

*Vuosia elämään –
elämää vuosiin*



Vanhusten palvelujen arviointi



Julkaisuvapaa 1.6.2012 klo 10.00



**Turun kaupungin
tarkastuslautakunta
23.5.2012**

painatus: Turun keskushallinto, painatuspalvelukeskus, Turku 2012

takakannen kuva: Henrik Karlsson / Helsingin Sanomat 22.4.2012

Sisällysluettelo

1 Arvioinnin tavoite	1
2 Väestön ikääntyminen ja huoltosuhde	2
3 Vanhusten palvelujen strateginen ohjaus	6
4 Vanhusten palvelujen kokonaisuus.....	11
4.1 Ennaltaehkäisevä työ.....	12
4.2 Sosiaali- ja terveystoimen vanhusten palvelut.....	17
4.3 Sosiaali- ja terveystoimen vanhuspalveluiden tulosalue.....	21
4.3.2 Ympäri vuorokautinen hoito.....	33
4.3.3 Geriatrinen sairaalahoito	37
4.4 Hoitoketju	38
4.5 Asiakasnäkökulma	41
5 Yhteenveto	44
Lähteet	45

Litteenä olevat kuvat:

1. Ikääntyvien liikuntatoiminnan yhteistyöverkosto
2. Sosiaali- ja terveystoimen organisaatio
3. Vanhuspalveluiden tulosalueen organisaatio
4. Kotihoidon vastualueen organisaatio
5. Ympäri vuorokautisen hoidon organisaatio
6. SAS-prosessikuvaus
7. Ympäri vuorokautisen hoidon asiakastyytyväisyyskyselyn (6/ 2011) huomioiden yhteenveto kuviona

1 Arvioinnin tavoite

Tämä tarkastuslautakunnan arviointi kartoittaa Turun kaupungin vanhuksille suunnattujen palveluiden nykytilaa ja nostaa esiin palveluiden kehittämiskohteita. Arviointi käsittelee ikäihmisten palveluiden järjestämistä, rakennetta ja palveluketjuja. Painopiste on sosiaali- ja terveystoimen palveluissa, mutta raportti huomioi vanhusten palvelut laajasti.

Arvioinnin yhteydessä on haastateltu Turun kaupungin virkamiehiä ja luottamushenkilöitä sekä perehdytty aiheeseen liittyviin Turun kaupungin asiakirjoihin ja muihin vanhusten palveluja käsitteleviin materiaaleihin.

Helmikuussa 2012 julkaistussa Konsensuslausumassa¹ todetaan:

”Hoidon ja hoivan keskeinen kysymys on itsemääräämisoikeus. Mahdollisuus tehdä elämänsä, hoitoaan ja palveluja koskevia valintoja on jokaisen täysivaltaisen ihmisen lakisääteinen perusoikeus.”

Tälle itsemääräämisoikeuden periaatteelle on annettava suuri painoarvo, vaikka taloudelliset resurssit asettavat käytännön reunaehdoita sen toteuttamiselle. Vanhusten palvelujen (järjestämisessä) yksi kriittinen tuleekin olla itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen mahdollisimman pitkälle.

Mahdollisuus tehdä elämänsä, hoitoaan ja palvelujaan koskevia valintoja on jokaisen täysivaltaisen ihmisen lakisääteinen perusoikeus.

Raportissa käytetään synonyymeina eli samaa tarkoittavina sanoina vanhus, ikääntynyt, ikäihminen, ikääntyvä ja seniori.

Tässä arvioinnissa on tarkoituksellisesti erotettu käsitteet **vanhusten palvelut** ja **vanhuspalvelut**.

Tarkoituksena on kiinnittää huomiota siihen, että **kaupunkiorganisaatio järjestää vanhusten palveluja hyvin monella eri tavalla ja monien palveluntuottajien toimesta.** Ikääntyneiden tarvitsemia palveluja tuottavat muun muassa kulttuuritoimi, liikuntatoimi, joukkoliikenne, kaupunkisuunnittelu ja ympäristötoimi sekä muut tahot mukaan lukien yksityiset ja kolmannen sektorin toimijat. Hyvin keskeisiä vanhuksille ovat terveydenhoito- ja hoivapalvelut, joista pääosin vastaa kaupungin sosiaali- ja terveystoimi. Sosiaali- ja terveystoimessa vanhusten palveluja tuottavat useat tulosalueet kuten perusterveydenhuolto, erikoissairaanhoido, kuntoutumispalvelut, sosiaalityö ja vanhuspalvelut. **Vanhuspalvelut tarkoittaa tässä yhteydessä yhtä sosiaali- ja terveystoimen tulosaluetta.**

¹ Kohti parempaa vanhuutta, Konsensuslausuma 8.2.2012, Konsensuskokous Espoossa 6.- 8.2.2012, Suomalainen lääkärisseura Duodecim ja Suomen Akatemia

2 Väestön ikääntyminen ja huoltosuhde

Tässä kappaleessa käsitellään vanhusten palvelujen järjestämiseen vaikuttavia toimintaympäristön taustatekijöitä: huoltosuhteen muutoksia valtakunnallisesti, Varsinais-Suomessa ja suurimmissa kaupungeissa, vanhusten palveluiden kokonaiskustannuksia ja palveluiden jakautumista.

Tilastokeskuksen väestöennusteiden mukaan yli 65-vuotiaiden ikäihmisten suhteellinen osuus koko väestöstä on lähitulevaisuudessa kasvamassa merkittävästi sekä valtakunnallisesti että Turussa.

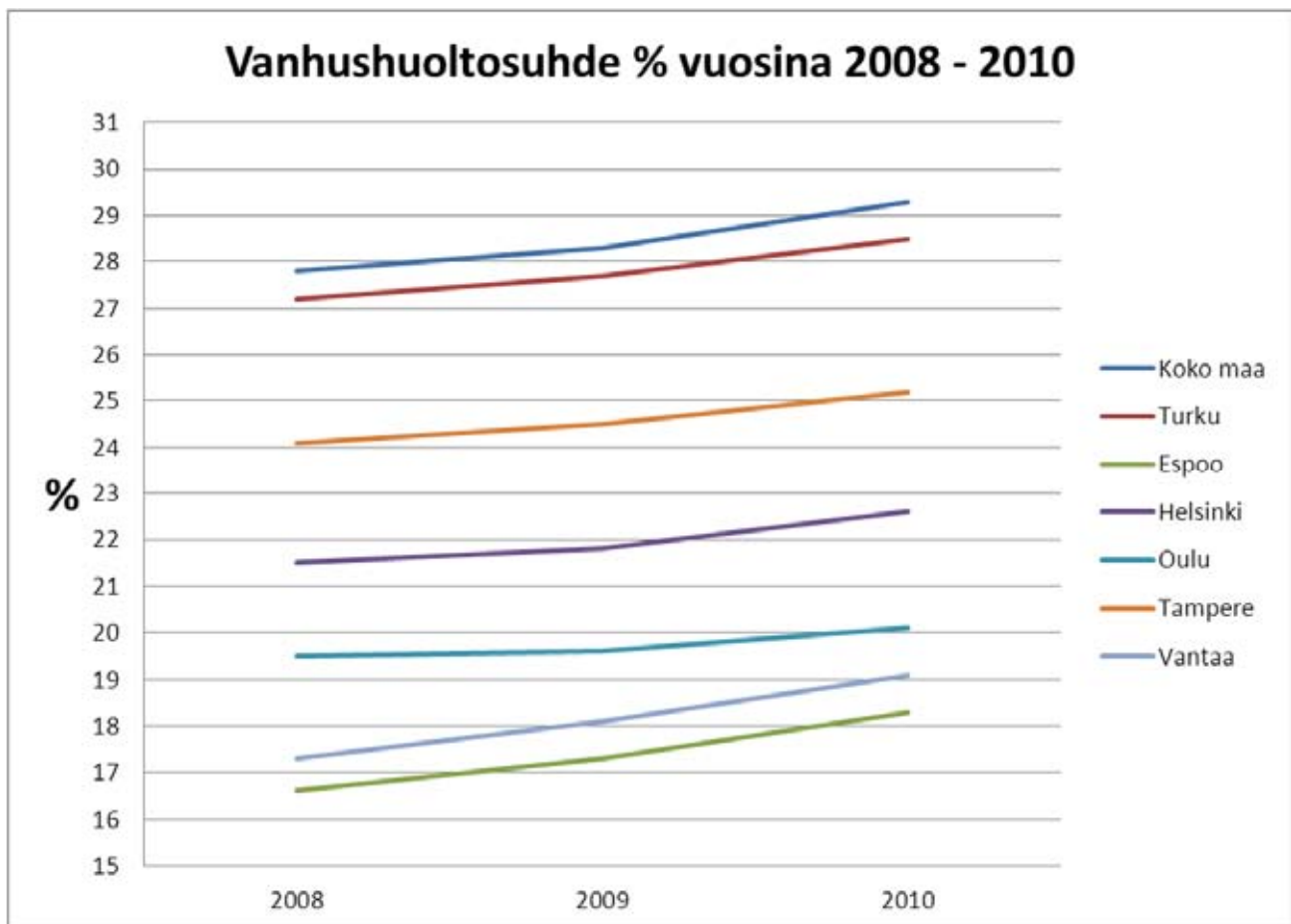
Tilannetta kuvaa ns. **vanhushuoltosuhde, joka ilmoittaa yli 65-vuotiaiden %-osuuden työikäisestä (20-64-v.) väestöstä.**

Vanhushuoltosuhde lasketaan seuraavalla tavalla:

$$\text{Vanhushuoltosuhde} = \frac{\text{yli 65 - vuotiaat}}{\text{työikäinen 15 - 64 - vuotias väestö}} \times 100.$$

Esimerkiksi vanhushuoltosuhde vuonna 1950 on $\frac{266\ 650}{2\ 554\ 354} \times 100 = 10,4$.

Lähde: Tilastokeskus



Kuva 1. Vanhushuoltosuhde % vuosina 2008 – 2010 (Tilastokeskus)

Turun vanhushuoltosuhte (28,5 %) oli vuonna 2010 suurten kaupunkien suurin, mutta hieman alle koko maan keskiarvon 29,3 % (Tilastokeskus).

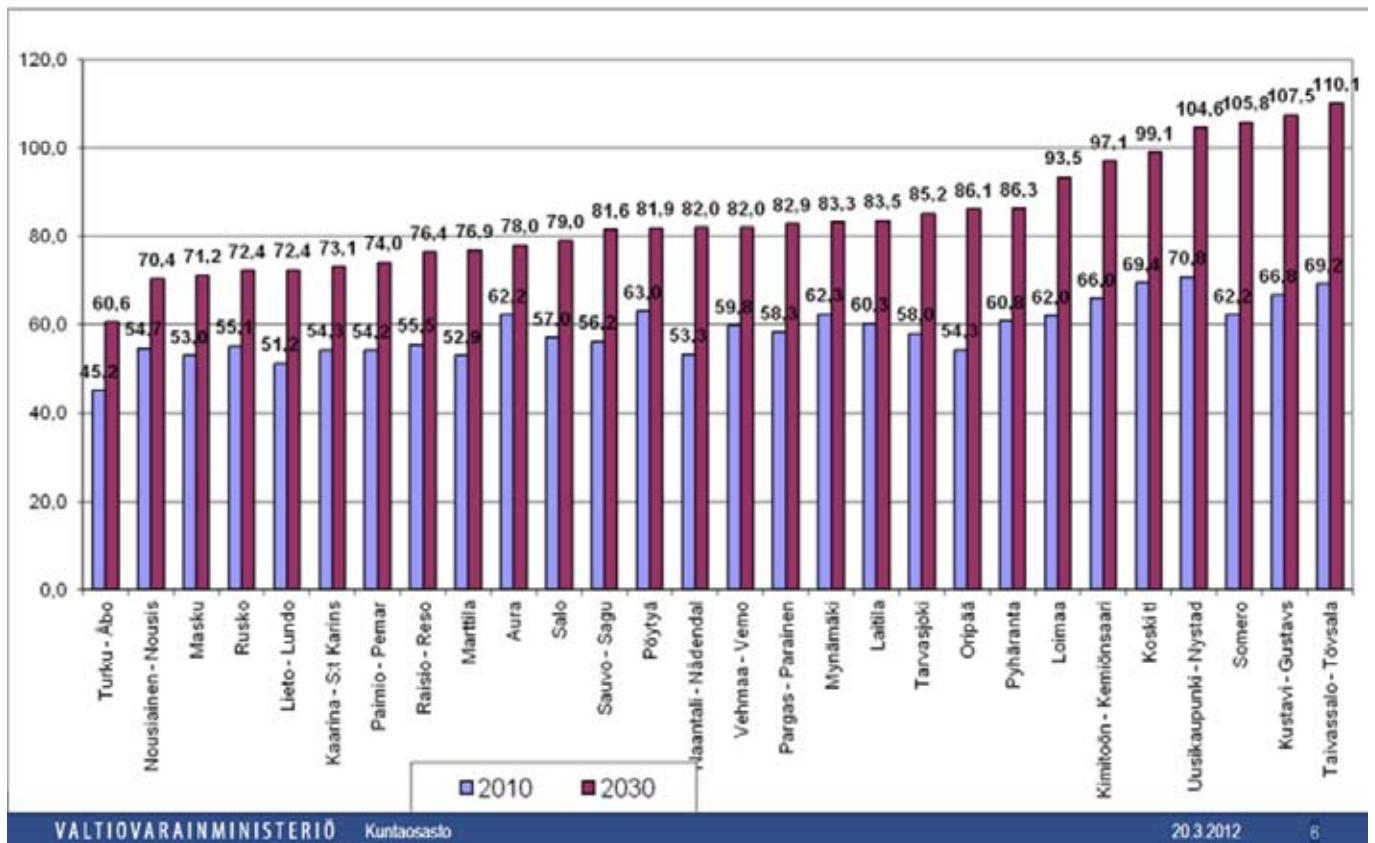
Lisätietona vertailun vuoksi seuraavassa kuviot väestöllisestä huoltosuhteesta Varsinais-Suomessa sekä koko Suomen väestöllisen huoltosuhteen kehityksen ennuste vuoteen 2040 asti (Valtiovarainministeriö).

Väestöllinen huoltosuhte kuvaa lasten (0-14 v.) ja vanhusten (yli 64 v.) yhteenlaskettua määrää suhteessa työikäisten (15-64 v.) määrään.

$$\text{väestöllinen huoltosuhte} = \frac{\text{lapset (0-14 v.)} + \text{vanhukset (yli 64 v.)}}{\text{työikäinen 15-64 v. väestö}} * 100$$

Väestöllinen huoltosuhte on kasvanut Suomessa hiljalleen aina 1980-luvun puolesta välistä lähtien. Vuonna 2010 koko maan huoltosuhte oli 51,6 eli yhtä työikäistä kohden oli noin 0,5 huollettavaa (kunnat.net).

Varsinais-Suomen kuntien väestöllinen huoltosuhte 2010 ja 2030

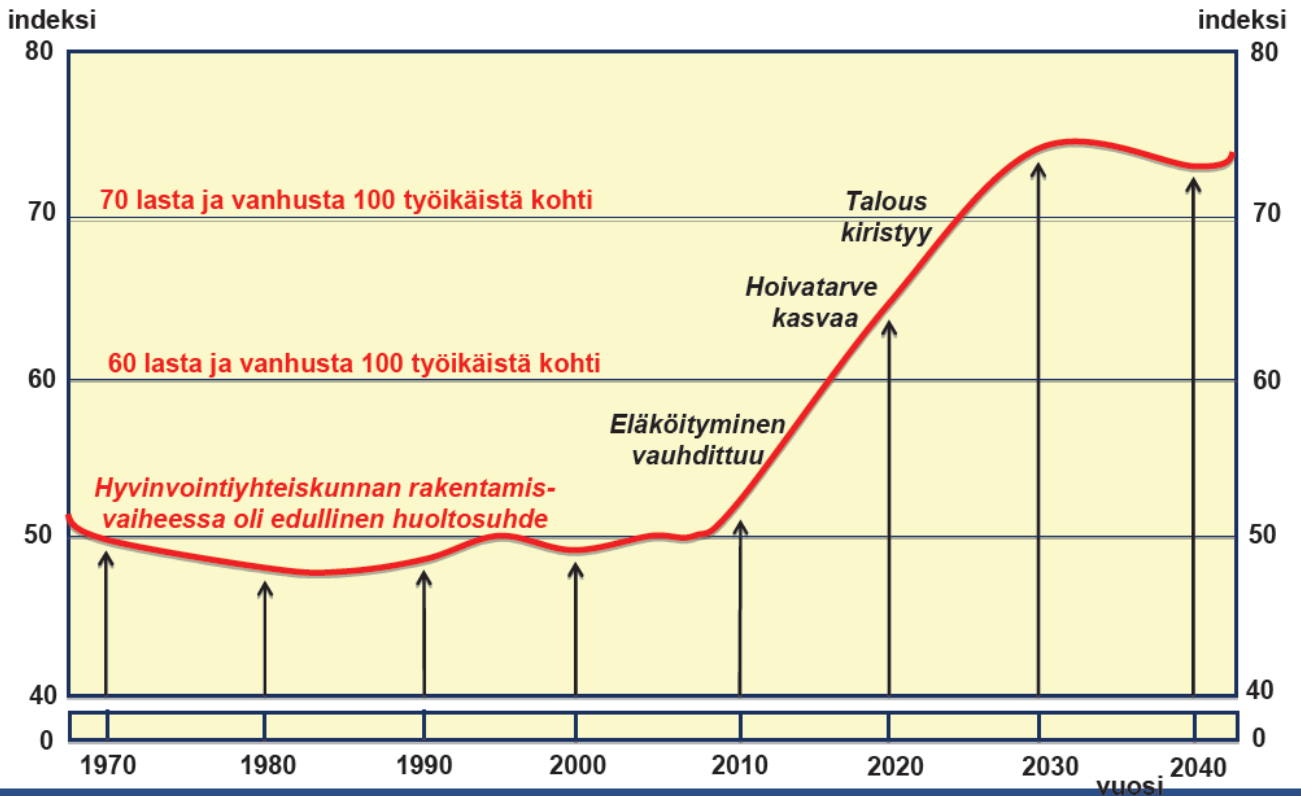


Kuva 2: Varsinais-Suomen kuntien väestöllinen huoltosuhte 2010 ja ennuste 2030 (Valtiovarainministeriö)

Varsinais-Suomen kuntien joukossa Turun väestöllinen huoltosuhte on ryhmän alhaisin eli Turussa on muita kuntia vähemmän huollettavia jokaista työikäistä kohden. Kuuden suurimman kaupungin joukossa Turun väestöllinen huoltosuhte oli vuonna 2011 yhdessä Espoon kanssa ryhmän korkein. Väestölliseen huoltosuhteeseen vaikuttaa siis sekä lasten että vanhusten määrä (Tilastokeskus).



Suomen väestöllisen huoltosuhteen muutokset vuosina 1970-2040



VALTIOVARAINMINISTERIÖ

2

Kuva 3: Suomen väestöllisen huoltosuhteen muutokset vuosina 1970 - 2040 (Valtiovarainministeriö)

Vuosiin 2010 - 2030 ajoittuu voimakas väestöllisen huoltosuhteen heikkeneminen koko Suomessa, johon liittyy Valtiovarainministeriön mukaan:

- nopeutuva eläköityminen
- kasvava hoivatarve
- kiristynyt talous.

Väestöllinen huoltosuhde tai vanhushuoltosuhde ei ota huomioon työllisyysastetta, joka myös vaikuttaa ratkaisevasti yhteiskunnan kykyyn järjestää tarvittavia palveluja.

Väestön ikääntyminen ja vanhushuoltosuhteen heikkeneminen johtavat myös siihen, että vanhusten palvelujen kustannukset tulevat muodostamaan aiempaa suuremman osan julkisen sektorin kuluista.

Vuonna 2010 Turussa asui 32 161 yli 65-vuotiasta, joista 15 714 oli yli 75-vuotiaita. **Kaupungin sosiaali- ja terveystoimen vanhusten palvelujen (ikäihmisten elämänlaadun turvaamisen ydinprosessin) kustannukset olivat vuonna 2010 yhteensä 243,5 miljoonaa euroa.** Keskimääräiset kustannukset 65 vuotta täyttäneeltä asukasta kohti olivat 7 571 euroa. Tilastokeskuksen väestöennusteen mukaan vuonna 2040 Turussa asuu 47 784 yli 65-vuotiasta. **Jos keskimääräiset kustannukset olisivat nykytasolla, sosiaali- ja terveystoimen vanhusten palvelujen kokonaiskulut olisivat vuonna 2040 yhteensä 361,8 miljoonaa euroa.** Edellä mainitut kulut kaupungin asukasta kohti olivat vuonna 2010 noin 1 370 euroa vuodessa ja vuonna 2040 ne olisivat samalla kustannustasolla noin 1 942 euroa vuodessa. Huomattakoon kuitenkin, että vuoden 2040 ennustettuihin lukuihin liittyy suuria epävarmuuksia.

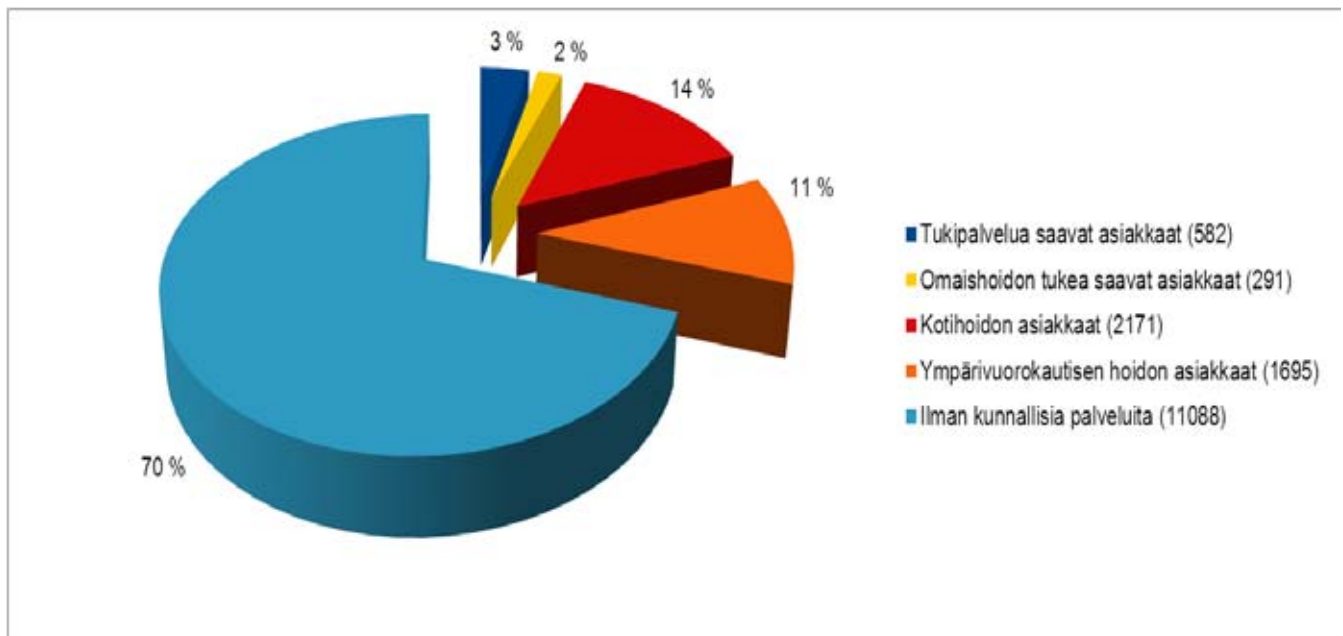
Ikääntymispoliittisessa strategiassa 2009 - 2012 (ks. tarkemmin luku 3) todetaan, että vaikka ikäihmisten määrä kasvaakin Turussa seuraavan vuosikymmenen aikana, tulevia sosiaali- ja terveyspalvelujen tarpeita ei voida ennakoida vain ikäryhmien kokoja laskemalla. Palvelujen tarpeen ja kustannusten suhde väestön vanhenemiseen ei ole yksiselitteinen. **Palvelutarpeen kasvu riippuu oleellisesti siitä, miten ihmisten terveys ja toimintakyky jatkossa kehittyvät. Ennaltaehkäisevällä työllä on tärkeä rooli terveyden ja toimintakyvyn kehittämisessä.** Ennaltaehkäisevää työtä käsitellään tarkemmin kappaleessa 4.1.

Ikääntymispoliittisen strategian 2009 - 2012 mukaan ikäihmiset ovat tulevaisuudessa myös aiempaa vauraampia. Eläketason paranemisen myötä osalle ikäihmisistä on mahdollista hankkia palveluja yksityiseltä sektorilta kotitalousvähennyksen ja palvelusetelijärjestelmän turvin joko täydentämään tai korvaamaan kunnallista palvelutarjontaa, mikä osaltaan keventää painetta kunnallisiin palveluihin. Myös lapset voivat mahdollisuuksiensa mukaan hyödyntää kotitalousvähennystä ja järjestää näin lisäapua vanhemmilleen. Eläkeläisten joukossa on toki myös pienituloisia. Heikoimmassa taloudellisessa asemassa ovat pelkän kansaneläkkeen varassa elävät, jotka yleensä ovat yksinasuvia eläkeläisnaisia.

Professori Juhani Lehton² mukaan puhuttaessa väestön vanhenemisen kansantaloudellisesta riskistä, puhutaan usein paketista, johon sisältyvät vanhusten huolenpitopalvelut, eläketurva sekä koko terveydenhuoltojärjestelmä. Tuon kokonaisuuden menot olivat koko maassa vuonna 2009 noin 40 miljardin euron luokkaa. Vanhusten huolenpitopalvelujen osuus tästä oli noin 2 miljardia euroa. Suurin haaste on eläkemenojen kasvu; ei palvelumenojen kasvu. Eläkemenot alkavat kohta kasvaa joka vuosi 2 miljardilla eurolla eli samalla summalla kuin on huolenpitopalvelumenojen yhden vuoden kokonaissumma (Juhani Lehto).

Tällä hetkellä selkeä enemmistö (noin 70 %) 75 vuotta täyttäneistä asuu itsenäisesti kodeissaan. Vain vähän yli 10 % 75 vuotta täyttäneistä tarvitsee ympärivuorokautista hoitoa.

Kuvassa 4 esitetään 75 vuotta täyttäneistä turkulaisista sekä ilman kunnallisia palveluja olevat että erityyppisten vanhusten palveluiden asiakkaat. Kuvassa esitetyillä tukipalveluilla tarkoitetaan mm. ateriapalveluita, turvapuhelimia, saunapalvelua, kauppapalvelua tai siivousseteliä.



Kuva 4. Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja käyttäneet 75 vuotta täyttäneet turkulaiset, %-osuus vastaavanikäisestä väestöstä (poikkileikkaus³ vuonna 2011)

² Lehto, Juhani (sosiaali- ja terveyspolitiikan professori Tampereen yliopistossa), Vanhuspalvelut sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän muutoksessa, esitys Konsensuskokouksessa, Hanasaaressa Espoossa 6.2.2012

³ poikkileikkaus tarkoittaa yhden päivän tilannetta

Väestön ikääntyminen ja vanhushuoltosuhteen suuri ja nopea muutos luovat monia haasteita kuten esimerkiksi:

- ikääntyneiden palvelun laadun ylläpitäminen
- työikäisen väestön kasvava huoltovastuu
- palveluiden järjestäminen siten, että kunnallisten palveluiden resurssit saadaan riittämään.

