



KOTIHOIDON RIITTÄVYYS IKÄÄNTYNEIDEN TARPEESEEN NÄHDEN

2016



Johtava tuloksellisuustarkastaja Liisa Kähkönen, kaupunkitarkastajat Katja Bosisio-Hillberg ja Kirsi-Marie Kaito

Sisällysluettelo

1 ARVIOINNIN TAUSTATIEDOT	3
1.1 Arvioinnin tavoite ja laajuus.....	3
1.2 Arvioinnin kohde ja taustatiedot	3
1.3 Arviointikysymykset ja -kriteerit	6
1.4 Arvioinnin aineistot ja menetelmät	7
2 HAVAINNOT	9
2.1 Taustaa ikääntyneiden palveluista	9
2.1.1 Ikääntyneiden määrän kasvu.....	9
2.1.2 Ikääntyneiden sosiaali- ja lähityö sekä kotihoito	11
2.2 Strategian ja suositusten toteutuminen	14
2.2.1 Moniammatillinen arviointi ja yhteistyö	14
2.2.2 Palvelusuunnitelmien ajantasaisuus.....	20
2.2.3 Kotihoidon saatavuus ja riittävyys.....	24
2.3 Kotihoidon tuloksellisuus mittareiden valossa	34
2.3.1 Taloudellisuus.....	34
2.3.2 Tuottavuus ja palveluprosessin sujuvuus	36
2.3.3 Palvelun laatu	37
2.3.4 Työelämän laatu	42
2.4 Kokoavat havainnot.....	43
3 JOHTOPÄÄTÖKSET	47
4 TOIMENPIDE-ESITYS JA LISÄTIEDOT	48
LÄHTEET	48
LIITTEET	51



Johtava tuloksellisuustarkastaja Liisa Kähkönen, kaupunkitarkastajat Katja Bosisio-Hillberg ja Kirsi-Marie Kaito

1 ARVIOINNIN TAUSTATIEDOT

1.1 Arvioinnin tavoite ja laajuus

Tavoitteena oli arvioida, ovatko Helsingin nykyiset kotihoidon palvelut riittäviä ikääntyneiden tarpeisiin nähden. Tässä arvioinnissa huomio kohdistettiin erityisesti lakisääteiseen palvelutarpeen arviointiin ja palvelusuunnitelmien laadintaan ja tarkistamiseen siten, että ne toteutetaan ikääntynyttä ja hänen omaistaan kuullen ja päivitetään riittävän usein tarvetta vastaavaksi. Tarkastuslautakunnan vuonna 2014 toteuttaman arvioinnin mukaan lakisääteinen palvelutarpeiden arviointi ja palvelusuunnitelmien laadinta tehdään määritellyjen aikataulujen mukaisesti, mutta suunnitelmien päivitystiheys tai tarkistaminen on määriteltä "tarpeen mukaan" tehtäväksi "ilman aiheetonta viivytystä".

Arviointi rajattiin koskemaan palvelutarpeen arvioinnin ja suunnitelmien ajantasaisuutta ja palvelujen riittävyyttä kotihoidon esimiesten, työntekijöiden ja kotihoidon asiakkaiden näkökulmasta.

1.2 Arvioinnin kohde ja taustatiedot

Väestön ikääntymisen myötä sosiaali- ja terveydenhuollon menot kasvavat. Vanhusten kotihoito on ympärivuorokautista hoitoa huomattavasti edullisempi ratkaisu, ja kotihoidon lisääminen on ollut vanhustenhuollossa valtakunnallinen tavoite jo pitkään. Kotihoidolla on mahdollista ennaltaehkäistä tai siirtää ympärivuorokautiseen hoitoon siirtymistä. Lisäksi sitä pidetään laitosasumista inhimillisempänä ratkaisuna. Kotihoidon piirissä olevien 75 vuotta täyttäneiden osuus on ollut terveyskeskuksella tai nykyisellä sosiaali- ja terveysvirastolla sitovana talousarviovaihtoehtona vuosina 2000–2004 ja jälleen 2010–2016.¹

Vanhuspalvelulain tavoitteet

Vanhuspalvelulain² 6 §:n mukaan palvelujen laadun ja riittävyyden arvioimiseksi kunnan on kerättävä säännöllisesti palautetta palveluja käyttäviltä, heidän omaisiltaan ja läheisiltään sekä kunnan henkilöstöltä. Lisäksi kunnan on koottava tiedot palveluihin käytetyistä taloudellisista voimavaroista sekä henkilöstön määrästä ja koulutuksesta. Arvioinnissa on lisäksi otettava huomioon sosiaaliamiehen vuosittaisessa selvityksessä esitetyt havainnot. Lain 12 §:n mukaan kunnan on tarjottava kotona asuville niin sanottuja hyvinvointia edistäviä terveystarkastuksia, vastaanottoja tai kotikäyntejä. Lain 15 §:n mukaan kunta vastaa siitä, että iäkkään henkilön sosiaali- ja terveydenhuollon sekä muiden hänen hyvinvointiaan, terveyttään, toimintakykyään ja itsenäistä suoriutumistaan tukevien palvelujen tarve selvitetään kokonaisvaltai-

¹ Pähde-, mielenterveysongelmaisten ja aikuisiän diabeetikkojen hoitoon pääsy sekä ikääntyvien pääsy kotihoitoon, 2014.

² 980/2012, voimaan 1.7.2013.



Johtava tuloksellisuustarkastaja Liisa Kähkönen, kaupunkitarkastajat Katja Bosisio-Hillberg ja Kirsi-Marie Kaito

sesti yhdessä iäkkään henkilön ja tarvittaessa hänen omaisensa, läheisensä tai hänelle määrätyn edunvalvojan kanssa. Palvelusuunnitelmaa koskevassa 16 §:ssä mainitaan, että palvelusuunnitelma on tarkistettava ilman aiheetonta viivytystä aina silloin, kun iäkkään henkilön toimintakyvyssä tapahtuu hänen palvelutarpeeseensa vaikuttavia olennaisia muutoksia.

Lain esitöiden mukaan säännöllinen palvelun laadun ja riittävyyden arviointi liittyy kuntien veloitteeseen laatia suunnitelma ikääntyneen väestön hyvinvoinnin, terveyden, toimintakyvyn ja itsenäisen suoriutumisen edistämiseksi sekä iäkkäiden tarvitsemien palvelujen ja omaishoidon järjestämiseksi ja kehittämiseksi. Suunnitelmaa tulisi tarkistaa valtuustokausittain. Valtuustokausittain tapahtuva tarkastelu saattaa kuitenkin jäädä liian harvoin tapahtuvaksi, kun kysymys on iäkkäiden tarvitsemien sosiaalipalvelujen riittävyydestä ja laadusta. Sen vuoksi kunnan sosiaalihuollosta vastaavalla viranomaisella onkin velvollisuus vuosittain arvioida näiden palveluiden riittävyyttä ja laatua.³

Strategiaohjelman (2013–2016) ja Stadin ikäohjelman (2015–2016) tavoitteet

Helsingin strategiaohjelman 2013–2016 mukaan tavoitteena on varmistaa ikääntyneille ihmisille turvallinen ja arvokas elämä. Palvelurakennetta on tarkoitus uudistaa lisäämällä kotiin annettavia ja kotona asumista tukevia palveluja ja vähentämällä laitoshoidtoa. Kotihoitoa, omaishoitoa, toipilasajan hoitoa sekä kuntoutusta on tarkoitus kehittää ikääntyneiden toimintakyvyn edistämiseksi ja ylläpitämiseksi. Strategian mukaan ympärivuorokautista hoitoa ja hoivaa tarjotaan sitä tarvitseville kaupunkilaisille vanhustenkeskuksissa, palveluasumisessa ja pitkäaikaishoidossa. Palveluketjun sujuvuudesta huolehditaan siten, että palvelumuodosta toiseen siirtyminen sujuu viiveettä. Palveluja kehitetään myös palvelusetelien avulla. Elämän viime vaiheessa kotisairaaloiden saattohoitopalvelut ja kaupungin oma saattohoito-osasto ovat tukena muun avo- ja sairaalatoiminnan lisäksi.

