä. Lisäksi kunnissa oli muita julkisia asumispalveluyksiköitä. Yksiköiden määrä on esitetty taulukossa 2. Yksityisiä yksiköitä on enemmän kuin julkisia. Julkisessa omistuksessa olevien yksiköiden todellista tarkkaa määrää ei ole kirjattu mihinkään rekisteriin tai tilastoon. Täsmällisen tiedon saamista vaikeutti huomattavasti ympärivuorokautisen palvelun määritelmän epätarkkuus. Monilla kunnilla on omia mielenterveyspalvelujen tukiasuntoja, joissa on kunnallisia palveluja päiväsaikaan, mutta ei öisin. Näitä yksiköitä ei ole sisällytetty arviointiin.

Lääninhallituksen alueyksiköiden yksityisten sosiaalipalvelujen SOSPA-rekisteristä on mahdollista laskea tarkka paikkaluku. Läänin alueella on 116 yksityistä mielenterveyspotilaiden asumispalvelua tuottavaa yksikköä (taulukko 2). Näistä 65 yksikköä tuottaa palveluja pelkästään mielenterveyspotilaille ja loput yksiköistä ovat ns. sekayksiköitä, joissa asuu myös muita asumispalvelua tarvitsevia ryhmiä, kuten vammaisia, päihdeongelmaisia ja vanhuksia.

Palveluja tuottavat yksiköt eivät ole jakautuneet maantieteellisesti tasaisesti. Kunnissa voi olla joko pelkästään yksityisiä tai julkisia palveluja tai molempia. Osa kunnista hankkii kaikki asumispalvelut muista kunnista. Läänin alueella on joitakin kuntia, joiden alueella on palvelukeskittyä ja palveluja tuotetaan huomattava määrä myös muita alueita varten.

Johtopäätös

- ü Asumispalveluyksiköiden ja asumispaikkojen määrissä ja kuntien omista tavoista järjestää mielenterveyspotilaiden asumispalveluita on selkeitä alueellisia eroja.

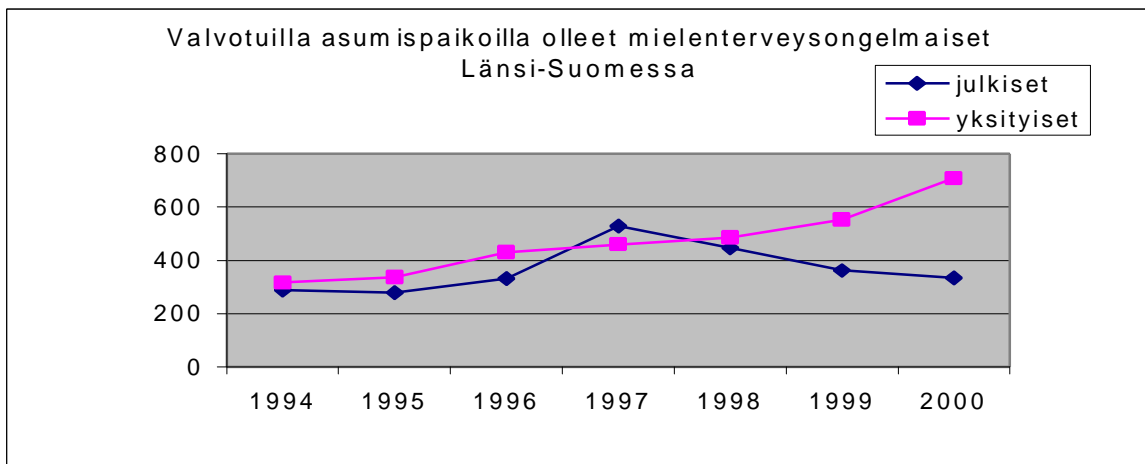
Kunnallisten ja yksityisten tarjoamat asumispaikat ja niiden asukkaat

Kolme neljäsosaa mielenterveyskeskuksista ilmoitti tuntevansa hyvin oman alueensa julkisen toiminnan, joten luvun suuruusluokan voidaan arvioida olevan oikea. Kaikista julkisista yksiköistä ei arviointia varten saatu paikkalukuja, joten todellinen luku voi olla hieman taulukossa 2 esitettyä suurempi.

Taulukko 2. Länsi-Suomen läänin mielenterveyspotilaiden asumispalveluja tuottavien yksiköiden ja asumispaikkojen määrät vuonna 2001

Maakunta	Asumispalveluyksiköiden määrä		Asumispaikkojen määrä		Asumispaikkoja / 10 000 asukasta
	Yksityisiä	Kunnallisia	Yksityisiä	Kunnallisia	
Etelä-Pohjanmaa	25	13	183	81	13
Keski-Pohjanmaa	11	3	63	25	12
Keski-Suomi	27	12	253	58	12
Pirkanmaa	20	8	212	51	6
Pohjanmaa	3	6	47	46	5
Satakunta	11	3	132	33	7
Varsinais-Suomi	19	4	248	16	6
Länsi-Suomen lääni	116	49	1140	310	8

Lääninhallituksen SOSPA-rekisterin mukaan läänin yksityisissä asumispalveluyksikössä on yhteensä noin 1 140 asumispaikkaa (taulukko 2). Näissä yksiköissä asui vuoden 2000 lopussa SOTKA-tietokannan mukaan noin 1000 mielenterveyspotilasta. Kunnallisissa yksiköissä asuvien määrä on vähenevä ja yksityisten kasvava (kuva 1). Pohjanmaa on ainoa maakunta, jossa julkisia palveluntuottajia on enemmän kuin yksityisiä, mutta sielläkin asumispaikkojen määrä on tasaisesti jakautunut. Väestöpohjaan suhteutettuna mielenterveyspotilaiden asumispalvelupaikkoja on alueen maakunnista eniten Etelä-Pohjanmaalla ja vähiten Pohjanmaalla. Maakunnat jakautuivat asumispaikkojen suhteen selkeästi kahteen eri ryhmään (taulukko 2). Länsi-Suomen läänissä oli 31.12.2000 sosiaali- ja terveydenhuollon hoitoilmoitusrekisterin (HILMO) tietojen mukaan valvottujen ympärivuorokautisten asumispalvelujen piirissä noin 1 040 asukasta, joista kolmannes oli julkisilla ja kaksi kolmannesta yksityisillä hoitopaikoilla. Valtaosa yksityisestä palvelusta tuotetaan maksutoumuksilla kunnille.



Kuva 1. Kunnallisissa ja yksityisissä mielenterveyspotilaiden asumispalveluissa olleiden henkilöiden määrät vuosina 1994- 2000 Länsi-Suomen läänissä (SOTKA)

Johtopäätös

Mielenterveyspotilaiden asumispalvelut ovat selvästi siirtymässä yksityisen sektorin toiminnaksi.

Asumispalveluja tuottavan henkilöstön määrä

Kuntien ja kuntayhtymien omistamien mielenterveyspotilaiden asumispalveluyksiköiden henkilöstömäärästä saatiin mielenterveyskeskuksille osoitetun kyselyn kautta vain välillistä ja epätarkkaa tietoa. Yksityiset asumispalveluyksiköt selvittävät henkilöstömääränsä vuosittain lääninhallitukselle toimintakertomuksessaan. Sekayksiköissä työskentelevästä henkilöstöstä on vaikea laskennallisesti erottaa mielenterveyspotilaita palvelevien henkilöiden määrää. Tässä arvioinnissa esitetään sekayksiköistä koko henkilöstön määrä. Länsi-Suomen läänissä on noin 750 työpaikkaa yksityisissä asumispalveluyksiköissä. Henkilöstöä on henkilöinä enemmän, sillä työntekijöistä noin viidennes on osa-aikaisia. Henkilöstömäärät ovat maakunnittain seuraavat: Etelä-Pohjanmaa 138, Keski-Pohjanmaa 20, Keski-Suomi 121, Pirkanmaa 190, Pohjanmaa 20, Satakunta 79 ja Varsinais-Suomi 209.

Johtopäätös

ü Ns. sekayksiköt ovat yleisiä. Näissä yksiköissä asuvilla näyttäisi olevan vähemmän mielenterveystyöhön perehtynyttä henkilökuntaa.

Asumispalvelujen saatavuus ja jonotilanne

Mielenterveyskeskuksista reilu puolet arvioi, että omalla toimialueella on riittävästi tai melko riittävästi mielenterveyspotilaiden kuntouttavia tai muita valvottuja asumispalveluja. Vastaavasti 45 % mielenterveyskeskuksista arvioi, että paikkoja on melko tai täysin puutteellisesti. Maakunnista Pirkanmaa näki eniten puutteita asumispalvelujen määrässä (69 % mielenterveyskeskuksista) ja Keski-Suomi vähiten (27 % mielenterveyskeskuksista). Mielenterveyskeskusten enemmistön (61 %) mukaan mielenterveyspotilaiden kuntouttavien asumispalvelujen tarve tuli omalla toimialueella tyydytettyä hyvin. Toisaalta 36 % näki, että tarve on tyydytetty huonosti. Keski-Pohjanmaa ja Satakunta näkivät tilanteen valoisimpana ja Pirkanmaa synkimpänä.

Tarkasteltaessa niitä mielenterveyskeskuksia, joiden toimialue kattoi useampia kuin yhden kunnan, neljännes mielenterveyskeskuksista arvioi, että eri kuntien välillä on selkeitä eroja palvelujen tuottamisessa. Jonkun verran eroa näki puolet. Alle viidennes näistä mielenterveyskeskuksista oli sitä mieltä, että toimialueen kuntien välillä ei olisi eroja. Kaikissa maakunnissa oli mielenterveyskeskuksia, jotka totesivat eroja toimialueensa kuntien välillä.

Suoraa tietoa siitä, paljonko erikoissairaanhoidon hoitopaikoissa on mielenterveyspotilaita sen vuoksi, että he jonottavat asumispaikkaa, ei ole saatavissa. Mielenterveyskeskuksista vain kolme arvioi, että heidän alueellaan jonottaminen on tavallista. Kolmannes arvioi, että toimialueen potilaat eivät joudu jonottamaan. Mielenterveyskeskusten toimialueen potilaita oli erikoissairaanhoidossa kyselyhetkellä jonottamassa asumispaikkaa yhteensä 55, heistä puolet pirkanmaalaisia. Varsinais-Suomessa ja Keski-Suomessa paikkaa jonotti noin 10 potilasta, muissa maakunnissa vähemmän. Keski-Pohjanmaalla ei jonotettu lainkaan.

Johtopäätökset

- ü Länsi-Suomen mielenterveyskeskuksista noin puolet näkee, että asumispalvelupaikkoja on liian vähän.
- ü Mielenterveyspotilaat joutuvat joillakin alueilla olemaan erikoissairaanhoidossa sen vuoksi, ettei heille ole tarjolla sopivia asumispalveluja.

Asumispalvelussa olevien potilaiden oma taloudellinen vastuu

Kuntouttavassa tai muussa valvotussa asumispalveluyksikössä asuvien mielenterveyspotilaiden asumisen kustannukset katetaan tavallisimmin kunnan ja asiakkaan oman maksun yhdistelmällä. Tätä maksutapaa piti toimialueellaan yleisimpänä yli puolet (58 %) mielenterveyskeskuksista. Vaajaa kolmannes (29 %) piti kunnan maksusitoumusta alueellaan

tavallisimpana toimintatapana ja kahdeksan mielenterveyskeskusta (13 %) näki että itse maksavat asiakkaat olivat tavallisimpia. Lääninhallituksen yksityisen sosiaalipalvelun yksiköihin tekemien tarkastuskäyntien yhteydessä tai yksiköistä pyydettyissä toimintakertomuksissa ei selvitetä sitä, minkälaisia asiakkaiden maksujärjestelyt ovat. Näin ollen luotettavaa tietoa asiasta on vaikeasti saatavilla.

Johtopäätös

ü Taksa- ja maksupolitiikassa on selvästi kuntien välisiä eroja.