Palvelutarpeen kasvu riippuu oleellisesti siitä, miten ihmisten terveys ja toimintakyky jatkossa kehittyvät. Ennaltaehkäisevällä työllä on tärkeä rooli terveyden ja toimintakyvyn kehittämisessä.

3 Vanhusten palvelujen strateginen ohjaus

Tässä kappaleessa käsitellään Turun kaupungin vanhusten palveluiden strategisen ohjauksen kokonaisuutta ja siihen liittyviä keskeisiä ohjausasiakirjoja sekä niiden suhdetta toisiinsa.

Valtuustoryhmien välinen sopimus

Turun kaupunginvaltuusto hyväksyi valtuustoryhmien välisen sopimuksen 16.2.2009. Sopimuksessa linjataan valtuustokauden tärkeimmät tavoitteet, joihin valtuuston enemmistö sitoutuu. Valtuustokaudelle 2009 - 2012 hyväksytty sopimus (RVS) toimii lähtökohtana valtuustokauden aikana laadittaville toimintaa ohjaaville toimeenpano-ohjelmille.

Ryhmien välisessä sopimuksessa on Ikäihmisten hyvinvoinnin ylläpitämiselle asetettu tavoitteiksi:

- Omaishoitoa ja vanhusten kotona asumista tuetaan uudistetun kotihoidon mallin mukaisesti. Tavoitteena on siirtää painopistettä **laitoshoidosta avohoitoon**.
- Senioriväestön **elämänlaatuun** panostetaan kehittämällä monipuolisia toimenpiteitä, joiden toiminnassa kolmannen sektorin toimijat ovat mukana.
- Ikääntyville **turvataan aktiivinen kansalaisuus** yksinäisyyden ja sitä kautta **sairastavuuden ehkäisemiseksi**.
- **Selvitetään** ja tuodaan käsittelyyn kevään 2009 aikana **ikäntymisestä johtuvien vuosittais-ten palvelutarpeiden** kehitys vuoteen 2012 mennessä.

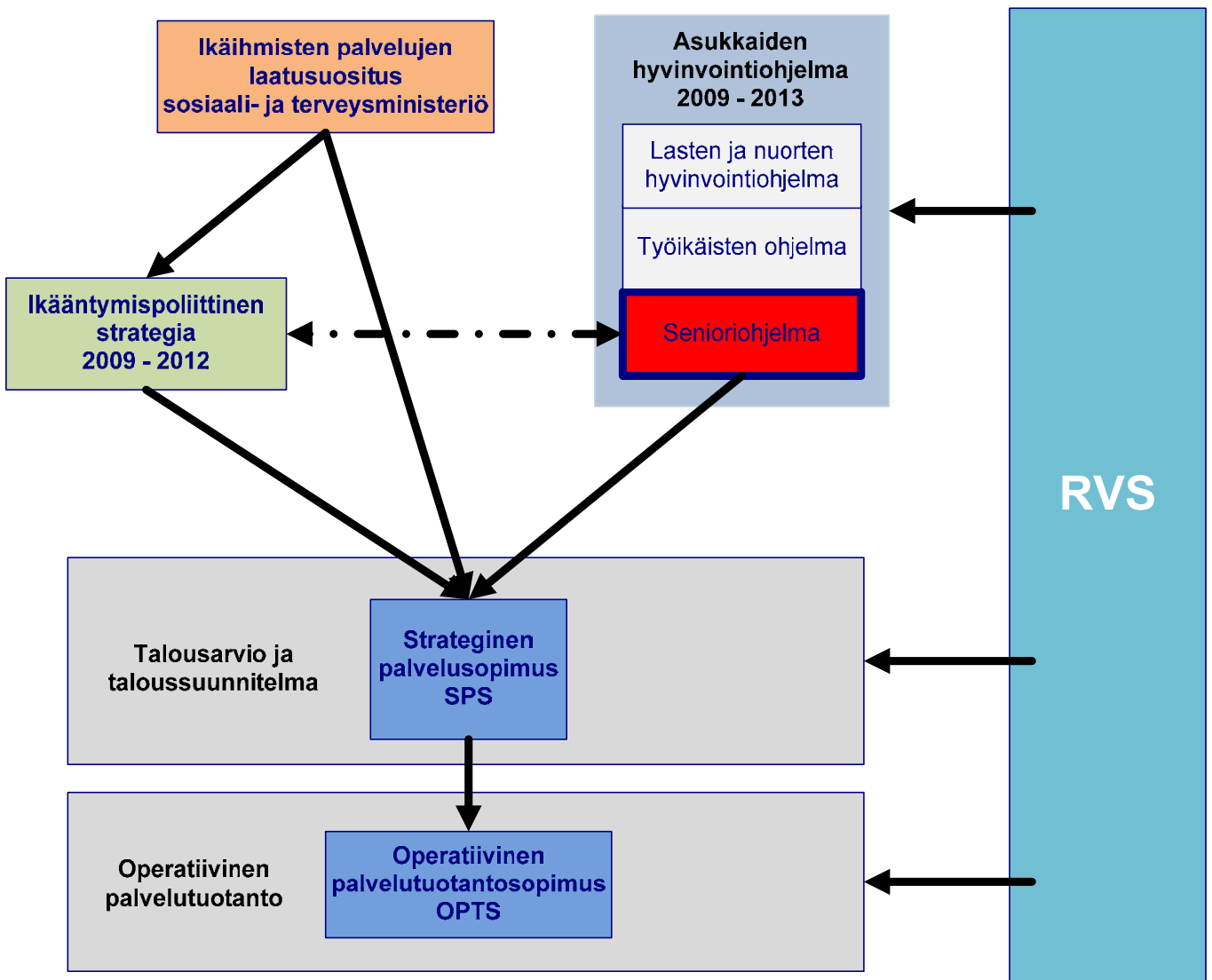
Turku-sopimus

Kaupunginvaltuusto hyväksyi 9.3.2009 kaupungin toimintaa ohjaavan ohjelmarakennemallin, Turku-sopimuksen. Turku-sopimus koostuu kaupunginvaltuuston hyväksymistä, valtuustokautta koskevista toimeenpano-ohjelmista, joiden avulla valtuustoryhmien välisen sopimuksen tavoitteet ja toimenpiteet toimeenpannaan.

Asukkaiden hyvinvointiohjelma - Senioriohjelma - Ikäntymispoliittinen strategia

Kaupunginvaltuuston 28.9.2009 esittelytekstin mukaan ohjelmatyön keskeisinä ohjausvälineinä ovat olleet:

- Sosiaali- ja terveysministeriön helmikuussa 2008 julkaisema Ikäihmisten palvelujen laatusuositus
- Turun valtuustoryhmien välinen sopimus valtuustokaudelle 2009 - 2012 ja kaupunginhallituksen hyväksymä sosiaali- ja terveystoimen strateginen palvelusopimus.



Kuva 5: Vanhusten palveluiden strategisen ohjauksen kokonaisuus ja siihen liittyvät keskeiset ohjausasiakirjat

Turun kaupunginvaltuusto on 28.9.2009 linjannut ikäihmisten hyvinvoinnin ylläpitämistä koskevat tavoitteensa **Senioriohjelmassa**, joka on osa Turku-sopimukseen kuuluvaa **Asukkaiden hyvinvointiohjelmaa 2009 - 2013**. Senioriohjelma on kiteytetty tiivistelmä sitä laajemmasta **Ikääntymispoliittisesta strategiasta 2009 - 2012**, jonka peruspalvelulautakunta hyväksyi ja lähetti kaupunginhallitukselle 8.4.2009. Ikääntymispoliittisessa strategiassa on otettu huomioon Sosiaali- ja terveysministeriön Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. Kaupunginhallitus päätti 4.5.2009 lähettää ikääntymispoliittisen strategian lausunnolle lautakunnille sekä valtuustoryhmille, vanhusneuvostolle, vanhusten neuvottelukunnalle, seurakuntayhtymälle ja sairaanhoitopiirille. Peruspalvelulautakunta käsitteli 9.9.2009 saadut kahdeksan lausuntoa ja päätti merkitä tiedokseen yhteenvedon Turun kaupungin ikääntymispoliittisesta strategiasta vuosille 2009 - 2012 annetuista lausunnoista ja lähettää sen edelleen kaupunginhallitukselle. **Ikääntymispoliittista strategiaa ei ole käsitelty kaupunginvaltuustossa.**

Peruspalvelulautakunta on käsitellyt ikääntymispoliittisen strategian 2009 - 2012 väliarvioinnin 8.12.2010.

Ikääntymispoliittista strategiaa ei ole käsitelty kaupunginvaltuustossa. Peruspalvelulautakunta on hyväksynyt strategian.

Lisätietoa:

Asukkaiden hyvinvointiohjelma (Turku):

<http://www.turku.fi/Public/default.aspx?contentid=137796&nodeid=4906>

Ryhmien välinen sopimus (Turku):

<http://www.turku.fi/Public/default.aspx?contentid=113526&nodeid=4906>

Ikääntymispoliittinen strategia (Turku):

<http://www.turku.fi/Public/default.aspx?contentid=137796&nodeid=4906>

Ikäihmisten palvelujen laatusuositus (Sosiaali- ja terveysministeriö):

http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/ikaihmiset/palvelujen_laatu/laatusuositus

Senioriohjelman johtavana tavoitteena on ”Elämää ikääntymiseen”. Sitä lähestytään kahdesta eri näkökulmasta:

- **Asiakasnäkökulma:** Turkulaiset ikäihmiset ovat aktiivisia ja omatoimisia kansalaisia, jotka yhä useammin asuvat kotona turvallisesti ja esteettömästi.
- **Palvelurakennuksenäkökulma:** Palvelurakennemuutos turvaa turkulaisten ikäihmisten tarpeenmukaiset ja laadukkaat palvelut ja niiden saatavuuden asukkaiden ikääntyessä.

Senioriohjelman tavoitteiden saavuttamiseksi ohjelmaan on kirjattu alla olevat 22 eri toimenpidettä.

Senioriohjelman

Asiakasnäkökulman toimenpiteet

- Kartoitetaan turkulaisten ikäihmisten palvelutarpeet 2009 - 2012.
- Ehkäisevää vanhustyötä tuetaan lisäämällä palvelunohjausta ja palveluvalikoimaa kolmannen sektorin kumppanuuden kautta.
- Senioreille tarjotaan ohjausta ja neuvontaa monipuolisista liikuntamahdollisuuksista. Näin turvataan fyysinen ja kognitiivinen toimintakyky mahdollisimman pitkään kotona asumisen tueksi. Samaa tavoitetta tukevat myös Turun monipuoliset kulttuuripalvelut.
- Palveluketjut rakennetaan yhdessä useiden hallintokuntien ja kolmannen sektorin kanssa.
- Palvelusetelijärjestelmän käyttöä laajennetaan siten, että edistetään ikäihmisten itsenäistä selviytymistä tukemalla mm. omahoitajia ja parantamalla koti- ja tukipalvelujen saatavuutta.
- Senioreille järjestetään monipuoliset ohjatut liikunta- ja kulttuuripalvelut, jotka tukevat vanhusien kotona asumista.
- Aktiivisen harrastustoiminnan tukemisella (liikunta, kulttuuri, aikuisopiskelu) vähennetään ikäihmisten kokemaa yksinäisyyden tunnetta.
- Kotona asumista tuetaan myös uutta teknologiaa hyödyntäen.
- Lisätään omaishoidon tukea laatusuosituksen tasolle.
- Hoidetaan itsenäisesti selviytyvät ikäihmiset perusterveydenhuollossa oikea-aikaisesti painopisteenä ehkäisevä hoito.
- Masennuksen oireiden aikainen tunnistaminen
- Huomioidaan maahanmuuttajien erityistarpeet kehittämällä yhteistyötä ikääntyvien maahanmuuttajien parissa työskentelevien järjestöjen kanssa.

Senioriohjelman

Palvelurakennuksenäkökulman toimenpiteet

- Parannetaan palvelujen vaikuttavuutta, kotihoidon peittävyttä ja tuottavuutta keventämällä palvelurakennetta.
- Laitospainotteisuudesta luovutaan vähentämällä vanhainkoti ja pitkäaikaissairaanhoidon paikkoja.
- SAS⁴-toimintaa kehitetään ja luodaan yhtenäiset palvelujen tarpeen kriteerit.
- Järjestetään viiveetön jatkokuntoutus.
- Palvelut järjestetään avopainotteisesti noudattaen hoidonporrastuksen periaatteita. Sairaalahoidossa hoidon laatu ja hoitoketjun toimivuus varmistetaan yhteisesti sovituilla hoitokäytännöillä oikea-aikaisesti ja oikealla hoidonportaalla.
- Lisätään tehostettua palveluasumista.

⁴ SAS-arviointi tarkoittaa asiakkaan hoitotason arviointia (selvitä - arvioi - sijoita)

- Laajennetaan palvelusetelin käyttöä siten, että edistetään pitkäaikaissairaiden itsenäistä selviytymistä parantamalla koti- ja tukipalvelujen saatavuutta.
- Kehitetään uudenlainen ympärivuorokautisen hoidon malli.
- Laaditaan dementiatyön kehittämisohjelma.
- Tehostetaan tilasuunnittelua.

Senioriohjelman keskeisten toimenpiteiden toteutusta käsitellään luvussa 4.

Asukkaiden hyvinvointiohjelman ja siihen sisältyvän senioriohjelman tavoitteiden toteutumisesta on raportoitu valtuustolle 30.5.2011 ja kaupunginhallitukselle 16.4.2012. Vuoden 2012 raportoinnissa todetaan mm.: ”Ohjelman poikkisektoriaalisen ohjauksen ja täytäntöönpanon tukena on **hyvinvoinnin edistämisen johtoryhmä**⁵ sekä vuonna 2011 käynnistynyt alatyöryhmätyö. Myös muiden kuin palvelutoimen sektoreiden sekä kolmannen sektorin osallistumisesta työskentelyyn on sovitettu. Yhteistoimintaa eri sektoreiden välillä on tarkoituksenmukaista vahvistaa edelleen niin ohjauksen kuin käytännön toteutuksen tasolla.” ”Ohjelman tavoitteiden mukaiset kehitystrendit ovat nähtävissä seurannassa yksittäisten mittareiden kautta. Monessa mittarissa on nähtävissä positiivinen kehitystrendi ja osa tavoitteista on jo saavutettu.”

16.4.2012 raportoinnin mukaan senioriohjelman osalta poikkeamia on omaishoidon tuen sekä ympärivuorokautisen hoidon kohdalla. Näitä käsitellään kappaleissa 4.3.1 ja 4.3.2. Muilta osin senioriohjelman toimenpiteet jäivät raportoimatta.

Tarkastuslautakunnan mielestä hyvinvointiohjelman toteutumisen raportoinnin perusteella on vaikeaa muodostaa kokonaiskäsitystä hyvinvointiohjelman kuuluvan senioriohjelman etenemisestä.

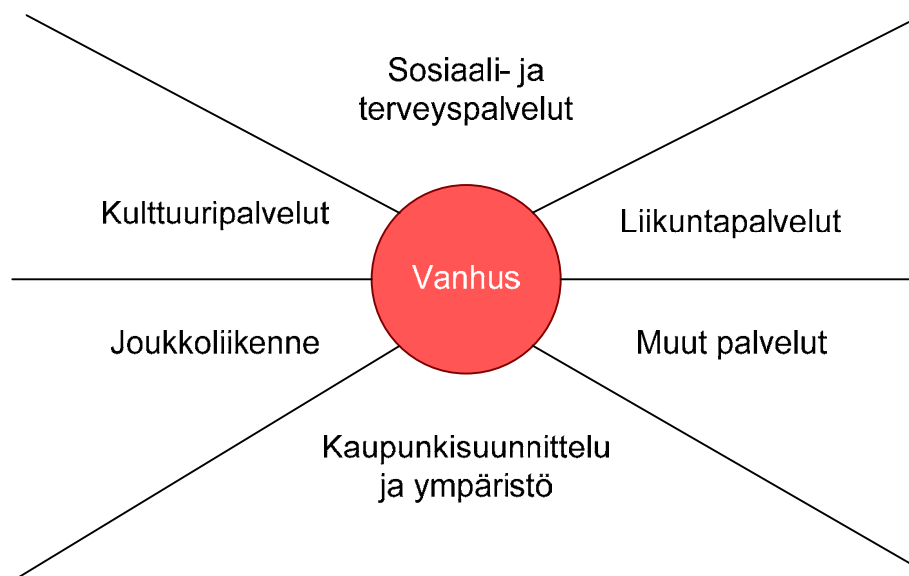
⁵ Palvelutoimen apulaiskaupunginjohtaja on 22.9.2011 päättänyt käynnistää hyvinvoinnin edistämisen verkostomaisen työskentelymallin ja perustaa hyvinvoinnin edistämisen johtoryhmän, johon kuuluvat palvelutoimen johtoryhmän edustajat, sosiaali- ja terveystoimen palvelujohtajat sekä osaamistoimen palvelujohtajat, osaamistoimen apulaiskaupunginjohtajan avustaja sekä erikseen kutsuttavat asiantuntijat. Puheenjohtajana toimii palvelutoimen apulaiskaupunginjohtaja.

4 Vanhusten palvelujen kokonaisuus

Tässä kappaleessa käsitellään Turun kaupungin järjestämien vanhusten palvelujen kokonaisuutta, sen eri toimijoita, asetettuja tavoitteita ja arvioidaan toimeenpanoa.

Vanhusten palvelut tuotetaan monien toimijoiden yhteistyönä

Ryhmiä välisestä sopimuksesta johdettu **ikäihmisten hyvinvoinnin ylläpitäminen** on yksi Asukkaiden hyvinvointiohjelman teemoista, jonka toteuttamiseen tähtävää toimintaa on monilla kaupungin hallintokunnilla ja niiden eri tulosalueilla.



Kuva 6: Vanhusten hyvinvointiin vaikuttavia palveluita

Yllä olevalla kuviolla on kuvattu vanhuksen hyvinvointiin vaikuttavia kaupungin järjestämiä palveluita. Näiden palveluiden tuottajina voivat olla muun muassa ympäristötoimi/ kaupunkisuunnittelu, joukkoliikenne, kulttuuritoimi, sosiaali- ja terveystoimi tai liikuntatoimi. Lähes kaikissa kaupungin järjestämässä palveluissa on huomioitava ikäihmiset.

Kuntalaisen näkökulmasta on tarkoituksenmukaista tarkastella kaupungin järjestämiä palveluita toimintoina, joissa olennaisia ovat asiakkaan palveluprosessit - eivät niinkään palveluiden tuottajat.

Ikäihmisten hyvinvoinnin ylläpitämiseen tähtävää toimintaa on monilla kaupungin hallintokunnilla, vaikka sosiaali- ja terveystoimen rooli onkin usein korostunut.

Ikäihmisten suhteellisen osuuden kasvaessa merkittävästi on yhteiskunnan kannalta hyvin olennaista se, miten hyvin ikäihmiset pystyvät säilyttämään toimintakykynsä niin hyvänä, että he pystyvät elämään itsenäisesti tai keveiden avopalveluiden tukena. Toimintakyvyn säilyttämistä yritetään tukea muun muassa ennaltaehkäisevillä palveluilla, joita käsitellään tarkemmin seuraavassa kappaleessa 4.1.

Mikä ohjaa vanhusten palveluja - asiakastarpeet

Yksi Senioriohjelman toimenpiteistä oli ”**Kartoitetaan turkulaisten ikäihmisten palvelutarpeet 2009 - 2012**”. Sosiaali- ja terveystoimen mukaan palvelutarpeen arviointi on tehty sosiaali- ja terveysministeriön (STM) ikäihmisten laatusuositukseen. Laatusuositus on annettu vuonna 2008. Peruspalvelulautakunta on hyväksynyt ikääntymispoliittisen strategian huhtikuussa 2009, joka pohjautui STM:n laatusuositukseen. Senioriohjelma hyväksyttiin valtuustossa syyskuussa 2009. **Senioriohjelman toimenpidettä kartoittaa palvelutarpeet ei ole tehty senioriohjelman hyväksymisen jälkeen.**

Sosiaali- ja terveystoimen mukaan palvelutarpeen selvittelytyö on jatkuvaa toimintaa eikä sitä varten tehdä mitään erillisselvityksiä olemassa olevien tietojohtamisen tietolähteiden (mm. asiakaspalaute, oma EFQM/ CAF⁶ - itsearviointi, toiminnan toteutumaraaportit) lisäksi.

Senioriohjelmassa mainittua ikäihmisten palvelutarpeiden 2009 - 2012 kartoitusta ei ole erillisenä selvityksenä tehty senioriohjelman hyväksymisen jälkeen.

Tarkastuslautakunnalle on jäänyt epäselväksi, miten hyvin turkulaisten ikäihmisten palvelutarpeet on pystytty muilla tavoin kartoittamaan. Palveluiden järjestämisessä tieto palvelutarpeista on hyvin oleellista.

4.1 Ennaltaehkäisevä työ

Kuten luvussa 2 todettiin, vanhusten suhteellinen osuus väestöstä kasvaa selvästi lähitulevaisuudessa eli vanhushuoltosuhte heikkenee: työikäisiä kohden on aiempaa enemmän ikäihmisiä. Nykyisin noin 70 % yli 75-vuotiaista elää itsenäisesti ilman kunnallisia palveluja (kuva 4, s. 5). Julkisen talouden kestävyyden kannalta on tärkeää, että itsenäisesti toimeentulevien osuus säilyisi vähintään ennallaan. Jos tuo itsenäisesti toimeentulevien prosentiosuus putoaisi esimerkiksi 50:een samanaikaisesti kun ikäihmisten määrä joka tapauksessa kasvaa, olisi palvelujen kustantaminen todella haastavaa.

Ryhmien välisessä sopimuksessa ja Senioriohjelmassa tämä asia on tunnistettu ja sen pohjalta on tehty linjaukset, joissa painotetaan kotona asumisen tukemista ja aktiivisuutta ja toimintakykyä ylläpitävää sekä kehittävää ennaltaehkäisevää toimintaa.

Ennaltaehkäisevän työn ja toiminnan käsite voidaan ymmärtää eri tavoin. Laajasti tulkittuna käsite pitää sisällään lähes kaiken inhimillisen toiminnan, joka edesauttaa henkistä ja fyysistä aktiivisuutta ja toimintakykyä. Suppeamman tulkinnan mukaan ennaltaehkäisevällä työllä voidaan tarkoittaa tähän tavoitteeseen varta vasten suunniteltuja ja kohdennettuja toimintoja.

Yksi ennaltaehkäisevän työn määritelmä voisi olla se, että se on palvelua, jossa ihmiset eivät edes tiedä, että heitä autetaan.

Ennaltaehkäisevän työn tavoitteena on, että ihmisen toimintakyky säilyisi hyvänä ja hän selviytyisi arjesta mahdollisimman itsenäisesti ilman raskaampia palveluja (esim. laitoshoidoa).

⁶ Euroopan laatupalkinto (EFQM-malli) on kehittynyt Malcolm Baldrige National -laatupalkinnon pohjalta ja sen on kehittänyt EFQM -järjestö (European Foundation for Quality Management). CAF (Common Assessment Framework) on EU-jäsenmaiden yhteistyönä kehitetty julkisen sektorin organisaatioiden laadunarviointimalli. (Valtiovarainministeriö)

Kaupungin tarjoamat palvelut on mahdollista jakaa kahteen lajiin:

- ennaltaehkäisevät palvelut ja
- korjaavat palvelut.

Tämä jako avaa mahdollisuuksia erilaiseen ajatteluun toiminnan arvioinnissa. Käytännössä korjaavat palvelut ovat lyhyellä tähtämellä niin välttämättömiä, että ne on pakko hoitaa. Ennaltaehkäisevään työhön on usein vaikeampaa järjestää resursseja.

Sekä inhimillisten että taloudellisten syiden perusteella olisi yleensä syytä suosia ennaltaehkäisevää työtä. Myös poliittiset ja strategiset linjanvedot korostavat tätä. Vaikka lainsäädäntö ohjaakin korjaavan toiminnan lisäksi soveltuvin osin myös ennaltaehkäisevää toimintaa, on korjaava toiminta laajuutensa vuoksi yleensä korostuneessa asemassa. Joidenkin palvelujen luokittelu tämän jaon perusteella voi olla hankalaa, koska palvelu voi sisältää molempia ulottuvuuksia.

Ennaltaehkäisevä työ Sosiaali- ja terveystoimessa

Sosiaali- ja terveystoimen strategisen palvelusopimuksen 2012 painopisteistä

1. Turvataan ikäihmisten aktiivinen elämä toimintakykyä ylläpitävillä palveluilla ja 2. Muutetaan ikäihmisten hoidon palvelurakennetta avopalvelupainotteisemmaksi

seuraa, että ennaltaehkäisevä työ on keskeistä, priorisoitua toimintaa.

Ennaltaehkäisevän työn näkökulma on mukana jollain tavalla kaikilla sosiaali- ja terveystoimen tulosalueilla (ks. organisaatiokaavio liite 2).

Seuraavassa käsittelemme lyhyesti Perusterveydenhuollon tulosalueella toimivaa Terveyden edistämisen yksikköä sekä Vanhuspalveluiden tulosalueen (liite 3) Ennaltaehkäisevät vanhuspalvelut -yksikköä.

Terveyden edistämisen yksikkö

Eri yksiköiden toiminta perustuu tyypillisesti eri lakeihin. Esimerkiksi sosiaali- ja terveystoimen Terveyden edistämisen yksikön ohjaavana lakina on Kansanterveyslaki. Terveyden edistämällä tarkoitetaan kaikkia terveyskeskuksille kuuluvia kansanterveystyön tehtäviä väestön terveydentilan ylläpitämiseksi ja edistämiseksi. Uudistetussa kansanterveyslaissa (2005/928) terveyden edistäminen määritellään osaksi kansanterveystyötä.

Terveyden edistämisen yksikkö tarjoaa asiantuntijuutta ja kehittämistukea sosiaali- ja terveystoimen kaikille yksiköille, kaupungin eri hallinnonaloille ja kaupungissa toimiville järjestöille. Yksikkö tukee terveystoimien kehittämistä terveyttä edistävään suuntaan. Yksikössä työskentelee kaksi ravitsemusterapeuttia, kotitalousneuvoja, liikuntaneuvoja, ehkäisevän päihdetyön suunnittelija, terveysohjaaja, terveyskasvatuksen yhdyshenkilö ja seksuaaliterveyden asiantuntija. Haastattelujen perusteella etenkin ravitsemus- ja liikuntaneuvonta sekä ehkäisevä päihdetyö ovat keskeisessä asemassa edistetäessä ikääntyvien terveyttä ja hyvinvointia.