Strategiaohjelman tavoitteena on, että ikääntynyt ja alle 65-vuotias toimintakyvyltään alentunut asukas saa tarvitsemansa hoidon, kuntoutuksen ja palvelut viiveettä oikeassa paikassa. Strategiassa mainittuina toimenpiteinä muun muassa painotetaan kotipalveluita ja omaishoitoa vanhustalpalveluiden järjestämisessä, ja kotipalveluja vahvistetaan.

Stadin ikäohjelman 2015–2016 mukaan palvelujen tarvetta, riittävyyttä ja laatua sekä saatavuutta arvioidaan eri menetelmin. Menetelminä tähän ovat muun muassa lakisääteinen sosiaalipalvelujen tarpeen arviointi yli 75-vuotiaille. Sosiaalipalvelujen tarpeen arviointi tehdään aina tarvittaessa muillekin ikääntyneille⁴. Tavoite on toteuttaa arviointi sosiaali- ja terveydenhuollon

³ HE 160/2012 vp., s. 45.

⁴ Vuodesta 1995 vuoteen 2012 on 65-vuotiaan elinajanodote kasvanut naisilla 2,6 ja miehillä 3 vuotta. Odotettavissa oleva elin aika on 65-vuotiailla naisilla 21 vuotta ja miehillä 18 vuotta. Ennaltaehkäiseviä ja toiminta-



yhteistyönä ikääntyneen henkilön ja hänen omaistensa kanssa. Arviointi tehdään yleensä ikääntyneen henkilön kotona. Lisäksi arvioidaan saatavuutta seuraamalla asiakas- ja käyntimääriä, käyttöasteita ja palvelujen odotusaikojen. Kaupunki julkaisee vanhuspalvelulain ja terveydenhuoltolain edellyttämät odotusaikatiedot, kuten odotusaikojen keskiarvot ja mediaanit, hakemusten lukumäärät ja yli kolme kuukautta odottaneiden lukumäärät internet-sivuillaan ja kaupungin julkaisuissa. Laatua arvioidaan käyttäen erilaisia arviointimenetelmiä kuten kotihoidossa ja ympärivuorokautisessa hoidossa RAI (Resident Assessment Instrument) -arviointi, asiakaskyselyt, palautejärjestelmä, sosiaali- ja potilasasiamiesten raportit sekä valituksista ja kanteluista saatu tieto.

Helsingin sosiaali- ja terveystieteiden kotihoidon toiminta- ja kehittämissuunnitelman Kotihoito 2020 mukaan yksi tavoite on, että varsinaiset kotihoidon palvelut suunnataan runsaammin tukea tarvitseville, mutta kotihoidon kevytvoimavarojen asiakkaiden ryhmä ja kotihoidon asiakasrakenne tarkastellaan vähintään kerran vuodessa kotihoitoyksiköittäin. Suunnitelma sisältää toimenpiteitä palvelutarpeen arviointiin ja palvelusuunnitelmien tekemiseen.

Tarkastuslautakunnan kotihoitoa koskevat suositukset

Tarkastuslautakunta on arvioinut kotihoitoa vuosina 2014 ja 2015. Vuonna 2014 arvioinnin kohteena oli kotihoidon palveluihin pääsy. Tuolloin arvioinnin yhtenä osakysymyksenä selvitettiin, ovatko iäkkäiden ja alle 65-vuotiaiden toimintakyvyltään alentuneiden kotiin annettavat ja kotona asumista tukevat palvelut lisääntyneet strategia-ohjelman mukaisesti. Arvioinnin perusteella lyhytaikaishoidossa, arviointi- ja kuntoutustoiminnassa ja ympärivuorokautisessa hoidossa (myös alle 65-v.) on lisätty palvelukeskustoimintaa ja päivätoimintaa, yhteistyötä on tiivistetty alueellisesti palvelualuemallissa, laitoshoidon ja sairaalapaikkoja on vähennetty ja voimavaroja on siirretty kotona asumista tukeviin palveluihin. Lisäksi muistikoordinaattori- ja muistipoliklinikkatoimintaa on vahvistettu. Palvelujen saantia tiedusteltiin kyselyllä palvelualuejohtajille (4), kotihoitopäälliköille (7) ja kotihoidon ohjaajille (81) sekä täydennettiin kotihoidon silloisella asiakastytyväisyyskyselyllä. Niiden mukaan palvelun saanti toteutui varsinaisen kotihoidon osalta hyvin. Palvelu ei kuitenkaan ole riittävää tukeakseen kotona asuvan asiakkaan omaehtoista toimintaa (raskaat kotityöt, omien asioiden hoito, liikkuminen).⁵

Vuonna 2015 arviointiaiheena oli, järjestääkö kaupunki muistisairaille kansallisten suositusten mukaisesti palveluja. Arvioinnin keskeisenä tuloksena oli, että lievissä muistiongelmassa voidaan hyödyntää kotihoitoa ja muistisairaita

kykyä monipuolisesti tukevia toimia tarvitaan elämänlaadun parantamiseksi ja jotta voidaan vähentää palvelujen tarvetta.

⁵ Päihde-, mielenterveysongelmaisten ja aikuisiän diabeetikkojen hoitoon pääsy sekä ikääntyvien pääsy kotihoitoon, 2014.



Johtava tuloksellisuustarkastaja Liisa Kähkönen, kaupunkitarkastajat Katja Bosisio-Hillberg ja Kirsi-Marie Kaito

tukevia apuvälineitä, mutta sairauden edetessä kotona asuminen ei välttämättä ole turvallinen ja inhimillisesti katsoen paras vaihtoehto. Muistisairaat tarvitsevat sairautensa eri vaiheissa erityisesti muistisairaille suunnattuja, muunneltavia palveluasumisen vaihtoehtoja ja ympärivuorokautista hoitoa.

Arvioinnin yhteydessä suoritetaan vuosina 2014 ja 2015 annettujen suositusten seuranta seuraavasti:

Vuonna 2014 arviointikertomuksessa annettiin seuraavat suositukset:

- Terveysasemien, sisätautien-, psykiatrian- ja päihdepoliklinikoiden sekä kotihoidon on tehtävä nykyistä systemaattisemmin potilaiden ja asiakkaiden erilaisten sairauksien ja ongelmien moniammatillista tunnistamista.
- Terveysasemien, sisätautien-, psykiatrian- ja päihdepoliklinikoiden sekä kotihoidon tulee laatia kaikille monisairaille tai -ongelmaisille asiakkailleen hoito- tai palvelusuunnitelma moniammatillisesti asiakkaan kanssa asiakasta motivoiden siten, että hän ottaa itse vastuuta hoidostaan.
- Kotihoito ja sosiaali- ja lähityön palvelut tulee yhdistää säännölliseksi käytännön työksi. Lisäksi kotihoitoon tulee tarvittaessa liittää myös muiden ammattilaisten palveluita. Kotihoidossa on syytä käydä keskustelu palvelun keskittämisestä hoivaa eniten tarvitseville asiakasryhmille.