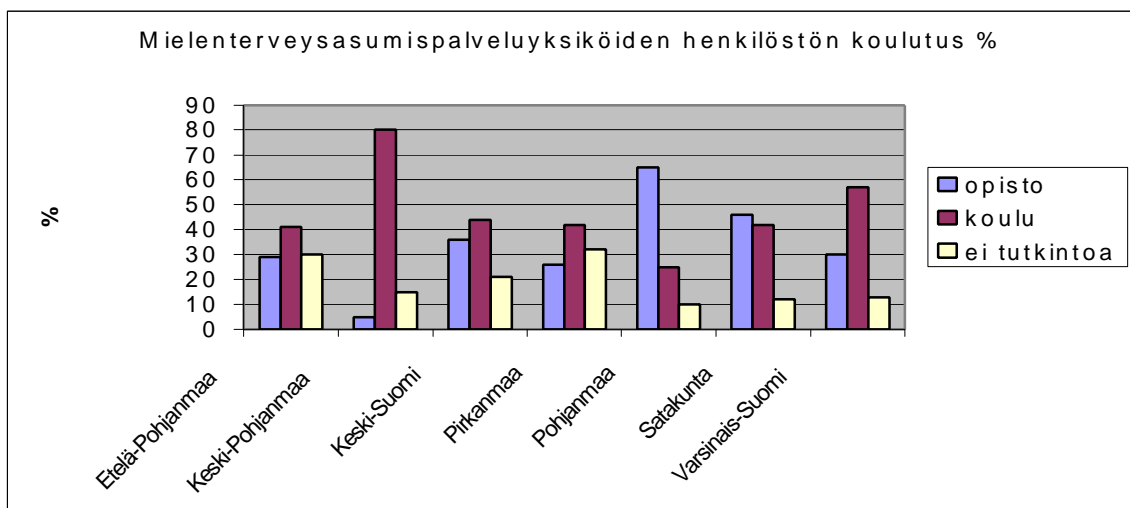
Asumispalvelujen ja niihin liittyvien muiden palvelujen laatu

Tässä arvioinnissa on yleisen palvelujen laadun mittareiksi valittu palveluja tuottavien yksiköiden koko henkilöstön ja vastuuhenkilöiden koulutustaso, henkilöstön määrä suhteessa hoitopaikkojen määrään, yövalvonnan järjestelyt, omahoitajajärjestelmät, yhteistyö mielenterveyskeskusten kanssa, kuntoutussuunnitelman laatiminen ja asiakaspalautteen käyttö. Lisäksi asumisen ja kuntoutuksen sisällöllistä laatua tarkastellaan erikseen.

1. Asumispalveluyksiköiden koko henkilöstön ja vastuuhenkilöiden koulutustaso

Julkisten yksiköiden henkilöstön koulutuksesta saatiin vain välillistä tietoa mielenterveyskeskusten kautta. Mielenterveyskeskukset arvioivat julkisten ja yksityisten asumispalveluyksiköiden henkilöstön koulutustason kohtalaisen hyväksi. Arvioitiin, että yksiköistä selvästi yli puolessa on vähintään opistotasoista henkilökuntaa. Oli vain pari mainintaa yksiköistä, joissa henkilöstön koulutustasoa pidettiin huonona.

Yksityisten yksiköiden henkilöstön koulutustaso on lääninhallitusten tiedossa. Mielenterveyspotilaiden asumispalveluja tuottavista yksiköistä puolet on ns. sekayksiköitä. Henkilökunnan koulutustasoa ei voida laskea erikseen mielenterveyspotilaita varten, joten kuvassa 2 on henkilöstön koulutustason jakaumat maakunnittain laskettu siten, että sekayksiköistä on huomioitu koko henkilökunta.



Kuva 2. Yksityisten mielenterveyspotilaiden asumispalveluja tuottavien yksiköiden henkilöstön jakautuminen vähintään opistoasteiseen, kouluasteiseen ja vailla tutkintoa olevaan henkilökuntaan

Yksityisten yksiköiden vastuuhenkilöistä 56 %:lla on vähintään opistoasteinen koulutus ja 34 %:lla kouluasteinen. Ilman koulutusta tai alan kursseja oli 4 vastuuhenkilöä (10 %). Koulutustaso on esitetty tarkemmin taulukossa 3. Vastuuhenkilön koulutus vaihteli perhepäivähoitajan koulutuksesta psykiatriin. Ehdottomasti yleisin suoritettu tutkinto on mielenterveystyöhön suuntautunut erikoissairaanhoidon tutkinto. Lain mukaan yksikön vastu-

henkilöllä tulee olla joko sosiaali- tai terveydenhuollon tai muun alan opistoasteinen tutkinto. Se, että vastuuhenkilöistä näinkin suurella määrällä oli vain kouluasteinen tutkinto, johtunee siitä, että laki yksityisten palveluiden valvonnasta astui voimaan vasta vuonna 1997 ja siirtymäsäännöksen mukaan silloin yksiköiden vastuuhenkilöinä toimineet katsottiin päteviksi niihin yksiköihin.

Taulukko 3. Yksityisten asumispalveluyksiköiden vastuuhenkilöiden koulutus maakunnittain (kpl koulutuksen saaneita vastuuhenkilöitä)

Maakunta	Sairaanhoidaja	Erik.sair. hoitaja	Väh.sos. opist.aste	Kouluaste	Ei tutkintoa	Ei tietoa
Keski-Suomi	2	11	3	5	-	2
Pirkanmaa	3	7	5	7	1	-
Varsinais-Suomi	3	10	4	2	-	-
Satakunta	1	8	2	-	-	-
Etelä-Pohjanmaa	-	17	1	5	2	-
Keski-Pohjanmaa	-	1	-	8	2	-
Pohjanmaa	-	3	-	-	-	-

2. Yksityisten asumispalveluyksiköiden henkilöstön määrä suhteessa hoitopaikkoihin

Kolmen Pohjanmaan maakunnan alueella oli koko henkilökunnan määrä käytössä olleita hoitopaikkoja kohti 0,35 ja vaihteluväli 0,15 – 0,63. Vastaavasti *hoitoon osallistuvan henkilökunnan* määrä oli 0,30 ja vaihteluväli 0,08 – 0,63. Suhdelukuja laskettaessa on sekayksiköissä huomioitu koko henkilökunnan määrä suhteessa kaikkiin hoitopaikkoihin. Kun asumispalvelujen asukkaiden hoitoisuusaste ei ole tiedossa ja laskennallisissa luvuissa on mukana huomattava määrä sekayksiköitä, ei suhdelukujen avulla voida esittää arviota henkilökunnan riittävydestä. Suhdelukuun vaikuttaa oleellisesti myös tieto siitä, paljonko henkilöstössä on osa-aikaisia. Kun nämä tiedot olivat muiden maakuntien alueilla epätarkkoja, ei tässä yhteydessä voida esittää kuin esimerkinomainen kolmen Pohjanmaan maakunnan tilanne. Luvut antavat viitettä siitä, millaisella työpanoksella asukasta kohden palveluja tuotetaan. Pohjanmaan maakunnista lasketut vaihteluvälit viittaavat siihen, että erot ovat enemmän yksiköiden kuin alueiden välisiä. Noin puolet yksityisistä yksiköistä on ilmoittanut, että heillä on käytössä omahoitajajärjestelmä. Keski-Suomen alueelta ei tätä tietoa ollut saatavissa.

3. Yövalvonta

Yövalvonnan järjestäminen yksityisissä palveluyksiköissä selvitettiin kolmen Pohjanmaan maakunnan alueelta. Kaikkien yleisin yövalvontajärjestelmä oli mahdollisuus ottaa puhelimella yhteyttä työntekijään. Tämä järjestelmä oli hiukan yli puolessa yksiköistä. Vajaassa viidenneksessä yksiköitä oli henkilökuntaa yöllä paikalla ja turvaranneke oli käytössä yhdessä yksikössä kymmenestä. Joka kymmenes ympärivuorokautisesti valvotuiksi määritellyistä yksiköistä ilmoitti, että yövalvontaa ei ollut järjestettynä. Muina valvonnan muotoina mainittiin, että kunnallinen kodinhoitaja tai kotisairaanhoido järjestää yövalvonnan. Myös turvapuhelin, mahdollisuus ottaa yhteys johonkin toiseen yksikköön tai terveyskeskukseen mainittiin järjestelytapoina.

4. Yhteistyö mielenterveysyksikön kanssa ja asiakaskäynnit asumisyksiköihin

Länsi-Suomen läänin mielenterveyskeskuksista 39 % (25 kpl) ilmoitti tekevänsä asiakaskäyntejä kaikkiin alueensa mielenterveyspotilaiden kuntouttavan asumispalvelun yksiköihin. Lisäksi 36 % (23 kpl) ilmoitti tekevänsä käyntejä joihinkin alueensa yksiköistä. Neljännes mielenterveyskeskuksia ei tehnyt asiakaskäyntejä kyseisiin yksiköihin. Puolet tai useampi mielenterveyskeskus ei tehnyt asiakaskäyntejä Varsinais-Suomen, Etelä-Pohjanmaan ja Vaasan alueilla. Muualla asiakaskäynnit olivat yleisempiä. Mielenterveyskeskukset tunsivat alueidensa asumispalveluyksiköt heikosti niillä alueilla, joissa asiakaskäynnit eivät olleet työmuotona.

5. Kuntoutussuunnitelman tekeminen asumispalveluissa oleville mielenterveyspotilaille

Mielenterveyskeskusten toimialueilla olevissa mielenterveyspotilaiden asumispalveluyksiköissä oli pääsääntöisesti tehty asiakkaille kuntoutussuunnitelma 44 % mielenterveyskeskuksen näkemyksen mukaan. Noin 40 % arvioi, että kuntoutussuunnitelma tehtiin osassa alueen asumispalveluyksiköistä.

Mielenterveyskeskuksista kolmannes (20 kpl) osallistui itse kaikkien omien kuntouttavissa asumispalveluissa olevien potilaidensa kuntoutussuunnitelmien tekoon. Lisäksi reilu puolet (33 kpl) teki kuntoutussuunnitelmia joillekin potilailleen. Länsi-Suomen läänissä on 10 mielenterveyskeskusta, jotka eivät ole olleet tässä mielessä tekemisissä mielenterveyspotilaiden kuntouttavien asumispalvelujen kanssa. Nämä mielenterveyskeskukset ovat hajatapauksia, joita löytyy kaikista maakunnista Keski-Pohjanmaata lukuun ottamatta. Ne kuntoutussuunnitelmat, joiden tekemiseen mielenterveyskeskukset itse osallistuvat, tarkistetaan vajaan kolmanneksessa mielenterveyskeskuksista ainakin kahdesti vuodessa ja lisäksi kolmanneksessa vuosittain. Neljännes mielenterveyskeskuksista tunnustaa, että tarkistamisessa voi mennä yli vuosikin ja vain yksi ilmoittaa, että niitä ei tarkasteta. Pirkanmaan, Keski-Suomen ja Etelä-Pohjanmaan mielenterveyskeskukset ovat aktiivisimmat kuntoutussuunnitelmien tarkastajista.

Mielenterveyskeskuksia pyydettiin esittämään käsityksensä siitä, mikä taho tekee asumispalveluissa olevien mielenterveyspotilaiden kuntoutussuunnitelmat niissä tapauksissa, joissa mielenterveyskeskus ei tee niitä. Noin puolet mielenterveyskeskuksista esitti näkemyksensä, että asumispalveluyksiköiden henkilökunta tekee itse kuntoutussuunnitelmat. Sosiaali- ja psykiatrisen sairaalan, yksityislääkäri ja kotisairaanhoidon mainittiin myös kuntoutussuunnitelman tekijöinä. Lisäksi oli viisi mainintaa, joissa epäiltiin, että kuntoutussuunnitelmia ei tehdä lainkaan.