Lisätietoa:

<http://www.turku.fi/Public/default.aspx?nodeid=10871&culture=fi-FI&contentlan=1>

Ennaltaehkäisevät vanhuspalvelut

Ennaltaehkäisevät vanhuspalvelut -yksikkö koostuu viidestä palveluosiosta:

- hyvinvointikeskukset sekä sieltä johdettu senioritoiminta
- neuvonta ja palveluohjaus
- muistisairaiden palvelut
- tukipalvelut (ateria-, turvapuhelin- ja saunotuspalvelu)
- sotainvalidien palvelut.

Tavoitteena on myöhentää kotihoidon palvelujen tarvetta aktivoimalla ikäihmisiä sekä tukemalla heidän itsemääräämisoikeuttaan ja itsenäistä selviytymistään huomioiden ikääntyneiden sosiaaliset, psyykkiset, fyysiset ja hengelliset tarpeet.

Kotihoidon alaisuudessa olevassa Ennaltaehkäisevien vanhushpalveluiden yksikössä on noin 90 työntekijää. Ikääntyvien hyvinvointiin liittyvää neuvontaa ja palvelua on puhelinneuvonnan lisäksi tarjolla useissa eri yksiköissä:

- Lehmusvalkaman hyvinvointikeskus
- Ruusukorttelin hyvinvointikeskus
- Tuki- ja kohtaamispaikka Poiju
- Lähikirjastot: Palveluohjausta on tarjolla pääkirjaston lisäksi Ilpoisten, Jyrkkälän, Maarian, Lausteen, Paattisten, Pansion, Runosmäen ja Varissuon kirjastoissa.

Lisätietoa: <http://www.turku.fi/public/default.aspx?contentid=288209&nodeid=14666>

Lehmusvalkama ja Ruusukortteli ovat **hyvinvointikeskuksia**, joiden toiminta-ajatuksena on tuottaa monipuolisia hyvinvointiin liittyviä virkistys-, virike-, harrastus-, terveys-, ja kuntoutuspalveluja sekä kotona asumista tukevia palveluja. Monipuolisen toiminnan sisältöalueina ovat:

- Neuvonta- ja palveluohjaus
- Viriketoiminta (ohjelmalliset tilaisuudet, bingo jne.)
- Harrastustoiminta (kädentaitojen osastot)
- Taide- ja kulttuuri (elokuva, runous, teatteri, kirjallisuus, taideryhmät)
- Ravitsemus (infot, näyttelyt)
- Terveys (hyvinvointineuvonta, infot)
- Toimintakyky (kuntosalitoiminta, tanssit, jumpat, vesiliikunta, kävelyt, tasapainoryhmät, ikäihmisten disko sekä erilaiset liikuntaryhmät). Toimintakyky sisältää fyysisen, psyykkisen, kognitiivisen ja sosiaalisen toimintakyvyn tasapainoisen tarkkailun.
- Teknologia (atk-opastukset, neuvontapalvelu)
- Itsenäisen suoriutumisen tukeminen (apuvälineet, laaja-alainen tapaturmien torjuntatyö, turvallisuutta edistävät ympäristömuutokset, kaatumistapaturmien ehkäisy)
- Hengellinen virikkeellisyys (hartaushetket, virsikiraoke, sielunhoito)
- Keskustelupiirit
- Hyvinvointi-, terveys- ja aistipäivät.

Tuki- ja kohtaamispaikka **Poijussa** on neuvontapalvelupiste, joka tukee ja ohjaa vanhuksia ja omaisia kotona selviytymisessä. Poijun palvelut tuottavat Turun kaupungin sosiaali- ja terveystoimi sekä Turun ja Kaarinan seurakuntayhtymä. Poijun tarjoamia palveluita kehitetään jatkuvasti ja esimerkiksi aukioloaikojen muutoksilla pyritään vastaamaan ikääntyvien neuvontapalvelujen tarpeeseen.

Sosiaali- ja terveystoimen vanhushpalvelujen tulosalueella toimivan ennaltaehkäisevien vanhushpalvelujen yksikön organisatorisesta asemasta kotihoidon alaisuudessa keskusteltiin haastatteluissa. Osa haastateltavista oli sitä mieltä, että ennaltaehkäisevien vanhushpalvelujen asema kotihoidon alaisuudessa ei ole tarkoituksenmukainen, koska toiminnallisesti ennaltaehkäisevät palvelut kohdistuvat paljon kotihoidon asiakkaita laajempaan kohderyhmään. Nykyinen sijainti organisaatiossa on aiheuttanut asiakkaita ja yhteistyökumppaneissa hämmennystä, koska palvelu mielletään osaksi kotihoitoa. Toiset taas pitivät nykyistä järjestelyä hyvänä perustuen yksikön tiiviiseen yhteistyöhön kotihoidon kanssa. Haastatteluissa todettiin myös, että yksi ennaltaehkäisevän työn tärkeä tehtävä on pyrkiä välttämään se, että asiakkaat ”joutuvat” kotihoidon palvelujen käyttäjiksi. Toisaalta myös **kotihoidon piirissä olevat asiakkaat** ovat ennaltaehkäisevän työn kannalta tärkeä kohderyhmä, koska heidän **toimintakykään tukemalla voidaan ehkäistä heidän ajautumistaan raskaampien palveluiden pariin.**

	Tilinpäätös 2011 €		
	TULOT	MENOT	NETTO
Ennaltaehkäisevät ja kotona asumista tukevat palvelut	1 676 876	7 431 664	5 754 788

Taulukko 1. Ennaltaehkäisevän vanhushpalvelujen yksikön tilinpäätösluvut 2011

Etsivä vanhustyö

Haastatteluissa tuotiin esille myös ns. etsivän vanhustyön käsite, vastaavaan tapaan kuin on olemassa etsivää nuorisotyötä. **Etsivä vanhustyö nähdään keskeisenä osana ennaltaehkäisevää vanhushpalveluja.** Käytännön esimerkki tästä ovat hyvinvointia edistävät kotikäynnit, joita ennaltaehkäisevien vanhushpalvelujen yksikkö tekee kaikille 80 vuotta täyttävälle. Eli kunakin vuonna 80 vuotta täyttävät pääsevät ennakoivan kotikäynnin piiriin. Tarkoitus on kartoittaa, miten ikääntynyt kotonaan pärjää ja kertoa hänelle olemassa olevista palveluvaihtoehdoista. Tämän lisäksi tehdään täsmäpalveluohjauksikäyntejä kohderyhmille, jotka ovat yksinäisiä, syrjäytymisuhan alla olevia ikääntyneitä ja joita tavanomaiset vanhushpalvelut eivät tavoita.

Ennaltaehkäisevät vanhushpalvelut tukee turkulaisten ikäihmisten elämänlaatua ajatuksella ”Ei pelkää vuosia elämään vaan elämää vuosiin”.

Ennaltaehkäisevä työ liikuntatoimessa

Liikuntatoimessa ikääntyneiden liikuntapalveluiden tavoitteeksi on asetettu:

- Tuottaa ja kehittää ikääntyneille laadukkaita liikuntapalveluja ja liikkumisolosuhteita ottaen huomioon kohderyhmän heterogeenisyyden ja erilaiset tarpeet
- Omatoimisuuden ja autonomian lisääminen
- Luoda eheä palveluketju
- Osallisuuden tukeminen.

Liikuntapalvelukeskuksen kokoamassa **ikäntyvien liikuntatoiminnan yhteistyöverkossa** on mukana 14 eri toimijaa Tanssin aluekeskuksesta seurakuntiin (ks. tarkemmin liite 1).

Yksi esimerkki ikääntyville suunnitellusta liikuntatuotteesta on **Senioriranneke ja – kortti**. 65 vuotta täyttäneet turkulaiset voivat ostaa Seniorirannekkeen ja -kortin, jolla pääsee liikkumaan rajattomasti Turun kaupungin liikuntapaikoissa: uimahalleissa, kuntosaleilla ja kesällä maauimaloissa. Vuonna 2011 seniorikortteja myytiin 2 171 kpl ja kortin käyttökertoja oli yhteensä 65 335 eri liikuntapaikoilla. Eniten käyttäjiä oli Petreliuksen uimahallilla (23 241) ja Kupittaaan urheiluhallilla (20 191). Korttiin liittyy myös kulttuuripalveluita: Kulttuuria arjen askelin toimintaan on osallistunut viime vuonna 590 senioria. Lisätietoa: [Seniorikortti/kortti kevät 2012](#)

Liikunnan ennaltaehkäisevästä vaikutuksesta on olemassa myös paljon tutkimustuloksia. Tutkimuksissa on muun muassa osoitettu, että jalkalihasten harjoittelulla on selvä vaikutus tasapainon parantamiseen ja kaatumisten ehkäisemiseen. Kaatumisten välttämällä voidaan vähentää niistä aiheutuvia huomattavia sosiaali- ja terveystoimen kustannuksia.

Ikääntyneiden liikuntapalveluissa haasteena nähdään muun muassa viestintä kohderyhmälle ja yhteistyökumppaneille sekä palveluketjujen saumaton jatkuvuus.

Turku on saanut vuonna 2011 myös tunnustusta vanhusten liikunnasta: Turun kaupunki valittiin heinäkuun Kunnostautuneimmaksi kunnaksi Ikäinstituutin Vie vanhus ulos -kampanjassa. Erityisesti Mäntyrinteen ja Kerttulin vanhainkodit ovat kunnostautuneet kampanjan teemassa. Ikäinstituutin palkintoraati kiitteli, että ikäihmisten kanssa on ulkoiltu ja ulkoillaan hyvillä mielin.

Lisätietoa: <http://www.vievanhusulos.fi/>

Yhteistyö, panostukset ja vaikuttavuus

Arvioinnissa on havaittu, että ennaltaehkäisevää työtä lähestytään hyvin eri näkökulmista riippuen siitä, missä yksikössä kukin työskentelee. **On syytä pohtia, kuinka hyvin eri yksiköiden välinen yhteistyö ja koordinaatio käytännössä toimivat.** Tulisiko toiminta keskittää yhteen vahvaan yksikköön vai hajauttaa läpäisyperiaatteella eri puolille kaupunkiorganisaatiota?

Yksittäisen kuntalaisen ja asiakkaan näkökulmasta voi jäädä epäselväksi, minkä kanavan ja yksikön kautta hän milloinkin voisi saada ennaltaehkäiseviä palveluja ja tietoa.

Haastattelujen mukaan ennaltaehkäisevän työn tärkeys on tunnustettu. **Haastatteluissa on todettu, että ennaltaehkäiseviin palveluihin pitäisi uskaltaa panostaa kunnolla ja pitkäjänteisesti, vaikka aina ei ole mahdollista arvioida etukäteen toimintojen lopullista vaikuttavuutta.**

Ennaltaehkäisevän työn ominaispiirre on toteuttaa työtä usealla eri aikajänteellä. Osa toiminnasta edellyttää pitkäjänteistä vuosien panostamista ennen kuin varsinaiset tulokset ovat havaittavissa. Osa ennaltaehkäisevästä työstä voi olla hyvinkin lyhyen aikajänteen toimintaa kuten esimerkiksi katujen auraus tai hiekoitus.

Poikkihallinnollista yhteistyötä

On olemassa monia esimerkkejä eri osapuolia hyödyttävästä poikkihallinnollisesta yhteistyöstä. Tässä pari esimerkkiä:

- Turussa jo 45 kouluvaaria: Turun alakouluissa oppilaat ovat saaneet joukkoihinsa hieman vartuneempia koulukavereita. Kerran viikossa jokainen Turun 45 kouluvaarista viettää useamman tunnin päivästäan oppilaiden kanssa koulun arjessa. Kouluvaarit ovat yli 55-vuotiaita miehiä, jotka haluavat kaventaa sukupolvien välistä kuilua.
Lisätietoa: <http://www.tkukoulu.fi/~kouluvaarit/>
- Vähä-Heikkilässä, Hirvensalossa, Pikisaarella ja Kaks Kerrassa asuvat kotihoidon asiakkaat saivat helmikuussa 2012 omatekoisia ystävänpäivän kortteja; tekijöinä olivat Wäinö Aaltosen koulun ja Turun Steiner-koulun 2-luokkalaiset.
Lisätietoa: <http://www.turkulainen.fi/artikkeli/93119-hyvaa-ystavanpaivaa-hirvensalon-mummot>

Senioriohjelman toimenpiteenä oli ” **Ehkäisevää vanhustyötä tuetaan lisäämällä palvelunohjausta ja palveluvalikoimaa kolmannen sektorin kumppanuuden kautta**”. Haastattelujen mukaan tämä toteutuu käytännössä, **mutta ongelmana on resurssien puute ehkäisevällä puolella**. Sosiaali- ja terveystoimi on mukana erilaisissa hankkeissa, joita toteutetaan muilla hallinnonaloilla (esim. EVIVA -hanke, ks. tarkemmin jatkossa) ja tässä yhteydessä ollaan löytämässä uudenlaista yhteistyön säveltä sekä muiden hallinnonalojen (mm. liikunta ja kulttuuri) että järjestöjenkin kanssa. Yksi muoto yhteistyölle kolmannen sektorin kanssa on peruspalvelulautakunnan vuosittain myöntämät avustukset. Vapaaehtoisten kouluttamisessa ovat olleet mukana mm. SPR, diakoniatyö ja Lähimmäispalveluyhdistys.

Hyvinvoinnin edistämisen johtoryhmän ikäihmisten alatyöryhmässä on haastattelujen perusteella päädytty kehittämään mm. kuljetuspalveluita, vapaaehtoistoimintaa sekä ikäihmisten alueellista profilointia yhteistyössä EVIVA -hankkeen kanssa.

Tarkastuslautakunta korostaa että ennaltaehkäisevässä työssä ei ole kysymys pelkästään taloudellisista panostuksista, vaan ajattelutavoista ja yhteistyön tekemisestä sekä hallintokuntien että muiden sidosryhmien välillä.

EVIVA- Ennaltaehkäisevä virikkeellinen vapaa-aika -hanke

EVIVA vastaa osaltaan Ryhmien välisessä sopimuksessa ja Asukkaiden hyvinvointiohjelmassa vahvasti esille nostettuun teemaan: ennaltaehkäisy. EVIVAn tavoitteena on nostaa aktiivisesti vapaa-aikaansa viettävien kaupunkilaisten lukumäärää vuosien 2011 -2015 aikana 10 000 hengellä. Tavoitteena on merkittäväällä tavalla kehittää vapaa-aikapalvelujen sisältöjä sekä rakenteita yhteistyössä muiden ennaltaehkäisevää työtä tekevien hallintokuntien kanssa poikkihallinnollisesti sekä tiiviissä yhteistyössä kolmannen sektorin kanssa. Tavoitteena on myös luoda käytännöt sille, millaisilla päätöksillä ja toimintaperiaatteilla EVIVAssa syntyneet hyvät käytännöt siirretään hallintokuntien jokapäiväiseksi toiminnaksi.

Varsinainen asukkaisiin kohdistuva toiminta on tarkoitus käynnistää vuoden 2012 alkupuolella. Sitä toteuttavat yhteistyössä kaupungin omat toimijat ja järjestöt. Kartoitusten perusteella pilottialueeksi on valittu Runosmäki-Raunistulan suuralue. Seuraavat alueet tulevat EVIVAn toiminnan piiriin vuoden 2012 syksyllä.

Poikkihallinnollisen yhteistyön ja alueellisen yhteisöllisyyden arviointimalli kehitetään kevään 2012 aikana. Samoin vuoden 2012 aikana luodaan käytännöt sille, millaisilla päätöksillä ja toimintaperiaatteilla EVIVAssa syntyneet hyvät käytännöt siirretään hallintokuntien jokapäiväiseksi toiminnaksi. Tässä erityisen laajassa, vaativassa ja ainutlaatuisessa poikkihallinnollisessa työssä hyvinvoinnin edistämisen johtoryhmä on olennaisessa asemassa.

EVIVAsta odotetaan seuraavia hyötyjä:

- Palvelutuotannon tarkastelu prosessina ja pullonkaulojen ja ongelmakohtien tunnistaminen
- Ratkaisukeskeisyys ja hyvien toimintatapojen mallintaminen sekä siirtäminen osaksi normaalia palvelutuotantoa
- Resurssituki nykyisten palvelujen markkinointiin.

Hankkeen seurannaisvaikutuksena tavoitellaan moninkertaisesti hankkeeseen käytettäviä varoja suu-remppaa säästöä ns. korjaavien palveluiden tuottamisessa.

Lisätietoa:

<http://www.turku.fi/eviva>

Lisätietoa ennaltaehkäisevistä vanhuspalveluista:

<http://www.turku.fi/public/default.aspx?nodeid=18234&culture=fi-FI&contentlan=1>

4.2 Sosiaali- ja terveystoimen vanhusten palvelut

Vanhusten palvelujen strateginen ohjaus Sosiaali- ja terveystoimessa

Liitteessä 2 on kuvattuna Sosiaali- ja terveystoimen organisaatiokaavio.

Vanhusten palveluita sosiaali- ja terveystoimessa tuottavat seuraavat tulosalueet:

- sosiaalityö
- perusterveydenhuolto
- erikoissairaanhoido
- kuntoutumispalvelut
- vanhuspalvelut.

Kappaleessa 4.3. käsitellään tarkemmin vanhuspalveluiden tulosalueen tuottamia palveluja.

Sosiaali- ja terveystoimella, kuten kaikilla hallintokunnilla, Ryhmien välinen sopimus on ylin strategisen ohjauksen muoto. Sitä toimeenpannaan Turku-sopimuksen Asukkaiden hyvinvointiohjelmalla. Vanhusten palveluiden osalta keskeinen on Asukkaiden hyvinvointiohjelmaan kuuluva Senioriohjelma.

Sosiaali- ja terveystoimessa sovelletaan ns. **sopimusohjausjärjestelmää**. Se tarkoittaa muun muassa sitä, että kaupunginhallitus ja peruspalvelulautakunta sopivat strategisella palvelusopimuksella (SPS) peruspalvelulautakunnan alaisen toiminnan lähtökohdista, kehittämistavoitteista ja resursseista. Kappaleen 3 kuvassa 5 esitettiin myös sopimusohjauksen sopimukset osana strategista ohjausta.

Strategisten tavoitteiden saavuttamiseksi sosiaali- ja terveystoimessa prosessijohtaminen toteutuu neljän elinkaarimallin mukaisen **ydinprosessin** kautta. Ydinprosesseja ovat:

- lasten ja nuorten kasvun tukeminen
- nuorten aikuisuuden vahvistaminen
- itsenäisesti selviytyvien toimintakyvyn varmistaminen
- **ikäihmisten elämänlaadun turvaaminen.**

Ikäryhmien asiakastarpeita - terveyttä ja hyvinvointia - edistetään sosiaali- ja terveystoimen tulosalueiden välisellä yhteistyöllä.

Kaikkien elinkaarimallin mukaisten ydinprosessien yhteisiä kehittämisteemoja on vuoden 2011 Strategisen palvelusopimuksen esittelytekstissä määritelty näin:

”Sopimusohjauksen tavoite on **muuttaa tuotantolähtöinen ajattelu asiakaslähtöiseksi** ja sen avulla on myös tarkoitus jalkauttaa kaupunginvaltuuston hyväksymien ohjelmien linjaukset hallintokuntiin.

Vuoden 2011 SPS:ssa painottuvat samat linjaukset kuin vuoden 2010 sopimuksessa. Näitä ovat rakennemuutokset eli palvelutuotannon painopisteen siirtäminen, ennaltaehkäisevä työ, peruspalveluiden turvaaminen sekä tuottavuuden ja vaikuttavuuden parantaminen.”

Ikäihmisten elämänlaadun turvaamisen osalta on sosiaali- ja terveystoimen strategisessa palvelusopimuksessa kirjattu seuraavat painopisteet:

- 1. Turvataan ikäihmisten aktiivinen elämä toimintakykyä ylläpitävillä palveluilla**
- 2. Muutetaan ikäihmisten hoidon palvelurakennetta avopalvelupainotteisemmaksi**

Sosiaali- ja terveystoimen strategisen palvelusopimuksen 2012 painopisteet ja niitä kuvaavat mittarit on kirjattu seuraavasti:

SPS: Turvataan ikäihmisten aktiivinen elämä toimintakykyä ylläpitävillä palveluilla				
Mittarit:	Lähtötaso vuoden 2008 toteutuma	Toteutuma 2009	Toteutuma 2010	Tavoitearvo 2012
Laitoshoitoon siirtyvien keski-ikää myöhennetään kahdella kuukaudella kolmen vuoden aikana.		lähtöarvo 83 vuotta vuonna 2009		- 2kk lähtöarvosta

- kyseessä on valtuustokauden loppuun asti asetettu tavoite, jonka toteutuma raportoidaan vuodelta 2012
- tavoitteena on siis lisätä 2 kk laitoshoidon siirtyvien keski-ikään, joka vuonna 2009 oli 83 vuotta (toisin kuin sopimuksen taulukossa esitettiin ” - 2kk lähtöarvosta”).

SPS: Muutetaan ikäihmisten hoidon palvelurakennetta avopalvelupainotteisemmaksi			
Mittarit:	Lähtötaso toteuma 31.12.2009	Toteutuma 2010	Tavoite-arvo 2012
75 vuotta täyttäneiden kotihoidon piirissä olevien osuus kasvaa 14 %:iin.	13,2 %	13,6 %	14 %
Omaishoidon tukea saavien 75 vuotta täyttäneiden määrä kasvaa 3,5 %:iin.	2,8 %	3,3 %	3,5 %
Tehostetun palveluasumisen piirissä olevien 75 vuotta täyttäneiden osuus kasvaa 5,0 %:iin.	2,9 %	3,4 %	5,0 %
Ympärivuorokautisen hoivan (pitkäaikaissairaanhoido ja vanhainkotihoito) piirissä olevien 75 vuotta täyttäneiden osuus vähenee 5,5 %:iin.	8,2 %	7,3 %	5,5 %

Taulukko 2. Strategisen palvelusopimuksen 2012 Ikäihmisten elämänlaadun turvaamisen ydinprosessin painopisteet ja niitä kuvaavat mittarit

Ikäihmisten elämänlaadun turvaamisen ydinprosessille on kohdistettu määrärahaa seuraavasti:

	Talousarvio 2011	Tilinpäätös 2011	Talousarvio 2012
menot	261 420 418 €	264 175 424 €	264 761 181 €
tulot	39 487 542 €	40 894 882 €	40 294 789 €
netto	221 932 877 €	223 280 541 €	224 466 392 €

Taulukko 3. Ikäihmisten elämänlaadun turvaamisen ydinprosessille kohdistetut määrärahat 2011 - 2012.

Käytännössä sosiaali- ja terveystoimi kohdistaa määrärahat ydinprosesseille tiettyjen laskennallisten prosentiosuuksien mukaan. **Nykyisin käytössä olevat tietojärjestelmät eivät vielä mahdollista sitä, että taloushallinnossa voitaisiin toteutuneita kuluja seurata ydinprosessikohtaisesti.** Sen sijaan kuluseuranta tapahtuu tuottajapuolella tulosalueittain. Nykyiset ydinprosessikohtaiset talousarvio- ja tilinpäätösluvut perustuvat arviona tehtyyn jakoon. Haastattelujen mukaan tavoitteena on kehittää SAP-taloustietojärjestelmää niin, että riittävän karkealla tasolla ydinprosessikohtainen todellinen kulujen erottelu olisi mahdollista toteuttaa vuoden 2013 talousarviota laadittaessa ja vastaavasti vuoden 2013 toteutuvien kulujen seurannassa. Tämän tavoitteen toteuttaminen sisältää merkittäviä haasteita ja vaatii paljon työtä sekä valmistelu- että toteutusvaiheessa.

Peruspalvelulautakunnalle on 13.3.2012 raportoitu strategisen palvelusopimuksen 2011 toteutumisesta. Ikäihmisten elämänlaadun turvaamisen ydinprosessiin käytetyt määrärahat on raportoitu toteutuneen eri tulosalueiden osalta seuraavasti:

Jako ydinprosesseille tilinpäätöksessä 2011 €	Ikäihmisten elämänlaadun turvaamisen ydinprosessi		
	TULOT	MENOT	NETTO
Ydinprosessi yhteensä	40 894 882	264 175 424	223 280 541
Peruspalvelulautakunta ja hallintopalvelut	2 021 216	26 961 386	24 940 170
Sosiaalityön palvelut	420 852	1 961 990	1 541 138
Perusterveydenhuollon palvelut	2 217 008	11 270 653	9 053 645
Erikoissairaanhoidon palvelut	1 482 705	75 246 238	73 763 533
Kuntoutumispalvelut	632 718	7 247 412	6 614 694
Vanhuspalvelut	34 120 383	141 487 744	107 367 362

Taulukko 4. Ikäihmisten elämänlaadun turvaamisen ydinprosessille kohdistettujen määrärahojen jakautuminen eri tulosalueille vuonna 2011.

Suurinta palvelujen tuottajaa, Vanhuspalveluiden tulosaluetta käsitellään tarkemmin seuraavassa kappaleessa 4.3. Ydinprosessille kohdistetut luvut eivät ole suoraan verrattavissa tilinpäätöksen lukuihin, koska ydinprosessikohtaiseen kohdistamiseen sisältyy eri tavoin tehtyjä laskennallisia kohdistuksia.

Tarkastuslautakunta on kiinnittänyt huomiota ikäihmisten ydinprosessin kulujen kohdistuksessa hallintopalveluiden menojen osuuteen verrattuna muiden tulosalueiden menoihin (taulukko 3). Tämän raportoinnin perusteella peruspalvelulautakunnan ja hallintopalvelujen menot (n. 25 milj. euroa) näyttävät selkeästi suuremmalta kuin sosiaalityön, perusterveydenhuollon ja kuntoutumispalveluiden menot yhteensä (n. 17 milj. euroa).

Sosiaali- ja terveystoimen mukaan keskitetyssä hallinnossa on tulosalueille kuuluvia menoja yhteensä noin 53 miljoonaa euroa ja keskitetty budjetointi perustuu SAP-järjestelmän käyttöönoton yhteydessä sovittuihin keskushallinnon antamiin ohjeisiin. Vanhusten prosessiin on kohdennettu selkeästi sinne kuuluvia menoja ja keskitetysti budjetoiduista menoista (esim. vuokrat) noin 40 % kuuluu vanhustenhuoltoon kun taas sosiaalityö, perusterveydenhuolto (pth) ja kuntoutumispalveluiden vuokrat yhteensä tekevät ehkä noin 35 % sosiaali- ja terveystoimen vuokrasta. Edelleen muita vyörytyksiä tehdään palkkojen suhteessa (muun muassa keskitetysti budjetoidut Tapake-menot, eläke-menoperusteinen Kuel, varhemaksut jne). Vanhustenhuollon palkat ovat noin 43,8 % Soten kaikista palkkamenoista ja edelleen sosiaalipalvelut + pth + kuntoutuminen yhdessä noin 39,7 %.

Tarkastuslautakunta pitää erikoisena, että ikäihmisten ydinprosessiin kohdennetut ja raportoidut peruspalvelulautakunnan ja hallintopalvelujen menot (n. 25 milj. euroa) näyttävät selkeästi suuremmilta kuin sosiaalityön, perusterveydenhuollon ja kuntoutumispalveluiden menot yhteensä (n. 17 milj. euroa).