Myös vuoden 2015 arviointikertomuksessa annettiin teemaan liittyviä suosituksia. Näistä yksi koskee erityisesti kotihoitoa: "Sosiaali- ja terveysviraston tulee varhaistaa muistisairaiden diagnosointia tekemällä kotihoidon asiakkaille moniammatillinen arviointi aikaisessa vaiheessa". Myös tämän toteutumista arvioidaan lyhyesti arviointikertomukseen saadun lausunnon perusteella.

1.3 Arviointikysymykset ja -kriteerit

Arvioinnin pääkysymyksenä on, toteuttaako kaupunki ikääntyneiden palvelutarpeen arvioinnin ja palvelusuunnitelmien laadinnan riittävän usein siten, että kotihoidon palveluilla voidaan vastata kotona asuvan ikääntyneen kulloiseenkin palvelutarpeeseen.

Arvioinnin tarkentavat osakysymykset ovat:

1. Tehdäänkö kotihoidossa aiempaa systemaattisempaa potilaiden ja asiakkaiden erilaisten sairauksien ja ongelmien moniammatillista tunnistamista (vertailuvuosi 2014)?
2. Laaditaanko kotihoidossa kaikille monisairaille tai -ongelmaisille asiakkaille hoito- tai palvelusuunnitelma moniammatillisesti asiakkaan kanssa asiakasta motivoiden siten, että hän ottaa itse vastuuta hoidostaan?
3. Onko kotihoito ja sosiaali- ja lähityön palvelut yhdistetty säännölliseksi käytännön työksi ja kotihoitoon liitetty myös muiden ammattilaisten palveluita?



Onko sosiaali- ja terveysvirastossa käyty keskustelu kotipalvelun keskittämistä hoivaa eniten tarvitseville asiakasryhmille?

4. Toteutetaanko palvelutarpeen arviointeja yhdessä ikääntyneen (ja hänen omaisensa kanssa) riittävän usein siten, että kotona asuvan ikääntyneen palvelutarpeesta saadaan ajantasainen tieto?
5. Päivitetäänkö palvelusuunnitelmia yhdessä ikääntyneen (ja hänen omaisensa) kanssa riittävän usein siten, että suunnitelmaan kirjatut palvelut vastaavat tarvetta?
6. Pystytäänkö palvelutarpeen arvioinnin ja palvelusuunnitelmien avulla varmistamaan ja ennakoimaan ikääntyneen kotona asuvan tarvitsemat palvelut riittävästi?

Apukysymyksinä kuudenteen osakysymykseen käytetään seuraavia: Pyritäänkö iästä hoitamaan liian pitkään kotona? Mikä on käytännössä raja sille, milloin iäkäs ei enää pärjää kotona? Miten hoitajien vaihtuminen vaikuttaa hoitoon ja palvelujen toteutumiseen? Miten yksinäisyyden ongelma ratkaistaan kotihoidossa? Saavatko kaikki kotona asuvat ikääntyneet tasa-arvoisesti palveluita riippumatta asuinalueesta, kulttuurista tai kielestä?

Arvioinnin pääkysymykseen vastataan tarkentavien osa- ja apukysymysten avulla. Arviointikriteerinä olivat palvelualuejohtajien haastattelussa ja henkilöstön kyselyssä antamat vastaukset ja arvioijien tulkinnat niistä.

1.4 Arvioinnin aineistot ja menetelmät

Keskeisimpinä aineistoina arvioinnissa oli haastattelu sosiaali- ja lähityöstä sekä kotihoidosta vastaaville neljälle palvelualuejohtajalle ja laaja sähköinen kysely sosiaali- ja lähityön sekä kotihoidon henkilöstölle. Lisäksi käytettiin muuta kirjallista ja tilastomateriaalia.

Kotihoidon kysely koski kotihoidon ohjaajia, kotihoidon sairaanhoitajia, terveydenhoitajia, lähihoitajia, perushoitajia, kodinhoitajia ja kotiaavustajia. Näitä työntekijöitä oli yhteensä 1 741⁶. Kysely toimitettiin sähköpostin jakelulistan avulla kotihoidon ohjaajille, jotka välittivät kyselyn eteenpäin työntekijöille. Kyselyyn vastasi yhteensä 370 henkilöä, eli vastausprosentti oli 21. Eniten vastauksia tuli kotihoidon lähihoitajilta ja perushoitajilta (212 henkilöä) ja kotihoidon sairaanhoitajilta ja terveydenhoitajilta (108 henkilöä)⁷. Etelän palvelualueelta tuli eniten vastauksia (32 % vastauksista). Länneistä ja idästä tuli suurin piirtein saman verran (27 % ja 25 %). Vähiten vastauksia tuli pohjoisen palve-

⁶ Sosiaali- ja terveysviraston kotihoito, vertailua 2014 ja 2015, uusi organisaatio ja vakanssimäärät. Sosiaali- ja terveysvirasto, Henkilöstö- ja kehittämispalvelut/Kehittämisen ja toiminnan tuki 14.6.2016. Luvusta vähenetty toimistosiihteri-nimikkeellä olevat.

⁷ Loput vastauksista tulivat kotihoidon ohjaajilta (40) sekä kotihoidon kodinhoitajilta ja kotiaavustajilta (10).



lualueelta (16 %). Kaikista vastaajista kolme prosenttia työskenteli ruotsinkielisessä kotihoidossa⁸.

Sosiaali- ja lähityön kysely koski erityissosiaalityöntekijöitä, sosiaalityöntekijöitä ja omaishoidon sosiaaliohjaajia. Näitä työntekijöitä oli syyskuussa 2016⁹ yhteensä 61. Kysely toimitettiin sähköpostin jakelulistan avulla sosiaali- ja lähityön aluepäälliköille, jotka välittivät kyselyn eteenpäin työntekijöille. Kyselyyn vastasi yhteensä 31 henkilöä, eli vastausprosentti oli 51. Vastaajista 20 oli sosiaalityöntekijöitä ja erityissosiaalityöntekijöitä sekä 11 omaishoidon sosiaaliohjaajia. Vastaukset jakautuivat alueellisesti siten, että etelän palvelualueen vastausprosentti oli korkein (32 % vastanneista). Vastauksista 26 prosenttia oli idän palvelualueelta, lännen ja pohjoisen palvelualueilta kummastakin 16 prosenttia. Vastauksista 10 prosentissa ilmoitettiin palvelualueeksi koko kaupunki. Kaikista vastaajista 10 prosenttia työskenteli ruotsinkielisessä sosiaali- ja lähityössä¹⁰.

Sekä kotihoidossa että sosiaali- ja lähityössä kysymykset oli ryhmitelty teemoittain ja kysymyksenasettelu perustui positiivisiin väittämiin, esimerkiksi ”Mielestäni vastuualueellani kotihoidossa/omalla väestövastuualueellani sosiaali- ja lähityössä pystytään riittävästi ennakoimaan ikääntyneen kotona asuvan tarvitsemia palveluita”. Kyselyissä toistuvat kysymykset voitiin ryhmitellä karkeasti seuraaviin teemoihin: moniammatillinen arviointi ja yhteistyö, palvelusuunnitelmien ajantasaisuus, kotihoidon saatavuus ja riittävyys. Kotihoidon näkökulmaa kartoittavassa kyselyssä kysyttiin lisäksi palvelun laatuun ja sen valvontaan liittyviä seikkoja. Vastaukset annettiin asteikolla 1-5, jossa 5 Täysin samaa mieltä ja 1 Täysin eri mieltä. Vastausvaihtoehtona oli myös 0 En osaa sanoa, nämä vastaukset eivät vaikuttaneet väittämäkohtaiseen keskiarvolaskentaan.