Yksityistä asumispalvelua tuottavien yksiköiden kuntoutussuunnitelmista saatiin tietoa toimintakertomusten kautta. Kolmen Pohjanmaan maakunnan alueella lähes kaikki (92 %) yksityiset yksiköt ilmoittivat laativansa kuntoutussuunnitelman. Asukkaat osallistuivat itse suunnitelmien tekoon lähes kaikissa yksiköissä ja lisäksi osallistui pääsääntöisesti yksikön vastuuhenkilö. Lähes puolet yksiköistä ilmoitti, että suunnitelmien tekoon osallistuu lähiomaisen ohella lääkäri, mielenterveyskeskus ja omahoitaja. Yksikköjen omien vastausten perusteella suunnitelmat tarkistetaan 81 %:ssa yksiköitä joko kaksi kertaa vuodessa tai vuosittain. Keski-Suomessa kuntoutussuunnitelma tehtiin 27 yksiköstä 20:ssä kaikille asiakkaille. Yksi yksikkö ilmoitti, että he tekevät vain osalle ja kahdessa ei tehdä kuntoutussuunnitelmia. Pirkanmaalla 23 yksiköstä 19 ilmoitti tekevänsä kuntoutussuunnitelmat ja vastaavasti 4 yksikössä niitä ei tehdä. Varsinais-Suomen yksityisistä asumispalveluyksiköistä kaikissa tehdään mielenterveyspotilaille kuntoutussuunnitelmat ja Satakunnassa näin tapahtuu yhtä lukuun ottamatta myös kaikissa yksiköissä.

Yksityisiä palveluja tuottavat yksiköt ja alueen mielenterveyskeskukset antoivat ristiriitaista tietoa kuntoutussuunnitelmien ja niiden tarkastamisen yleisyydestä. Asumispalveluyksiköt itse pitivät suunnitelmien tekoa selvästi yleisempänä kuin mielenterveyskeskukset. Kyse voi olla siitä, että mielenterveyskeskukset ja asumispalveluyksiköt ymmärtävät kuntoutussuunnitelman käsitteen eri tavalla.

6. Asiakaspalautteen käyttö

Kyselyssä ei tullut esiin tietoa yhdestäkään yksiköstä, joka käyttäisi asiakaspalautetta systemaattisesti osana oman toimintansa laadunvarmennusta. Mielenterveyskeskusten tiedossa oli reilu kymmenkunta asiakaspalautekyselyä, jotka on toteutettu jonkun yleisemmän selvityksen yhteydessä. Ajankohtaisimpina mainittiin mm. Turun mielenterveyskeskuksessa tehty kansainväliseen selvitykseen liittyvä tyytyväisyyskysely. Lisäksi aiheesta

on tehty 90-luvulla yksi pro-gradu. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin läntisen osavastuualueen mielenterveyspalvelujen selvitys sisälsi kyselyn asumispalveluista vuonna 1996. Etelä-Pohjanmaan alueella Sosiaalipsykiatrinen yhdistys on myös selvittänyt palveluja.

Johtopäätökset

- ü Yksityisten asumispalveluyksiköiden vastuuhenkilöt ovat melko usein saaneet alansa erityiskoulutuksen, joskin osassa yksiköitä vastuuhenkilöillä ei ole muodollista pätevyyttä.
- ü Omahoitajajärjestelmä on otettu käyttöön vain osassa kuntia.
- ü Henkilöstörakenne ja henkilöstömäärä viittaavat siihen, että asumispalveluyksiköitten ilta-, yö- ja viikonlopputyöt tehdään vähäisellä henkilöstömäärällä.
- ü Osa mielenterveyskeskuksista on kiinteässä yhteistyössä asumispalveluyksiköitten kanssa, tekee niihin kotikäyntejä ja osallistuu kuntoutussuunnitelmien tekoon ja suunnitelmien toteutumisen seurantaan.
- ü Osalle potilaista tehdään kuntoutussuunnitelma, jonka toteutumista seurataan. Suunnitelmien seuranta voi olla puutteellista.
- ü Asumispalveluyksiköissä käytetään asumispalautetta vähän.

Asumispalvelun laatu

Mielenterveyskeskukset arvioivat niiden toimialueella olevien mielenterveyspotilaiden asumispalveluyksiköiden asumisen laadun varsin hyväksi (pääasiassa hyvää 39 % ja vaihtelevaa, enempi hyvää kuin huonoa 58 %). Julkisen sektorin yksiköissä oma asunto tai oma huone, jossa on oma WC on yleinen 16 mielenterveyskeskuksen toimialueilla. Vastaavasti noin puolet mielenterveyskeskuksista ilmoittaa, että tällaisia asuntoja ei alueella ole lainkaan. Oma huone ilman WC:tä on tavallinen. Kahden hengen huoneita on 20 mielenterveyskeskuksen toimialueella.

Yksityisen sektorin asumisen laadusta mielenterveyskeskuksilla ei ole kovin tarkkaa kuvaa. Kahden hengen huoneet arvioitiin yleisemmiksi kuin julkisissa palveluissa. Kolmen hengen huoneita oli edelleen käytössä joitain sekä Satakunnan että Varsinais-Suomen alueella. Yksityisten palvelun tuottajien asumispalvelun laadusta on saatavilla tarkempi kuva lääninhallitusten tiedostoista. Pohjanmaan kolmen maakunnan tilanne selvitettiin arviointiraporttia varten (taulukko 4). Voidaan olettaa, että tilanne muilla alueilla muistuttaa tätä esimerkkialuetta.

Taulukko 4. Pohjanmaan alueen kolmen maakunnan yksityisen asumispalvelun yksiköiden (39 kpl) mielenterveysasukkaiden (260 henkilöä) asumistaso vuonna 2001

	Asukkaita	%
Oma asunto (keittiö, kylpyhuone, oma sisäänkäynti)	41	16
Oma huone, yli 12 neliömetriä ja oma wc	32	12
Oma huone, yli 12 neliömetriä, ei wc:tä	78	30
Oma huone, alle 12 neliömetriä ja oma wc	4	2
Oma huone alle 12 neliömetriä, ei wc:tä	30	12
Kahden hengen huone yli 16 neliömetriä	69	27
Kahden hengen huone alle 16 neliömetriä	6	2
Kolmen hengen huone	0	0
Yli kolmen hengen huone	0	0
Yhteensä	260	100

Mielenterveyskeskusten vastausten mukaan asumispalvelu on hyvää kun asukkailla on oma huone saniteettitiloineen ja riittävästi hoitavaa läsnäoloa. Muina asumiseen liittyvinä laatu- ja palveluolosuhteina mainittiin äänieristys, oma rauha, yhteiset kokoontumistilat, saunomismahdollisuus, hyvä sijainti palveluihin nähden ja julkiset liikenneyhteydet sekä mahdollisuus itse vaikuttaa sisustukseen ja muuhun viihtyvyyteen.

Johtopäätös

Ympäri vuorokautisissa valvotuissa asumispalveluissa asuvien mielenterveyspotilaiden asumistasossa on puutteita eikä asuminen useinkaan vastaa omaa kotia. Yhden hengen huoneita ja omia WC-tiloja on vähän ja asuminen on ahdasta. Kahden hengen huoneet ovat tavallisia ja jopa kolmen hengen huoneita on vielä olemassa.

Asumispalveluyksiköiden antaman kuntoutuksen laatu

Mielenterveyskeskukset arvioivat asiaa koskevassa yleiskysymyksessä kuntoutuksen laadun asumispalveluyksiköissä varsin hyväksi (pääsääntöisesti hyvä 37 % ja vaihteleva, enempi hyvä 52 %). Kuntoutuksen sisältöä selvitettiin tarkentavalla kysymyksellä. Taulukossa 5 esitetään miten yleiseksi mielenterveyskeskukset katsoivat eri toimintamuodot alueillaan. Tulosten mukaan asumispalveluyksiköissä toteutettava kuntoutus sisältää yleisimmillään päivittäistoimintojen ohjausta, vapaa-ajan ohjausta ja sosiaalista kuntoutusta sekä jonkun verran supportiivista psykoterapiaa. Työhönvalmennusta ja fyysistä kuntoutusta on tarjolla vähän. Julkisten ja yksityisten palveluyksiköiden antaman kuntoutuksen sisällössä ei todeta oleellisia eroja. On kuitenkin huomattava, että näitä toimintoja ei ole kaikilla alueilla ja lisäksi noin parikymmentä mielenterveyskeskusta ei vastannut tätä asiaa koskeviin kysymyksiin lainkaan. Tämä antaa aiheen olettaa, että kuntoutuksen sisältö ei ole kentällä yksiselitteisen selvä ja kuntoutuksen toteutumisessa voi olla epävarmuuksia.

Mielenterveyskeskusten vastausten perusteella kuntoutus on hyvää kun se sisältää kuntoutussuunnitelman, joka huomioi sekä fyysisen että sosiaalisen harjoittelun. Lisäksi se sisältää päivittäistoimintojen ohjausta, työhön valmennusta, riittävää ohjausta ja neuvontaa sekä sosiaalista kuntoutusta. Siihen sisältyvät myös hoitokontaktit, päiväohjelma, toimintaterapia ja mielekäästä tekemistä sekä verkostotoiminta ja vertaistuki. Toiminnan jatkuvuus ja säännöllisyys nähtiin tärkeänä, samoin harrasteryhmät ja itsenäisen asumisen tavoittelu.

Taulukko 5. Mielenterveyskeskusten (kpl) käsitys erilaisten kuntouttavien toimintojen yleisyydestä kuntouttavan asumispalvelun julkisissa ja yksityisissä yksiköissä mielenterveyskeskusten omalla toimialueilla

Kuntouttava toiminta	Yleinen		Joitain		Ei ole	
	Julkinen	Yksityinen	Julkinen	Yksityinen	Julkinen	Yksityinen
Päivittäistoimintojen ohjaus (ADL)	36	42	2	7	3	1
Fysioterapia	0	1	20	15	20	30
Vapaa-ajan ohjaus	19	26	17	23	4	1
Supportiivinen psykoterapia	20	12	10	20	10	16
Työhönvalmennus	2	3	18	22	20	24
Sosiaalinen kuntoutus	27	29	11	18	3	2

Taulukossa 6 on esitetty mielenterveyskeskusten näkemykset siitä, mikä taho vastaa mielenterveyspotilaiden kuntouttavien asumispalvelujen laadusta. Vastauksista ei nouse esiin yhtä tahoja, joka yleisesti mielletäisiin vastuunkantajaksi. Peräti 26 mielenterveyskeskusta näkee, että tärkein laadusta vastaava taho ovat kunnat ostopalvelusopimustensa kautta. Kuntien sosiaalitoimistot nähtiin eniten päävastuullisen tehtävään. Toisaalta 15 mielenterveyskeskusta katsoi, että laadusta vastaaminen ei ole sosiaalitoimen työtä lainkaan. Peräti 9 mielenterveyskeskusta piti itseään päävastuullisena laadusta ja lisäksi 24 mielenterveyskeskusta arvioi olevansa osittain vastuussa.

Taulukko 6. Mielenterveyspotilaiden kuntouttavien asumispalvelujen laadusta vastaavat tahot mielenterveyskeskusten näkemyksen mukaan, kpl mielenterveyskeskuksia

	Vastaa osittain	Vastaa kokonaan	Ei vastaa
Mielenterveyskeskus	24	9	22
Psykiatriset sairaalat	6	2	39
Terveyskeskukset	10	1	36
Sosiaalitoimistot	22	11	15
Kunnat vain ostopalvelusopimusten kautta	26	9	9
Muu taho	10	5	3
Ei kukaan	0	5	0

Mielenterveyskeskusten näkemyksen mukaan asumispalvelujen laadusta vastaavina ovat ensisijaisesti sosiaalitoimistot ja palvelujen tuottajat, joilla on mahdollisuus keskenään sopia laatukysymyksistä ostopalvelutapahtuman yhteydessä. Lääninhallituksella, mielenterveystoimistoilla, erikoissairaanhoidolla ja potilasjärjestöillä, jopa sosiaali- ja terveysministeriöllä, nähtiin vastuuta laadusta. Vastausten hajanaisuus viittaa siihen, että asumispalvelujen laadun valvonnasta ei ole yksiselitteisesti sovittu.