Tarkastuslautakunnan mielestä hallintopalvelujen kustannukset tulisi raportoinnin ymmärrettävyyden vuoksi kohdistaa mahdollisimman tarkkaan palvelutuotannon eri tulosalueille.

Haastattelujen mukaan sopimusohjausjärjestelmä tunnetaan ja se toimii ohjauksen välineenä lähinnä sosiaali- ja terveystoimen johdossa tulosaluetasolle asti. Muille viran- ja toimenhaltijoille suhde sopimusohjaukseen jää melko etäiseksi.

Haastatteluissa todettiin, että sopimusohjausmallissa on paljon hyvää, mutta se on jäänyt puolitiehen: mallin käyttöä ei ole viety riittävän alas organisaatiossa. Toisaalta haastatteluissa todettiin, että näin laaja kehitystyö vaatii toimiakseen paljon aikaa.

Määrärahojen käytön osalta nykyinen käytäntö on sellainen, että rahojen käyttöpäätöksiä tekevät tulosaluejohtajat tulosalueillaan sekä toisaalta näiden alaiset tulosyksikköjen johtajat tulosyksiköissään. Toisin sanoen budjetissa päätetyt rahat ovat tuotannon hallussa. Sen sijaan **tilaajaa edustava palvelujohtaja ei tee tuotantoon varatun määrärahan käyttöä koskevia päätöksiä.** Palvelujohtaja osallistuu kyllä neuvotteluihin, joissa tehdään sopimukset resurssien tulevasta kohdistamisesta.

Kaupunkiorganisaatiossa on käyty keskustelua siitä, onko budjetin määrärahojen oltava tilaajan päätettävissä. Sopimusohjauksen jatkokehittämisen kannalta on tärkeää käydä keskustelu perusteellisesti läpi.

Tarkastuslautakunta kysyy, mikä palvelutuotannossa muuttuisi, jos rahat olisivat tilaajalla.

Sosiaali- ja terveystoimen yhden näkemyksen mukaan se, että rahat ovat tilaajalla mm. parantaa toiminnan ohjattavuutta eri tulosalueiden välillä ja edesauttaa SAS⁷-toiminnan kehittämistä yli tulosalueiden.

Sosiaali- ja terveystoimen talousarviossa 2011 todetaan, että **palvelujen suunnittelun sekä ikään-
tymispoliittisen strategian painopisteenä ovat yli 75-vuotiaat palvelujen tarpeessa olevat
ikäihmiset**. Väestön odotettavissa oleva elinikä on viime vuosina pidentynyt. Tulevina vuosina ikään-
tyvien ihmisten odotetaan myös elävän terveempinä ja parempikuntoisina.

Sosiaali- ja terveystoimen keskeinen strateginen tavoite on siirtää painopistettä laitoshoidosta avohoitoon. Tavoitteen toteuttamiseksi omaishoitoa ja vanhusten kotona asumista tuetaan kotihoidon toimintamallin mukaisesti.

4.3 Sosiaali- ja terveystoimen vanhuspalveluiden tulosalue

Turun kaupungin **vanhuspalvelujen tulosalue jakautuu kolmeen yksikköön** (ks. tarkemmin org.kaavio liitteessä 2 ja 3):

1. **Kotihoito**
2. **Ympäri vuorokautinen hoito**
3. **Geriatrinen sairaalahoido.**

Liitteessä 3 on kuvattuna vanhuspalveluiden tulosalueen organisaatiokaavio.

- Vanhuspalvelujen tulosalueen keskeisenä tehtävänä on tuottaa ikääntyneille turkulaisille pitkäaikaishoitoa joko heidän omissa kodeissaan kotihoidon, tukipalveluiden ja omaishoidon turvin sekä tuottaa ympärivuorokautista hoivaa asumispalveluyksiköissä, vanhainkodeissa tai pitkäaikaissairaanhoidossa silloin, kun kotihoidon keinot eivät enää riitä.
- Kuntouttava geriatrinen sairaalahoido mahdollistaa ikääntyneen paluun aiempaan hoitomuotoon tai itsenäiseen asumiseen ja näin viivästyttää raskaamman ympärivuorokautisen hoivan tarvetta.
- Ennaltaehkäisevillä palveluilla halutaan tukea turkulaisten eläkeläisten itsenäistä selviytymistä asiakkaan omissa kodeissaan ja siten välttää ennenaikaista siirtymistä pitkäaikaishoivan piiriin.

Lisäksi **Sosiaali- ja terveystoimi hankkii ostopalveluna asumispalvelupaikkoja sekä hoitopaikkoja.**

Vanhuspalvelujen henkilöstö

Sosiaali- ja terveystoimen vanhuspalveluissa työskentelee **yli 2 000 henkilöä**.

Vanhuspalvelujen henkilöstö jakautuu seuraavasti:

- Kotihoito (sis. ennaltaehkäisevä vanhustyö)	826 henkilöä
- Geriatrinen sairaalahoido	295 henkilöä
- Ympäri vuorokautinen hoito	991 henkilöä
- Vanhuspalvelujen yht. toiminnot	23 henkilöä

Ostopalveluina on hankittu 225 hoitosijaa ja 406 asumispalvelupaikkaa. (ks. tarkemmin vanhuspalveluiden organisaatiokaavio, liite 3)

⁷ SAS-arviointi tarkoittaa asiakkaan hoitotason tarpeen arviointia (selvitä, arvioi, sijoita)

Työvoiman käytön seurantatietojen mukaan vanhushpalveluiden tulosalueen työvoiman kasvu vuonna 2011 on ollut 19,6 henkilötyövuotta edelliseen vuoteen verrattuna. Ottaen huomioon, että sosiaali- ja terveystoimessa elokuussa 2011 käytössä olevasta työvoimasta noin puolet (yli 2000 hlöä) oli vanhushpalvelujen tulosalueella, voidaan todeta, että muutos on varsin vähäinen ja muodostaa noin 0,88 % vanhushpalveluiden kokonaistyövoimasta.

Huomiota tulee kiinnittää vanhushpalvelujen tulosalueen sairauspoissaolojen korkeaan tasoon ja kasvavaan trendiin. Vuoden 2011 aikana sairauspoissaoloja oli 6,8 %, kun vastaava luku edellisen vuoden aikana oli 6,4 %. Haastatteluissa on poissaolojen syiksi mainittu mm. henkilökunnan korkea keski-ikä ja työn kuormittavuus.

Sosiaali- ja terveystoimen lausunnossa työvoiman käytöstä vuonna 2011 todetaan, että sairauspoissaolojen negatiiviseen kehitykseen pyritään löytämään keinoja vanhushpalvelujen tulosalueen, kaupungin henkilöstöjohdon ja työterveyshuollon yhdessä käynnistämässä Työkyvyn hallinta hankkeessa. Hankkeen tavoitteena on löytää keinot varhaiseen puuttumiseen työkyvyn heiketessä ja ehkäistä näin usein toistuvia ja pitkittyneitä sairaslomia sekä helpottaa työntekijän työhön paluuta pitkiltä sairaslomilta.

Vanhushpalvelujen tulosalueella myös sijaistusprosentti on kasvanut 85,7 %:sta 89,0 %:iin. Sijaisten saatavuuden parantuminen on ollut tärkeää toiminnan turvaamisen kannalta. Yksin sairauspoissaolojen kasvun ja sijaisten saatavuuden parantumisen yhteisvaikutus selittää noin puolet työvoiman kasvusta vuonna 2011.

Haastattelujen mukaan esimiestehtäviin edetään usein ammatillisen asiantuntijan tehtävistä. Tällöin henkilön esimies- ja johtamisvalmiudet eivät välttämättä ole riittävällä tasolla, vaan on tarvetta täydennyskoulutukseen. Tämä asia on sosiaali- ja terveystoimessa tiedostettu. **Esimerkiksi kotihoidossa on laajasti koulutettu lähialueista vastaavia henkilöitä JET johtamisen erikoisammattitutkinnon avulla.** Myös kahden hallintokunnan toimintojen yhteen liittäminen antaa lisää perusteita johtamistaitoihin panostamiseen sosiaali- ja terveystoimessa.

	Tilinpäätös 2011 €		
	TULOT	MENOT	NETTO
Kotihoito	5 735 655	37 919 443	32 183 788
Ympäri vuorokautinen	15 165 356	51 800 154	36 634 798
Geriatrinen sairaala	3 775 673	18 386 520	14 610 848
Vanhushpalvelujen ostopalvelut	10 233 015	33 650 476	23 417 461
Vanhushpalvelujen yht. toim.	229 727	3 971 807	3 742 080
Vanhushpalvelut yhteensä tilinpäätös 2011 €	35 139 426	145 728 401	110 588 975
Vanhushpalvelujen talousarvio 2011 €	35 424 356	146 583 469	111 159 113

Taulukko 5. Vanhushpalveluiden tulosalueen eri tulosityksiköiden toteutuneet menot ja tulot vuonna 2011 sekä tulosalueen talousarvio 2011

Taulukosta 5 huomataan, että vanhushpalvelujen tulosalueen tulot jäivät noin 285 000 € alle budjetoidun, mutta myös menot jäivät noin 855 000 € alle talousarvion, joten tulosalueen nettokulut jäivät noin 570 000 € alle talousarvion.

Tulopuolella vanhusten määrällä on vaikutuksensa Turun saamiin valtionosuuksiin. **Valtionosuuksiin vaikuttaa yli 85-vuotiaiden määrä, joka Turussa vuonna 2012 on 4 539 henkilöä.** Turku saa tällä perusteella valtionosuuksia yhteensä **32 969 507 €**. Tämä oli samaa suuruusluokkaa kuin koko kotihoidon nettokustannukset (32 183 788 €), joten valtionosuuksien merkitys on huomattavan suuri.

4.3.1 Kotihoito

Kotihoidon tavoitteet

Kotihoidon strategisena **tavoitteena on, että turkulaiset ikäihmiset asuvat omista kodeistaan riittävien sosiaali- ja terveyspalvelujen turvin niin pitkään kuin se on heidän toimintakykynsä huomioon ottaen mahdollista.** Kotiin annetaan hoitoa ja huolenpitoa joustavasti ja laadukkaasti. Arjen sujumisen mahdollistamiseksi tarjotaan erilaisia tukipalveluita, jotka edistävät kotona asumisen mahdollisuutta ja luovat turvallisuutta.

Kotihoito on asiakkaan kotona tapahtuvaa henkilökohtaiseen hoivaan ja huolenpitoon sekä sairaanhoitoon liittyvää palvelua. Kotihoidon asiakkaina ovat vanhusten ohella vammaiset ja pitkäaikaissairaat. Kotihoidon tarve arvioidaan yksilöllisesti yhdessä asiakkaan kanssa ja siitä laaditaan **yksilöllinen hoito- ja palvelusuunnitelma.** Kotihoito voi olla joko säännöllistä tai tilapäistä.

Kotihoito on jaettu 22 alueelliseen lähipalvelualueeseen, joiden toiminnasta vastaa palveluesimies.

Kotihoidon rooli on erittäin keskeinen, kun pyritään kohti strategisessa palvelusopimuksessa määritellyjä painopisteitä:

1. Turvataan ikäihmisten aktiivinen elämä toimintakykyä ylläpitävillä palveluilla
2. Muutetaan ikäihmisten hoidon palvelurakennetta avopalvelupainotteisemmaksi.

Kotihoidon organisaatio on kuvattu liitteessä 4.

Kotihoidolle on annettu 14 %:n peittävyystavoite 75 vuotta täyttäneen väestön suhteen vuoteen 2012 mennessä, minkä tarkoituksena on muuttaa ikäihmisten hoidon palvelurakennetta avopalvelupainotteisemmaksi. Peittävyyslukuun lasketaan ne asiakkaat, joilla on laskentapäivänä voimassa oleva palvelu- ja hoitosuunnitelma. Tavoitteena on siis, että kaikista 75 vuotta täyttäneistä turkulaisista 14 % on kotihoidon palvelujen piirissä.

Peruspalvelulautakunnalle on 13.3.2012 raportoitu, että **joulukuussa 2011 peittävyden toteuma oli 13,7 %.** Lisäämällä kotihoidon peittävyttä on tarkoitus tukea ikäihmisten hoidon palvelurakenteen muuttamista avopalvelupainotteisemmaksi sekä samalla turvata ikäihmisten aktiivinen elämä toimintakykyä ylläpitävillä palveluilla.

Peittävyystavoitteen lisäksi kotihoidolle on asetettu tavoitteita koskien asiakkaiden jakaumaa eri palveluluokkiin. Palveluluokka kuvaa palvelun intensiivisyyttä eli montako tuntia kuukaudessa asiakas on saanut kotihoidon palvelua.

Kotihoidon palveluluokat ovat:

1. palveluluokka = viikoittainen avustava kotihoito (enintään 10 tuntia kuukaudessa)
2. palveluluokka = viikoittainen tuettu kotihoito (11 - 25 tuntia kuukaudessa)
3. palveluluokka = päivittäinen kotihoito (26 - 54 tuntia kuukaudessa)
4. palveluluokka = tehostettu kotihoito (55 - 80 tuntia kuukaudessa).

Strategisesti nähdään vaikuttavuuden kannalta keskeisiksi palveluluokat 2 ja 3. Näiden 2-3 palveluluokkien asiakkuuksia pyritään lisäämään, koska tämän katsotaan vähentävän raskaampien hoitomuotojen, kuten laitoshoidon tarvetta. Toisaalta sosiaali- ja terveystoimessa halutaan korostaa 1. palveluluokan roolia osana ennaltaehkäisevää työtä.

	1. palveluluokka (enint. 10 h / kk)	2. palveluluokka (11–25 h / kk)	3. palveluluokka (26 – 54 h / kk)	4. palveluluokka (yli 55 h / kk)
2008	45,3 %	29,3 %	19,49 %	5,65 %
2009	44 %	30 %	20 %	5,8 %
2010	40 %	30 %	21 %	6 %
2011	38 %	30 %	25 %	7 %
2012	32 %	30 %	30 %	8 %

Taulukko 6. Kotihoidon palvelujen piirissä olevien 75 vuotta täyttäneiden jakaantuminen kotihoidon palveluluokkiin ikääntymispoliittisen strategian tavoitteiden mukaan; **vuosi 2008 toteutuneita lukuja, vuodet 2009- 2012 ikääntymispoliittisen strategian tavoitelukuja.**

Taulukko 6:n tavoitteita ei ole sisällytetty sosiaali- ja terveystoimen strategiseen palvelusopimukseen eikä Senioriohjelmaan.

Kotihoidon ja omaishoidon tuen asiakkaiden määrästä on raportoitu joulukuun 2011 poikkileikkaustilanteesta⁸ seuraavasti:

Poikkileikkaustiedot joulukuun 2011		+ 75- vuotiaat
Kotihoito		
Kotona asumista tukevat palvelut: tukipalvelut	tukipalvelua saanut asiakas	1 760
Kotihoidon järjestäminen ja toteuttaminen	Säännöllisten asiakkaiden määrä palveluluokittain (poikkileikkaus)	2 171
	1. palveluluokka	1 153
	2. palveluluokka	557
	3. palveluluokka	415
	4. palveluluokka	46
Omaishoidon tuki	omaishoidon tukea saanut asiakas	424

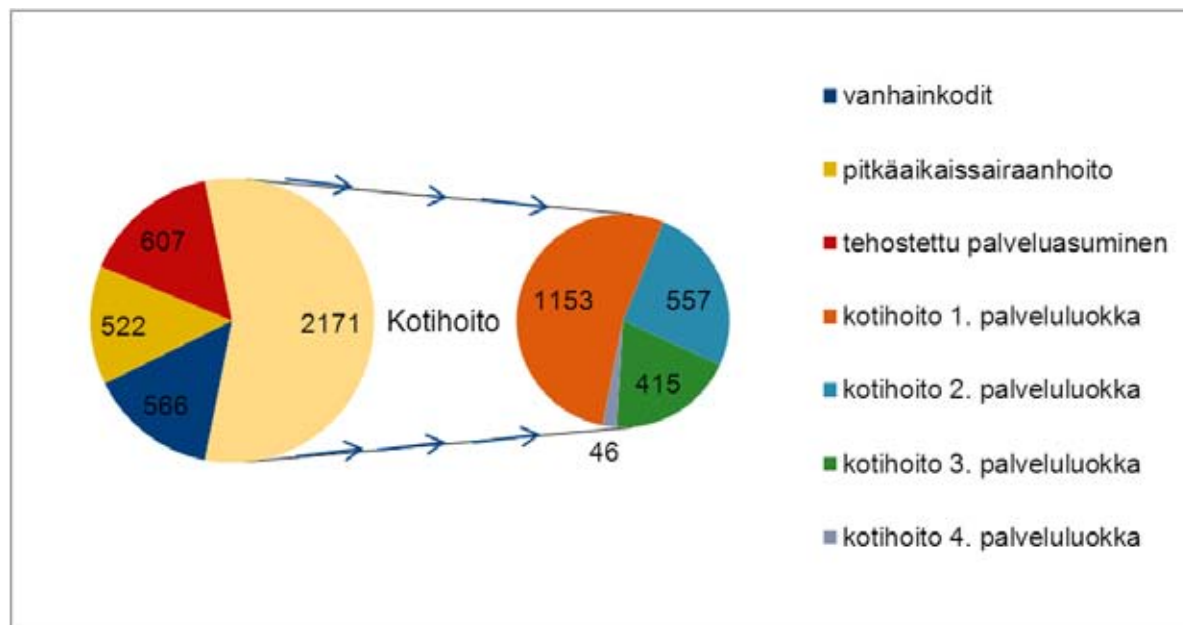
Taulukko 7. Kotihoidon tulosityksikön palvelujen piirissä olevat yli 75-vuotiaat asiakkaat joulukuussa 2011

	1. palveluluokka (enint. 10 h/ kk)	2. palveluluokka (11–25 h/ kk)	3. palveluluokka (26 – 54 h/ kk)	4. palveluluokka (yli 55 h/ kk)
TAVOITE				
2011	38 %	30 %	25 %	7 %
TOTEUTUMA				
2011	53 %	26 %	19 %	2 %

Taulukko 8. Kotihoidon palvelujen piirissä olevien 75 vuotta täyttäneiden asiakkaiden jakautuminen eri palveluluokkiin vuonna 2011; tavoite- (ikäntymispoliittinen strategia) & toteutumavertailu.

⁸ Poikkileikkaus tarkoittaa yhden päivän, esimerkiksi 31.12.2011 tilannetta

Alimman palveluluokan asiakasmäärä on tavoitteen vastaisesti hieman lisääntynyt. Tämä johtuu sosiaali- ja terveystoimen mukaan siitä, että kotihoidossa arvioitiin ns. ”säännöllisen tilapäisten” asiakkaiden hoitotilanteet. He olivat asiakkaita, jotka saivat apua harvemmin kuin kerran viikossa. Tätä kautta löytyi useita alihoitoisia asiakkaita, joita siirrettiin säännölliseen palveluun ja suurin osa heistä tuli siis ensimmäiseen palveluluokkaan. Prosessi eteni syyskuusta 2011 keväeseen 2012. Tämä on omalta osaltaan lisännyt ensimmäisen palveluluokan asiakkaiden määrää. Kun strategiaa aikanaan tehtiin, eivät nämä asiakkaat olleet lainkaan mukana, eikä lähtötilanne ole tältä osin vertailukelpoinen toiminnan seurantaan nähden ja tavoiteasetanta tältä osin on siis virheellinen.



Kuva 7: Kaupungin vanhuspalveluiden yli 75-vuotiaat asiakkaat tiettyjen palveluiden osalta joulukuussa 2011

Taulukoissa 7 ja 8 sekä kuvassa 7 on esitetty yli 75-vuotiaiden kotihoidon asiakkaiden määrä ja jakautuminen eri palveluluokkiin.

Nähtävissä on, että tavoitteiden mukainen painopisteen siirtäminen 2. ja 3. palveluluokkiin eli enemmän apua tarvitseville ei ole vielä toteutunut. Sitä vastoin 1. palveluluokan osuus on kasvanut eikä vähentynyt, kuten oli tavoite.

Peruspalvelulautakunnalle on raportoitu asiasta 13.3.2012: ”Kotihoidon sisäisen rakenteen osalta on kuitenkin todettava, että edelleen painopistettä tulee siirtää raskaimpiin palveluluokkiin, vaikka olemassa oleva benchmarking -tieto osoittaa, että Turun kaupungin kotihoito on jo nyt muihin suuriin kaupunkeihin verrattuna varsin intensiivistä.”

Sosiaali- ja terveystoimen mukaan tavoitteena on hoitaa vähiten palvelua tarvitsevien (1. palveluluokka) palvelutarve sekä oman tuotannon, ostopalveluiden että palvelusetelien avulla.

Tarkastuslautakunta toteaa, että kaupungin tulee huolehtia siitä, että palvelusetelit eivät aiheuta epätasa-arvoa kotihoidon peruspalvelujen hankintaan.

Kotihoidon kriteerit

Haastatteluissa on arvioitu, että pyrittäessä muuttamaan palvelurakennetta avopalvelupainotteisemmaksi on kotihoidossa tarpeen lisätä erityisesti palveluluokkien 2 ja 3 osuutta. Peruspalvelulautakunnan hyväksyttäväksi on syksyn 2011 aikana esitetty Kotihoidon asiakaskriteereitä. Peruspalvelulautakunnan esittelytekstissä 5.10.2011 todettiin: **Taloudellisten voimavarojen niukkuus ja väestön ikääntymiseen liittyvä palvelutarpeen kasvu ovat 2000 -luvulla johtaneet kunnissa selkeään tarpeeseen määritellä, mitä kotihoidon palveluiden kohdentamisella ”sitä eniten tarvitseville” tarkoitetaan.** Monet kunnat ovat ottaneetkin tarveperiaatteensa tueksi asiakaskriteereitä määrittäessään jonkun toimintakykymittarin tason (RAVA/ RAI)⁹. Lautakunta päätti 5.10.2011 palauttaa asian.

Haastattelujen perusteella kotihoidon henkilöstöllä on tarve selkeästi määritellyille ja päätetyille asiakaskriteereille. Ilman kriteereitä viranhaltijoilla ei ole yhtenäistä perustaa päätöksenteolle, jolloin he joutuvat käyttämään lähinnä omaa harkintaansa. Haastatteluissa tosin on myös kyseenalaistettu se, onko kriteerien vieminen lautakunnan päätettäväksi yleensä järkevää vai onko kyseessä enemmänkin operatiivinen asia, joka on sosiaali- ja terveystoimen johdon linjattavissa. Sosiaali- ja terveystoimessa onkin toukokuussa 2012 tehty kotihoidon johtajan viranhaltijapäätös noudatettavista asiakaskriteereistä.

Yhteisten kirjattujen kriteerien puuttuessa viranhaltijoilla ei ole yhtenäistä perustaa päätöksenteolle, jolloin he joutuvat käyttämään lähinnä omaa harkintaansa. Kriteerien vahvistaminen viranhaltijapäätöksellä oli tarkastuslautakunnan mielestä tärkeää.

Kotihoidon palvelujen tuotanto

Kotihoidon resurssien kasvattaminen luo ikääntymispoliittisen strategian mukaan edellytykset toteuttaa strategista tavoitetta muuttaa ikäihmisten hoidon palvelurakennetta avopalvelupainotteisemmaksi.

Kotihoidon henkilökunnan osalta ikääntymispoliittisessa strategiassa 2009 - 2012 esitetään:

Mikäli kotihoidon palvelurakennetta muutetaan edellä olevan taulukon 6 (s. 24) mukaisesti, tarvitaan henkilökuntaa ikääntymispoliittisen strategian mukaan lisää seuraavasti:

- 2010: 4 sairaanhoitajaa +4 lähihoitajaa
- 2011: 2 sairaanhoitajaa +39 lähihoitajaa
- 2012: 1 sairaanhoitaja +54 lähihoitajaa.

Sosiaali- ja terveystoimesta saadun tiedon mukaan lisäykset eivät ole olleet SPS-tavoitteita ja siksi näitä ei ole tällaisenaan toteutettu.

Kotihoidon henkilöstöresurssit ovat vuosina 2009 - 2011 kehittyneet seuraavasti:

	31.12.2009	31.12.2010	31.12.2011
hoitohenkilökunnan määrä	547	560	601

Taulukko 9. Kotihoidon hoitohenkilökunnan määrä 2009 - 2011.

Taulukosta 9 nähdään, että hoitohenkilökunnan määrä on vuosina 2009 - 2011 kasvanut 54 henkilöllä eli noin 10 %:lla.

⁹ RAVA-indeksi: Mittari koostuu 12 kysymyksestä, joilla mitataan päivittäisen avun tarvetta. Parhaiten se mittaa fyysistä kuntoa. RAVA sopii sekä avo-, että laitospäivähoitoon. Mittari on alkujaan kehitelty Turun terveydenhuollossa (Rajala & Vaissi). Resident Assessment Instrument (RAI) on: RAI on kansainvälinen (InterRAI: copyright ©) standardoitu ja Suomen oloihin testattu mittari. Vastuuorganisaatio Suomessa on Terveystoimen ja hyvinvoinnin laitos (THL). Mittari sisältää useita kysymyssarjoja.

Sosiaali- ja terveystoimessa on haastattelujen perusteella eri näkemyksiä ikääntymispoliittiseen strategiaan kirjatusta vuoden 2012 henkilökunnan lisäyksestä: onko syytä nyt lisätä edelleen kaupungin oman kotihoidon henkilöstöä vai esimerkiksi sen sijaan kilpailuttaa yksi kotihoidon lähipalvelualue yksityiselle palvelutuottajalle benchmarkingin¹⁰ takia. Henkilökunnan lisäys on mainittu ikääntymispoliittisessa strategiassa sekä huomioitu vanhuspalvelujen vuoden 2012 henkilöstösuunnitelmassa ja tulosalueen talousarviossa. Henkilöstösuunnitelmasta ko. lisäys on kevään 2012 aikana poistettu. Henkilöstön lisäystavoite ei ole ollut strategisessa palvelusopimuksessa tavoitteena.

Peruspalvelulautakunnalle on esitetty 25.4.2012 kokouksessa, että yhden noin 150-160 asiakkaan kotihoitoalueen palveluiden kilpailutus tehdään vuonna 2012. Tavoitteena on, että toiminta voi alkaa 1.12.2012. Asia palautettiin uudelleenvalmisteltavaksi ja käsitellään uudelleen peruspalvelulautakunnan kokouksessa 30.5.2012.

Kotihoidon suoritteiden määrää on Sosiaali- ja terveystoimen vuosikirjoissa seurattu ns. suunniteltuina tunteina. Suunniteltujen tuntien kokonaismäärä muodostuu asiakkaan hoito- ja palvelusuunnitelmassa määriteltyjen käyntien kestojen yhteissummana. Suunniteltujen tuntien määrä on 2008 - 2011 kasvanut 61 234 h eli noin 13 %.

vuosi	2008	2009	2010	2011
tunnit	465 247	475 629	527 768	526 481

Taulukko 10. Kotihoidon suunnitellut tunnit 2008 - 2011.

Toinen kotihoidon suoritteiden seurantayksikkö on käyntien määrä. Käynti voi olla 10-60 minuuttia ja käyntien yhteismäärä muodostaa suunnitellut tunnit. Suunnitellut tunnit ja käyntien määrät on esitetty taulukoissa 10 ja 11.