Liitteessä 2 on esitetty kotihoidon työntekijöiden vastausten keskiarvot työntekijäryhmittäin ja liitteessä 3 sosiaali- ja lähityön työntekijöiden vastausten keskiarvot. Väittämät on skaalattu asteikolla 1-5.

Avovastauksia tuli sekä kotihoidossa että sosiaali- ja lähityössä runsaasti. Osioittainen avovastausten lukumäärä vaihteli jonkin verran, mutta vastauksia tuli kuitenkin melko tasaisesti. Vastauksissa nostettiin esille runsaasti sekä hyvin toimivia asioita että toiminnan haasteita. Avovastausten osalta alueellista tarkastelua on suoritettu ainoastaan kotihoidon osalta. Sosiaali- ja lähityössä vastausten määrä oli liian pieni tarkempaa tarkastelua ajatellen.

⁸ Ruotsinkielisessä kotihoidossa työskentelee yhteensä 32 henkilöä, joista 10 (31 %) vastasi kotihoidon kyselyyn.

⁹ Sosiaali- ja lähityön johtajilta saatu tieto, syyskuu 2016: länsi 11, etelä 16 + ruotsinkielinen tiimi 6, itä 16 ja pohjoinen 12 henkilöä.

¹⁰ Ruotsinkielisessä sosiaali- ja lähityössä työskentelee yhteensä 6 henkilöä, joista 3 (50 %) vastasi sosiaali- ja lähityön kyselyyn.

17.2.2017

Johtava tuloksellisuustarkastaja Liisa Kähkönen, kaupunkitarkastajat Katja Bosisio-Hillberg ja Kirsi-Marie Kaito

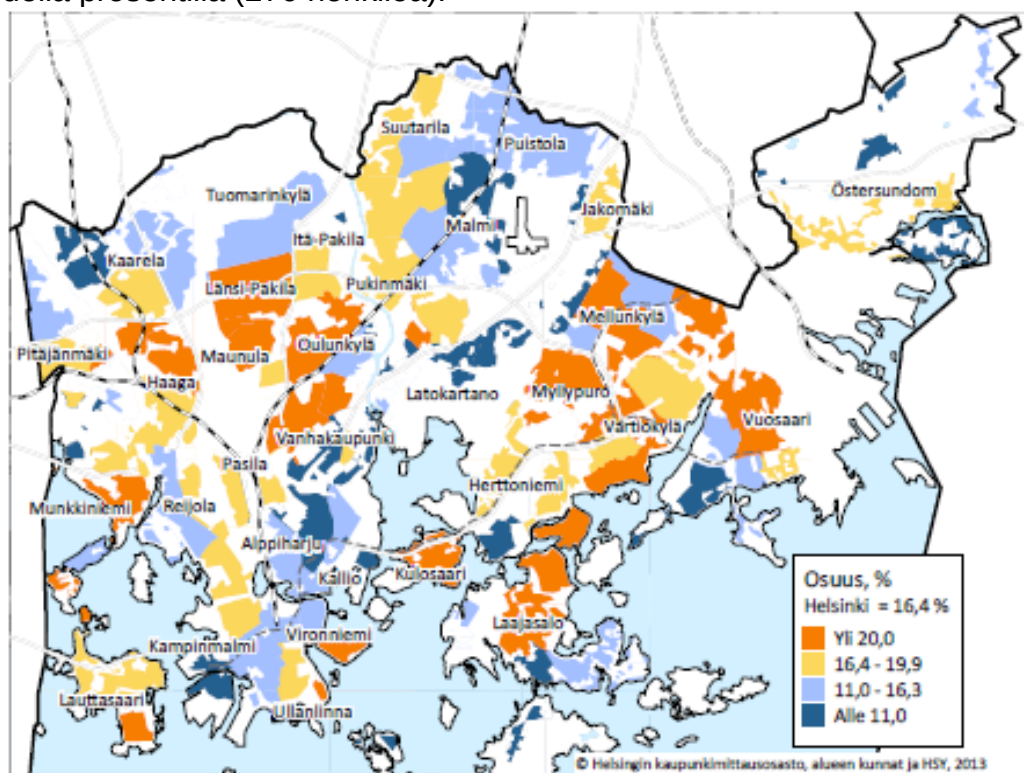
Kotihoidon tuloksellisuustarkastelussa on hyödynnetty vuonna 2016 toteutetun Tuloksellisuuden mittaaminen sosiaali- ja terveystaloudessa -arvioinnin aineistoa ja tuloksia. Mittareiden saamiseksi tehtiin lisätietopyyntö toiminnasta vastaavalle suunnittelijalle ja työelämän laadun osalta työnantajapalveluille.

2 HAVAINNOT

2.1 Taustaa ikääntyneiden palveluista

2.1.1 Ikääntyneiden määrän kasvu

Vuodenvaihteessa 2014/2015 helsinkiläisistä noin 16 prosenttia oli 65 vuotta täyttäneitä. Suurten ikäluokkien ikääntyminen näkyy tilastoissa: 65 vuotta täyttäneitä oli tuolloin kolme prosenttia (3 881 henkilöä) enemmän kuin vuotta aikaisemmin. Yli 75-vuotiaiden määrä oli niin ikään kasvanut vuoden takaisesta kahdella prosentilla (966 henkilöä) ja yli 85-vuotiaiden määrä niin ikään kahdella prosentilla (276 henkilöä).¹¹



Kuvio 1 65 vuotta täyttäneiden osuus alueen väestöstä kaupunginosittain vuodenvaihteessa 2014/2015.¹²

Kuviosta 1 voidaan havaita, että ikääntyneiden (yli 65-vuotiaat) sijoittuminen eri puolille kaupunkia on erilaista. Ikääntyneet asuvat vanhoilla asuinalueilla.

¹¹ Helsingin väestö vuodenvaihteessa 2014/2015 ja väestönmuutokset vuonna 2014.

¹² Helsingin väestö vuodenvaihteessa 2014/2015 ja väestönmuutokset vuonna 2014.



Johtava tuloksellisuustarkastaja Liisa Kähkönen, kaupunkitarkastajat Katja Bosisio-Hillberg ja Kirsi-Marie Kaito

kun taas uusilla asuinalueilla heitä on vähemmän. Vuodenvaihteessa 2014/2015 ikääntyneitä oli suhteessa eniten Kaivopuistossa, Pihlajistossa ja Vanhassa Munkkiniemessä (yli 24 %). Vähiten 65 vuotta täyttäneitä oli Santa-haminassa, Tuomarinkartanossa ja Viikin tiedepuistossa (alle 3 % alueen väestöstä). Myös 75 vuotta täyttäneitä oli suhteellisesti paljon samoilla alueilla kuin 65 vuotta täyttäneitä.¹³

Taulukon 1 mukaan vuonna 2015 säännöllisen kotihoidon piirissä oli 75 vuotta täyttäneestä väestöstä 12,6 prosenttia ja omaishoidon tuen piirissä lähes kolme prosenttia. Osuudet näissä ovat kasvaneet, kun taas tehostetun palveluasumisen, vanhainkotihoitoon ja terveyskeskussairaalan osuudet ovat vähentyneet vuodesta 2011.