Johtopäätökset

- ü Asumispalveluyksiköissä annettavan kuntoutuksen sisältö on epäselvä, määrittelemätön ja vaihteleva. Työhönvalmennus ja fyysinen harjoittelu ovat harvinaisia.
- ü Mielenterveyspotilaiden kuntouttavien asumispalveluiden laadulle ei löydy selkeää vastuunkantajatahoa.

Toimiluvat

Yksityistä ympärivuorokautisesti valvottua asumispalvelua tuottavilla yksiköillä tulee olla lääninhallituksen myöntämä toimilupa. Yksityisen terveydenhuollon palvelujen tuottajilta vaaditaan niin ikään lääninhallituksen myöntämä toimilupa, jos yksikössä tuotetaan terveydenhuollon palveluja. Lääninhallituksen terveydenhuollon toimiluparekistereistä löytyy vain muutama yksityisen sosiaalipalvelun kuntouttavia asumispalveluyksikkö, joilla on sosiaalipalvelun luvan ohella myös terveydenhuollon toimilupa. Voimassa olevia lupia on Tampereen toimialueella 3 ja Jyväskylän alueella yksi. Turun ja Vaasan toimialueilla niitä ei ole. Kun palveluja tuottavien yksiköiden toiminnan sisällöissä ei ole ilmeisiä eroavaisuuksia, liittyvät erot erilaisiin toimilupakäytäntöihin ja luvan hakijoiden omaan aloitteellisuuteen. Esimerkiksi Pirkanmaan alueella toimii Sopimusvuori ry:n yhteisöasumista tuottava yhdistys, jonka asumispalveluyksiköillä on terveydenhuollon lupa mielenterveyspotilaiden kuntoutuspalvelujen tuottamiseen, mutta yksityisen sosiaalipalvelun lupaa näillä palveluilla ei ole haettu, koska niissä ei ole yöaikaista valvontaa.

Johtopäätökset

- ü Mielenterveyskeskukset eivät tunne kaikkia alueellaan toimivia luvanvaraisia mielenterveyspotilaiden asumispalveluyksiköitä.
- ü Kuntouttavia asumispalveluja tarjoavien yksiköiden sosiaalipalvelujen luvat ovat pääsääntöisesti kunnossa. Terveydenhuollon lupia näillä yksiköillä on vähän. Lääninhallitusten tulisi toimittaa lupapäätöksistä tiedot mielenterveyskeskuksille.

Psykiatrisen ja somaattisen hoidon toteutuminen

Kansanterveyslain 14 §:n mukaan kunnan tulee järjestää asukkaidensa sairaanhoito. Mielenterveyslain mukaan kunnan tulee järjestää asukkailleen mielenterveyspalvelut osana kansanterveystyötä ja osana sosiaalihuoltoa. Läänin mielenterveyskeskuksista 72 % katsoo (taulukko 7), että päävastuu kuntouttavissa asumispalveluissa olevien mielenterveyspotilaiden psykiatrisesta hoidosta on mielenterveyskeskuksilla itsellään. Terveyskeskukset päävastuullisiksi näkee 20 %. Yli puolet mielenterveyskeskuksista näkee, että terveyskeskukset osallistuvat psykiatriseen hoitoon. Somaattisen hoidon toteuttajana terveyskeskusten katsotaan olevan varsin selkeästi päävastuussa.

Taulukko 7. Psykiatriseen ja somaattiseen hoitoon osallistuvat tahot mielenterveyskeskusten toimialueilla (kpl mielenterveyskeskuksia ilmoittaa)

	Psykiatrisen hoito		Somaattinen hoito	
	Päävastuussa	Osallistuu	Päävastuussa	Osallistuu
Mielenterveyskeskus	45	14	2	32
Terveyskeskus	11	35	59	5
Psykiatriset sairaalat	1	45	0	25
Yksityiset psykiatrit	5	17	0	8
Muut yksityiset lääkärit	2	5	2	12
Muu taho	5	7	1	6

Pohjanmaan kolmen maakunnan alueen yksityiset asumispalvelujen tuottajat ovat ilmoittaneet tukeutuvansa somaattisen hoidon järjestämisessä vahvasti terveyskeskuksiin. Psykiatrisen hoidon oli yli puolet järjestänyt asukkailleen terveyskeskusten ja mielenterveyskeskusten kautta. Ostopalveluita yksityisiltä psykiatreilta käytti viidennes. Myös potilasta hoitavan psykiatrisen sairaalan apuun turvauduttiin. Asukkaiden mahdollisuutta tavata psykiatria kuvattiin määritteellä "aina tarvittaessa". Vain kolmannes yksiköistä ilmoitti, että tämä mahdollisuus on kerran kuussa tai useammin.

Johtopäätös

- ü Mielenterveyskuntoutujien psykiatrisen hoidon järjestelyjä ei ole yksiselitteisesti organisoitu, somaattisen hoidon päävastuun kantaa terveyskeskukset, joskin on myös muita toteuttajia. Asumispalveluissa olevien mielenterveyspotilaiden hoitoisuusaste on vaihteleva.

Asiakkaat, joilla on kotikunta asumispalvelun tuottamispaikan ulkopuolella

Mielenterveyskeskuksista 62 % (28 kpl) ilmoittaa, että niiden toimialueilla on kuntouttavien asumispalvelujen piirissä mielenterveyspotilaita, jotka on sijoitettu asumaan kotikuntansa ulkopuolelle. Kyselyhetkellä näitä henkilöitä arvioitiin olevan yli 150. Vastaavasti mielenterveyskeskuksista 38 % (23) ilmoittaa, että heidän toimialueillaan ei ole todettavissa tätä ilmiötä. Mielenterveyspotilaiden sijoittamista kotikuntansa ulkopuolelle oli todettavissa kaikissa läänin maakunnissa. Sijoittaminen oli yleisintä Satakunnan, Keski-Pohjanmaan ja Etelä-Pohjanmaan alueilla ja harvinaisinta Pohjanmaan ja Varsinais-Suomen alueilla. Kotikuntansa ulkopuolella asuvien mielenterveyspotilaiden psykiatrinen hoito on järjestetty joko asumiskunnan tai kotikunnan mielenterveyskeskukseen tai yksikön potilaita hoitaa yksityinen psykiatri tai muu lääkäri. Myös psykiatriseen sairaalaan turvaudutaan. Vastaavasti somaattinen hoito on järjestetty koti- tai asumiskunnan terveyskeskukseen tai yksityislääkärin palveluna. Joitain epäselvyyksiä on ilmennyt.

Johtopäätös

- ü Mielenterveyspotilaiden kuntouttavan asumispalvelun järjestäminen henkilön kotikunnan ulkopuolelle on tavallista.

Ehdotukset lainsäädännöllisistä uudistuksista ja muusta toiminnan kehittämisestä

Mielenterveyskeskukset esittivät yleisimmin toiveita laatukriteereistä, jotka koskisivat henkilömitoitusta, henkilöstön koulutusta, kuntoutuksen sisältöä ja asumisen tasoa. Lisäksi ehdotetaan asumispalvelujen laadun parantamiseksi kilpailua, eri vammaisryhmien tasa-arvoistamista ja henkilökunnan määrään vaikuttamista. Asukkaiden käyttörahan määrään toivotaan säädöstä. Lisäksi toivotaan työtoiminnan järjestämisvelvoitetta ja yksiköiden paikkaluvun rajoittamista sekä viranomaisvalvonnan tehostamista yksityinen että julkinen asumispalvelu mainiten. Varsinais-Suomen alueen mielenterveyskeskusten mielestä tarvittaisiin laaja-alaista selvitystyötä, jotta mielenterveyspotilaiden asumispalveluun liittyviä epäselvyyksiä voitaisiin selvittää ja oikoa.

Kokoava johtopäätös

- ü Arviointityön tulos on, että Länsi-Suomen läänin alueella mielenterveyspotilaiden kuntouttavien ja muiden ympärivuorokautisesti valvottujen asumispalvelujen määrä sekä sisältö vaihtelevat alueellisesti ja palvelu on sisällöllisesti määrittelemätöntä. Läänin joka maakunnassa löytyy esimerkkejä hyvistä palveluista, mutta sekä palvelujen määrä että laatu on siellä täällä joka maakunnassa selvästi puutteellista. Vastuu palvelujen laadun turvaamisesta ja kehittämisestä on epäselvä, eikä saumattomia palveluketjuja ole. Yksityisten tuottamat palvelut ovat nopeasti lisääntymässä julkisten palvelujen vähentyessä.

Suosituksset

- í Kunnan tulee vastata siitä, että mielenterveyspotilaille turvataan heidän tarpeitaan vastaavat ympärivuorokautiset ja muut asumispalvelut. Kuntien tulee varmistaa myös alueellaan olevien asumispalvelujen laadun toteutuminen. Kuntien tulee sopia selkeästi osana kunnan mielenterveystyön suunnitelmaa mielenterveyskeskuksia ylläpitävien kuntayhtymien ja yksityisten palvelujen tuottajien kanssa siitä, miltä osin kukin taho huolehtii toiminnan sisällön ja laadun varmistamisesta ja miten yhteistyökysymykset ja tiedonkulku järjestetään organisaatioiden kesken.
- í Asumispalvelujen taso tulee saattaa kaikkialla sellaiseksi, että asukkailla voidaan sanoa olevan asunto ja koti. Asumisnormien laatiminen edistäisi tämän tavoitteen saavuttamista.
- í Mielenterveyspotilaiden kuntoutuksen sisältö ja tavoitteet sekä kuntoutussuunnitelman malli tulisi laatusuosituksena kuvata ja antaa työkaluksi palvelujen tuottajille.
- í Mielenterveyskeskuksilla tulee olla sopimukset ja riittävät voimavarat, jotta ne voivat aktiivisesti osallistua sekä julkisten että yksityisten asumispalvelujen piirissä olevien mielenterveyspotilaiden psykiatrisen hoidon järjestämiseen, kokonaisvaltaista elämänhallintaa tukevien kuntoutussuunnitelmien laatimiseen ja kuntoutuksen toteutumisen seurantaan.
- í Silloin kun kunnat hankkivat mielenterveyspotilaille asumispalveluja ostopalveluina oman alueensa ulkopuolella sijaitsevista yksiköistä, tulee ostopalvelusopimuksen yhteydessä selkeästi määritellä miten kunkin kotikuntansa ulkopuolelle siirtyvän asukkaan kansanterveyslain, mielenterveyslain ja erikoissairaanhoidonlain mukaiset terveyspalvelut järjestetään. Kuntien tulee seurata kaikkien kunnan maksusitoumuksella sijoitettujen asukkaiden kuntoutumista. Kotikunnan ulkopuolelle siirtymisen tulisi perustua asukkaan omaan toivomukseen.