¹⁰ Benchmarking (esikuva-analyysi/ vertailuanalyysi) tarkoittaa oman toiminnan vertaamista toisten toimintaan, usein parhaaseen vastaavaan käytäntöön. Benchmarkingin perusidea on toisilta oppiminen ja oman toiminnan kyseenalaistaminen.

Kotihoidon suoritteet vuoden aikana		
	v. 2011	v. 2010
Kotihoidon käynnit yhteensä	1 033 773	988 252
Kotihoidon käynnit yli 65-v.	972 500	935 520
Kotihoidon käynnit yli 75-v.	871 433	837 799
(Alle 65-vuotiaat)	61 273	52 732
65–74-vuotiaat	101 067	97 721
75–84-vuotiaat	343 733	356 285
85 vuotta täyttäneet	527 700	481 514
Kotihoidon oman toiminnan käynnit	1 030 019	986 180
Yli 65-v. käynnit	968 969	933 640
Yli 75-v. käynnit	868 269	836 087
(Alle 65-vuotiaat)	61 050	52 540
65–74-vuotiaat	100 700	97 553
75–84-vuotiaat	342 485	355 973
85 vuotta täyttäneet	525 784	480 114
Kotihoidon ostopalvelukäynnit	3 754	2 072
Yli 65-v. käynnit	3 531	1 880
Yli 75-v. käynnit	3 164	1 712
(Alle 65-vuotiaat)	223	192
65–74-vuotiaat	367	168
75–84-vuotiaat	1 248	312
85 vuotta täyttäneet	1 916	1 400

Taulukko 11. Kotihoidon käynnit 2010 - 2011.

Kuuden suurimman kaupungin kotihoidon yksikkökustannukset on esitetty alla:

Euroa/ 65-v käynti

	Helsinki	Espoo	Vantaa	Turku	Tampere	Oulu	Kuusikko
2009	49,1	54,3	52,8	35,3	47	29,4	43,8
2010	47,6	54,4	49,2	33,4	45,2	31,2	42,7

Taulukko 12. Kuusikkokaupunkien kotihoidon yksikkökustannukset 2009 - 2010.

lähde: Kuuden suurimman kaupungin vanhusten sosiaali- ja terveystalvelujen ja kustannusten vertailu 2010, Aura Pasila, Kuusikko-työryhmän julkaisusarja 6/2011

Yksikkökustannukset Turussa ovat selvästi alle kuusikon keskiarvon, ryhmän toiseksi pienimmät. Haastattelujen perusteella ei suoraan löydy yhtenäistä vastausta sille, miksi Turun käyntien yksikkökustannukset ovat kuusikkoverailussa näinkin alhaiset. Vaikka kuusikkoraportointi perustuukin yhdessä sovittuihin tietosisältöjen määritelmiin, eri kaupunkien käyttämissä kustannusten laskentatavoissa voi olla eroja; esimerkiksi siinä, millä tavoin kustannuksiin on vörytetty yhteisten toimintojen yleiskustannuksia. Laskentayksikkönä käytetty "käynti" voi Turussa vaihdella jopa 10-60 minuutin välillä. Koska eri kaupunkien kustannusten laskentatavoissa voi olla eroja, voidaan todeta, että vertailujen informaatioon tulee suhtautua asiaankuuluvalla varauksella. Vertailutietojen vertailtavuudesta on saatu sosiaali- ja terveystoimesta ristiriitaista tietoa. Osa haastateltavista pitää tietoa luotettavana ja vertailukelpoisena, osa taas kyseenalaistaa vertailukelpoisuuden.

Suoritetilastotietojen mukaan kotihoidossa tehtiin vuonna 2010 keskimäärin 1,87 asiakaskäyntiä tunnissa (käynnit 988 252 / suunnitellut tunnint 527 768). Kotihoidolle voidaan näin laskea kustannus tuntia kohden (käyttäen kuusikkoraportin 2010 yksikköhintaa) vuonna 2010: 1,87 x 33,40 € = 62,50 €.

Palveluluokittain voidaan laskea palveluluokan kustannukset/ kuukausi seuraavasti:

	h / kk	€ / kk
1. palveluluokka	1 – 10 h	62 – 625
2. palveluluokka	11 – 25 h	687 – 1 562
3. palveluluokka	26 – 54 h	1 625 – 3 375
4. palveluluokka	55 – 80 h	3 437 – 5 000

Taulukko 13. Palveluluokittain lasketut kotihoidon kustannukset / kuukausi (käyttäen kuusikkoraportin 2010 yksikköhintaa)

Yllä on esitetty palvelun tuottamisen laskennalliset bruttokustannukset vuonna 2010 palveluluokkakoh- taisten esimerkkien avulla. Näistä kustannuksista osa laskutetaan asiakkaalta päätettyjen asiakas- maksujen mukaisesti.

Yllä esitetyn laskennan perusteella kotihoidon palveluluokkien 3. ja 4. osalta kustannukset ovat samaa suuruusluokkaa kuin tehostetun palveluasumisen kustannukset, 4. luokan osalta lähes laitoshoidon tasolla (ks. taulukko 13).

Myös haastatteluissa todettiin, että silloin kun kotihoidon käyntejä tehdään kolme tai enemmän per vuorokausi, on kustannustaso sama kuin laitoshoidossa.

Haastattelujen mukaan ei ole löydettävissä sellaisia seurantalukuja, joiden avulla olisi mahdol- lista arvioida vuosina 2009 - 2011 toteutuneen kotihoidon lisäresursoinnin vaikutuksia toimin- taan.

Kotihoidon asiakasmaksut

Kotihoidosta peritään maksua sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuasetuksen mukaisesti. Pe- ruspalvelulautakunta päätti 15.2.2012 kotiin annettavan palvelun maksumuutoksista. Maksut määräy- tyvät palveluluokan, henkilölukumäärän ja maksukyvyn perusteella kuukausimaksuna tuloajan ylittä- vistä kuukausituloista.

Ennen edellä mainittua päätöstä maksumuutoksista Turun kotihoidon maksuja on vertailtu ympäristö- kuntien vastaaviin maksuihin. Tässä vertailussa Turussa perittävät maksut ovat huomattavasti edulli- semmat. Maksuja korotettiin 1.3.2012 alkaen. Maksujen korotukset ovat olleet 3 - 5 prosenttiyksikköä tuloajan ylittävistä tuloista. **Huomattavaa kuitenkin on, että esimerkiksi kevyimmän palveluluo- kan maksuosuus suhteessa vanhaan maksuun kaksinkertaistui 5 %:sta 10 %:iin.** Asiaksmaksu- jen korotusten vaikutuksia on syytä seurata ja arvioida sekä asiakkaan talouden että sosiaali- ja terve- ystoimen tulojen näkökulmasta.

Asiaksmaksut pysyvät palveluluokkien sisällä samoina, vaikka tuntimäärien osalta voikin olla luokan sisällä vaihtelua. Tämä saattaa aiheuttaa epätasapuolisuutta asiakkaiden saaman palvelumäärän ja sen maksujen välillä. Toisaalta, koska maksut pohjautuvat asiakasmaksuasetuksen mukaisiin prosent- tiyksiköihin, on maksujen ja saatujen palveluiden suhde joka tapauksessa hankalaa tasapuolisesti määrittää. Haastatteluissa erityisesti painotettiin, että kotihoidon asiakkaat ovat kaikki yksilöitä ja pal- velun määrä määritty aina asiakkaan kulloisenkin palvelutarpeen mukaisesti.

Mobiilit kotihoitotyössä

Haastattelujen mukaan **yksi kotihoidon kärkihankkeista on kotihoidon mobiilin toiminnanohjausjärjestelmän hankinta**. Mobiilit ovat älypuhelimia, joissa on toiminnanohjausta tukeva ohjelmisto. Mobiilijärjestelmän tavoitteena on tehostaa asiakaslähtöistä kotihoitotyötä ja vapauttaa kotihoidon henkilöresursseja kuntouttavaan työhön sekä sosiaaliseen vuorovaikutukseen. Mobiilien käyttöön ottaminen on viivästynyt alkuperäisestä suunnitelmasta lähes kaksi vuotta johtuen hankinnan joutumisesta markkinaoikeuskäsittelyyn sekä puhelimien ja ohjelmiston käyttöönottoon liittyneistä ongelmista. Mobiilien käyttöönoton jälkeen voidaan seurata toteutuneita tunteja, kun tähän asti on käsitelty vain suunniteltuja tunteja. Koko kaupungin osalta on käyttöönottosuunnitelma laadittu niin, että kaikki kotihoidon lähipalvelualueet Turussa ottavat Pegasos Mukana -toiminnanohjausjärjestelmän mobiilisovelluksen käyttöön keväällä 2012.

Mobiilien käyttöön otton jälkeen hallintotehtävistä vapautuu työaika enemmän asiakkaille. Muiden hallinnollisten tehtävien hoitamisen osalta voidaan myös kysyä, miten ne parhaiten organisoidaan. Tekevätkö oikeat ihmiset oikeita asioita; miten suuri osa esimerkiksi sairaanhoitajista tekee hallinnollisia töitä?

Kotihoitoon on strategian mukaisesti kohdistettu lisää resursseja. Kotihoidon peittävyys on hyvällä tasolla tavoitteeseen nähden, mutta hoidon painopistettä ei ole vielä saatu siirrettyä enemmän apua tarvitseville eli palveluluokkiin 2. ja 3.

Kotihoidon vaikuttavuuden arviointi ei ole helppoa. Sosiaali- ja terveystoimesta saadun tiedon mukaan ei ole löydetty sellaisia seurantalukuja, joiden avulla olisi mahdollista arvioida vuosina 2009 - 2011 toteutuneen kotihoidon lisäresursoinnin vaikutuksia toimintaan.

Henkilöstömäärän kasvusta huolimatta suunniteltujen tuntien määrä on vähentynyt vuonna 2011. Samanaikaisesti kuitenkin kotihoidon oman toiminnan käyntien määrä on kasvanut. Tämä tarkoittanee, että käynnit ovat aiempaa lyhyempiä.

Lisätietoa kotihoidosta:

<http://www.turku.fi/Public/Default.aspx?nodeid=9567&culture=fi-FI&contentlan=1>

Omaishoidon tuki

Omaishoidon tuki on

- vaihtoehto kotihoidolle, jolloin avuntarve ja valvonta on päivittäistä (1. palkkioluokka) tai
- vaihtoehto laitoshoidolle, jolloin avuntarve ja valvonta on ympärivuorokautista (2. palkkioluokka).
- 3. palkkioluokassa hoidettavalla on lyhytaikainen, ympärivuorokautisen hoidon tai huolenpidon tarve (enintään kuusi kuukautta); esim. vaikeasta leikkauksesta toipuminen. Omaishoitaja on ottanut työstään vapaata ko. ajaksi.
- 4. palkkioluokassa hoidettava on runsaan henkilökohtaisen avun tarpeessa, mikä vaatii jatkuvaa yhtämittaista ja ympärivuorokautista hoitoa (kestoltaan noin kaksi kuukautta, esim. saattohoito).

Omaishoidon tuesta annetussa laissa (937/2005) on määritelty mm. tuen suuruutta ja sisältöä. Turun palkkioluokista 1. ja 3. ovat sisällöltään lain määrittelemiä palkkioluokkia.

Omaishoidon tukea myönnetään palkkiona tai palkkiona ja omaishoitoa tukevana palveluna. Omaishoitoa tukeva palvelu annetaan pääsääntöisesti palvelusetelillä. Palveluseteli on tarkoitettu hoidettavan päivittäisessä hoidossa avustamiseen, valvontaan ja huolenpitoon palvelusetelissä tarkemmin määritellyllä tavalla.

	€ / kk
1. Palkkioluokka	364,37
2. Palkkioluokka	690,61
3. Palkkioluokka	816,21
4. Palkkioluokka	1381,30

Taulukko 14. Omaishoidon tuen palkkioluokat (1.1.2012)

Palkkioiden minimitaso on määritelty laissa omaishoidon tuesta ja palkkioita tarkistetaan indeksin mukaisesti vuosittain.

Tilinpäätöksen 2011 mukaan tavoitteena on, että omaishoidon tukea saavien 75 vuotta täyttäneiden määrä kasvaa 4,5 %:iin vuonna 2012. Tavoitteen toteumasta on raportoitu:

	tavoite 2012	toteutuma / joulukuu 2011
Omaishoidon tuen saajat	4,5 %	2,7 %

Taulukko 15. 75 vuotta täyttäneet omaishoidon tuen saajat; tavoite- & toteutumavertailu

Tukiluokat	Tuen saajia
pelkästään palvelusetelinä	2
1. palkkioluokka	259
2. palkkioluokka	155
3. palkkioluokka	0
4. palkkioluokka	2
yhteensä	418

Taulukko 16. 75 vuotta täyttäneiden omaishoidon tuen saajien jakautuminen palkkioluokkiin 31.12.2011.

Taulukosta 16 nähdään, että yli 75 vuotiaista omaishoidon tuen saajista lähes kaikki ovat palkkioluokissa 1. - 2.

	Tilinpäätös 2011 €		
	TULOT	MENOT	NETTO
Omaishoidon tuki	-	5 070 807	5 070 807

Taulukko 17. Omaishoidon tuen tilinpäätösluvut 2011

Senioriohjelman toimenpiteenä oli ”**Lisätään omaishoidon tukea laatusuosituksen tasolle**”. Sosiaali- ja terveysministeriön Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksessa tavoite on, että vuoteen 2012 mennessä 75 vuotta täyttäneistä henkilöistä 5-6 prosenttia saa omaishoidon tukea. Turussa toteutuma vuoden 2011 lopussa oli 2,7 %.

Omaishoidon tuen kohdalla on suuri ero tuen saajien määrän toteuman ja tavoitteen välillä. Asiasta **raportoitiin peruspalvelulautakunnalle 14.12.2011** seuraavasti: ”Koska omaishoidon tuesta ei ole vuonna 2011 tehty lainkaan kielteisiä päätöksiä määrärahatilanteeseen perustuen, tulee tavoitetaso saavuttaminen olemaan erittäin haasteellista, joskin kehitys on ollut strategian suuntaista. Omaishoidon tuen hakijoita ei siis vuonna 2011 ole ollut tarpeeksi suhteessa tavoitteeseen, vaikka

asiakasmäärä on kasvanut viimeisen vuoden aikana 76 asiakkaalla, mikä merkitsee runsaan 10 %:n lisäystä asiakasmäärään. Lisäys on kuitenkin enimmäkseen kohdentunut alle 75 vuotiaisiin asiakkaisiin.”

Vuoden 2011 lopun tilanteen pohjalta **peruspalvelulautakunnalle raportoitiin 13.3.2012** näin: ”Omaishoidon tukea saavien + 75 -vuotiaiden osuus on vähentynyt edellisestä vuodesta eli strategianmukaista tavoitetta ei saavutettu. Omaishoidontuen saajien määrä ei ole kasvanut useasta eri syystä johtuen eli tukea ei osata kysyä, tuen mahdollisuudesta ei ole annettu riittävästi tietoa ja tuen antamiselle ei ole ollut tarvittavaa rahoitusta.”

Kun **kaupunginhallitukselle raportoitiin 16.4.2012** Asukkaiden hyvinvointiohjelman tavoitteiden toteutumisesta ja poikkeamista, omaishoidon tuesta todettiin seuraavasti:

Ohjelman tavoite	Toteutuma 2011	Analyysi mahdollisesta poikkeamasta tavoitteen toteutumisessa
Sosiaali- ja terveystoimi:		
Omaishoidon tukea saavien 75 vuotta täyttäneiden määrä kasvaa 4,5 %:iin	Tavoitteena on tukea saavien määrän kasvu, mutta määrä on pienentynyt (3,4>2,7 %)	Omaishoidontuen saajien määrä ei ole kasvanut useasta eri syystä johtuen. Tukea ei osata kysyä, tuen mahdollisuudesta ei ole annettu riittävästi tietoa tai tukea ei haluta, koska sen pelätään vaikuttavan muihin etuisuuksiin. Osasyynä on myös tuen suhteellisen pieni rahoitusosuus.

Taulukko 18. Asukkaiden hyvinvointiohjelman raportointi 2011 / omaishoidon tuki.

Strategisen palvelusopimuksen 2012 esittelytekstissä peruspalvelulautakunnalle todettiin mm.:

”Vuoden 2011 lokakuun lopun tietojen perusteella strategian toiminnalliset toteutumukset ovat lähentyneet vuoden 2012 tavoitteita edelleen, paitsi omaishoidon tuen saajien osuus on laskenut. Tämän takia omaishoidon strategista tavoitetta, jossa omaishoidon tukea saavien osuus olisi vuonna 2012 4,5 % +75 vuotiaista laskettiin 3,5 %:iin. Myös tämä tukee myös taloudellisten resurssien parempaa toteutumista.”

Tarkastuslautakunta kysyy, onko omaishoidon tukea koskevan tavoitteen pienentäminen perusteltavissa sillä, että tavoitetta ei ole edellisenä vuotena saavutettu.

Edellä mainittujen raportointien perusteella jää epäselväksi, mikä lopulta on johtanut siihen, että omaishoidon tuen saajien määrä ei ole kehittynyt tavoitteen mukaisesti. Haastatteluiden perusteella voidaan todeta, että omaishoidon tukeen ja sen merkitykseen sosiaali- ja terveystoimen kokonaisuuteen voidaan suhtautua ristiriitaisesti. Toisaalta tuki palvelee asiakkaiden hyvinvointia ja vähentää muiden kunnallisten palveluiden käyttöä, toisaalta taas on nostettu esiin omaishoitajien osaaminen ja erityisesti jaksaminen.

Lisätietoa omaishoidon tuesta:

<http://www.turku.fi/Public/default.aspx?nodeid=9572&culture=fi-FI&contentlan=1>

4.3.2 Ympäri vuorokautinen hoito

Ikäihmisten hoidon ja palvelujen tavoitteena on, että mahdollisimman moni turkulainen ikääntynyt voi elää itsenäisesti omassa kodissaan ja tutussa asuin- ja sosiaalisessa ympäristössään. Kun tämä ei enää onnistu, ei omaishoitajan eikä erilaisten kotihoidon palvelujen turvin, ikääntynyt voidaan ohjata asumispalveluihin tai muihin ympärivuorokautisen hoidon palveluihin.

Ympäri vuorokautisen hoidon paikkoja oli Turussa tammikuussa 2012 yhteensä 2019, joista lyhytaikais- ja intervallihoidon paikkoja 56, tehostetun palveluasumisen paikkoja 771, dementiaan erikoistuneita paikkoja noin 200 sekä lähes 50 paikkaa ruotsinkielisille vanhuksille.

Suurin osa palveluista sijoittuu hallinnollisesti Vanhuspalvelujen ympärivuorokautisen hoidon vastuualueelle, mutta ympärivuorokautista hoitoa turkulaisille vanhuksille on tarjolla myös geriatrisen sairaalahoidon vastuualueelle kuuluvassa Kaskenlinnan sairaalassa, yksityisissä palvelutaloissa ja hoitolaitoksissa sekä kotihoidon vastuualueella.

Ympäri vuorokautisen hoidon käsitteitä:

Tehostettu palveluasuminen:

Tehostettua palveluasumista järjestetään paljon apua, hoivaa ja valvontaa tarvitseville. Tehostetun palveluasumisen yksiköissä asukkailla on oma huone tai asunto ja lisäksi yhteisiä tiloja. Henkilökuntaa on paikalla ympäri vuorokauden.

Laitoshoito:

Laitoshoito on pitkäaikaista, ympärivuorokautista asumista ja hoitoa hoivakodissa. Laitoshoidossa vanhus saa kodinomaista ja toimintakykyä tukevaa hoitoa. Esimerkiksi vanhainkoti, pitkäaikaissairaanhoito ja dementiahoito ovat laitoshoitoa.

Vanhainkoti:

Vanhainkoti on palvelulaitos, joka tarjoaa hoitopalveluita sellaisille vanhuksille, jotka eivät selviydy kotona tai palvelutalossa. Vanhainkodin toiminta on laitoshoitoa, vaikka toiminnan tavoitteena onkin luoda mahdollisimman "kodinomaiset" olosuhteet.

Pitkäaikaissairaanhoito:

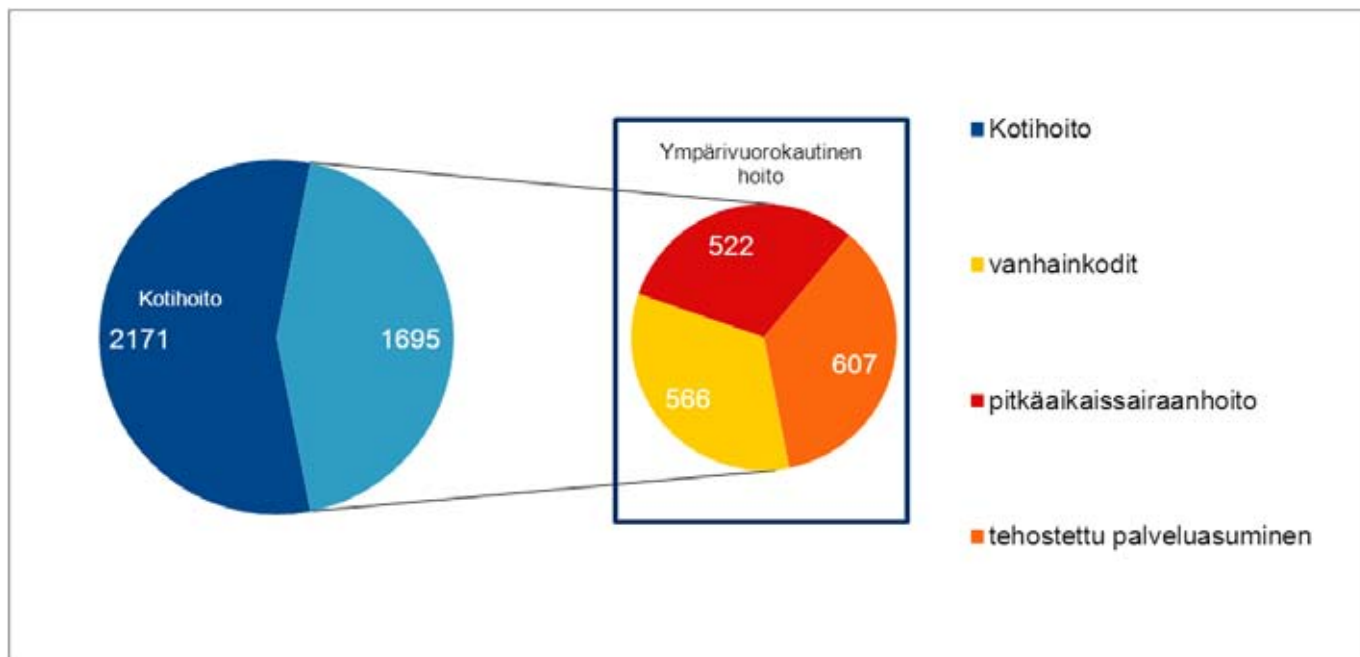
Pitkäaikaissairaanhoito on vuodeosastotoimintaa, jossa hoidetaan monisairaita potilaita. Hoidon suunnittelun lähtökohdaksi ovat potilaan yksilölliset tarpeet, tavat ja tottumukset. Hoito sisältää perus- ja sairaanhoidon.

Dementiahoito:

Dementiaa eli muistin menetystä aiheuttavia sairauksia sairastaville ihmisille erikoistunutta pitkäaikaista, ympärivuorokautista asumista ja hoitoa hoivakodissa.

Ympäri vuorokautinen hoito on 1.1.2010 alkaen organisoitu viiteen vanhuskeskukseen; katso tarkemmin liite 5.

Ympäri vuorokautisen hoidon osalta on edetty kohti suurempaa avopalvelupainotteisuutta. Laitoshoitoa on vähennetty peruspalvelulautakunnan päätöksen mukaisesti. Vähennys kohdistuu suurimmalta osalta oman tuotannon vanhainkotipaikkoihin, joita koko strategiakauden aikana on vähennetty noin 250 paikkaa.



Kuva 8. Ympäri vuorokautisen hoidon asiakkaiden jakautuminen eri palvelumuotoihin joulukuussa 2011

Alla on esitetty yli 75-vuotiaiden ympäri vuorokautisen hoidon asiakkaiden jakautuminen eri hoitomuu-
toihin joulukuussa 2011. Taulukossa on eritelty omana tuotantona sekä ostopalveluna hankitut hoito-
paikat.

Poikkileikkaustiedot ¹¹ joulukuu 2011		+ 75- vuotiaat
Ympäri vuorokautinen hoito yhteensä		1 695
Hoivahoito yhteensä		1 088
vanhainkodit/ omat	asukkaat	525
vanhainkodit/ ostopalvelu	asukkaat	41
pitkäaikaissairaanhoito		522
pitkäaikaissairaanhoito/ omat (sis. kaskenlinnan pa-sairaanhoidon)	potilaat	381
pitkäaikaissair.h./ ostopalvelu	potilaat	141
Tehostettu palv.asuminen yhteensä		607
Tehostettu/ oma	asukkaat	188
Tehostettu/ ostopalvelu	asukkaat	419

Taulukko 19. Yli 75-vuotiaiden ympäri vuorokautisen hoidon asiakkaiden jakautuminen eri hoitomuu-
toihin joulukuussa 2011

Vuonna 2011 tehostetun palveluasumisen ostopalvelujen ja dementiahoidon lisäys on toteutettu siinä
laajuudessa kuin talousarvio ja yksityisen sektorin palvelukapasiteetti on sen mahdollistanut. Vuoden
2010 lokakuun tilanteeseen verrattuna tehostettua asumispalvelua on lisätty 102 asumispalvelupaik-
kaa. Lisäys on kohdistettu ostopalveluihin oman toiminnan tason pysyessä ennallaan.

¹¹ Poikkileikkaus tarkoittaa yhden päivän, esimerkiksi 31.12.2011 tilannetta

Tilinpäätöksen 2011 tietojen mukaan ympärivuorokautisen hoidon kokonaistavoite on lähes saavutettu. Alla on esitetty tavoitteiden toteumat joulukuussa 2011.

tavoite	toteutuma / joulukuu 2011
Ympärivuorokautisen hoivan (pitkäaikaissairaanhoidon ja vanhainkoti) piirissä olevien 75-v. täyttäneiden osuus vähenee 6,5 %:iin v. 2012	6,8 %
Tehostetun palveluasumisen piirissä olevien 75-v. täyttäneiden osuus kasvaa 3,8 %:iin v. 2012	3,8 %

Taulukko 20. Ympärivuorokautisen hoivan ja tehostetun palveluasumisen tavoitteiden toteutumien joulukuussa 2011

Asukkaiden hyvinvointiohjelmasta on vuoden 2011 osalta raportoitu kaupunginhallitukselle 16.4.2012. Ympärivuorokautisen hoidon kohdalla olevasta poikkeamasta todettiin seuraavasti:

Ohjelman tavoite	Toteutuma 2011	Analyysi mahdollisesta poikkeamasta tavoitteen toteutumisessa
Sosiaali- ja terveystoimi:		
Ympärivuorokautiseen hoitoon jonottavien vanhus-ten määrä	Jono pidentynyt: vuoden vaihteessa 2011- 12 jono ympärivuorokautisen hoidon laitoksiin oli 111 asiakasta	Jatkokuntoutusmahdollisuudet sairaalasta kotiin tai kodinomaisiin olosuhteisiin odottavilla ovat olleet riittämättömät, jotta kotiutuminen olisi riittävän turvallista.

