

Sosiaali- ja terveystieteiden valtiokunta torstai 17.5. 2018

Asiantuntijalausunto / Ikäihmisten palvelut/ Marja Jylhä

Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa ja eräiksi siihen liittyviksi laeiksi
HE 16/2018

Kiitän tilaisuudesta esittää asiantuntijalausuntoni yllämainitusta hallituksen esityksestä. Lausunnossani arvioin lakiesityksiä erityisesti ns. ikäihmisten palveluiden kuten kotihoidon ja ympärivuorokautisen hoivan näkökulmasta.

Nykytila: ikäihmisten palveluiden tarve ja saatavuus

”Ikäihmisten palvelut” ymmärretään yleensä yli 75-vuotaisiin kohdistuviksi, mutta pääasiassa niitä tarvitsevat yli 85-vuotiaat.

Vanhuden pidentyessä yli 85-vuotiaiden määrä kasvaa Suomessa euroopanennätysvauhtia. Heitä on nyt vajaa 150 000 ja määrä kaksinkertaistuu vuoteen 2035 mennessä. Samalla 65-74-vuotiaiden määrä hieman pienenee.¹

Hyväkuntoinen elinikä on pidentynyt ja vielä 80-vuotiaat ovat parempikuntoisia kuin ennen. Kasvavan hyvin vanhojen joukon kunto ei ole parantunut. Elämän loppuvuosien raihnaisuus ja hoivan tarve eivät ole poistuneet vaan siirtyneet korkeampaan ikään.² Kun viimeiset elinvuodet vietetään hyvin vanhana, avun tarve on suurta³. Väestötasolla avun ja hoivan tarve kasvaa suoraviivaisesti iän myötä⁴. Enemmistöllä yli 85-vuotiaista on ainakin 2-3 pitkäaikaista sairautta.

Suurin avun tarpeen aiheuttaja on dementia, jonka tärkein syy on Alzheimerin tauti, etenevä rappeuttava aivosairaus. Ensimmäisiä merkkejä ovat muistin ja tiedonkäsittelyn ongelmat, mutta loppuvaiheessa sairaus heikentää kaikkia elintoimintoja ja johtaa kuolemaan. Dementoivia sairauksia sairastaa 30-40% yli 85-vuotiaista. Tärkein riskitekijä on ikä eikä ehkäisevää tai parantavaa hoitoa ole. Sairauden kanssa eletään noin 10 vuotta. Vaikea-

¹ Suomen virallinen tilasto (SVT): Väestöennuste [verkkajulkaisu].ISSN=1798-5137. Helsinki: Tilastokeskus [viitattu: 16.5.2018].Saantitapa: <http://www.stat.fi/til/vaenn/index.html>

² Forma L, Jylhä M, Pulkki J, Aaltonen M, Raitanen J, Rissanen P. Trends in the use and costs of round-the-clock long-term care in the last two years of life among old people between 2002 and 2013 in Finland. BMC Health Serv Res. 2017 Sep 19;17(1):668. doi: 10.1186/s12913-017-2615-3.

³ Murphy M, Martikainen P. Use of hospital and long-term institutional care services in relation to proximity of death among older people in Finland. Social Science & Medicine 88: 39-47, 2013

⁴ Jylhä M, Enroth L and Luukkaala T. Trends of functioning and health in nonagenarians- the Vitality 90+ Study. In Robine JM, Jagger C, Crimmins E. Annual Review of Gerontology and Geriatrics, vol 33, 2013 "Healthy Longevity". Springer Publishing Company, pp- 313-332

asteista dementiaa sairastava ei voi asua yksin, ei edes suunnitellussa ”kotihoivassa”⁵. Hyvässä hoidossa elämä voi olla hyvää myös sairauden edetessä.

Etenkin vanhuspalvelulain muutoksen jälkeen (2014) ympärivuorokautista hoitoa on nopeasti vähennetty. Eniten on vähentynyt terveyskeskuksen pitkäaikainen vuodeosastohoito ja vanhainkotihoito. Tehostettu palveluasuminen (TPA) taas on lisääntynyt, muttei niin paljon että se korvaisi edellisten vähenemisen. Myös säännöllisen kotihoidon saaminen on vähentynyt sekä kaikkien yli 75-vuotiaiden että yli 85-vuotiaiden keskuudessa. Vanhat saavat siis kaiken kaikkiaan hoitoa vähemmän kuin ennen⁶.