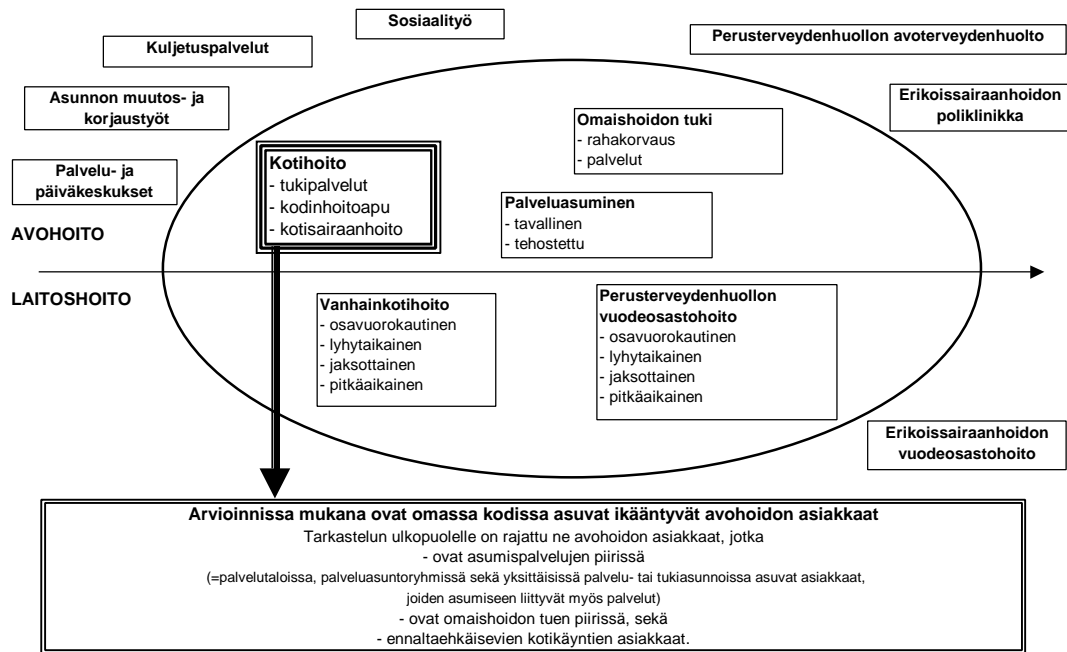
Arviointiryhmä

Aittolahti Marjatta, lääninsosiaalitarkastaja (teemavastaava), Tampereen alueellinen palveluyksikkö
Eriksson Hannele, terveydenhuollontarkastaja, Turun alueellinen palveluyksikkö
Harju Simo, lääninlääkäri, Vaasan alueellinen palveluyksikkö
Hirsiaho Aimo, lääninsosiaalitarkastaja, Jyväskylän alueellinen palveluyksikkö
Hämäläinen Päivi, lääninlääkäri (teemavastaava), Tampereen alueellinen palveluyksikkö
Ijäs Maija-Liisa, terveydenhuollontarkastaja, Vaasan alueellinen palveluyksikkö
Lifflander Päivi, terveydenhuollontarkastaja, Jyväskylän alueellinen palveluyksikkö
Perälä Irmeli, erikoissuunnittelija, Vaasan alueellinen palveluyksikkö
Soukkanen Maija-Liisa, lääninsosiaalitarkastaja, Turun alueellinen palveluyksikkö
Varke Seppo, lääninlääkäri, Turun alueellinen palveluyksikkö

5.3 Vanhusten kotiin annettavat palvelut

Arviointiasetelma

Arvioinnin kohteena on omassa kodissaan asuvien 75 vuotta täyttäneiden henkilöiden kotiin annettavien sosiaali- ja terveystoimen palvelujen saatavuus, riittävyys ja laatu. Arvioinnin rajaus on kuvattu seuraavassa.



Arvioinnissa kotihoidolla tarkoitetaan tukipalveluja, kodinhoitoapua ja kotisairaanhoitoa sekä kotipalvelulla tukipalveluja ja kodinhoitoapua. Tukipalveluilla tarkoitetaan ateria-, vaatehuolto-, kylvytys-, siivous-, kuljetus-, saattaja- yms. palveluja. Kodinhoitoavulla tarkoitetaan kodinhoitajan tai kotiavustajan antamaa kodissa tapahtuvaa yksilön ja perheen työapua, henkilökohtaista huolenpitoa ja tukemista. Kotisairaanhoidolla tarkoitetaan potilaan kotona tai vastaavissa olosuhteissa sovitulla tavalla tapahtuvaa sairaanhoitoa.

Tarkoituksena on arvioida kuntien toimintaa, jolla mahdollistetaan ikääntyvien ihmisten asuminen omassa kodissaan mahdollisimman pitkään riittävien, luotettavien ja laadukkaiden sosiaali- ja terveystoimen palvelujen tukemana. Arviointiin sisällytetään myös vanhusten kotiin annettavien palvelujen arvioinnin 1998 toimenpide-ehdotusten toteutumisen seuranta.

Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelmaan 2000-2003 (TATO), ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskevaan laatusuositukseen sekä sosiaali- ja terveystoimen strategioihin 2010 liittyvät arvioitavat tavoitteet ja niitä toteuttavat toimenpiteet sekä arviointikysymykset ja arviointikriteerit on tiivistetty seuraavan sivun arviointiasetelmaan.

Pääasiallisena arviointiaineistona on käytetty valtakunnallista, Länsi-Suomen lääninhallituksen vetovastuulla valmistettua lääninhallitusten kyselyä vanhusten kotiin annettavista palveluista. Kysely lähetettiin kaikkiin Länsi-Suomen läänin 204 kuntaan vanhustyöstä vastaaville. Vastauksia saatiin 31.11.2001 mennessä 181 kunnasta (89 %). Etelä-Pohjanmaan, Keski-Pohjanmaan ja Pohjanmaan maakuntien kunnista vastasivat kaikki, Keski-Suomessa vastausprosentti oli 93 %, Pirkanmaalla 85 %, Satakunnassa 68 % ja Varsinais-Suomessa 86 %. Aineistoa voidaan pitää edustavana koko läänin osalta.

Arvioitavat tavoitteet	Tavoitteita toteuttavat toimenpiteet
<p>Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma (TATO) 2000-2003</p> <ul style="list-style-type: none"> • Itsenäisen suoriutumisen tukeminen • Palvelujen saatavuuden varmistaminen 	<ul style="list-style-type: none"> • palvelujen tarjonta tukee asiakkaan itsenäistä kotona selviytymistä • palvelutarjonta perustuu selvitettyyn palvelutarpeeseen • kunnassa on paikallisten olosuhteiden edellyttämä riittävä, ammattitaitoinen henkilöstö
<p>Ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskeva laatusuositus</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avopalvelut ja kotona asumisen tuki ovat ensisijaiset • Palvelut mitoitetaan kunnassa esiintyvää tarvetta vastaavasti • Kotona asumista tuetaan nopeasti saatavilla, ammattitaitoisilla sosiaali- ja terveyspalveluilla • Työ on tarkoituksenmukaisesti organisoitu 	<ul style="list-style-type: none"> • voimavaroja kohdennetaan kotona asumisen tukemiseen • palvelut perustuvat asiakkaiden tarpeeseen • selvitetään henkilöstön riittävyys ja turvataan ammattitaidon ylläpitäminen • johto huolehtii toiminnan tuloksellisuudesta ja kehittämisestä
<p>Sosiaali- ja terveystoimen strategia 2010</p> <ul style="list-style-type: none"> • Toimivien palvelujen toimenpidelinjaukset 	<ul style="list-style-type: none"> • palvelujen laadun, saatavuuden ja alueellisen tasa-arvon turvaaminen • palvelutuotannon lähtökohtana palvelujen käyttäjä
<p>Vanhusten kotiin annettavien palvelujen arvioinnin 1998 toimenpide-ehdotukset</p>	<ul style="list-style-type: none"> • vanhustenhuollon suunnitelman (sisältää asiakasohjausta ja voimavarojen käyttöä säätelevät palvelustrategiat) laatiminen • palvelu- ja hoitosuunnitelma kaikille asiakkaille • henkilöstöressurssien lisääminen kotiin annettaviin palveluihin

Arviointikysymykset	Arviointikriteerit (indikaattorit)
<p>1. Millä toimenpiteillä on turvattu ikäihmisten kotona asumista tukevien ja tarvetta vastaavien avopalvelujen ensisijaistaminen ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • palvelujen kattavuus 75 vuotta täyttäneistä kotioidon asiakkaista ikäryhmittäin • palvelujen keskimääräinen intensiteetti • satunnaisten ja säännöllisten palvelujen suhde • vastaavuus ilmaistuun tarpeeseen • palveluille asetetut mitattavat tavoitteet • asiakkaiden palvelutarpeen arviointi/selvittäminen
<p>2. Onko kunnissa lisätty vanhusten kotiin annettaviin palveluihin voimavaroja tarvetta vastaavasti ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • henkilöstön määrän kehitys 1998-2001 • täyttämättömät virat/toimet • henkilöstön käyttö muualla kuin omassa kodissa asuville annettaviin palveluihin • yksityisten palvelujen osuus kunnan järjestämistä palveluista
<p>3. Antaako kotihoitopalveluja ammattitaitoinen ja koulutettu sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstö ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • henkilöstön ammattitaito/koulutustaso • ammatillisen täydennyskoulutuksen mahdollisuudet
<p>4. Miten sosiaali- ja terveydenhuollossa toteutetaan omassa kodissaan asuvien vanhuspalveluasiakkaiden palvelutarvetta vastaavien palvelujen järjestäminen</p>	<ul style="list-style-type: none"> • palvelu- ja hoitosuunnitelmien tekeminen • intensiivistä hoitoa tarvitsevien asiakkaiden palvelujen järjestäminen • palvelukäytännöt • asiakaspalautteen kerääminen • palveluista tiedottaminen • kotioidon toiminnalliset ratkaisut

Muu arvioinnissa käytetty lähdeaineisto on listattu alaviitteeseen⁸.

Alzheimer-keskusliitto on luovuttanut lääninhallitusten peruspalvelujen arvioinnin käyttöön kyselyaineiston kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon viranomaisten näkemyksistä muistihäiriötyön ja dementiahoidon tilasta kunnissa syksyllä 2000. Länsi-Suomen läänin alueelta kyselyyn oli vastannut 129 (63 %) kuntaa. Tuloksia on käytetty vertailuaineistona dementiasta kärsivien asiakkaiden kotihoidon arvioinnissa.

Lääninhallituksen kyselyn valmisteluvaiheessa pyydettiin arviointikysymyksistä kommentit 30 kunnalta. Kyselylomakkeen esitelmä suoritettiin 4 kunnassa (Pohjanmaalla, Varsinais-Suomessa ja Satakunnassa). Etelä-Pohjanmaan, Keski-Pohjanmaan ja Pohjanmaan kunnille pidettiin työkokoukset lomakkeiden täyttövaiheessa. Kyselyn ja arvioinnin tuloksia on tarkoitus hyödyntää arvioinnin lisäksi keväällä 2002 alkavassa Laatuviesti Länsi-Suomessa -hankkeessa.

Arviointitulokset

Palvelut kattavimpia vanhimmissa ikäluokissa, mitattavat tavoitteet puuttuvat

Stakes kerää vuosittain lakiin perustuvat hoitoilmoitustiedot sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujentuottajilta sekä sairaanhoitopiireiltä hoitoilmoitusjärjestelmään, Hilmoon. Osana hoitoilmoitusjärjestelmää suoritetaan myös parittomina vuosina kotihoidon laskenta, joka on marraskuun poikkileikkaustieto. Laskennan mukaan säännöllisen kotihoidon 75-84-vuotiaiden asiakkaiden osuus samanikäisestä väestöstä oli alle maan keskiarvon Pirkanmaalla, Pohjanmaalla ja Varsinais-Suomessa marraskuussa 1999. Pirkanmaalla myös 85 vuotta täyttäneiden asiakkaiden osuus oli alhainen. 75 vuotta täyttäneistä keskimäärin 12 % oli säännöllisen kotihoidon asiakkaana vuonna 1999.