Taulukko 21. Asukkaiden hyvinvointiohjelman raportointi 2011 / ympärivuorokautisen hoidon jono

Ympärivuorokautisen hoidon jonotilannetta käsitellään kappaleessa 4.4.

Alla on esitetty yksikkökustannusten vertailut kuusikkokaupungeissa 2009 - 2010 kunnallisten vanhainkotien ja ostopalveluna hankitun tehostetun palveluasumisen osalta.

Vanhainkodit (kunnallinen)

Euroa / hoitovuorokausi (brutto)

	Helsinki	Espoo	Vantaa	Turku	Tampere	Oulu	Kuusikko
2009	184,9	211,9	165	149,9	168,4	146,2	169,8
2010	193,4	205,7	170,9	158,7	158,4	148	175,2

Taulukko 22. Kuusikkokaupunkien kunnallisten vanhainkotien yksikkökustannukset 2009 – 2010

Tehostettu palveluasuminen (kunnallinen)

Euroa / asumisvuorokausi (brutto)

	Helsinki	Espoo	Vantaa	Turku	Tampere	Oulu	Kuusikko
2010	117	-	111	114	-	124	117

Tehostettu palveluasuminen (ostopalvelu)

Euroa / asumisvuorokausi (brutto)

	Helsinki	Espoo	Vantaa	Turku	Tampere	Oulu	Kuusikko
2010	106	127	127	107	108	98	113

Taulukko 23. Kuusikkokaupunkien kunnallisen ja ostopalveluna hankitun tehostetun palveluasumisen yksikkökustannukset 2010.

lähde: Kuuden suurimman kaupungin vanhusten sosiaali- ja terveystalvelujen ja kustannusten vertailu 2010, Aura Pasila, Kuusikko-työryhmän julkaisusarja 6/2011

Yksikkökustannukset Turussa näyttävät olevan alle kuusikon keskiarvon. **Eri kaupunkien tavoissa laskea vuorokausihintoja saattaa olla huomattaviakin eroja, joten lukujen vertailtavuuteen tulee suhtautua asianmukaisella varauksella.**

Laadunvalvonta

Ympäri vuorokautisen hoidon palvelut ovat usein luonteeltaan sellaisia, että asiakkaalla ei ole olemassa todellista valinnan mahdollisuutta palvelujen tuottajien suhteen. **Eli vallitsee tilanne, jossa asiakas ei voi 'äänestää jaloillaan'**. Sen vuoksi on erittäin tärkeää, että palvelut täyttävät laatu kriteerit ja että laadunvalvonta on riittävää ja tehokasta. **Haastattelujen mukaan laadunvalvonta on ollut ali-resursoitua.**

Tarkastuslautakunta toteaa, että on pikaisesti ryhdyttävä toimenpiteisiin riittävien ympärivuorokautisen hoidon laadunvalvontaresurssien varmistamiseksi. Laadunvalvontaa on tietenkin tehtävä niin kaupungin oman tuotannon kuin ostopalvelutuotannon osalta yhtäläisesti ja samoin kriteerein. Laadunvalvonnasta aiheutuvat kustannukset tulee laskea mukaan palvelutuotannon kokonaiskustannuksiin.

Peruspalvelulautakunta on vuoden 2012 Operatiivisen palvelusopimuksen yhteydessä linjannut myös ikäihmisten hoitoprosessin kehittämistä yhtenä painopisteenä:

- Ostopalvelujen laadun seurantaan kumppanuuskoordinaattori (nykyisiä resursseja uudelleen kohdentamalla).

Sosiaali- ja terveystoimen yksi keskeinen strateginen tavoite on muuttaa ikäihmisten hoidon palvelurakennetta avopalvelupainotteisemmaksi. Peruspalvelulautakunnan joulukuussa 2009 tekemä päätös Luolavuoren vanhainkodin alasajosta vuoden 2010 loppuun mennessä on ollut yksi tapa toteuttaa tavoitetta. Vuoden 2010 joulukuussa lautakunta päätti jatkaa alasajon aikataulua kolmella kuukaudella maaliskuun loppuun 2011. Haastattelujen mukaan Luolavuoren vanhainkodin **alasajon kireä aikataulu aiheutti ongelmia**. Aikataulua kiristi se, että Luolavuoren tiloja haluttiin käyttää väistötiloina Runosmäen ja Liinahaan vanhainkotien peruskorjauksen aikana. Kaikille asukkaille pyrittiin löytämään mahdollisimman sopiva uusi sijoituspaikka. Haastattelujen mukaan sijoituksiin tyytymättömien asiakkaiden määrä oli lopulta hyvin pieni. Eduskunnan apulaisoikeusasiamies on huhtikuussa 2012 moittinut Turun kaupunkia Luolavuoren vanhainkodin lakkauttamiseen liittyvässä asiassa. Eduskunnan apulaisoikeusasiamiehen mukaan puutteellinen tiedottaminen loukkaa vanhuksen ihmisarvoa, mikäli hän tai omainen ei voi vaikuttaa päätöksentekoon. Apulaisoikeusasiamiehen mukaan oli lainvastaista, että kaikki vanhuksset eivät saaneet kirjallisia, muutoksenhakukelpoisia päätöksiä uudesta sijoituspaikasta ja uusista asiakasmaksuista.

Myös tehostetun palveluasumisen osuuden lisääminen toteuttaa samaa strategista tavoitetta kohti avopalvelupainotteisuutta. Ympäri vuorokautisen hoidon jonotilannetta ja keskeisiä hoitoketjuja tarkastellaan tarkemmin kappaleessa 4.5 Hoitoketjut.

Lisätietoa ympärivuorokautisesta hoidosta:

<http://www.turku.fi/public/default.aspx?nodeid=14668&culture=fi-FI&contentlan=1>

4.3.3 Geriatriinen sairaalahoido

Geriatría eli kliininen gerontologia (kreik. gēras, joka tarkoittaa vanhuutta tai pitkää ikää) on iäkkäiden ihmisten hoitoon erikoistunutta lääketiedettä.

Geriatrisen sairaalahoidon toiminta-ajatuksena on vanhuksen terveydentilan ylläpitäminen tai palauttaminen oikea-aikaisella sairaanhoidolla niin, että hän pystyy vielä palaamaan kotiinsa itsenäisesti tai kotihoidon apujen turvin. Pitkääikaissairaanhoidon osastoilla tavoitteena ovat sosiaali- ja terveystoimen mukaan potilaslähtöisyys, potilaan toimintakykyä tukeva työote ja aktiivinen omaisyhteistyö. Hoitotyö toteutetaan yksilövastuisen hoitotyön mallin mukaan tiimityöskentelynä.

Geriatrisella sairaalahoidolla oli helmikuussa 2012 noin 320 erilaista hoitosijaa.

Geriatrista sairaalahoidoa annetaan sekä Kaupunginsairaалassa että Kaskenlinnan sairaалassa, jotka molemmat ovat kaupungin omia tuottajia:

Kaupunginsairaalan vuodeosastot:

- [Geriatrisen arviointiyksikkö](#) (tilanteen arviointi ja jatkohoidon järjestely)
- [Akuuttivuodeosastot 1 ja 2](#)
- [Ortopedinen kuntoutusosasto](#) (murtuma-/keinoonivelleikkauksen jälkeinen kuntoutus).

Kaskenlinnan sairaalan osastot:

- [Eristysosasto](#) (eristystä vaativan pitkäaikaissairaан potilaan hoito)
- [Geriatrisen jatkokuntoutusosasto](#) (murtuma-/keinoonivelleikkauksen jälkeinen kuntoutus)
- [Kaskenlinnan osasto 3C](#) (pitkäaikaissairaан potilaan hoito)
- [Kaskenlinnan osasto 3D](#) (pitkäaikaissairaан potilaan hoito)
- [Kaskenlinnan osasto 4C](#) (pitkäaikaissairaан potilaan hoito)
- [Kaskenlinnan osasto 4D](#) (pitkäaikaissairaан potilaan hoito)
- [Neurologinen jatkokuntoutusosasto](#) (aivoihin liittyvät vammat/sairaudet).

Geriatrisen sairaalahoidon osastojen kuormitusprosentit ovat vaihdelleet osastoilla 98 - 111 % tasolla vuonna 2010. **Suurimmat kuormitusprosentit ovat olleet geriatrisessa arviointiyksikössä ja akuuttivuodeosastoilla.** Yli- ja yliylipaikat¹² ovat olleet koko ajan käytössä helpottamaan perusterveydenhuollon päivystyksen tilannetta. Hoitopaikkoja, jonotilannetta ja geriatrisen hoidon osuutta hoitoketjussa käsitellään tarkemmin kappaleessa 4.4.

Viime aikoina on myös noussut esille kysymys geriatrisen sairaalahoidon hallinnollisesta sijoittumisesta sosiaali- ja terveystoimen organisaatioissa. Haastattelujen mukaan geriatrisen sairaalahoidon liittämistä muun sairaalan (kaupunginsairaalan) kanssa samaan tulosalueeseen voisi olla monia etuja:

- parantaisi rekrytointimahdollisuuksia
- lisäisi toiminnan joustavuutta, kun kaupunginsairaalan ”hallinnollisten lokeroiden” väliset rajat poistuisivat
- olisi paremmin mahdollista sijoittaa oikeaa työvoimaa oikeaan paikkaan.

Haastatteluissa esitettiin myös toinen näkökulma, jonka mukaan nykyinen järjestely vanhustaluiden yhteydessä on syytä säilyttää. Erään arvion mukaan sosiaali- ja terveystoimen yhdistymisestä on kulunut vielä niin vähän aikaa, että ei ole vielä ajankohtaista arvioida yhdistymisessä tehtyjen uusien tulosalueiden toimivuutta.

Lisätietoa geriatrisesta sairaalahoidosta:

<http://www.turku.fi/public/default.aspx?nodeid=14677&culture=fi-FI&contentlan=1>

¹² Ylipaikka on yksi ylimääräinen sairaansija yksikön perussairaansijojen päälle. Yliylipaikka on ylipaikka edellisen määritelmän päälle eli yliylipaikkaan tarvitaan myös lisähenkilökuntaa. Ylipaikan hoito onnistuu ilman lisähenkilöstöä.

4.4 Hoitoketju

Hoitoketjulla tarkoitetaan suunnitelmallista ja yksilöllisesti toteutettavaa potilaan moniammatillisen hoidon mallinnusta, jonka tavoitteena on ohjata potilaan tietyn tilan, sairauden tai oireen tai ongelma-kokonaisuuden hoitoa. Hoitoketjutyö määrittää potilaan hoitoon osallistuvien avainhenkilöiden tehtävät; sen, missä ja kuka tekee hoitosuositusten määrittämät asiat. Hoitoketju voi määrittää 1) työnjakoa perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon, sosiaalityön ja muiden tarvittavien palveluyksiköiden välillä tietyllä alueella tai 2) työnjakoa paikallisten olojen tai vaatimusten tuntemisen perusteella (Nuutinen 2000).

Haastattelujen mukaan ikääntyneiden hoivan ja huolenpidon järjestämisen onnistumisen edellytys on, että ns. hoitoketju toimii hyvin. Tämä tarkoittaa sitä, että ikääntyneelle löytyy hänen kuntoisuuttaan/ hoitoisuuttaan vastaava oikea paikka: joko oma koti, avohoito (esim. tehostettu palveluasuminen) tai laitoshoido (esim. vanhainkoti). Olemassa olevia ja tarvittavia vaihtoehtoja on lukuisia.

Usein on tullut eteen tilanteita, joissa ikääntynyt on päässyt pois sairaalasta (esim. TYKS:stä), mutta sopivaa paikkaa (esim. tehostettu palveluasuminen) ei ole ollut heti osoitettavissa. Tällaiset tilanteet ovat epätoivottavia sekä ikääntyneen itsensä että kaupungin kannalta: ikääntyneen olosuhteet eivät ole tarkoituksenmukaiset ja kaupungille aiheutuu ylimääräisiä kustannuksia, mahdollisesti jopa siirto-viivemaksuja.

SAS: Selvitä - Arvioi - Sijoita

Vanhuksen tarpeenmukaisen hoitopaikan arviointi ja järjestäminen hoidetaan Turussa ns. SAS-prosessilla. SAS-ydinryhmään kuuluvat johtava sosiaalityöntekijä, SAS-lääkäri, SAS-hoitaja sekä kanslisti. Liitteessä 5 esitetään vanhuksen hoitopaikan järjestämistä kuvaava SAS-prosessi yksityis-kohtaisemmin.

Kun ikääntyneen asumis- tai hoitomuoto on kuntoisuuteen ja tarpeisiin nähden epätarkoituksenmukainen, alkaa hoitopaikan järjestämiseen kuuluva arviointi kotihoidon lähipalvelualueen palveluesimiehen vastuulla. **Arviointiin osallistuvat kotihoidon lääkäri, sairaanhoitaja ja sosiaalityöntekijä ja tarvittaessa Kaupunginsairaalan lääkäri, sairaanhoitaja ja sosiaalityöntekijä.** Tähän arviointiin perustuvan lähetteen pohjalta SAS-ydinryhmä tekee päätöksen vanhuksen laittamisesta jonoon. Ympäri-vuorokautisen hoidon jono jakaantuu erilaisten tarpeiden perusteella neljään osaan:

1. vanhainkoti
2. pitkäaikaissairaanhoito
3. dementiahoito
4. tehostettu palveluasuminen.

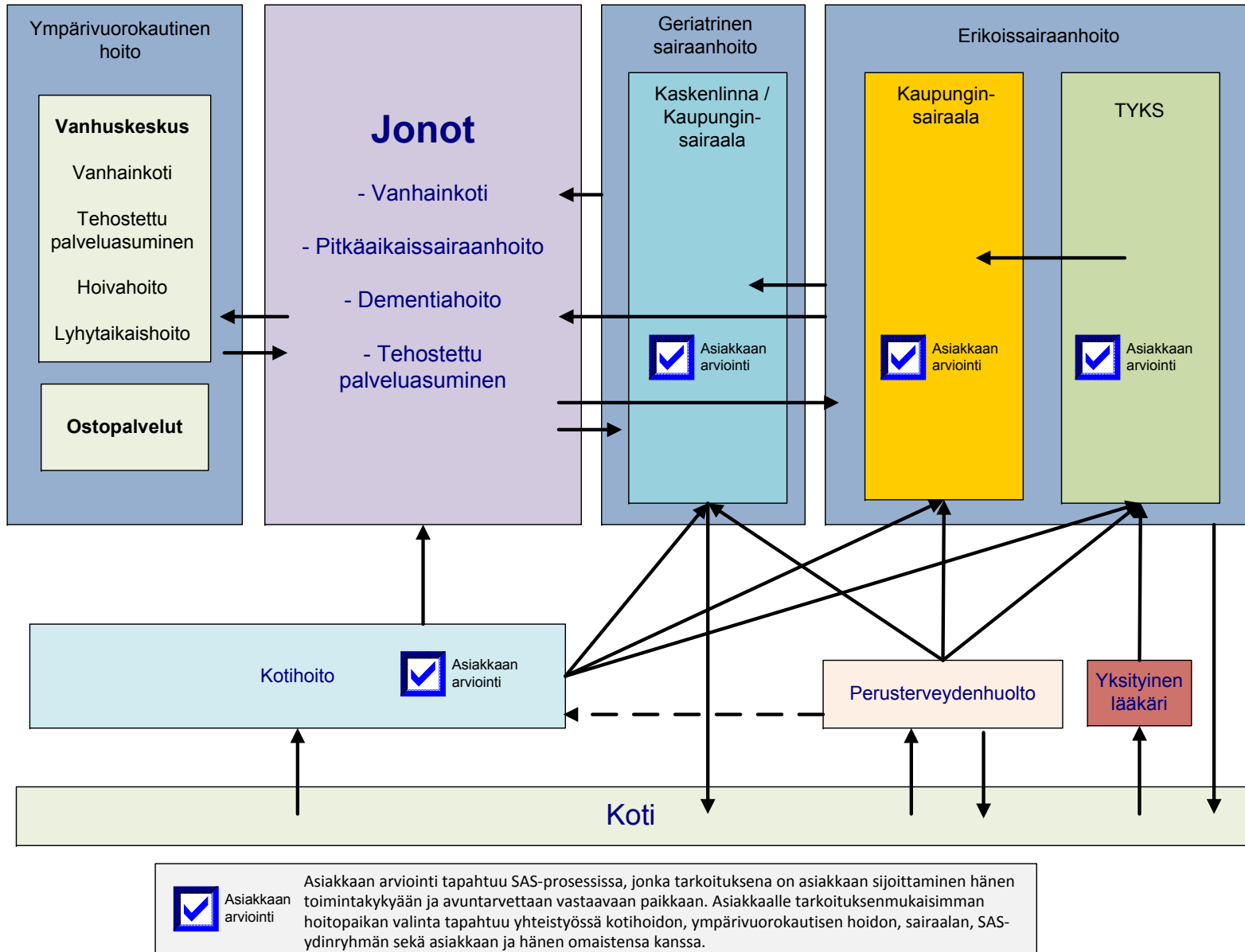
Kuvassa 7 esitetään ikäihmisten keskeisimmät hoiva- ja hoitoketjut ja tähän liittyvä SAS-prosessi.

Hoito-/ asumis-/ hoivapaikan järjestämiseen kuuluva arviointi perustuu joko

- terveydenhuoltolakiin/ terveydellisiin perusteisiin tai
- sosiaalihuoltolakiin/ sosiaalisiin (esim. asumista koskeviin) perusteisiin.

Terveydenhuoltolakiin perustuvista päätöksistä vastaa lääkäri ja sosiaalihuoltolakiin perustuvista päätöksistä sosiaalityöntekijä.

Hoitoketjun toimivuus tulee varmistaa, jotta ikääntyneiden hoivan ja huolenpidon järjestämisel- lä on onnistumisen edellytykset.



Kuva 9. Ikäihmisten keskeisimmät hoiva- ja hoitoketjut

SAS-arviointi on vaativa, monien tahojen joustavaa yhteistyötä edellyttävä prosessi. Haastattelujen perusteella SAS-arviointi toimii yleensä hyvin ja arvioitsijoiden asiantuntemus on pitkälle kehittyneitä. Prosessi vaatii kuitenkin kaikkien osapuolten jatkuvaa valppautta, sillä yhdenkin yhteistyötahon viive voi aiheuttaa ongelmia koko hoitoketjun toimivuudelle.

Haastattelujen mukaan yksi pullonkaulatekijä geriatrisen sairaalahoidon toimivuudelle on, että geriatrisesta sairaalahoidosta kotiutuvaksi hoidettu potilas voi aika ajoin joutua odottamaan pitkiäkin aikoja - jopa kolme viikkoa - SAS-arviointia¹³ jatkopaikasta ja tarvittavasta hoidosta. Toisaalta haastatteluissa on myös nostettu esiin eri tahojen eri näkemyksiä siitä, milloin asiakas on todellisuudessa siinä kunnossa, että arviointi voidaan luotettavasti tehdä. Eli koetaan että arviointia pyydetään joissain tilanteissa liian nopeasti, jolloin tehtävän arvioinnin lopputulos ei olisi riittävän luotettava ja asiakas saattaisi päätyä epätarkoituksenmukaiseen (liian raskaaseen tai kevyeen) jonoon / hoitopaikkaan. Esimerkiksi jos liian nopean arvioinnin tuloksena asiakas sijoitetaan dementiajonoon alkuvaiheen akuuttien muistihäiriöiden ja sekavuuden vuoksi, vie hän hoitopaikan sitä todella tarvitsevalta asiakkaalta, jos muistihäiriöt alkuvaiheen jälkeen ovatkin tasoittuneet. Haastattelujen mukaan suurin osa vanhuksista kärsii jonkinlaisista muistihäiriöistä, mutta dementiahoidon jonoon päätyvät vain vakavasti dementoituneet.

On tärkeää löytää yksimielisyys eri arviointitahojen välillä siitä, milloin asiakas on arvioitavissa. Lisäksi asiakkaan ja omaisten kannalta on tärkeää, että arviointi on heti ensimmäisessä vaiheessa mahdollisimman oikea ja lopputulos vastaa asiakkaan todellista tarvetta. Haastatteluissa on korostettu, että jokainen asiakas ja arviointi on yksilöllinen ja myös arvioinnin ajankohdissa esiintyy vaihteluja. Joissain tapauksissa arvioinneissa on ollut viivettä, jonka on haastatteluissa arveltu johtuvan mm. arvioinnin resurssien niukkuudesta. SAS-prosessia ollaan parhaillaan kehittämässä.

Haastatteluissa esitettiin myös näkemys, että voisi olla hyvä, jos ympärivuorokautiseen pitkäaikaishoittoon siirryttäisiin pääsääntöisesti vain kotihoidosta tai geriatrisen sairaalahoidon osastoilta (V1, V2 ja kuntoutusosastot). Tällöin sairaalan sisätautiosastot siirtäisivät potilaansa ensisijassa kotihoitoon tai jos se ei ole mahdollista, jatkohoitoon edellä mainituille osastoille. **Tämän näkemyksen mukaan akuuteilla sairaalapaikoilla ei ole aikaa eikä tietoa arvioida oikeaa hoitopaikkaa tai kotihoiton mahdollisuuksia, joten arviointi tulisi siirtää niihin yksiköihin, joilla on mahdollisuus kuntouttaa vanhusta ja tehdä ansiokasta kotiutustyötä suunnitelmallisesti.**

Vuorovaikutusta SAS-arvioinnin eri tahojen välillä tulee parantaa ja selkeyttää, jotta voidaan saavuttaa yksimielisyys oikeasta arviointiajankohdasta.

Sosiaali- ja terveystoimessa on nähty SAS-toiminnan yhteistyön lisäämisen tarve ja aiheesta on peruspalvelulautakunnalle raportoitu 13.3.2012 näin:

”SAS-toiminnan kehittäminen on edelleen tapahtunut yhden tulosalueen sisällä eikä se tue tällaisenaan koko ydinprosessin toimintaa.”

Muallakin kaupungin toiminnoissa törmätään turhan usein siihen, että ns. ”siilorajat” muodostavat esteen toiminnan parantamiselle. Näissä tapauksissa yksiköiden välisten rajojen ylittämiseksi on tehtävä kaikki mahdollinen.

Peruspalvelulautakunta on vuoden 2012 Operatiivisen palvelusopimuksen yhteydessä linjannut myös ikäihmisten hoitoprosessin kehittämistä yhtenä painopisteenä:

- Kotihoito - sairaalahoito - toipilashoito - kotihoito - ympärivuorokautinen hoito - hoitoketjun kehittäminen ja SAS-toiminnan siirtäminen tilaajalähtöiseksi.

¹³ SAS-arviointi tarkoittaa asiakkaan hoitotason tarpeen arviointia (selvitä - arvioi - sijoita)

Haastattelujen mukaan ympärivuorokautisen hoidon jonon pituus on vaihdellut viime aikoina 130- 150 ihmisessä; parhaimmillaan se on viime aikoina ollut noin 100 ihmistä. Jonotusajat vaihtelevat riippuen tarvittavan hoitopaikan tyypistä ja pahimmillaan voi joutua jonottamaan noin puoli vuotta.

Pyrkimystä täysin jonottamaan tilanteeseen ei voida pitää realistisena. Hoitopaikkojen järjestämisen kannalta on tarve lyhyelle ns. järjestelyjonolle. Haastattelujen mukaan järjestelyjono voisi olla noin 20-30 ihmistä eli kuitenkin huomattavasti nykyistä jonoa vähemmän.

Haastatellut toteavat, että esimerkiksi vanhainkotiin mennään nykyisin tyypillisesti erittäin heikkokuntoisena. Vanhainkodissa asumisajan pituus jää usein vain puolesta vuodesta vuoteen.

Erityinen ongelma muodostuu, jos ikääntynyt joutuu odottamaan ympärivuorokautista hoitopaikkaa TYKS:ssä tai muussa Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin (VSSHP) sairaalassa. Sairaanhoitopiiri on päättänyt periä ns. **siirtoviivemaksua**. Tämä tarkoittaa, että **kolmantena päivänä siitä, kun sairaanhoitopiiri on päättänyt potilaan kotiuttamisesta (klinikfärdig), potilaan vuorokausimaksu kaksinkertaistuu**. On myös mahdollista, että sairaala voi joissakin tapauksissa tehdä kotiuttamispäätöksen ennen aikaisesti, vaikka potilas ei olisi vielä tosiasiaa valmis kotiutettavaksi.

Tammikuun 2012 osalta VSSHP on laskuttanut Turulta ”sakkoa” siirtoviivemaksuna 220 831 € ja kaikkien ylimääräisten hoitopäivien kulut olivat yhteensä 518 281 €. Huomattakoon, että nämä maksut eivät kohdistu pelkästään vanhuksiin, vaan kaiken ikäisiin VSSHP:n potilaisiin. (<http://www.vsshp.fi/fi/kuntaraportit/57830/>)

Tilanne TYKS:n turkulaisten potilaiden kotiuttamispäätösten koordinoinnin ja siirtoviiveiden osalta on parantunut selkeästi sen jälkeen, kun Turku on sijoittanut kaksi omaa sairaanhoitajaa TYKS:iin näitä asioita hoitamaan. Ongelma vaatii silti vielä jatkuvaa huomiota ja työtä.

Potilastiedot

Potilastietojen käytettävyyden osalta on olemassa haasteita. Sosiaali- ja terveydenhuollon sisällä ja erikoissairaanhoidossa (TYKS) on käytössä useita eri tietojärjestelmiä, joihin asiakastietoa kerätään. Tietojärjestelmien välillä tieto ei välttämättä kulje riittävästi, jolloin saatetaan päätyä tilanteeseen, jossa toimitaan vanhentuneilla tiedoilla. Tämä haaste voi konkretisoitua esimerkiksi siirryttäessä kotisairaanhoidosta TYKSiin tai TYKSistä kaupunginsairaalaan. Asian ratkaiseminen on haasteellista, mutta se ei ole pelkästään Turun kaupungin vastuulla, vaan se edellyttää yhteistyötä eri toimijoiden välillä sekä alueellisesti että kansallisesti.

4.5 Asiakasnäkökulma

Kaupunginvaltuusto päätti vuoden 2011 talousarviossa, että käynnistetään **kokonaisvaltainen asiakaspalvelun kehittämishanke (ASPA)**. Kaupunginhallitus käynnisti hankkeen 6.6.2011. Hankkeen tavoitteena on asiakastyytyväisyyden lisääminen, asiakaspalvelun laadun parantaminen, asiakaspalveluosaamisen kehittäminen, tuottavuuden parantaminen ja asiakasohjauksen kehittäminen. **Hankkeen aikana pyritään hyödyntämään laajemmin hallintokunnissa kehitettyjä hyviä käytäntöjä sekä parantamaan asiakaspalvelun kehittämis-yhteistyötä**. Hankkeen esittelytekstissä todettiin, että kaupungissa on strategisella tasolla varsin niukasti linjauksia asiakaspalvelun kehittämisestä. Kaupungilla ei ole myöskään yhteistä asiakkuusstrategiaa. Yhtenä keskeisimpänä painopisteenä asiakaspalvelun kehittämisessä on todettu olevan asiakaspalautteen systemaattinen kerääminen ja hyödyntäminen.