Hyvällä syyllä voi sanoa, että ympärivuorokautisen hoidon vähentäminen on jo ylittänyt järjen ja kohtuuden rajan. Erityisesti kaikkein vanhimmat, yli 90-vuotiaat, pääsevät hoitoon huonommin kuin ennen⁷. Kotona asuu yksin ihmisiä jotka minkään asiallisen arvion perusteella eivät voi siellä asua. On paljon tilanteita, joissa lain antama oikeus välttämättömään huolenpitoon ja ihmisarvoiseen elämään ei toteudu. Oikeusoppineet arvioivat, että yhä useammin heitteillejätön tunnusmerkit täyttyvät. Tilanne näkyy kotihoidon kriisiytymisenä, kun sen odotetaan vastaavan sellaiseen hoidontarpeeseen johon sen keinoin ei voi vastata. Muihin Pohjoismaihin verrattuna Suomessa on kotihoidossa hoitajaa kohden suurimmat asiakasmäärät, suurin työpaine, eniten riittämättömyyden tunteita, suurin väkivallan uhka ja eniten alalta pois siirtymistä suunnittelevia hoitajia⁸. Jos kaikkein huonokuntoisimmat dementiaa sairastavat pääsisivät tarvitsemaansa ympärivuorokautiseen hoitopaikkaan, kotihoidon tilannekin helpottuisi.

Kuinka valinnanvapauslain tavoitteet toteutuvat ikääntyvien palveluissa?

Valinnan vapaus

Lakiesitys velvoittaa tarjoamaan paljon palveluita tarvitsevalle vanhalle ihmiselle henkilökohtaista budjettia. Se antaa suuren valinnanvapauden kotipalvelun ja ympärivuorokautisen hoidon suhteen sen jälkeen, kun maakunta on todennut palvelun tarpeen. Ongelma on, että iso osa kotipalveluun oikeutetuista ja enemmistö ympärivuorokautiseen hoitoon oikeutetuista eivät ole kykeneviä tekemään näitä valintoja järkevästi ja omaksi hyödykseen. Lakiesityksessäkin todetaan (s.155), että valinnanvapaus sopii huonosti heikon toimintakyvyn omaavien (kotihoitoon) asiakkaiden tarpeisiin

⁵ Torkki P, Leskelä R-L, Maksimainen A, ym. Sosiaali- ja terveyspalvelujen kehittämis- ja säästöpotentiaalin arviointi. Raportti. Valtioneuvoston kanslia, Valtioneuvoston elvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 4/2016.

⁶ Sosiaali- ja terveysalan tilastollinen vuosikirja 2017. SVT Sosiaaliturva 2017. THL, Helsinki 2018

⁷ Aaltonen M, Forma L, Pulkki J ym. Increasing longevity and dementia – consequences on care services over time. Manuscript 2018

⁸ Kröger T, Van Aerschot L, Puthembapanbil JM. Hoivatyö muutoksessa. Suomalainen vanhustyö pohjoismaisessa vertailussa. Jyväskylän yliopisto 2018

vastaamiseen. Näitä huonon toimintakyvyn omaavia on suurin osa ikäihmisten palveluita tarvitsevista.

Suurin ympärivuorokautisen hoidon peruste on edennyt dementia ja sen keskeinen oire on juuri tiedonkäsittelyn ja järkeilyn heikkeneminen. Valintojen tekeminen edellyttäisi heiltä juuri niitä kykyjä, joiden heikkenemisen vuoksi he tarvitsevat palveluita. Tälle ihmisryhmälle puhelimen tai television kanavanvalitsijan käyttö tai vuorokauden aikojen ymmärtäminen ovat saattaneet käydä liian vaikeiksi. Hoitopaikan ominaisuuksien ja tarvittavien palvelujen rationaalista pohtimista heiltä ei voi odottaa. Läheskään kaikilla ei ole omaisia jotka vastuun voisivat ottaa. Virallinen edunvalvoja ei kykene pohtimaan hoidon tarpeen yksityiskohtia. – Henkilökohtainen budjetti on erinomainen väline fyysisesti vammaisille henkilöille. Ympäri vuorokautista hoitoa tarvitsevat vanhat ihmiset tuskin ovat sille oikea kohderyhmä.

Myös kotihoitoa koskevien valintojen tekeminen on useimmille vaikeaa.

On hyvä huomata, että nykyinen lainsäädäntö mahdollistaa suurin piirtein samanlaisen valinnanvapauden näiden palveluiden suhteen kuin käsitteillä oleva lakiesityskin. Etenkin palvelusetelin kautta palvelujen saajalle voidaan antaa mahdollisuus valita, mikä palvelujen tarjoaja, kunnan omistama, järjestö tai liikeyritys, hänelle kotipalvelun ja sen tukipalvelut tai ympärivuorokautisen hoivan tarjoaa.