Taulukko 1. Säännöllisen kotihoidon asiakkaiden osuus samanikäisestä väestöstä vuonna 1999 maakunnittain (Hilmo) Länsi-Suomen läänissä ja koko maassa

Maakunta	75-84 -vuotiaat	85 vuotta täyttäneet	75 vuotta täyttäneet
Etelä-Pohjanmaa	9,8	20,0	12,0
Keski-Pohjanmaa	10,8	17,7	12,4
Keski-Suomi	11,2	23,0	13,8
Pirkanmaa	8,5	17,7	10,6
Pohjanmaa	8,5	20,1	11,5
Satakunta	10,7	22,1	13,4
Varsinais-Suomi	8,7	22,1	12,0
Koko maa	9,8	20,9	12,4

Lääninhallituksen kyselyssä 75 vuotta täyttäneiden asiakkaiden osuus vastaavasta ikäryhmästä vuonna 2000 oli maakunnasta riippuen 25-40 % eli Hilmon poikkileikkaustilannetta huomattavasti suurempi. Kuntien arvioiden mukaan 75 vuotta täyttäneistä asiakkaista omaan kotiin palveluja sai maakunnasta riippuen 83-92 %. Vastauksissa oli puutteellisuksia kotisairaanhoitojen tietojen osalta, koska eroavaisuudet tilastollisessa luokittelussa häitäsivät tietojen saantia. Vastausten luotettavuutta alentaa myös se, ettei lomakkeita kaikissa kunnissa täytetty yhteistyössä kotisairaanhoitojen kanssa.

⁸ Sosiaali- ja terveysministeriö, Suomen Kuntaliitto. Oppaita 4/2001; Stakesin raportteja 259/2001; Stakesin raportteja 250/2000; Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 3/2001; Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 22/2000; U. Eloniemi-Sulkava ym. Dementiapotilaan kotihoito. Julkaisussa T. Erkinjuntti ym. (toim.) Muistihäiriöt ja dementia 2001; Alzheimer-keskusliiton julkaisusarja 1/2001. Alzheimer-keskusliitto kuntakyselyn, syksy 2000, aineisto. Sosiaali- ja terveydenhuollon tilastotietokanta SOTKA, vuosi 1999.

Taulukko 2. Kaikkien kotihoidon 75 vuotta täyttäneiden asiakkaiden ja omaan kotiin kotihoitoa saaneiden 75 vuotta täyttäneiden asiakkaiden osuudet vastaavasta ikäryhmästä sekä omaan kotiin palveluja saavien osuus kaikista 75 vuotta täyttäneistä kotihoidon asiakkaista vuonna 2000 Länsi-Suomen läänissä

Maakunta	Kaikki 75 vuotta täyttäneet asiakkaat, % vastaavasta ikäryhmästä	Omassa kodissa asuvat 75 vuotta täyttäneet asiakkaat, % vastaavasta ikäryhmästä	Omassa kodissa asuvat 75 vuotta täyttäneet asiakkaat, % kaikista 75 vuotta täyttäneistä asiakkaista	Vastanneiden kuntien määrä
Etelä-Pohjanmaa	45	41	90	27
Keski-Pohjanmaa	45	41	91	12
Keski-Suomi	34	34	80	28
Pirkanmaa	35	33	92	25
Pohjanmaa	40	35	88	18
Satakunta	27	24	92	19
Varsinais-Suomi	35	29	83	48

Kotihoidon palvelujen intensiteetti jakaantui kuntien arvioiden mukaan siten, että kodinhoitoapua ja tukipalveluja annettiin suurimmaksi osaksi joko vähintään kerran päivässä tai vähintään kerran viikossa. Palvelut painottuivat siten paljon apua tarvitseville. Kotisairaanhoidon annettiin pääasiassa vähintään kerran viikossa tai harvemmin.

Valtaosa kunnista pystyi vastaamaan kaikkiin säännöllisen kotihoidon pyyntöihin, joka kymmenes kunta joutui hylkäämään neljänneksen pyynnöistä. Vähiten pyyntöjä jouduttiin hylkäämään maaseutumaisissa kunnissa. Kaupunkimaisten ja taajaan asuttujen kuntien välillä ei ollut suuria eroja. Kunnista 95 % kykeni vastaamaan joko kaikkiin tai kolmeen neljäsosaan satunnaisen kotihoidon pyynnöistä. Myös satunnaisiin pyyntöihin maaseutumaiset kunnat pystyivät vastaamaan muita kuntia hieman paremmin.

Kunnat pystyivät arvionsa mukaan vastaamaan palvelutarpeeseen melko hyvin. Kodinhoitoavun pyynnöistä hylättiin keskimäärin 2 %. Kotisairaanhoidossa hylkäämisiä ei juurikaan ollut. Tukipalvelupyynnöistä kunnat joutuivat hylkäämään läänissä keskimäärin vajaat 5 %. Hylkäyksien osuudet vaihtelivat vajaasta kolmesta (Satakunta) hieman yli seitsemään prosenttiin (Etelä-Pohjanmaa). Viidennes arvioi hylkäyksien suurimmaksi syyksi henkilökunnan vähyyden suhteessa tarpeisiin. Toisena merkittävänä syynä mainittiin pyytäjän liian hyväksi arvioitu toimintakyky. Kolmantena syynä pidettiin yleisesti siivouspalvelujen antamisen vähentämistä tai siirtämistä yksityisille.

Palveluille asetettuja mitattavia tavoitteita oli eniten kodinhoitoavussa - tosin vain 41 kunnassa. Tukipalveluille tavoitteita oli asetettu 34 kunnassa ja kotisairaanhoidossa 26 kunnassa. Tavoitteiden toteutumisesta informoitiin kunnissa parhaiten sosiaalilautakuntaa. Hieman vähemmän tietoa annettiin valtuustolle, hallitukselle ja kotipalveluhenkilöstölle. Kotipalveluhenkilöstöä vähemmän palautetta tavoitteista sai kotisairaanhoidohenkilöstö. Kuntalaisten saama palaute toteutui alle puolessa kuntia.

Johtopäätös

- 3 Kotiin annettavia palveluja on kohdennettu vanhimmille ja eniten apua tarvitseville asiakkaille. Palveluille asetettavat mitattavat tavoitteet ovat harvinaisia eikä niiden merkitystä palvelutarjonnan hallinnassa ja kehittämisessä ole riittävästi sisäistetty.

Tarpeiden selvittäminen alullaan suhteessa laatusuosituksen tavoitteisiin

Laatusuosituksen mukaan palvelujen tarjonnan tulee perustua asiakkaiden tarpeisiin ja muuttua palvelutarpeiden muuttuessa. Palvelutarvetta voidaan selvittää esim. käyttämällä tutkimustietoa ikääntyneiden palvelutarpeesta ja selvittämällä paikallisella tasolla ikäihmisten kokemaa palvelutarvetta sekä arvioimalla asiakkaiden toimintakykyä.

Kunnista vain noin kolmasosa oli selvittänyt kaikkien 75 vuotta täyttäneiden palvelutarvetta. Hieman yleisempää oli omassa kodissa asuvien palvelutarpeen selvittäminen, minkä oli toteuttanut vajaa puolet kunnista. Lähes saman verran oli selvitetty ilta- ja yöhoidon tarvetta. Selvityksiä tehneistä kunnista 62 % oli lisännyt palveluja ja hieman useampi kunta oli myös muuttanut palvelujen valikoimaa. Palvelujen määrää oli lisätty palkkaamalla lisää henkilökuntaa, jolloin oli voitu lisätä tukipalveluja, ilta- ja yöhoitoa, päiväkeskustoimintaa, seniorineuvoloita ja ehkäiseviä kotikäyntejä. Palvelujen valikoimaa oli muutettu vähentämällä etupäässä siivouspalveluja.

Asiakkaiden toimintakykyä arvioitiin lähes kaikissa kunnissa (93 %). Yleisimmin arvioitiin fyysistä (92 %) ja psyykkistä toimintakykyä (91 %). Myös sosiaalisen ja kognitiivisen toimintakyvyn samoin kuin sosiaalisen verkoston arvioiminen oli tavallista. Kunnista ainoastaan 7 % ei arvioinut asiakkaiden toimintakykyä lainkaan. Toimintakyvyn arvioinnissa 68 % kunnista käytti apuna arviointimenetelmää. Näistä tavallisimmat olivat RaVa-indeksi, erilaiset muistitestit, KYKY-arviointimenetelmä ja Joensuu-malli. RAI-menetelmä oli tai oli tulossa muutamaan kuntaan.

Johtopäätös

- 3 Kotiin annattavien palvelujen tarjonta on kunnissa osin suunnittelematonta, koska paikallista palvelutarvetta ei selvitetä riittävästi.

Henkilöstömäärä lähes vuoden 1998 tasolla, edellytykset kotihoidon lisäämiselle heikot

Laatusuosituksen mukaan jokaisessa kunnassa on arvioitava paikallinen henkilöstön tarve. Ikääntyneiden toimintakyky ja hoitoisuusaste ovat henkilöstömitoituksen olennaisimpia tekijöitä. Henkilöstön riittävyys ja toiminta-alueen laajuus on selvitettävä myös kotiin annettavien palvelujen mitoittamisessa.

Taulukko 3. Kotipalveluhenkilökunnan kokonaismäärä 1998-2001 (suluissa määrä sataa 75 vuotta täyttäneitä asukasta kohti) sekä täyttämättömien virkojen määrä maakunnittain Länsi-Suomen läänissä

Maakunta	Kotipalveluhenkilökunnan määrä 1998	Kotipalveluhenkilökunnan määrä 1999	Kotipalveluhenkilökunnan määrä 2000	Kotipalveluhenkilökunnan määrä 2001	Lukumäärän muutos 1998-2001	Täyttämättömät virat / toimet lukumäärä	Vastanneiden kuntien määrä 2001
Etelä-Pohjanmaa	468 (3,1)	459	452	463 (2,9)	-5	8	27
Keski-Pohjanmaa	177 (4,0)	177	187	194 (4,1)	+17	14,5	12
Keski-Suomi	681 (4,5)	579	578	613 (3,8)	-68	12,5	28
Pirkanmaa	934 (3,3)	919	947	980 (3,3)	+46	5,5	29
Pohjanmaa	591 (4,2)	510	537	559 (3,8)	-32	12,5	18
Satakunta	440 (3,6)	419	439	440 (3,5)	0	16	19
Varsinais-Suomi	1157 (4,0)	1058	1102	1113 (3,7)	-44	105,5	48
Länsi-Suomen lääni	4448* (3,6)	4121	4242	4362 (3,2)	-86	174,5	181

* tiedot kaikista kunnista

Kotipalveluhenkilöstön määrä näyttäisi lisääntyneen vuodesta 1998 vuoteen 2001 vain Keski-Pohjanmaalla ja Pirkanmaalla. Suurin vähennys henkilökunnan määrässä oli Keski-Suomessa. Kuntien väliset erot olivat suuria. Täyttämättömien virkojen/toimien määrä oli pääosin vähäinen.

Valtion työllistämistuella palkatun työvoiman osuus kotipalveluissa oli vajaat 4 %. Kun työllistämistuella palkattuja oli vuonna 1998 yhteensä 230, oli heitä vuonna 2001 enää 162. Työllistämistuella palkattujen määrä väheni lähes puolella kaikissa muissa maakunnissa paitsi Pirkanmaalla. Vähennys vuodesta 1998 vuoteen 2001 vaihteli eri maakunnissa 19-74 %:n välillä. Pirkanmaalla lisäystä oli 14 %.

Kotisairaanhoidossa henkilökunnan määrässä ei ole tapahtunut muutoksia ja maakuntien väliset erot suhteessa 75 vuotta täyttäneiden määrään ovat vähäiset. Kotisairaanhoidon henkilökunnan määrä oli sataa 75 vuotta täyttänyttä kohden läänissä noin 0,6 % vuonna 2001.

Kotihoitohenkilökunnan tarpeen määrittelyä varten on Stakesissa (Raportteja 259/2001) laadittu laskukaava kunnan yli 65-vuotiaiden ja 75-vuotiaiden asiakkaiden kotihoitoon tarvittavan henkilökunnan määrästä. Kaavan avulla voidaan vanhusten omaan kotiin tarvittava apu määritellä eri vaihtoehtojen mukaan siten, että 75-vuotiaasta väestöstä on palvelujen piirissä 25, 30, 35 tai 40 %. Lisäksi arvioidaan, miten paljon apua asiakkaat tarvitsevat.