Koska yhtenäisiä käytäntöjä ei asiakaspalautteen keräämisessä ja hyödyntämisessä ole ollut, ovat hallintokunnat toimineet kukin omien käytäntöjensä mukaan.

Asiakaspalautteen kerääminen on haasteellista erityisesti vanhusten palvelujen osalta. Mitä heikommas-
sa kunnossa asiakas on, sitä hankalampaa suoran asiakaspalautteen saaminen ja toisaalta antaminen
on. Tietyissä tilanteissa asiakas ei itse ole edes kykeneväinen antamaan palautetta, vaikka hän kuiten-
kin on varsinaisen palvelun käyttäjä. Osittain tilannetta voi korjata omaisten antama palaute.

Sosiaali- ja terveystoimen asiakaspalautteen toimintaohjeen mukaan Turun kaupungin yhtenä arvona on
asukas- ja asiakaslähtöisyys, joka näkyy sosiaali- ja terveystoimessa asiakkaan kunnioittamisena, asiak-
kuuksien tunnistamisena, nopeina reagoitena ja joustavuutena sekä toimintaympäristön aktiivisena
kehittämisenä.

Asiakaslähtöinen toiminnan kehittäminen edellyttää systemaattista asiakaspalauttejärjestelmää, joka on
tarkoituksenmukainen ja huomioi tulosalue- tai palvelukohtaisen erilaisuuden, mutta kuitenkin varmistaa
organisaatiotasojen tulosten aikaansaamisen. Asiakaspalauttejärjestelmän tulee toimintaohjeen mu-
kaan olla läpinäkyvä ja koko henkilökunnan tulee se tuntea. (Asiakaspalautte toimintaohje sosiaali- ja
terveystoimessa 1.1.2011 alkaen)

Sosiaali- ja terveystoimen käytössä ovat seuraavat asiakaspalautemenetelmät:

1 Välitön, nk. jatkuva palaute

Välitöntä palautetta on asiakkaan / potilaan / omaisen / läheisen antama palaute

- suullisesti joko kasvokkain tai puhelimitse

- kirjallisesti

- sähköpostitse

- internet -sivujen välityksellä: <http://www.turku.fi/Public/default.aspx?contentid=268453&nodeid=4467>

- palautelaatikoiden kautta

2 Kysely

- voidaan usein toteuttaa yhteistyössä oppilaitosten/ opiskelijoiden kanssa

3 Muistutus, kantelut ja muutoksenhaku

4. Muut menetelmät

- sosiaali- ja terveystoimen sisäinen sidosryhmäkysely (sisäiset asiakkaat)

- Asukas-/ asumiskysely

- Opiskelijakysely

- Työsuhteesta poistuvilta työntekijältä saatu palaute, nk. lähtöhaastattelu.

(Sosiaali ja terveystoimen Asiakaspalautte toimintaohje 1.1.2011 alkaen)

**Asiakaspalauttejärjestelmää on viime vuosina Sosiaali- ja terveystoimessa kehitetty määrätietoi-
sesti, mikä on hyvä lähtökohta toiminnan jatkuvalla kehittämiselle.**

Ympäri vuorokautisen hoidon asiakaskysely

Kesäkuussa 2011 on toteutettu asiakastytyväisyyskysely ympärivuorokautisen hoidon kaikissa yksi-
köissä. Kyselyllä on selvitetty vanhuksen läheisten arvioita hoidon toteutumisesta. Kyselyyn vastasi 514
henkilöä ja vastausprosentiksi muodostui 49,3 %. Parhaiten ympärivuorokautisen hoidon arjessa hoito-
henkilökunta onnistui omaisen/ läheisen ystävällisessä kohtelussa.

Asiakastytyväisyyskyselyn raportoinnissa on listattu seuraavat toimenpide-ehdotukset:

1. Ulkoilun lisääminen

2. Ruoka-aikojen muutos, erityisesti ilta- aamupala välien ajan lyhentäminen

3. Hoitajien ajankäytön tehostaminen potilaiden hyväksi eli aikaa kuunnella potilasta

4. Potilaan mahdollisuuden lisääminen oman hoitonsa suunnitteluun ja arviointiin.

Näistä kolmea ensimmäistä on ryhdytty toteuttamaan, neljäs on tulossa jatkossa.

Yhteenveto kyselyn huomioista kuviona on liitteessä 6.

Vastaavanlainen kysely on tarkoitus tehdä jatkossa vuosittain.

**Esimerkiksi kotihoito saa asiakaspalauttejärjestelmän kautta paljon palautetta, josta valtaosa on
ollut positiivista.** Kokemistaan epäkohdista asiakas tai omainen voi myös tehdä kantelun Aluehallintovi-
rastolle. Saadun tiedon mukaan kanteluita on tehty varsin vähän.

Ruotsinkielisten ja muunkielisten ikäihmisten palvelut

Peruspalvelulautakunnan johtosäännössä todetaan: Toiminnan järjestämisessä tulee ottaa huomioon väestön oikeus saada palveluja äidinkielellään suomeksi tai ruotsiksi.

Ikääntymispoliittisessa strategiassa asiaa käsitellään seuraavasti:

”Oma äidinkieli on monelle tärkeä asia, ja sen merkitys korostuu iän myötä. Monelle iäkkäälle ruotsinkieliselle turkulaiselle on tärkeää saada puhua omaa kieltään. Vaikka he olisivat oppineet ja puhuneet suomea elämänsä aikana, myöhemmin opittu kieli voi unohtua. Tämä pätee erityisesti muistihäiriöisten ikäihmisten kohdalla.

Tämän takia on tärkeää, että kunta pystyy tarjoamaan kotiapua iäkkäille myös ruotsiksi. Vaihtoehtoina voi olla toiminnan keskittäminen tai palveluiden ostaminen. Yhteistyö kolmannen sektorin ruotsinkielisten palvelutarjoajien kanssa on toiminnan kehittämisen kannalta tärkeää.”

Maaliskuussa 2012 kotihoidon peittävyys ruotsinkielisten 75 vuotta täyttäneiden asiakkaiden osalta oli 11,02 % ja asiakkaana oli yhteensä 110 ruotsinkielistä yli 75-vuotiaista. Kotihoidon peittävyydelle asetettu vastaava tavoite on 14 % ja toteuma kaikkien yli 75-vuotiaiden turkulaisten osalta joulukuussa 2011 oli 13,7 %.

Haastattelujen mukaan kotihoitopalvelujen järjestäminen ruotsiksi on usein vaikeaa, koska kaikilla lähipalvelualueilla ruotsinkielentaitoista henkilökuntaa ei ole riittävästi kattavan palvelun järjestämiseksi. Vaihtoehtoina voisi olla toiminnan keskittäminen tai palveluiden ostaminen esimerkiksi kolmannen sektorin ruotsinkielisten palvelujen tarjoajilta. Toisaalta keskittämällä kaupungin oma ruotsinkielinen kotihoito muutaman lähipalvelualueen tehtäväksi ja siirtämällä olemassa olevaa kielitaitoista henkilökuntaa näihin, voitaisiin ruotsinkielisten asiakkaiden palveluja parantaa hyödyntämällä nykyisen henkilökunnan kielitaitoa tehokkaammin.

Ympäri vuorokautisen hoidon piirissä on maaliskuun 2012 tilaston mukaan yhteensä 113 ruotsinkielistä asiakasta. Heistä tehostetun palveluasumisen asiakkaina on 52 henkilöä sijoitettuna yhteensä 13:sta eri hoitopaikkaan. Ainoastaan kahteen palvelutaloon on sijoitettu useampia ruotsinkielisiä (29 ja 6 hlöä). Muihin palvelutaloihin (11 palvelutaloa) oli sijoitettuna ainoastaan 1-2 asiakasta. Vanhainkoti- ja vastavilla laitospaikoilla oli yhteensä 61 ruotsinkielistä sijoitettuna yhteensä peräti 29:lle eri osastolle. Ainoastaan yhdellä osastolla (Sabina-hemmet, Runosmäen vanhuskeskuksessa) oli useampia ruotsinkielisiä asiakkaita (17); muilla osastoilla oli 1-2 asiakasta per osasto.

Kymmenestä ruotsinkielisestä turkulaisesta koostunut asiakasraati on vuoden 2011 aikana tutustunut ja arvioinut Turun kaupungin sosiaali- ja terveystoimen palveluita. Vuoden jälkeen raadilla oli tarjota hallintokunnan johdolle lista kehitysehdotuksista, joilla voidaan parantaa ruotsinkielisten asemaa.

Mer information om service för svenskspråkiga:

<http://www.turku.fi/Public/default.aspx?nodeid=14917&culture=sv-FI&contentlan=3>

Lähitulevaisuudessa on odotettavissa, että on myös monia ikääntyneitä, joille kommunikointi joko suomeksi tai ruotsiksi tuottaa ongelmia esimerkiksi myöhemmin opitun kielen unohtamisen vuoksi. Tulevien muunkielisten palvelutarpeiden laajuutta ei tässä vaiheessa pystytä täysin ennakoimaan, joten varautuminen on haastavaa. On kuitenkin selvää, että yhteisen kielen puuttuessa palvelun laatu ei välttämättä vastaa tavoiteltua. Siksi on tärkeää, että etukäteen selvitetään vaihtoehtoisia mahdollisuuksia ja toimintatapoja, joilla mahdollisiin tulevaisuuden kielihaasteisiin pystyttäisiin riittävän tarkoituksenmukaisesti varautumaan.

Ikääntyneelle ihmiselle äidinkielen merkitys korostuu, koska myöhemmin opittu kieli voi unohtua. Palvelujen järjestämisessä tämä tulee ottaa huomioon.

5 Yhteenveto

Mahdollisuus tehdä elämäänsä, hoitoaan ja palvelujaan koskevia valintoja on jokaisen täysivaltaisen ihmisen lakisääteinen perusoikeus.

Senioriohjelman johtavaa tavoitetta ”Elämää ikääntymiseen” on lähestytty kahdesta eri näkökulmasta:

- **Asiakasnäkökulma:** Turkulaiset ikäihmiset ovat aktiivisia ja omatoimisia kansalaisia, jotka yhä useammin asuvat kotona turvallisesti ja esteettömästi.
- **Palvelurakennenäkökulma:** Palvelurakennemuutos turvaa turkulaisten ikäihmisten tarpeenmukaiset ja laadukkaat palvelut ja niiden saatavuuden asukkaiden ikääntyessä.

Näitä strategisista tavoitteista on toteutettu siirtämällä painopistettä **laitoshoidosta avohoitoon** seuraavin tavoin:

- kotihoidon **resursseja on lisätty**; hoitohenkilökunnan määrä on vuosina 2009 - 2011 kasvanut 54 henkilöllä, noin 10 %:lla
- ympärivuorokautisessa hoidossa on **lisätty tehostetun palveluasumisen osuutta**
- **vanhainkotipaikkoja on vähennetty**; Luolavuoren vanhainkoti on lakkautettu ja muita vanhainkotipaikkoja on osin muutettu tehostetun palveluasumisen paikoiksi.

Palvelutarpeen kasvu riippuu oleellisesti siitä, miten ihmisten **terveys ja toimintakyky jatkossa kehittyvät**. Ennaltaehkäisevällä työllä on tärkeä rooli terveyden ja toimintakyvyn kehittymisessä. Kun vanhusien määrä lähitulevaisuudessa kasvaa ja toisaalta laitoshoidon osuutta halutaan vähentää, **ennaltaehkäisevän työn ja kotihoidon merkitys korostuu**.

Kuntalaisen näkökulmasta on tarkoituksenmukaista tarkastella kaupungin järjestämiä palveluita toimintoina, joissa olennaisia ovat asiakkaan **palveluprosessit** - eivät niinkään palveluiden tuottajat.

Ikäihmisten hyvinvoinnin ylläpitämiseen tähtäävää toimintaa on monilla kaupungin hallintokunnilla, vaikka sosiaali- ja terveystoimen rooli on usein korostunut. Jos kaupungin toiminnoissa havaitaan, että ns. ”siilorajat” muodostavat esteen toiminnan parantamiselle, on tehtävä kaikki mahdollinen eri yksiköiden välisten rajojen ylittämiseksi / madaltamiseksi / poistamiseksi.

Senioriohjelmassa mainittua ikäihmisten palvelutarpeiden 2009 - 2012 kartoitusta ei ole erillisenä selvityksenä tehty senioriohjelman hyväksymisen jälkeen. Tarkastuslautakunnalle on jäänyt epäselväksi, miten hyvin turkulaisten **ikäihmisten palvelutarpeet** on pystytty muilla tavoin kartoittamaan. Palveluiden järjestämisessä tieto palvelutarpeista on hyvin oleellista.

Selkeä enemmistö (noin 70 %) 75 vuotta täyttäneistä asuu itsenäisesti kodeissaan. Vain vähän yli 10 % 75 vuotta täyttäneistä tarvitsee ympärivuorokautista hoitoa.

Tavoitteiden mukainen **kotihoidon painopisteen siirtäminen** 2. ja 3. palveluluokkiin eli enemmän apua tarvitseville ei ole vielä toteutunut. Sitä vastoin 1. palveluluokan osuus on kasvanut eikä vähentynyt, kuten oli tavoite. Kustannuksiltaan kotihoito ei välttämättä ole aina halpaa, sillä ainakin palveluluokassa 4. kustannukset voivat olla samaa luokkaa kuin laitoshoidossa.

Ikääntyneiden hoivan ja huolenpidon järjestämisen onnistumisen edellytys on, että **hoitoketju** toimii hyvin. Panostukset hoitoketjuun tuottavat sekä **parempaa palvelua että säästöjä kustannuksissa**; esimerkiksi siirtoviivemaksuissa. **Vuorovaikutusta SAS-arvioinnin eri tahojen välillä** tulee parantaa ja selkeyttää, jotta voidaan saavuttaa yksimielisyys oikeasta arviointiajankohdasta.

Haastattelujen mukaan **ympärivuorokautisen hoidon jonon pituus** on vaihdellut viime aikoina **130-150 ihmisessä**; parhaimmillaan se on viime aikoina ollut **noin 100 ihmistä**. Jonotusajat vaihtelevat riippuen tarvittavan hoitopaikan tyypistä ja pahimmillaan voi joutua **jonottamaan noin puoli vuotta**. Pyrkimystä **täysin jonottamaan tilanteeseen** ei voida pitää realistisena. Hoitopaikkojen järjestämisen kannalta on tarve lyhyelle ns. järjestelyjonolle. Haastattelujen mukaan **järjestelyjono** voisi olla noin **20-30 henkilöä** eli kuitenkin huomattavasti nykyistä jonoa vähemmän.

On erittäin tärkeää, että ympärivuorokautisen hoidon palvelut täyttävät laatukriteerit ja että laadunvalvonta on riittävää ja tehokasta. **Haastattelujen mukaan laadunvalvonta on ollut aliresursoitua**.

Lähteet

Antikainen Riitta, Vanhustenhoidon saumattomat hoitoketjut, Kohti parempaa vanhuutta, Konsensuskokous 2012, 6.-8.2.2012, Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, Suomen Akatemia 2012

Asukkaiden hyvinvointiohjelma 2009 - 2013,

<http://www.turku.fi/Public/default.aspx?contentid=137796&nodeid=4906>

Ennaltaehkäisevät vanhustalpalvelut – toimintasuunnitelma vuosille 2010 - 2013, Turun kaupungin sosiaali- ja terveystoimi

Ikäihmisten palvelujen laatusuositus (STM:n julkaisuja 2008:3),

http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/ikaihmiset/palvelujen_laatu/laatusuositus

Kangas, O. 2008. Kansaneläke ei turvaa köyhyyttä vastaan. Sosiaalivakuutus 2 (2008), 30-31.

Kuuden suurimman kaupungin vanhusten sosiaali- ja terveystalpalvelujen ja kustannusten vertailu 2009, Kuusikko-työryhmän julkaisusarja, Aila Kumpulainen, Helsinki 2010

Kuuden suurimman kaupungin vanhusten sosiaali- ja terveystalpalvelujen ja kustannusten vertailu 2010, Kuusikko-työryhmän julkaisusarja 6/ 2011, Aura Pasila, Helsinki 2011

Lehto, Juhani (TaY, professori), Vanhustalpalvelut sosiaali- ja terveystalpalvelujärjestelmän muutoksessa, esitys Konsensuskokouksessa, Hanasaressa Espoossa 6.2.2012

Mäkinen, T. 2003. Suomalaiseläkeläisten asema kansainvälisen vertailun valossa. Teoksessa Hagfors, R., Hellsten, K., Ilmakunnas, S. & Uusitalo, H. (toim.) Eläkeläisten toimeentulo 1990-luvulla. Eläketurvakeskuksen tutkimuksia 2003:1. Helsinki 2003

Nuutinen, Matti, Hoitoketju, Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 2000;116(17):1821-1828

Tilastokeskus/ väestötilastot

Turun kaupungin ikääntymispoliittinen strategia vuosille 2009 - 2012,

<http://www.turku.fi/Public/default.aspx?contentid=137796&nodeid=4906>

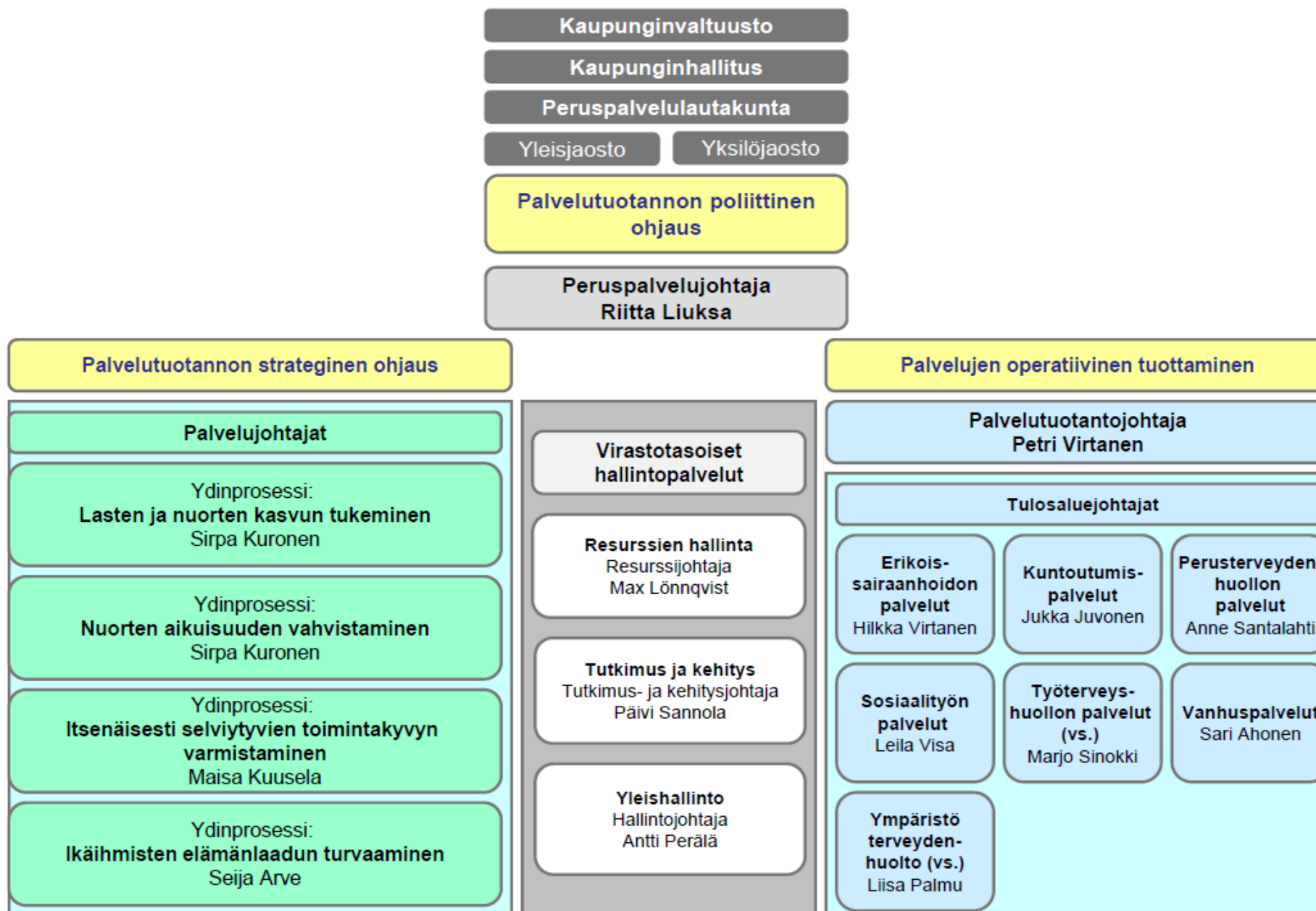
Turun kaupungin sosiaali- ja terveystoimen vuosikertomukset 2009 ja 2010

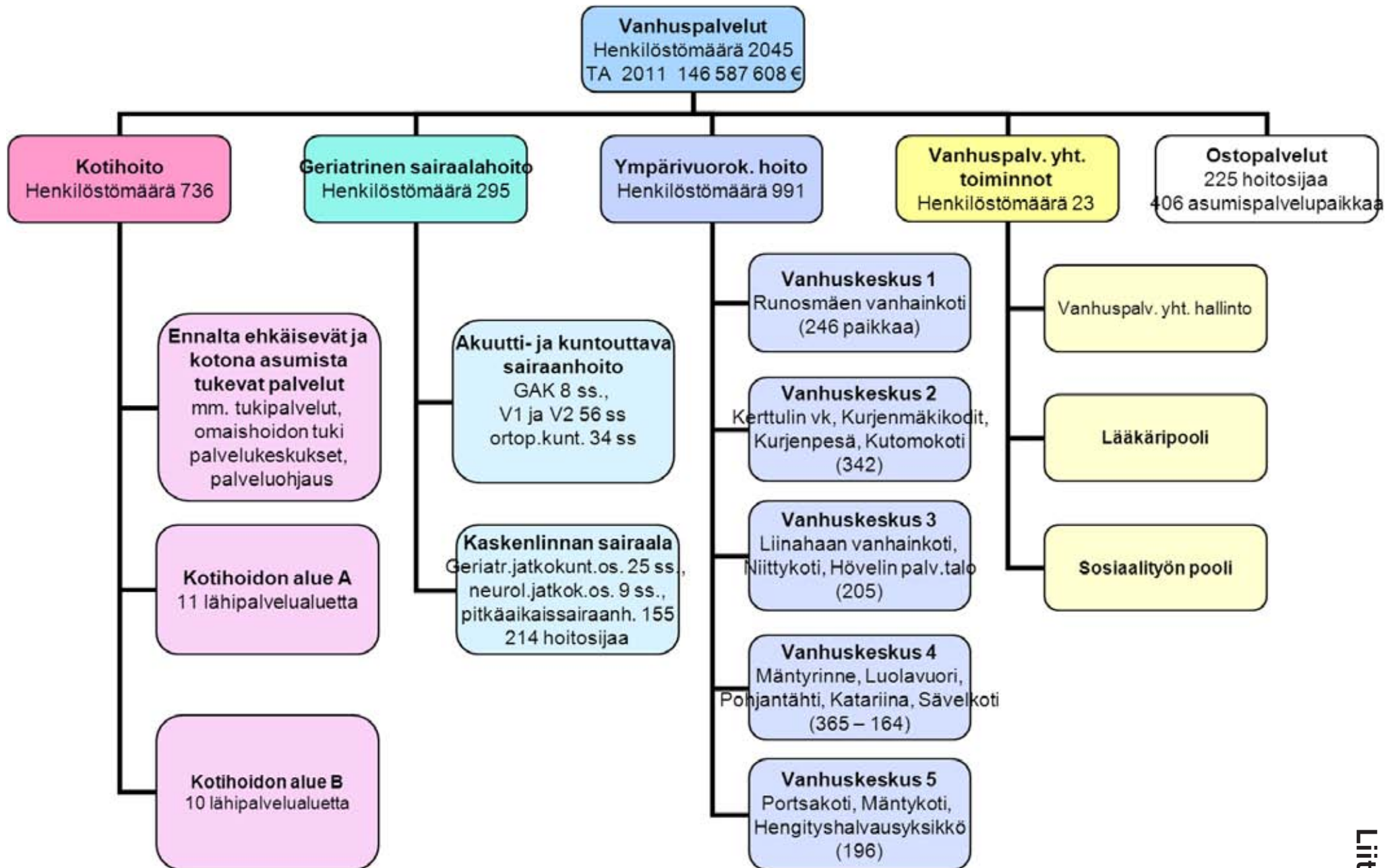
Valtuustoryhmien välinen sopimus valtuustokaudelle 2009 - 2012,