Palveluiden saatavuus

Lakiesityksen perusteella ei suoraan voi päätellä, tuleeko ikääntyneiden palveluiden saanti paranemaan.

Ympäri vuorokautista hoitoa tarvitsevan henkilön hoidon saaminen riippuu siitä 1) toteaako maakunta hänellä olevan hoidon tarvetta, 2) onko ympärivuorokautisen hoidon paikkoja vapaana, ja 3) ovatko hoitopaikan asiakasmaksut ja muiden tarvittavien palveluiden asiakasmaksut sellaiset, että henkilö suoriutuu niistä.

Lakiesitys arvioi palvelujen saatavuuden paranevan koska tarjonta lisääntyy. Ei kuitenkaan ole uskottavaa, että ympärivuorokautista hoitoa olisi tarjolla paljoa enempää kuin mikä on yhteiskunnan (suoraan tai epäsuorasti) määrittelemä hoidon kattavuustavoite.

Viime vuosina ympärivuorokautisen hoidon saamisen suurimpana esteenä on ollut se, että kun palvelun kattavuutta on päätetty vähentää, palvelutarpeen toteamisen kynnys kunnissa on noussut. Jos ympärivuorokautisen hoidon ja kotihoidon saatavuutta halutaan tarpeen kasvusta huolimatta edelleen rajoittaa, palveluiden saaminen ei parane.

Toinen ratkaiseva tekijä ovat asiakasmaksut. Tiedetään, että kotihoidon maksut ovat tälläkin hetkellä osalle palvelujen tarvitsijoita liian suuret ja johtavat mm. toimeentulotuen hakemiseen tai palvelusta luopumiseen. Lisäksi, kun vanhainkoti on korvattu tehostetulla palveluasumisella, on palvelun saajalle siirretty monia sellaisia kustannuksia jotka on annettu osana laitoshoidoa mutta eivät sisälly palveluasumisen asiakasmaksuun.

Palveluiden yhteensovittaminen

Kotihoitoa saava vanha ihminen tarvitsee varsinaisen kotihoidon ohella usein monta erilaista palvelua: ateriapalvelua, kuntoutusta, kauppapalvelua, siivouspalvelua, ehkä kerhoja tai virkistyspalveluja, kuljetuspalvelua jne. Kun palveluita ei voi valita kokonaisuutena, kotona pistäytyvien ihmisten määrä kasvaa. Juuri tämä, yhä uusien ihmisten ilmaantuminen kotiin erilaisiin tehtäviin, on kotipalvelujen saajien keskeinen kritiikin kohde. Samalla kasvaa todennäköisyys, että palvelujen tarjoajat eivät tiedä toistensa tekemisiä eikä hoidosta synny toimivaa kokonaisuutta.

Myös ympärivuorokautisessa hoidossa asuva tarvitsee monenlaisia muita palveluita: lääkahoitoa, sairaalahoitoa, kuljetuspalvelua, jalkojenhoitoa jne. Keskeinen ongelma on lääkärin hoito. Nykyisin useissa kunnissa kotihoidossa ja ympärivuorokautisessa hoidossa toimii oma lääkäri, joka tukee hoitajia, kehittää toimintaa ja etenkin saattohoitoa, huolehtii lääkkeistä jne. . Lakiesityksen toteutuessa nämä sekä vanhan ihmisen että kuntatalouden kannalta erinomaiset järjestelyt jouduttaisiin purkamaan.

Lakiesityksessä palvelujen yhteensovittaminen annetaan maakunnan liikelaitoksen velvollisuudeksi. Epäselväksi jää, miten se käytännössä tehtäisiin jokaisen yksittäisen palvelujen saajan kohdalla ja millaisia resursseja se vaatisi. Mitään järjestelmää tai käytäntöä lakiesitys ei siihen ehdota. Ehdotettu kokonaisvaltainen asiakassuunnitelma on työläs ja kun tarpeet voivat muuttua hyvin nopeasti, se voi pahimmillaan viivyttää tarvittavan hoidon saamista. Lakiesityksessäkin henkilökohtaisen budjetin käytännön organisointi jää epämääräiseksi ja sen sanotaan tarvitsevan paljon täsmentämistä. On kyseenalaista, kuinka tämä käytännössä on mahdollista.

Kaiken tieteellisen ja käytännöllisen tietämykseni perusteella pidän maakunnalle asetettua yhteensovittamistehtävää ylivoimaisena. Vanhan ihmisen kannalta se uhkaa johtaa puutteelliseen, pirstaleiseen ja toimimattomaan palvelukokonaisuuteen. Järjestelmän kannalta edessä on erittäin vaikeasti johdettava kokonaisuus joka merkitsee huomattavaa rahan siirtymistä varsinaisista palveluista hallintoon.