Taulukko 4. Vanhusten omaan kotiin suunnatun kotihoidon (kotipalvelu ja kotisairaanhoido) henkilökunnan määrä verrattuna 75 vuotta täyttäneen väestön kotihoidon henkilökunnan laskennalliseen tarpeeseen vuonna 2000 (vajaus -/ylitys +) Länsi-Suomen läänissä

Maakunta/kuntaryhmä	Keskiarvo	Mediaani	Minimi	Maksimi	Vastanneiden kuntien lukumäärä
Etelä-Pohjanmaa	-4,3	-3,0	-27,6	+2,2	27
Keski-Pohjanmaa	+1,0	-0,3	-7,5	+8,9	12
Keski-Suomi	+6,0	+2,6	-7,0	+85,2	21
Pirkanmaa	-2,8	+0,6	-69,7	+23,4	18
Pohjanmaa	-2,9	-1,8	-30,4	+13,5	18
Satakunta	+3,6	+2,3	+0,5	+12,9	11
Varsinais-Suomi	-1,4	+0,7	-65,9	+7,5	38
Länsi-Suomen lääni	-0,6	+0,5	-69,7	+85,2	145
Kaupunkimaiset kunnat	-4,1	+1,3	-69,7	+85,2	18
Taajaan asutut kunnat	-1,9	-1,2	-19,4	+13,5	20
Maaseutumaiset kunnat	+0,2	+0,5	-11,5	+8,3	107

Taulukossa 4 on laskettu 75 vuotta täyttäneen väestön kotihoidon tarve oletuksella, että ikäryhmästä on palvelujen piirissä 25 %. Vuosittaiseksi avun määräksi on arvioitu 208 tuntia/asiakas eli 4 tuntia viikossa. Yhden työntekijän asiakastyöajaksi on laskettu 1575 tuntia vuodessa eli noin 30 tuntia viikossa. Näin saatua kotihoidon laskennallista tarvetta verrattiin kuntien ilmoituksiin 75 vuotta täyttäneen väestön omaan kotiin käytetyn kotihoidon henkilökunnan arvioidusta lukumäärästä. Erot olivat niin maakuntien välillä kuin sisälläkin suuret. Mediaani (muuttujan arvojen keskimääräinen luku) vaihteli maakunnasta riippuen Keski-Suomen +2,6:n Etelä-Pohjanmaan -3,0:n välillä. Neljäsosalla kuntia oli vähintään kahden tai useamman kotihoidon työntekijän laskennallinen vaje. Pohjanmaan kolmen maakunnan kunnissa vaje oli yleisempää kuin muualla.

Taulukko 5. Kuntien arviot tuki- ja kotipalveluhenkilökunnan sekä kotisairaanhoidohenkilökunnan käytöstä vanhusten asumispalveluihin maakunnittain, % vastaavasta henkilökunnasta vuonna 2001 Länsi-Suomen läänissä

Maakunta	Tuki- ja kotipalvelujen henkilökunnan käyttö vanhusten asumispalveluihin, % henkilökunnasta	Kotisairaanhoidon henkilökunnan käyttö vanhusten asumispalveluihin, % henkilökunnasta	Vastanneiden kuntien lukumäärä, kotipalvelut	Vastanneiden kuntien lukumäärä, kotisairaanhoido
Etelä-Pohjanmaa	16,6	8,6	27	25
Keski-Pohjanmaa	21,3	1,6	11	11
Keski-Suomi	16,1	5,0	25	21
Pirkanmaa	7,1	3,8	26	23
Pohjanmaa	12,1	6,1	16	15
Satakunta	13,7	5,0	15	14
Varsinais-Suomi	14,0	7,7	42	39
Länsi-Suomen lääni	13,9	6,0	162	148

Sosiaaliturvan suunta 2000-2001 -julkaisun mukaan tavallisessa asunnossa asuvien vanhusten avopalvelujen kehittäminen on jäänyt vähäisemmälle huomiolle, mikä saattaa synnyttää paineita laitoshoidon lisäämiseen. Tavallisessa asunnossa asuville vanhuksille annettavien palvelujen henkilöstö on supistunut ja kotipalveluhenkilöstö on siirtynyt palvelemaan palvelutaloissa asuvia.

Läänin kuntien arviot vanhusten palveluasumiseen käytettävästä henkilökunnan työpanoksesta vaihtelivat 0-100 %:n välillä. Keskimäärin tuki- ja kotipalvelun henkilökunnan työpanoksesta käytettiin vanhusten asumispalveluihin noin 14 % ja kotisairaanhoidon työpanoksesta noin 6 %.

Kunnat ostivat yksityisiltä palveluntuottajilta pääasiassa vain tukipalveluja. Kodinhoitoavun ja kotisairaanhoidon palveluja ostettiin hyvin vähän. Tukipalveluja ostettiin suhteessa eniten Pohjanmaalla (14 %) ja vähiten Satakunnassa (4 %). Muissa maakunnissa tukipalvelujen ostopalvelujen osuus sosiaalipalveluista vaihteli 6-10 %:n välillä.

Johtopäätökset

- 3 Edellytykset kotihoidon lisäämiselle ovat heikot, sillä kotihoitohenkilökunnan määrä on lähes vuoden 1998 tasolla.
- 3 Kotihoidon työpanoksesta käytetään vanhusten asumispalveluihin joillakin alueilla jopa viidennes.

Kotipalveluhenkilöstön koulutustasossa parantamisen varaa

Sosiaalihuollon hoito- ja huolenpitotehtäviin on lainsäädännön mukaan (804/1992) vähimmäisvaatimuksena tehtävään soveltuva vähintään kouluasteinen sosiaali- tai terveydenhuoltoalan tai muun alan ammatillinen tutkinto. Terveystoiminnassa on säädetty tarkkaan ammattihenkilön kelpoisuusehdot (559/1994). Laatusuosituksen mukaan iäkkäitä ihmisiä hoitavan henkilöstön tulee olla tehtävään soveltuvaa ja tavoitteena on, että heillä olisi sosiaali- ja terveydenhuollossa vaadittava kelpoisuus. Työntekijöille, joilta säädetty kelpoisuus puuttuu, tulisi mahdollistaa pätevytyminen erilaisia vaihtoehtoja hyväksi käyttäen.

Taulukko 6. Kotipalveluhenkilöstön koulutustason jakaantuminen koulutusasteittain maakunnittain vuonna 2001 (työntekijöiden lukumäärä poikkeaa hieman taulukossa 3 esitetyistä luvuista) Länsi-Suomen läänissä

Maakunta	Työntekijöiden kokonaislukumäärä	Ammattikorkeakoulu, % työntekijöistä	Opistoaste, % työntekijöistä	Kouluaste, % työntekijöistä	Kurssi, % työntekijöistä	Ei koulutusta, % työntekijöistä	Vastanneiden kuntien lukumäärä
Etelä-Pohjanmaa	459	1	5	85	9	3	27
Keski-Pohjanmaa	196	1	3	69	18	9	12
Keski-Suomi	638	2	15	75	8	1	28
Pirkanmaa	905	0	4	69	25	1	29
Pohjanmaa	546	1	8	69	21	2	18
Satakunta	413	0	5	73	22	0	19
Varsinais-Suomi	1029	0	4	74	21	0	48
Länsi-Suomen lääni	4188	1	6	73	19	1	181

Kotipalveluhenkilökunnan yleisin koulutus oli kouluasteinen tutkinto. Kurssin käyneitä tai täysin kouluttamattomia oli kotipalvelun työntekijöistä viidennes vuonna 2001.

Laatusuosituksen mukaan työyksiköissä tulisi olla henkilöstöä koskeva lyhyen ja pitkän aikavälin koulutussuunnitelma. Länsi-Suomen läänissä kotihoidon henkilökunnalle laadittiin koulutussuunnitelma runsaassa puolessa kunnista. Henkilökunnan osallistumista koulutukseen ei vastausten perusteella pystytä arvioimaan.

Täysin kouluttamattomia työntekijöitä käyttäviä kuntia on läänissä vähän. Kunnista puolet turvaa kotihoidossa työskentelevien kouluttamattomien henkilöiden pätevyyden saavuttamisen oppisopimuskoulutuksella tai pitkällä alan koulutuksella.

Johtopäätös

- 3 Kotipalveluhenkilön koulutustasossa on vielä parantamisen varaa, sillä kurssin käyneiden osuus on lähes viidennes henkilökunnan määrästä.

Palvelu- ja hoitosuunnitelman laadinta vakiintumassa

Kotiin annettavia palveluja toteutettaessa asiakkaalle on laadittava palvelu- ja hoitosuunnitelma, jollei asiakkaan saama palvelu tai hoito ole tilapäistä tai jollei suunnitelma laatiminen muuten ole ilmeisen tarpeetonta (laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2000). Tämä lain velvoite toteutuu lähes jokaisessa kunnassa. Kunnissa toimii yleisesti sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstöstä koottu yhteistyöryhmä, jonka tehtävänä on arvioida ja koordinoida asiakkaiden hoito mahdollisimman hyvin ja tarkoituksenmukaisesti.

Lainsäädännön mukaan palvelu- ja hoitosuunnitelmaa on tarkistettava ja muutettava joustavasti asiakkaan palvelujen tarpeen muuttuessa. Kunnista 71 % arvioi ja ajantasaistaa asiakkaiden palvelu- ja hoitosuunnitelman asiakkaan tilanteen muuttuessa. Säännöllisesti kerran vuodessa tapahtuva palvelu- ja hoitosuunnitelman arviointi ja ajantasaistaminen on yleisintä. Pienet kunnat kertovat avuntarpeen tulevan nopeasti tietoon ja tarpeeseen vastattavan heti. Mikäli palvelu- ja hoitosuunnitelman arvioinnista ja ajantasaistamisesta ei ole sovittuja käytäntöjä, voidaan olettaa asiakkaan palvelu- ja hoitosuunnitelman ja asiakkaan saamien palvelujen välillä olevan epäsuhtaa.

Johtopäätös

- 3 Palvelu- ja hoitosuunnitelmien laadinta on kunnissa vakiintumassa, niiden ajantasalla pitämisessä asiakkaan tarpeen mukaan on kuitenkin vielä parantamista.

Dementoituvien kotihoidossa lisättävä erityisosaamista

Eloniemi-Sulkavan ym. (2001) mukaan dementoituvan asiakkaan kotihoidon järjestäminen edellyttää tavanomaisten kotiin annettavien palvelujen lisäksi, että asiakas ja hänen omaisensa saavat riittävästi tukea ja neuvontaa dementoivasta sairaudesta, palveluista ja etuuksista sekä erityisesti sairauden vaikutuksesta arkielämään. Asiakkaan käytettävissä tulee myös olla dementoituvan hoitoon perehtyneen ammattilaisen palvelut. Monipuolinen kotihoitoa tukeva dementiayksikkö ja dementoituneille suunnatut erityispalvelut ovat myös tarpeen. Erityisosaamisen ylläpito edellyttää jatkuvaa dementiaan liittyvän tiedon päivittämistä.

Monipuolisia kotihoidon palveluja - joissa asiakkaalle tarjottiin useita erilaisia palveluvaihtoehtoja ja erityisesti dementoituville suunnattuja palveluja - annettiin vain joka neljännessä läänin kunnassa. Näissä kunnissa palveluvalikoimaan kuuluu normaalien kotihoitopalvelujen lisäksi mm. dementiahoitajan/dementianeuvojan palvelut, päivä-, vuoro-, intervalli-, tai lyhytaikaishoitoa, dementoituneiden hoitoon erikoistuneen yksikön tuki sekä asiakkaalle ja hänen omaisilleen tarjottava neuvonta, ohjaus ja tuki.