Taulukko 1 Helsingin 75 vuotta täyttäneiden palvelut 2011, 2014 ja 2015 (ikävakioimaton)¹⁴

Vanhusasukkaiden määrä ja osuus kunnan kaikista asukkaista	2011	2014	2015	Muutos 11-15, %	Muutos 14-15, %
75 vuotta täyttäneiden määrä 31.12.	40 268	42 733	43 199	7,3	1,1
85 vuotta täyttäneiden määrä 31.12.	11 795	12 547	12 949	9,8	3,2
75 vuotta täyttäneiden osuus asukkaista 31.12., %	6,8	6,9	6,9		
85 vuotta täyttäneiden osuus asukkaista 31.12., %	2,0	2,0	2,1		
75 vuotta täyttäneistä palvelujen asiakkaita, %					
Säännöllisen kotihoidon peittävyys joulukuussa	12,3	12,4	12,6	2,4	1,8
Omaishoidon tuen peittävyys 31.12.	2,9	2,6	3,0	1,9	11,7
Omaishoidon tuen kattavuus vuoden aikana	3,7	3,7	3,7	-0,7	1,5
Keskiraskaan palveluasumisen peittävyys 31.12.	-	-	-	-	-
Tehostetun palveluasumisen peittävyys 31.12.	5,7	6,4	6,4	10,9	-1,1
75 vuotta täyttäneistä laitoshoidon asiakkaita, %	5,1	3,4	3,1	-38,6	-7,6
Vanhainkotihoitoon peittävyys 31.12.	4,5	3,2	3,0	-32,7	-5,7
Terveyskeskussairaalan pitkäaikaishoito 31.12.	0,6	0,2	0,1	-84,1	-44,3
75 vuotta täyttäneistä lyhytaikaisten terveydenhuollon palvelujen potilaita, %	1,6	1,9	1,7	7,9	-10,0
Terveyskeskussairaalan lyhytaikaishoito 31.12.	1,2	1,3	1,1	-5,4	-12,0
Erikoissairaanhoidon laskennallinen peittävyys 31.12.	0,4	0,6	0,6	49,0	-5,7
Kustannukset 75 vuotta täyttäneiden palveluista korotettuna vuoden 2015 rahan arvoon					
75 vuotta täyttäneiden palvelujen kokonaiskustannukset milj. euroa/vuosi	553,1	569,0	583,6	5,5	2,6
75 vuotta täyttäneiden palvelujen kustannukset asukasta kohti euroa/vuosi (ikävakioimaton)	13 737	13 314	13 509	-1,7	1,5

¹³ Helsingin väestö vuodenvaihteessa 2014/2015 ja väestönmuutokset vuonna 2014.

¹⁴ Kuuden suurimman kaupungin vanhusten sosiaali- ja terveyspalvelujen kustannusten vertailu vuonna 2015.



2.1.2 Ikääntyneiden sosiaali- ja lähityö sekä kotihoito

Ikääntyneiden palvelut on jaettu Helsingissä neljään palvelualueeseen. Näitä ovat Etelän, Idän, Lännen ja Pohjoisen palvelualue. Kunkin palvelualueen johtaja vastaa palvelukeskuksista, kotihoidosta sekä sosiaali- ja lähityöstä. Asiakkaita on noin 1 500-2 000 kullakin vastuualueella. Helsingin neljällä palvelualueella on lisäksi 73 lähipalvelualueetta.¹⁵

Vanhuspalvelulain¹⁶ mukaisia kotona asuvien ikääntyneiden palvelutarpeen arviointeja tekevät sekä sosiaali- ja lähityö että kotihoito. Ikääntyneiden sosiaali- ja lähityö toteuttaa yli 65 vuotiaiden kotona-asuvien sosiaalityötä, sosiaaliohjausta ja omaishoidon tukeen liittyviä palveluita (arviointi, suunnittelu, neuvonta, omaishoidon palvelukeskustoiminta ja kotiaavustajatoiminta). Sosiaali- ja lähityössä työskentelee kullakin alueella 20–40 työntekijää. He ovat sosiaalityöntekijöitä ja erityissosiaalityöntekijöitä, kotiaavustajia (omaishoidon kotiaavustaja) ja omaishoidon- ja lähityön sosiaaliohjaajia.¹⁷ Sosiaali- ja lähityössä tehdään arviointi omaishoidon tukea varten sekä niin sanottuja hyvinvointia ylläpitäviä kotikäyntejä. Omaishoidon tuki on määritelty laissa omaishoidon tuesta¹⁸. Lain 2 §:n mukaan omaishoito on vanhuksen, vammaisen tai sairaan henkilön hoidon ja huolenpidon järjestämistä kotiloissa omaisen tai muun hoidettavalle läheisen henkilön avulla. Tätä varten omaistaan hoitava voi hakea omaishoidon tukea sosiaali- ja lähityöstä. Omaishoidon tuen ohjausryhmä koordinoi Helsingin kaupungin omaishoidon tukea. Hyvinvointia edistävä kotikäynti tarjotaan jokaiselle 85 vuotta täyttävälle helsinkiläiselle, joka ei saa kaupungin kotihoito- tai sosiaalipalveluita. Niin sanotut Heko-koordinaattorit vastaavat kotikäyntien kutsuista, järjestämisestä ja tekevät kotikäyntejä.¹⁹

Neljän lähipalvelualueen sisällä kotihoito jakautuu edelleen seitsemään eri yksikköön: eteläinen, keskinen, läntinen, lounainen, itäinen, kaakkoinen ja pohjoinen. Ruotsinkielinen toiminta sijoittuu eteläiseen yksikköön, mutta palvelee koko kaupunkia. Yökotihoito on keskitetty lounaiseen kotihoitoyksikköön, josta se palvelee koko kaupunkia.²⁰

Kotihoito tukee kotona asuvia asiakkaita terveyden- ja sairaanhoidollisissa ja hoivaa vaativissa tehtävissä muun muassa asiakkaan kotiutuessa sairaalasta tai muutoin tarvitessaan hoitoa tai hoivaa. Kotihoidon henkilöstö on sairaanhoitajia, terveydenhoitajia, lähihoitajia, kodinhoitajia ja kotiaavustajia. Kotihoidon sairaanhoitajat, terveydenhoitajat ja lähihoitajat suorittavat sairaanhoitoon

¹⁵ Palvelualuejohtajien haastattelu 16.6.2016.

¹⁶ 980/2012, voimaan 1.7.2013.

¹⁷ Palvelualuejohtajien haastattelu 16.6.2016.

¹⁸ 937/2005.

¹⁹ Palvelualuejohtajien haastattelu 16.6.2016.