Eriarvoisuuden vähentäminen

Lakiesityksen vaikutukset eriarvoisuuteen riippuvat siitä, millä kriteereillä todetaan kotipalvelun tai ympärivuorokautisen palvelun tarve, mitä hoitomuodot sisältävät ja kuinka suuria ovat asiakasmaksut. Jos hoitoon pääsyn kriteerit säilytetään nykyisellä tasolla tai niitä edelleen tiukennetaan, eriarvoisuus kasvaa, koska silloin kaikkien varakkaimmat siirtyvät käyttämään kokonaan yksityisiä ja itse maksettuja palveluita, joiden hinta asiakkaalle on noin 5000 – 7000 euroa kuukaudessa. Nykyisin kaikkein vanhimmat dementiaa sairastavat ihmiset ovat erityisen suuri asiakasmaksujen maksajaryhmä. On myös ilmeistä, että ylempiin sosiaaliluokkiin kuuluvilla varakkaammilla ihmisillä on parempi kyky tehdä valintoja ja saada valintoihin tukea henkilökohtaisen budjetin käytössä.

Vanhuspalvelujen rahoitus ja kustannussäästöt

Vanhuspalvelut kuuluvat sosiaalipalveluihin, joiden rahoitus lakiesityksen toteutuessa on heikoimmin turvattu. Suoran valinnan palveluita on vaikea rajoittaa ja erikoissairaanhoidon

rahoituksen vähentämistä on todellisuudessa vaikea kuvitella. Keskeinen jouston kohde näyttäisivät olevan sosiaalipalvelujen saatavuus ja niiden asiakasmaksut. Vanhuspalveluihin onkin jo suunniteltu suuria säästöjä esimerkiksi Nordic Health Care Groupin laskelmiin vedoten⁹¹⁰. Raporteissa ei kerrota, mihin tietoihin pitkäikäisyyden ja avun tarpeen kehityksestä laskelmat pohjautuvat. Laskelmat ympärivuorokautisen hoidon vähentämisestä ja ”keventämisestä” ovat ristiriidassa väestötieteellisen, gerontologisen, geriatriksen ja terveydenhuoltopalveluiden tutkimuksen tulosten kanssa. Jos ikäihmisten palveluja kustannussäästön nimissä entisestään kavennetaan aikana, jolloin yli 85-vuotiaiden määrä kasvaa 3000 – 5000 hengellä vuodessa, seuraukset yhteiskuntamoraalin ja luottamuksen, eriarvoisuuden ja muun hoitojärjestelmän, esimerkiksi sairaaloiden, kannalta ovat kestämättömät. Lakiehdotus ei kuitenkaan turvaa ikäihmisten palvelujen rahoitus pohjaa vaan jättää sen huomattavasti heikommaksi kuin ns. suoran valinnan palvelut.

Tiivistys

Lakiesitys ei näytä johtavan ikäihmisten palveluiden saatavuuden paranemiseen eikä eriarvoisuuden vähenemiseen. Se sisältää elementtejä, jotka todennäköisesti johtavat palveluiden vaikeampaan saamiseen ja pirstaloitumiseen. Henkilökohtainen budjetointi ei ole toimiva väline suurimman tarvitsijaryhmän, dementiaa sairastavien, palvelujen hankkimiseen. Palvelujen yhteensovittaminen on todennäköisesti maakunnalle ylivoimainen tehtävä. Rahaa siirtyy palvelujen järjestämisestä hallintoon. Uudistuksen tulisi turvata tarpeenmukainen ja yhdenvertainen palvelujen saatavuus myös ikäihmisille sekä huolehtia palvelukokonaisuuden yhteensovittamisesta.

Marja Jylhä

gerontologian professori, LT

yhteiskuntatieteiden tiedekunta (terveystieteet) ja Gerontologian tutkimusyksikkö (GEREC)

marja.jylha@uta.fi

040 5889100

⁹ Torkki P, Leskelä R-L, Maksimainen A, ym. Sosiaali- ja terveyspalvelujen kehittämis- ja säästöpotentiaalin arviointi. Raportti. Valtioneuvoston kanslia, Valtioneuvoston elvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 4/2016.

¹⁰ Nordic Healthcare Group. Sosiaali- ja terveyspalveluiden kehittämis- ja säästöpotentiaalin arviointi. VNK TEAS-hanke 6:1.1. Sote-udistuksen ja itsehallintoalueiden muodostamisen tukemista koskevat selvitykset. Väliraportti 2.6. 2016