Arvioinnin tulokset tukivat Alzheimer-keskusliiton käsitystä asiakkaiden ja heidän omaisensa eriarvoisesta asemasta palvelujen laadun ja saatavuuden suhteen asuinkunnasta riippuen. Noin joka viidennessä kunnassa dementoituville omassa kodissa asuville ei ollut

järjestetty heille soveltuvia palveluja, vaan he joutuivat selviytymään kaikkia kotihoidon asiakkaita palvelevien yleisten palvelujen turvin.

Alzheimer-keskusliiton kuntakyselyn mukaan kotona asumista tukevista palveluista olivat Länsi-Suomen alueella parhaiten saatavilla ateriapalvelut ja kotipalvelun sekä kotisairaanhoidon palvelut. Myös apuvälineiden saatavuutta pidettiin hyvänä. Näiden palvelujen laatua dementoituvien erityistarpeiden kannalta sen sijaan piti korkeintaan kohtalaisena noin neljäsosa kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon viranomaisista. Myös lääninhallituksen kyselyn tulokset osoittivat kuntien tukevan dementoituvan asiakkaan kotona asumista pääsääntöisesti kotipalvelun, kotisairaanhoidon ja tukipalvelujen sekä omaishoidon tuen antaman avun turvin.

Päivätoiminnalla tuetaan asiakkaan toimintakykyä sairauden aiheuttamat erityistarpeet huomioiden. Dementoituneiden omaa päivätoimintaa oli saatavissa Alzheimer-keskusliiton selvityksen mukaan vain joka kolmannessa kunnassa. Hieman enemmän oli päiväkeskus-, päiväsaaraala- ja päivähoitopalveluja. Palvelujen laatua pidettiin pääosin vähintään kohtalaisena. Päiväkodin, -keskuksen tms. dementoituneiden hoitoon erikoistuneen yksikön / henkilön tuki oli käytettävissä puolella läänin kunnista.

Kriisihoitoa äkilliseen tarpeeseen oli Alzheimer-keskusliiton selvityksen mukaan saatavissa 77 %:ssa kuntia. Hoidon laatua pidettiin pääosin hyvänä. Lääninhallituksen kyselyyn kotona asuvien dementoituvien asiakkaiden tukemisesta ei kriisihoito noussut esiin kuntien vastauksissa.

Johtopäätös

- 3 Dementoituneiden asiakkaiden kotiin annettavia erityispalveluja on kunnissa tarjolla niukasti, mutta hyviä tuen järjestämisen malleja on kehitetty yhteistyössä järjestöjen kanssa.

Laatutyö on aloitettu, asiakaspalautteen kerääminen vielä niukkaa

Asiakkaiden yhdenvertaisen kohtelun takia olisi tarkoituksenmukaista laatia kotihoitoon yhteisesti sovitut kriteerit, jotka ovat kirjallisina koko henkilökunnan käytössä ja joissa on kirjattu esim. palvelujen antamisen perusteet, hylkäämisperusteet ja kiireellisyysjärjestys. Kotihoidossa asiakkaille olisi annettava aina myös kirjalliset yhteystiedot, joihin voi tarvittaessa ottaa yhteyttä. Kirjalliset kriteerit palvelujen antamiselle oli sovittu vain 7 kunnassa. Lisäksi joissakin kunnissa kriteerit oli laadittu osalle palveluja. Sen sijaan kirjallisten yhteystietojen antaminen asiakkaalle oli käytäntönä 91 %:ssa kuntia.

Laatutavoitteet oli asettanut työnsä noin kolmasosa kunnista. Laatuprojekteja oli toteutettu 39 kunnassa. Yli viidennes toteutti laadunarviointia ja lähes saman verran oli kehittämässä laatujohtamista. Yli puolella vastaajista oli myös muita laadun kehittämiseen liittyviä työtapoja, joista mainittakoon tiimityöskentelyyn siirtyminen, laatukäsikirjojen laatiminen ja seudullisen yhteistyön lisääminen.

TATOn 2000-2003 mukaan kuntien tulee seurata palvelujen toteutumista pystyäkseen turvaamaan riittävät ja korkeatasoiset palvelut kaikille asukkailleen ja kehittämään palveluja. Osana tiedon hankintaa kuntia kehoitetaan kartoittamaan asiakkaiden käsityksiä palvelujen saatavuudesta ja laadusta tavoitteena järjestelmällinen asiakaspalautteen seuranta ja arviointi.

Hieman yli puolet kunnista oli kerännyt asiakkailtaan palautetta. Palautteen oli ottanut huomioon kotiin annettavien palvelujen kokonaissuunnittelussa joka kymmenes kunta ja asiakaspalautte oli johtanut vähäisiin palvelumuutoksiin joka kolmannessa palautetta ke-

ränneessä kunnassa. Palautteen tulokset olivat kyselyhetkellä saamatta tai raportti vasta valmistumassa 15 %:ssa kunnista. Asiakaspalautetta oli käytetty palvelujen kehittämiseen, esimerkiksi asetettu kotihoidon tavoitteet. Arvioiden mukaan palautteella oli myönteinen vaikutus myös työntekijöiden työtyytyväisyyteen. Asiakaspalautteen kartoituksen voidaan katsoa olevan turhaa, jos sillä ei ole ollut toimintoihin mitään vaikutusta, asiasta ei ole keskusteltu tai tuloksia ei ole arvioitu ja palautetta annettu myös asiakkaille.

Johtopäätökset

- 3 Palvelujen laatuksien laadinnan tarve on tunnustettu ja laadinta käynnistetty osassa kuntia.
- 3 Vanhusasiakkaiden käsityksillä palveluista ei ole vielä suurta painoarvoa palvelujen kehittämisessä.

Tiedottaminen lisää kuntalaisten tasa-arvoa

Kuntien tiedottamisvastuu perustuu lainsäädäntöön (kuntalaki 365/1995, sosiaalihoitolaki 710/1982, laki viranomaisen toiminnan julkisuudesta 621/1999). Kunnan on laadittava katsauksia kunnan tarjoamista palveluista mm. tuottamalla tietoaineistoja, joilla tiedotetaan viranomaisten tuottamista ja tarjoamista palveluista sekä yksilöiden oikeuksista ja velvollisuuksista. Myös kuntalain palveluperiaate edellyttää viranomaiselta neuvontaa ja tiedottamista.

Tiedottaminen kotiin annettavista palveluista on monipuolista silloin, kun kunnassa käytetään useita eri tiedottamisen muotoja. Tällöin käytetään hyväksi esitteiden ja oppaiden lisäksi mm. vanhusneuvostoja ja järjestöjä sekä käydään erilaisissa tilaisuuksissa kertomassa palveluista että hyödynnetään sähköistä tiedonvälitystä. Tärkeää on myös esitteiden yms. sisällön ajankohtaisuus. Joka neljäs läänin kunta täytti monipuolisen tiedottamisen kriteerit. Yleisin tapa tiedottaa kotiin annettavista palveluista asiakkaille olivat esitteet, tiedotteet tai oppaat. Vähän yli puolet kunnista oli tehnyt oppaan, jossa kerrotaan palvelujen antamisesta kuntalaisille.

Johtopäätös

- 3 Tiedottamiseen ei ole riittävästi paneuduttu niissä kunnissa, joissa tiedon saanti oli kiinni asiakkaan omasta aktiivisuudesta. Näissä tapauksissa asiakas sai tietoa vain sitä itse hakemalla ja kysymällä tai ottamalla yhteyttä.

Strategia ei vielä kaikissa kunnissa toiminnan lähtökohta

Laatusuosituksen mukaan jokaisessa kunnassa tulee olla ajantasainen vanhuspoliittinen strategia. Läänin kunnista noin puolella oli vanhustenhuollon strategia vuonna 2001. Tilanne on parantunut verrattuna vuoteen 1998, jolloin strategia oli vain kolmasosalla kuntia.

Ainoastaan Keski-Pohjanmaalla ja Pohjanmaalla strategioiden määrässä ei ole tapahtunut muutoksia. Kolmasosa läänin kunnista ilmoitti, että strategia oli valmisteilla vuonna 1998. Strategioiden määrän pitäisi olla nykyistä suurempi, mikäli kaikki valmisteilla olleet suunnitelmat on tehty valmiiksi. Vertailtavuutta vaikeuttaa se, etteivät kaikki kunnat ole vastanneet kyselyyn vuoden 2001 osalta.

Kotihoidon hallinto on suurimmassa osassa kuntia järjestetty siten, että kotipalvelu ja kotisairaanhoito toimivat hallinnollisesti eriyttynä, mutta kotipalveluhenkilökunnan koulutus mahdollistaa sen, että henkilöstö pystyy hoitamaan myös perushoidollisia tehtäviä. Vain alle joka kymmenennessä kunnassa kotihoito toimii täysin yhtenäisesti.

Taulukko 7. Vanhustenhuollon strategiat vuosina 2001 ja 1998 Länsi-Suomen läänin kunnissa maakunnittain

Maakunta	Strategia on vuonna 2001 (% kunnista suluissa)	Strategia on vuonna 1998 (% kunnista suluissa)	Ei strategiaa vuonna 2001 (% kunnista suluissa)	Ei strategiaa / joista strategia suunnitteilla vuonna 1998 (% kunnista suluissa)	Vastanneiden kuntien lukumäärä vuonna 2001	Vastanneiden kuntien lukumäärä vuonna 1998
Etelä-Pohjanmaa	12	8	15	19 / 10	27	27
Keski-Pohjanmaa	2	2	10	10 / 7	12	12
Keski-Suomi	19	14	8	16 / 7	27	30
Pirkanmaa	22	10	6	24 / 12	28	34
Pohjanmaa	8	8	9	10 / 6	17	18
Satakunta	13	5	5	23 / 10	18	28
Varsinais-Suomi	16	14	31	42 / 11	47	56
Länsi-Suomen lääni	92 (52)	61 (30)	84 (48)	144 (70) / 63	176	205

Johtopäätös

- 3 Vanhustenhuollon strategioiden tekemiseen tulee kunnissa edelleen panostaa. Strategioita voidaan tehdä myös kuntien yhteistyönä tai osana kunnallista tai seudullista hyvinvointipoliittista ohjelmaa.

Suositukses

- í Vanhuseväestön kotona asumisen turvaamiseksi on tulee lisätä ja monipuolistaa kotipalveluja ja kotisairaanhoidoa, ilta- ja yöaikaisen hoidon järjestelyjä, kehittää yhteistyötä ja verkostoituvaa toimintaa sekä erityispalveluja dementoituville ja muuta intensiivistä hoitoa tarvitseville.
- í Palvelu- ja hoitosuunnitelmien laadintaa ja ajantasalla pitämistä tulee kehittää keskeisenä asiakastyön työvälineenä myös vanhusten kotiin annettavia palveluja järjestettävässä.
- í Kotiin annettavista palveluista tiedottamista tulee kunnissa lisätä ja monipuolistaa tärkeänä osana kunnan vanhustenhuollon strategiaa.
- í Jokaisessa kunnassa tulee olla ajantasainen vanhuspoliittinen strategia, joka sisältää palvelurakenteen kehittämissuunnitelman, riittävien voimavarojen turvaamisen paikallisten olosuhteiden mukaan sekä henkilöstön ammattitaidon kehittämissuunnitelman.

Arviointiryhmä

Aittolahti Marjatta, lääninsosiaalitarkastaja, Tampereen alueellinen palveluyksikkö
Hirsiäho Aimo, lääninsosiaalitarkastaja, Jyväskylän alueellinen palveluyksikkö
Kuusisto Marja-Leena, erikoissuunnittelija (teemavastaava), Turun toimipaikka
Lifflander Päivi, terveydenhuollontarkastaja, Jyväskylän alueellinen palveluyksikkö
Paasikoski Kirsi, lääninsosiaalitarkastaja, Turun toimipaikka
Perälä Irmeli, erikoissuunnittelija (teemavastaava), Vaasan alueellinen palveluyksikkö