²⁰ Sosiaali- ja terveysviraston Helmi/osastot/sairaala-, kuntoutus- ja hoivapalvelut/kotihoito 17.5.2016.



liittyviä tehtäviä. Kotihoidon lähihoitajat, kodinhoitajat ja kotiavustajat tekevät hoivatyötä (aamupesut, pukeminen, aamupala, suihkut yms.). Käynneistä oli kotisairaanhoidon 68 prosenttia ja kotipalvelua 32 prosenttia vuonna 2015, suhde vaihtelee eri palvelualueilla. Alueet ostavat kotihoitoa ruotsinkielisille asiakkaille jonkin verran. Hoidollinen osuus on lisääntynyt yli 80 prosenttiin kotisairaanhoidon osalta – kotona asuvat ikääntyneet ovat siten yhä enemmän hoitoa tarvitsevia. Kotihoito tarvitsee sosiaalityöntekijöiden tukea erilaisissa esimerkiksi sosiaalitukiin liittyvissä hakemuksellisissa asioissa. Kotihoito tekee palvelutarpeen arviointia osana hoitotyötä ja laatii kotihoidon hoitosuunnitelmiä.²¹

Kotihoidossa asiakkaat luokitellaan

- säännöllistä kotihoitoa saaviksi (vakituiset kuukausimaksuasiakkaat),
- tilapäisiksi asiakkaiksi (jotka ehkä myöhemmin tulevat kotihoidon vakituisiksi asiakkaiksi) ja
- pelkkää tukipalvelua saaviksi asiakkaiksi.²²

Säännöllisen kotihoidon asiakkaita on noin 9 700 kuukaudessa. Palvelu tuotetaan pääosin itse, mutta ruotsinkielistä kotihoitopalvelua järjestetään myös ostopalveluna (40 henkilöä ostopalvelun piirissä). Tukipalvelut pääasiassa ostetaan. Ostopalvelujen laadunvalvonta tapahtuu kotihoidossa siten, että sairaanhoitaja käy sovitusti, esimerkiksi kerran kuussa, valvomassa palvelua.²³

Suuri osa kotihoidon asiakkaista on sellaisia, jotka saavat pelkkää tukipalvelua. Heitä on noin 2 000 asiakasta kuukausittain. Yhteensä vuoden 2015 aikana tukipalvelua saaneita asiakkaita oli 9 600, mutta tilastot eivät kerro kuinka moni säännöllisen kotihoidon asiakkaista sai myös tukipalvelua. Kotiin annettavat niin sanotut tukipalvelut järjestetään ostopalveluna joko kilpailutetuilta tai palvelusetelijärjestelmän piiriin hyväksytyiltä tuottajilta. Tukipalvelujen tuottajat valitaan useamman vuoden sopimuksilla. Sosiaali- ja lähityö tai kotihoito kertoo vaihtoehtoisista tuottajista asiakkaalle. Tuottajien määrät vaihtelevat tukipalvelun mukaan (siivous, kauppa jne.). Kauppapalveluissa on yksi toimittaja, ateriapalveluissa kaksi ja siivouspalveluissa noin 20 toimittajaa. Tukipalveluiden osalta palvelun laatua valvotaan asiakkaiden reklamaatioiden perusteella. Pääosin valvonnasta vastaa sosiaali- ja terveystieteiden hankinta- ja kilpailutusyksikkö.²⁴

Sosiaali- ja lähityössä sekä kotihoidossa joudutaan jossain määrin työskentelemään päivystysluonteisesti, sillä asiakkaiden määrä vaihtelee koko ajan. Kotihoidossa käyntien aikakriittisyyksiä on mietitty paljon ja pyritty purkamaan aamun ruuhkahuippuja sen mukaan, ketkä asiakkaat tulee hoitaa tietyssä ai-

²¹ Palvelualuejohtajien haastattelu 16.6.2016.

²² Palvelualuejohtajien haastattelu 16.6.2016.

²³ Palvelualuejohtajien haastattelu 16.6.2016.

²⁴ Palvelualuejohtajien haastattelu 16.6.2016.



kataulussa ja ketkä eivät ole niin kiireellisiä. Kotihoidossa "Pegasos Mukana" -toiminnanohjausjärjestelmää käytetään ruuhkien ja äkillisten tilanteiden varalla hyödyksi, sillä esimies (kotihoiton ohjaaja) pystyy järjestelmän avulla seuraamaan asiakaskäyntien toteutumista päivän aikana.²⁵

Sosiaali- ja lähityön sekä kotihoiton asiakkaita voi tulla palvelun piiriin omien nykyisten asiakkaiden joukosta, mutta myös muusta sosiaali- ja terveydenhuollosta, jolloin kaikki asiakkaan asiat eivät palvelualuejohtajien mukaan ole välttämättä hyvin hoidossa. Esimerkiksi kotihoiton asiakkaista suurin yksittäinen asiakasryhmä ovat sairaalasta kotiutuvat. Osa kotiutuvista asiakkaista tarvitsee vain tilapäisiä hoidollisia toimenpiteitä. Säännöllisen kotihoiton asiakkaista 20–30 prosenttia ei ole sosiaalisen tuen tarpeessa, mutta muilla sosiaalisen tuen tarvetta on enemmän tai vähemmän. Palvelualuejohtajien haastattelun mukaan lähityön sosiaali-ohjaajia ja sosiaalityöntekijöitä ei ole riittävästi tarpeeseen nähden. Esimerkiksi läntisellä alueella on käytössä vajaat kaksi työntekijää kahdeksaa kotipalvelutiimiä kohden.²⁶

Kotihoiton käynti vaihtelee 10 minuutista kahteen tuntiin. Keskipituus on 24–27 minuuttia. Palvelualuejohtajien mukaan tässä ajassa yleensä pystytään hoitamaan esimerkiksi asiakkaan aamutoimet, kuten peseytyminen, lääkkeidenanto ja aamupala. Mikäli aika ei riitä tai tulee akuuttitilanne, hoitaja voi esimerkiksi ilmoittaa mahdollisesta myöhästymisestä seuraavalle asiakkaalle. Lisäksi esimies seuraa toiminnanohjausjärjestelmän avulla käyntejä reaalitajassa, voi järjestellä niitä ja hankkia lisäresursseja/siirtää hoitajia lähipalvelualueiden välillä tilanteen mukaan. Siirrettävissä olevia resursseja voi olla, mikäli käyntejä jää väliin, jos esimerkiksi jokin asiakas on joutunut sairaalahoitoon. Tilanteet vaihtelevat päivittäin ja päivät poikkeavat suunnitellusta.²⁷

Kotihoiton käyntien toteutuminen ja hoitosuunnitelman toteutuminen voidaan varmistaa toiminnanohjausjärjestelmän avulla. Toiminnanohjausjärjestelmä toimii kotihoitossa älypuhelimien kautta QR-koodilla, joka toimii koko Helsingin alueella. Hoitaja "rekisteröi" itsensä asiakkaan luo tullessaan ja lähtiesseen.²⁸

Arviointiin liittyvässä haastattelussa palvelualuejohtajilta tiedusteltiin, miten kotipalvelun laatuun vaikuttaa se, että eri palvelut ovat eriytyneet ja kotona saatava käydä eri henkilöitä. Haastattelun mukaan asiakkaat hyväksyvät nykyään aiempaa paremmin sen, että kotona käy eri palveluista vastaavia ihmisiä. Asiakkaiden suhtautuminen kuitenkin vaihtelee. Haastavia ovat erityisesti tilanteet, joissa on ollut omaishoitosuhte, joka on päättynyt esimerkiksi siitä syystä, ettei omainen jaksa enää itse hoitaa. Tällöin kotona alkaa käydä eri ihmisiä

²⁵ Palvelualuejohtajien haastattelu 16.6.2016.

²⁶ Palvelualuejohtajien haastattelu 16.6.2016.

²⁷ Palvelualuejohtajien haastattelu 16.6.2016.

²⁸ Palvelualuejohtajien haastattelu 16.6.2016.