<http://www.turku.fi/Public/default.aspx?contentid=113526&nodeid=4906>

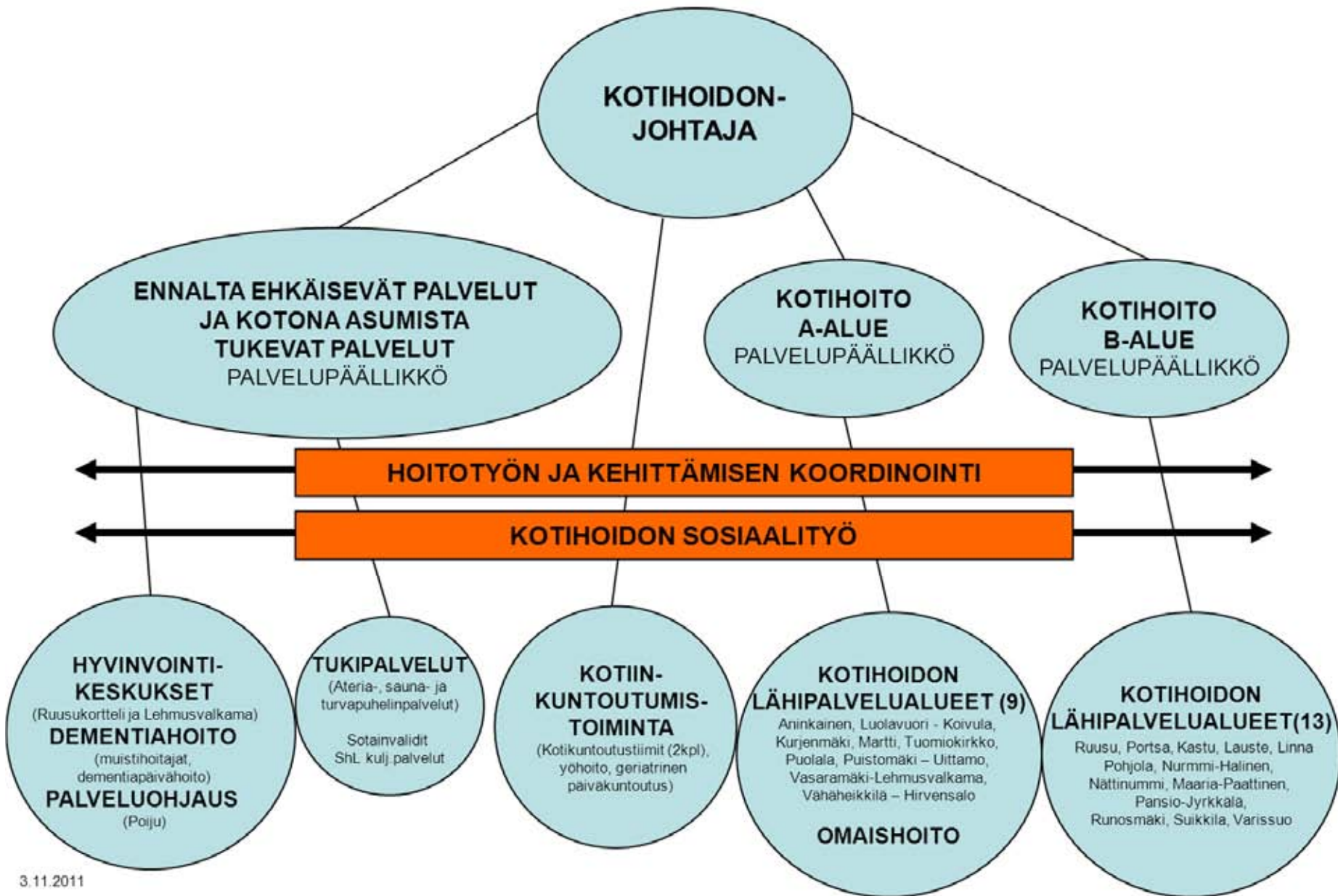


Sosiaali- ja terveystoimen organisaatio







Kotihoidon vastualueen organisaatio

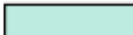



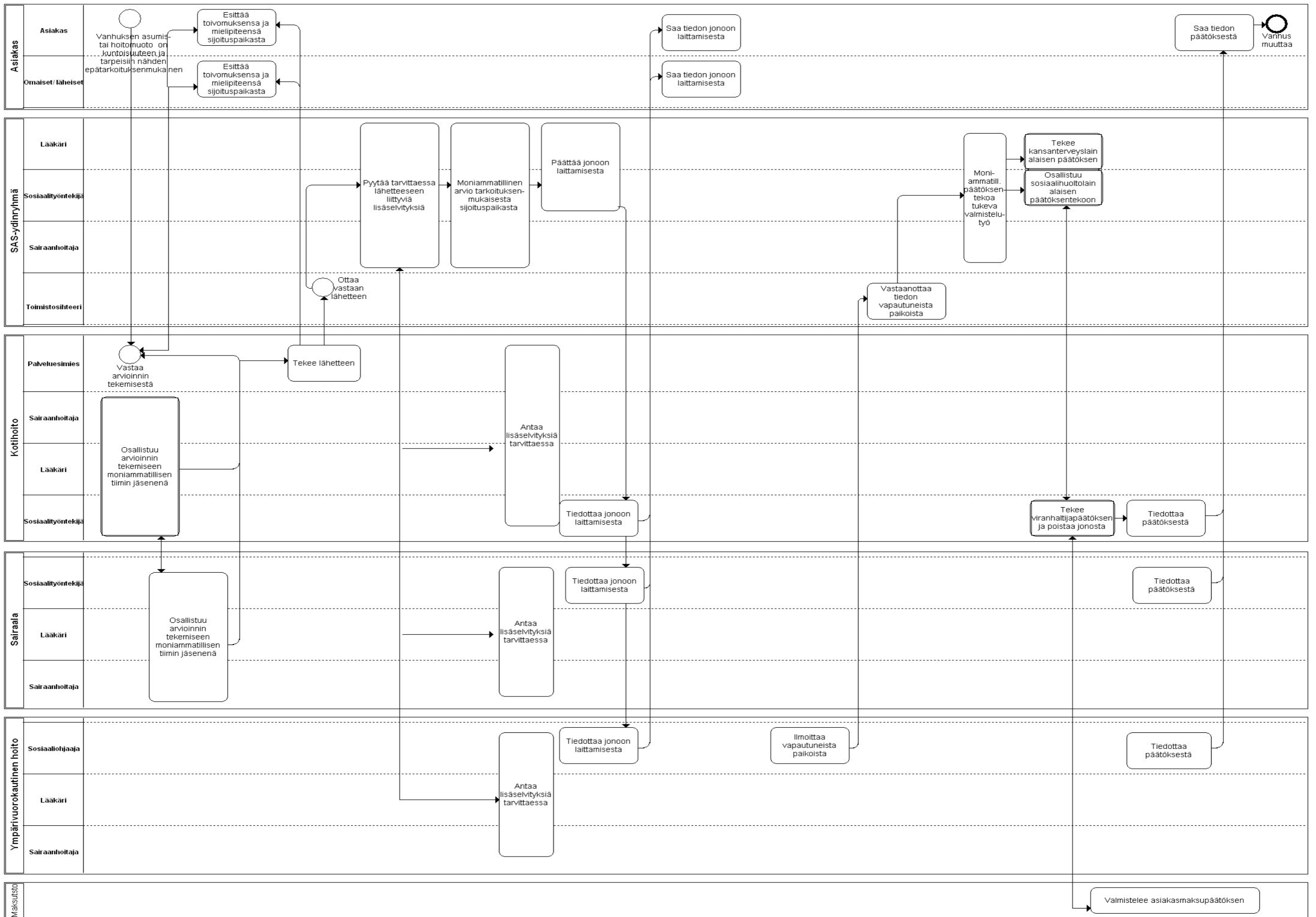
YMPÄRIVUOROKAUTISEN HOIDON JOHTAMISJÄRJESTELMÄ

Ympäri vuorokautisen hoidon johtaja

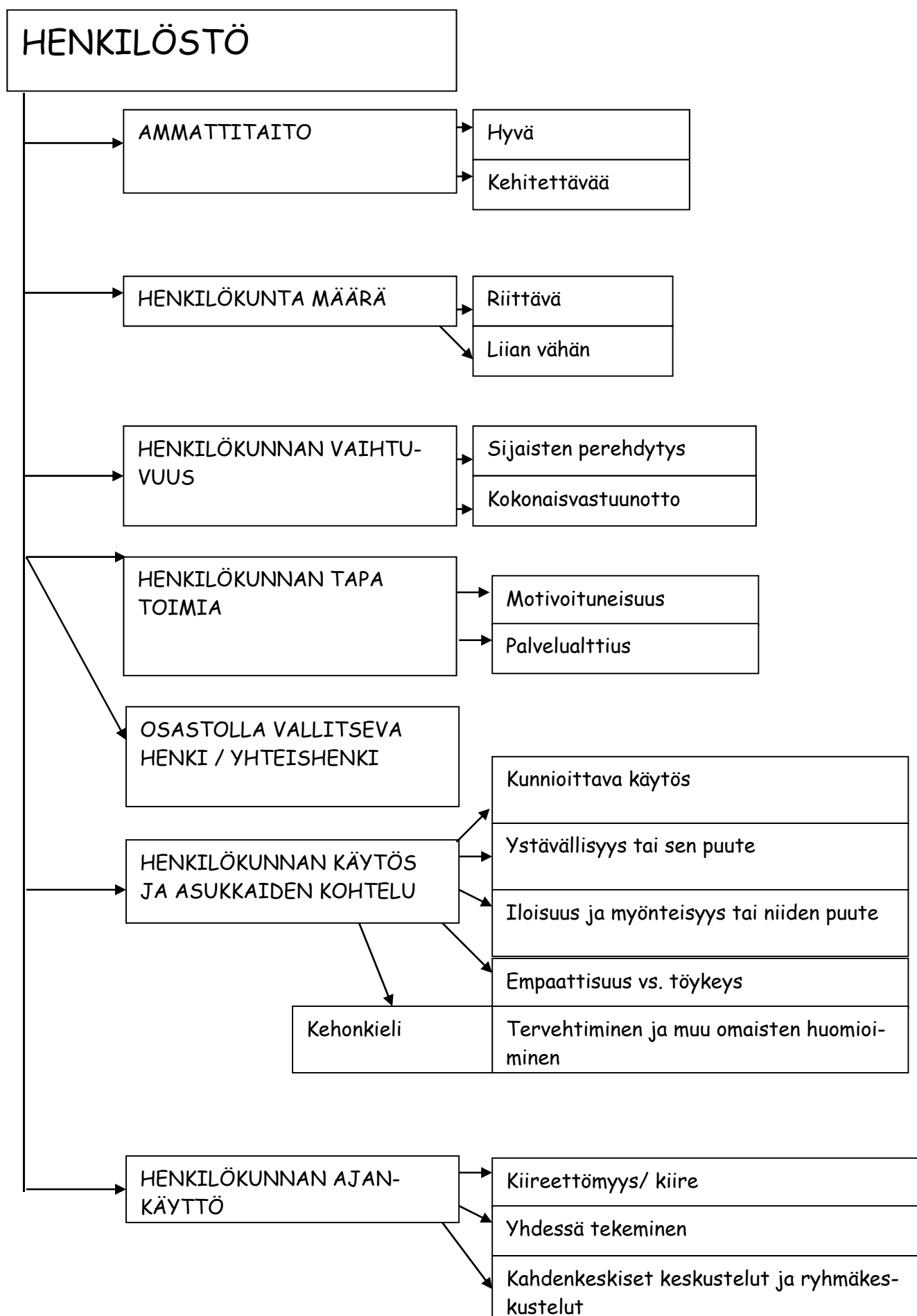
Vanhuskeskus 1 Johtaja	Vanhuskeskus 2 Johtaja	Vanhuskeskus 3 Johtaja	Vanhuskeskus 4 Johtaja	Vanhuskeskus 5 Johtaja
Paikat 230	Paikat 336	Paikat 169	Paikat 203	Paikat 186
Runosmäen vanhainkoti	Kerttulin vanhainkoti	Liinahaan vanhainkoti	Mäntyrinteen vanhainkoti	Mäntykoti ja Mäntykoti 4
	Kurjenmäkikodit	Niittykoti	Sävelkoti	Portsakoti
		Kutomokoti	Höveli	
sihteerit aktivointi- ja virike- toiminnan henkilökunta	sihteerit aktivointi- ja virike- toiminnan henkilökunta	sihteerit aktivointi- ja virike- toiminnan henkilökunta	sihteerit aktivointi- ja virike- toiminnan henkilökunta	sihteerit aktivointi- ja virike- toiminnan henkilökunta

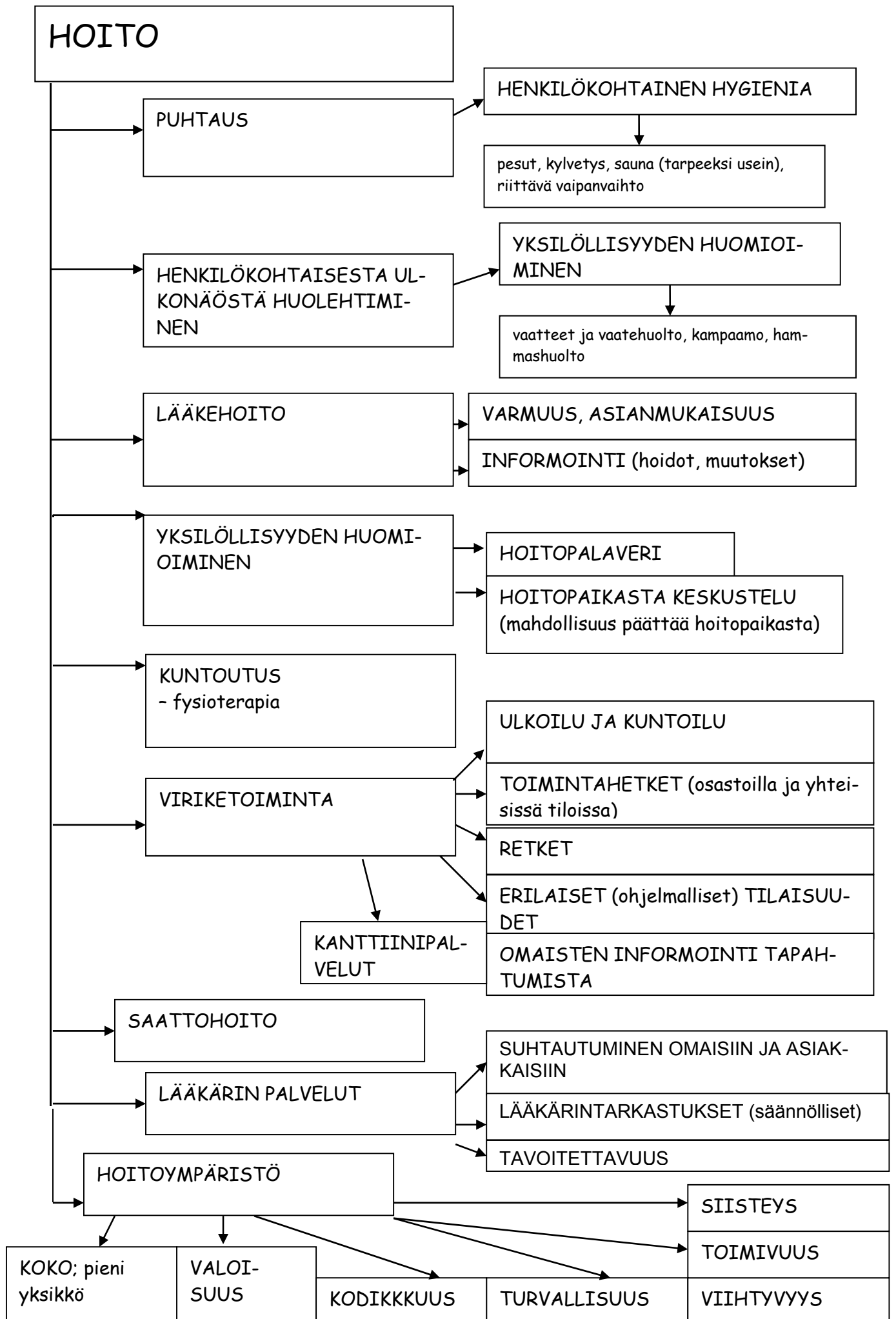
 = monimuot. toiminta
 = hoivahoito

 = tehostettu palveluasuminen
 = dementia



Kyselylomakkeen kiitoksissa, ehdotuksissa ja moitteissa aihealueet olivat lähes samoja. Omaiset/läheiset olivat kiinnittäneet huomioita seuraaviin:





HOITO

PUHTAUS

HENKILÖKOHTAINEN HYGIENIA

pesut, kylvetys, sauna (tarpeeksi usein),
riittävä vaipanvaihto

HENKILÖKOHTAISESTA ULKONÄÖSTÄ HUOLEHTIMINEN

YKSILÖLLISYYDEN HUOMIOIMINEN

vaatteet ja vaatehuolto, kampaamo, hammashuolto

LÄÄKEHOITO

VARMUUS, ASIANMUKAISUUS

INFORMOINTI (hoidot, muutokset)

YKSILÖLLISYYDEN HUOMIOIMINEN

HOITOPALAVERI

HOITOPAIKASTA KESKUSTELU
(mahdollisuus päättää hoitopaikasta)

KUNTOOUTUS
- fysioterapia

ULKOILU JA KUNTOILU

VIRIKETOIMINTA

TOIMINTAHETKET (osastoilla ja yhteisissä tiloissa)

RETKET

ERILAISET (ohjelmalliset) TILAISUUDET

OMAISTEN INFORMOINTI TAPAHTUMISTA

KANTTIINIPALVELUT

SAATTOHOITO

SUHTAUTUMINEN OMAISIIN JA ASIAKKAIIN

LÄÄKÄRIN PALVELUT

LÄÄKÄRINTARKASTUKSET (säännölliset)

TAVOITETTAVUUS

HOITOYMPÄRISTÖ

SIISTEYS

TOIMIVUUS

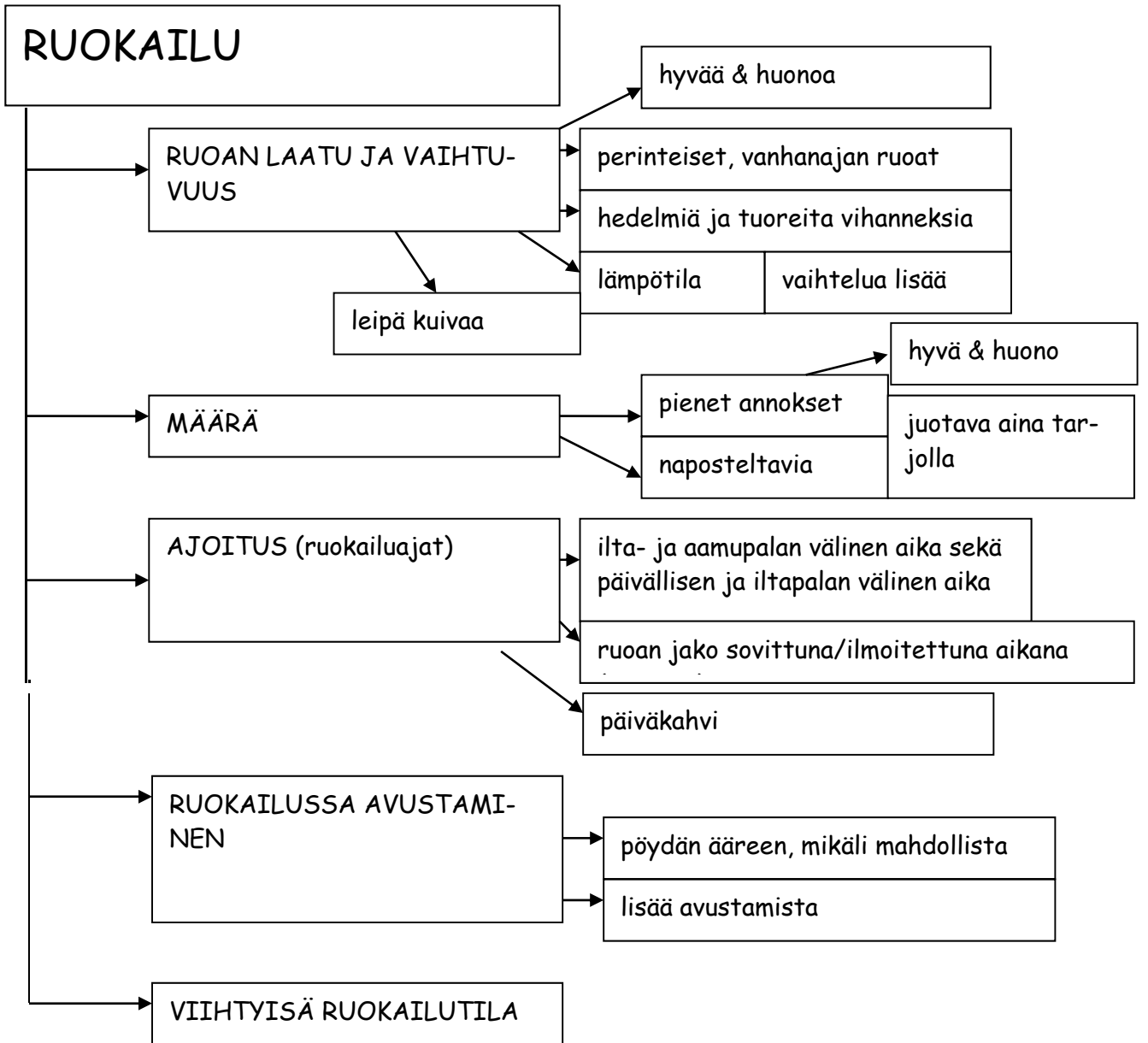
VIIHTYVYYS

KOKO; pieni yksikkö

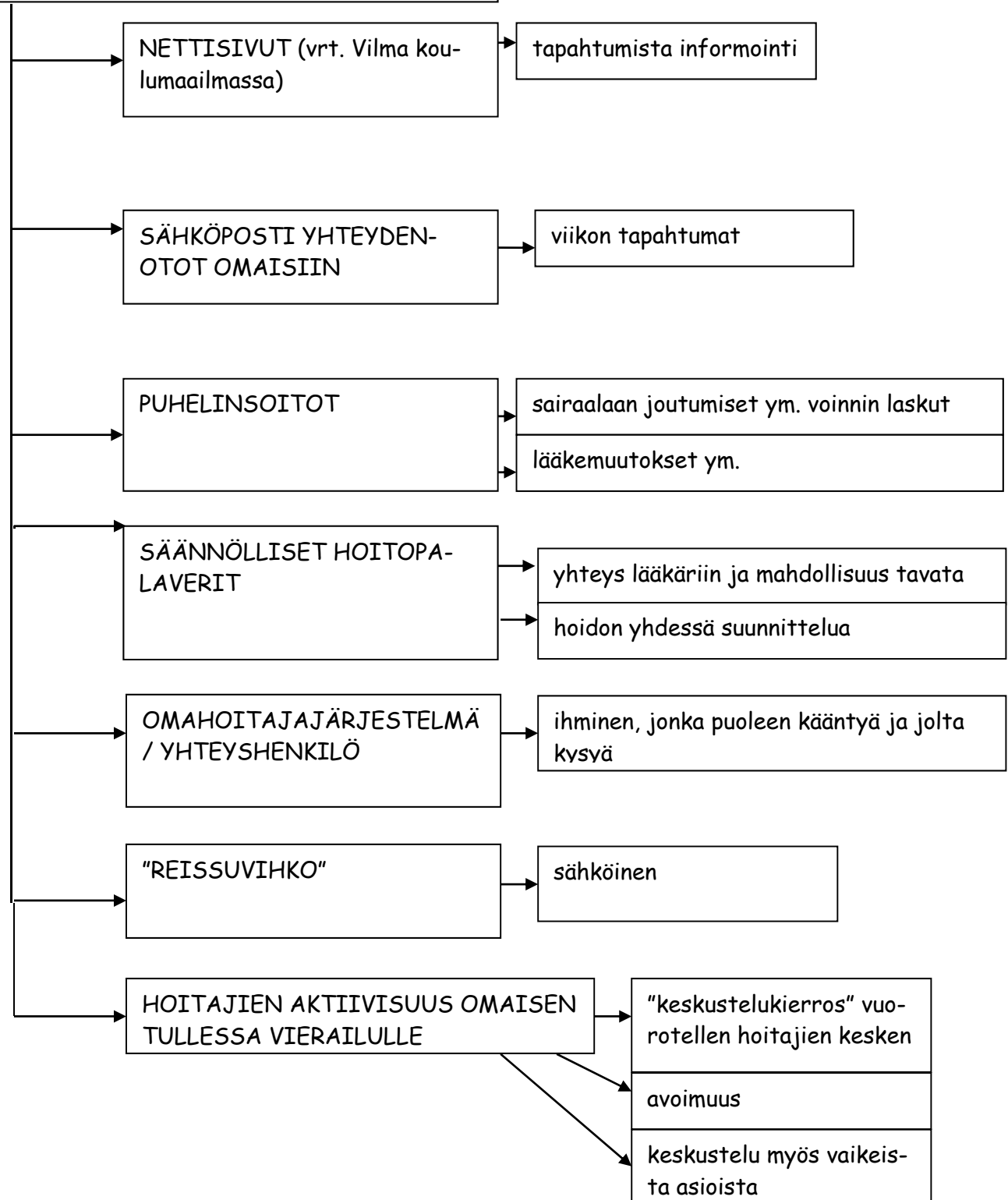
VALOISUUS

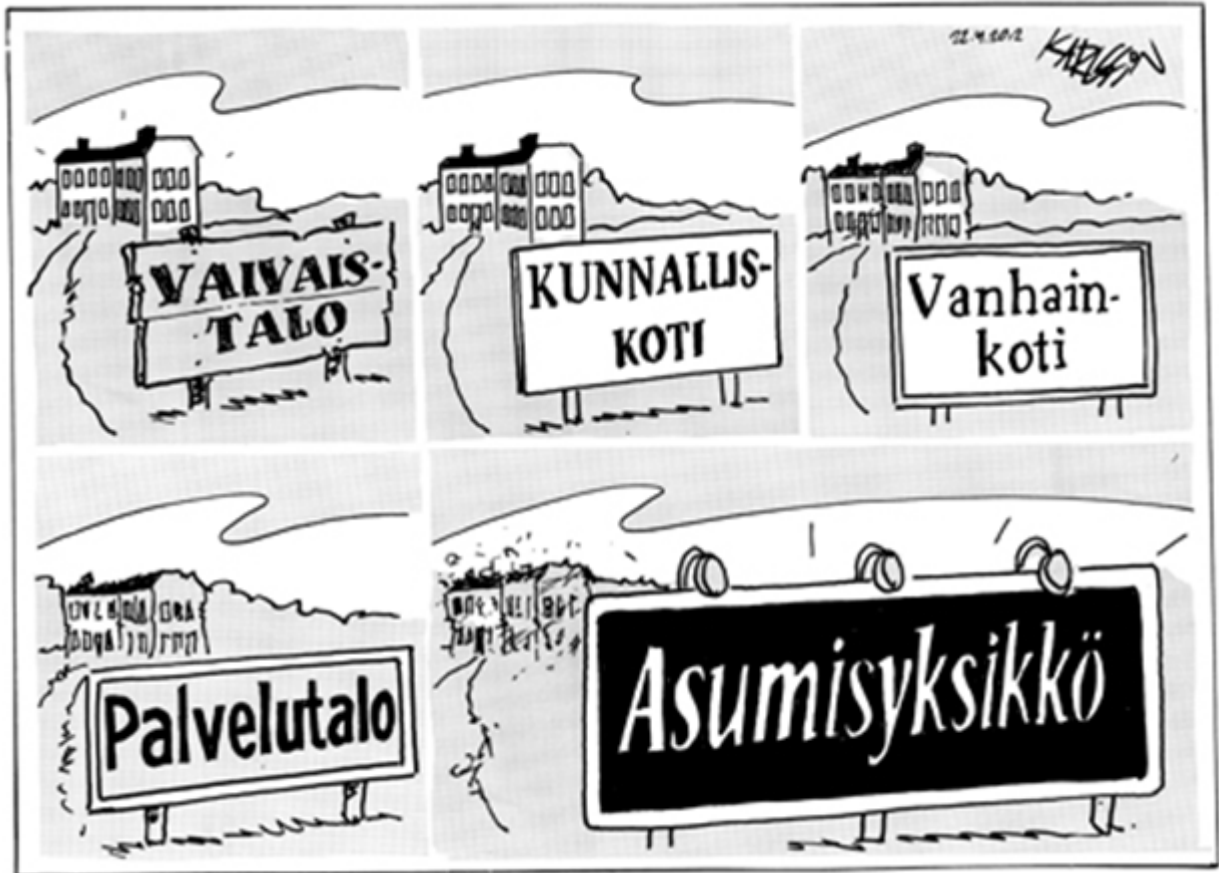
KODIKKKUUS

TURVALLISUUS



YHTEYDENPITO





<http://www.turku.fi/tarkastuslautakunnanjulkaisut>