Johtava tuloksellisuustarkastaja Liisa Kähkönen, kaupunkitarkastajat Katja Bosisio-Hillberg ja Kirsi-Marie Kaito

antamassa hoitoa ja palveluita ja tämä voi tuntua raskaalta erityisesti entisestään omaishoitajasta.²⁹

2.2 Strategian ja suositusten toteutuminen

2.2.1 Moniammatillinen arviointi ja yhteistyö

Tässä luvussa tarkastellaan arvioinnin osakysymyksiä 1-3 asiakkaan moniammatillisesta arvioinnista, moniammatillisista palvelusuunnitelmista ja kotihoidon sekä sosiaali- ja lähityön yhteistyöstä.

Palvelutarpeen arviointi on lakisääteistä. Sosiaalihoitolain³⁰ mukainen palvelutarpeen arviointi tehdään jokaiselle 75 vuotta täyttäneelle henkilölle, joka ei vielä ole kotihoidon tai sosiaali- ja lähityön palvelujen piirissä mikäli henkilö tähän suostuu. Vuonna 2015 sosiaalityöntekijä ja terveydenhoitaja tekivät yhdessä noin 40 prosenttia arvioinneista. 24 prosentissa arvioinnin teki joku muu vastaava yhdistelmä, kuten esimerkiksi sosiaalityöntekijä/terveydenhoitaja ja muu terveydenhoidon viranomaisen tai kotihoidon ohjaaja. Sosiaalityöntekijä teki yksin arvioinnin 23 prosentissa ja terveydenhoitaja yksin 15 prosentissa tapauksista. Arvioinneissa 34 prosenttia oli sellaisia, jossa ikääntyneen lisäksi oli mukana hänen lapsensa ja 23 prosentissa muu perheen jäsen, kuten puoliso. 32 prosentissa arvioinnissa oli mukana vain henkilö itse.³¹ Voidaan todeta, että lakisääteistä arviointia tehdään useimmiten moniammatillisesti ja arvioinneissa on useimmiten mukana ikääntyneen lisäksi omainen tai läheinen. Tilastojen mukaan vuodesta 2011 lähtien kotihoidon ja sosiaalityön yhteisesti toteuttamat arvioinnit ovat kuitenkin vähentyneet.

Kotihoidon piirissä olevan asiakkaan tilannetta arvioidaan jokaisen kotikäynnin yhteydessä sekä kriisitilanteessa että normaalissa yhteydenotossa tilanteesta riippuen. Asiakas voi olla kotihoidolle jo ennestään tuttu ja pitkään hoidettu tai sitten täysin uusi. Myös tämä vaikuttaa siihen, miten ja kuinka usein palvelutarpeen arviointi tehdään sekä toimintatapoihin.³²

Kotihoidon asiakkaat ovat toiminnanohjausjärjestelmän ja hoitajien käyntien ansiosta jatkuvassa seurannassa ja "arvioinnin" piirissä. Älypuhelimien liitetyn toiminnanohjausjärjestelmän kautta pääsee potilastietojärjestelmä Pegasokseen, josta hoitaja näkee asiakkaan hoitosuunnitelman ja voi tehdä merkintöjä. Koska asiakkaan luona käydään säännöllisesti, arviointia tehdään jatku-

²⁹ Palvelualuejohtajien haastattelu 16.6.2016.

³⁰ Sosiaalihoitolaki 1301/2014 § 36.

³¹ Henkilöstö- ja kehittämispalvelut 15.6.2016

³² Palvelualuejohtajien haastattelu 16.6.2016.



vasti käyntien yhteydessä. Järjestelmä tuli käyttöön koko Helsingissä vuonna 2014.³³

Tarkastuslautakunta suositteli vuoden 2014 arviointikertomuksessaan, että moniammatillista palvelutarpeen arviointia on lisättävä, hoito- ja palvelusuunnitelmat on laadittava moniammatillisesti asiakkaan kanssa ja kotihoito sekä sosiaali- ja lähityö on yhdistettävä säännölliseksi käytännön työksi ja työhön yhdistettävä myös muita palveluita. Sosiaali- ja terveysviraston vuoden 2014 arviointikertomukseen antaman lausunnon mukaan sosiaali- ja lähityön ja kotihoidon yhteistyötä on lisätty, käynnissä oli muun muassa hankkeita, joiden tarkoituksena on lisätä ja monipuolistaa sosiaalisen kuntoutuksen työmuotoja (liikuntakaveri- ja kulttuurikaveritoiminta). Lisäksi kotihoidon lähipalvelualueilla toimivat nimetyt fysioterapeutit ja toimintaterapeutit.³⁴

Palvelualuejohtajien haastattelun mukaan kysymys moniammatillisten palvelusuunnitelmien laadinnasta on hankala. Ikääntyneitä asiakkaita on niin paljon, ettei ole edes käytännössä mahdollista ajatella, etteivätkö asiakkaat itse ottaisi vastuuta omasta hoidostaan. Lähes kaikki säännöllisen kotihoidon piirissä olevat ovat vähintään monisairaita, ellei moniongelmaisia. Nykyisten resurssien puitteissa ei ole mahdollista laatia kaikille moniammatillisia suunnitelmia.³⁵

Työntekijät kuitenkin pyrkivät toimimaan siten, että pyydetyt, ennakolliset ja lakisääteiset arvioinnit toteutetaan. Kaikki lähtee asiakkaan tarpeista. Kun tarve havaitaan, palvelutarpeen arviointi tehdään. Usein kuitenkin joudutaan kunnioittamaan asiakkaan tahtoa aika pitkään: osa asiakkaista on sitä mieltä, ettei mitään ongelmaa ole, jolloin asiakkaan luo meneminen arvion tekemistä tai jopa palvelun tarjoamista varten on haastavaa.³⁶

Työntekijäkyselyn tuloksia

Liitteestä 2 havaitaan, että kotihoidon työntekijäkyselyssä moniammatillisuuteen ja yhteistyöhön liittyvät väittämät saivat kokonaiskeskiarvoksi 3,39. Tee-
maan liittyvien väittämien keskiarvot vaihtelivat välillä 3,01–3,88. Täysin tai osittain samaa mieltä oli yli puolet (56 %) vastaajista. Erityisesti moniammatillisen sairauksien ja ongelmien tunnistamisen nähtiin parantuneen viime vuosina ainakin jonkin verran. Teemaan liittyvien väittämien kokonaiskeskiarvoissa ei ole suurta alueellista eroavaisuutta. Hieman kokonaiskeskiarvoa paremmin sijoittui etelän palvelualue (3,47) ja heikommin lännen palvelualue (3,31). Erot eivät kuitenkaan ole suuria.

³³ Palvelualuejohtajien haastattelu 16.6.2016.

³⁴ Sosiaali- ja terveyslautakunta 12.5.2016 § 169.

³⁵ Palvelualuejohtajien haastattelu 16.6.2016.

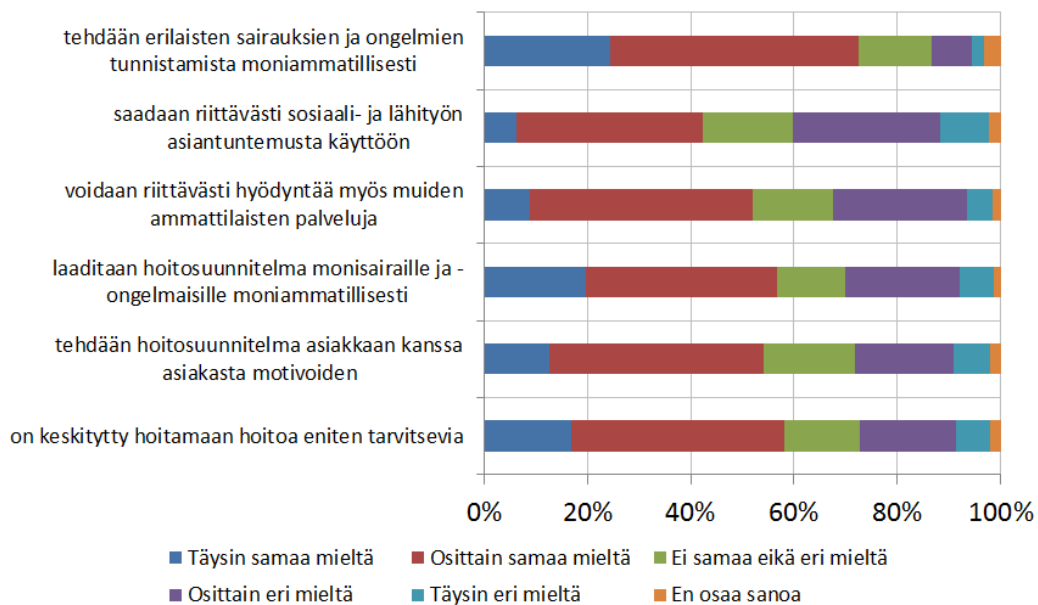
³⁶ Palvelualuejohtajien haastattelu 16.6.2016.



Johtava tuloksellisuustarkastaja Liisa Kähkönen, kaupunkitarkastajat Katja Bosisio-Hillberg ja Kirsi-Marie Kaito

Sosiaali- ja lähityössä teemaan liittyvä kysymyspatteristo oli hieman suppeampi kuin kotihoidossa (liite 3). Teemaan liittyvien väittämien keskiarvot vaihtelivat välillä 2,72–3,46. Täysin tai osittain samaa mieltä oli alle puolet (40 %) vastaajista.

Mielestäni vastuualueellani kotihoidossa selvästi aiempia vuosia enemmän



Kuvio 2 Kotihoidon työntekijöiden näkemys kotihoidon kehittymisestä viime vuosina

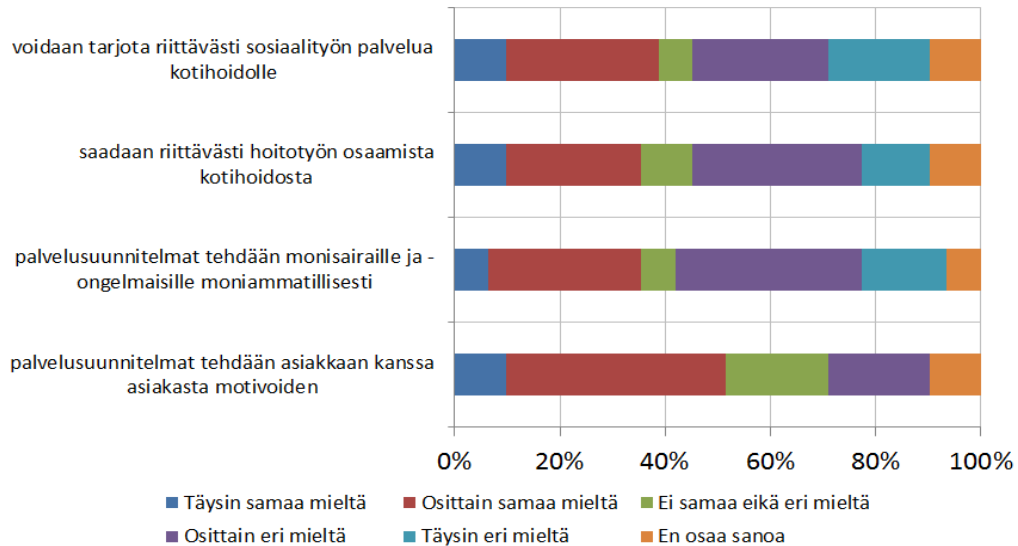
Kuviosta 2 havaitaan, että kotihoidon vastaajista 72 prosenttia oli samaa tai osittain samaa mieltä siitä, että erilaisten sairauksien ja ongelmien tunnistamista tehdään aiempaa moniammatillisemmin. Vastaajista 58 prosenttia oli samaa tai osittain samaa mieltä siitä, että kotihoidossa on käyty keskustelu keskittymisestä enemmän hoitoa tarvitseviin. Negatiivisimman arvion sai väittämä sosiaali- ja lähityön asiantuntemuksen saannista.

Kuviosta 3 voidaan havaita, että sosiaali- ja lähityön vastaukset ovat kotihoidon vastauksia negatiivisemmat. Vain 39 prosenttia oli samaa tai täysin samaa mieltä siitä, että sosiaali- ja lähityön palvelun tarjoaminen kotihoidolle on parantunut aiempiin vuosiin verrattuna, asiasta oli osittain tai täysin eri mieltä 45 prosenttia. Vastanneista 35 prosenttia oli samaa tai osittain samaa mieltä siitä, että moniammatillisten palvelusuunnitelmien laadinta on lisääntynyt aiempiin vuosiin nähden. Asiasta osittain tai täysin eri mieltä oli yli puolet.



Johtava tuloksellisuustarkastaja Liisa Kähkönen, kaupunkitarkastajat Katja Bosisio-Hillberg ja Kirsi-Marie Kaito

Mielestäni omalla väestövastuualueellani sosiaali- ja lähityössä selvästi aiempia vuosia enemmän



Kuvio 3 Sosiaali- ja lähityön työntekijöiden näkemys sosiaali- ja lähityön kehittämisestä viime vuosina

Kotihoidon teemaan liittyvistä avovastauksista (210 kpl) kolmasosassa tuotiin esille positiivisia näkemyksiä viime vuosien kehityksestä. Positiivisena nähtiin erityisesti yhteistyö henkilöstön kesken ja moniammatillisuuden hyödyntäminen. Positiivista kehitystä katsottiin tapahtuneen myös keskittymisessä eniten hoitoa tarvitseviin, asiakaslähtöisyys palvelusuunnitelmien laatimisessa ja se, että kaikille asiakkaille pystytään tekemään aiempaa paremmin hoito- ja palvelusuunnitelma ja pitämään se myös ajan tasalla. Avovastauksissa kaksi kolmasosaa vastaajista nosti esille toiminnassa olevia haasteita. Haasteiksi nähtiin ennen kaikkea yhteistyö henkilöstön kesken ja moniammatillisuuden hyödyntäminen sekä suuret asiakasmäärät suhteessa käytössä oleviin resursseihin ja tiukentuvan talouden aiheuttamat kustannussäästöpaineeet. Osa vastaajista kokee, että moniammatillinen yhteistyö sujuu hyvin kun taas osalla näkemys on päinvastainen. Lukumäärällisesti moniammatillinen yhteistyö nähtiin haasteeksi kaksi kertaa useammin kuin hyvin toimivaksi. Avovastauksen perusteella lännen palvelualueella moniammatillinen yhteistyö nähtiin jopa kolme kertaa useammin haasteeksi kuin hyvin toimivaksi.

Sosiaali- ja lähityön avovastauksia saatiin 25 kappaletta. Positiivinen palaute koski yhteistyötä kotihoidon kanssa. Haasteiksi nähtiin ennen kaikkea yhteistyö kotihoidon kanssa ja suuret asiakasmäärät suhteessa käytössä oleviin resursseihin. Kuten kotihoidossakin, yhteistyö kotihoidon kanssa nähtiin useammin haasteeksi kuin hyvin toimivaksi.



Sosiaalityön konsultaatio ja nimikkoterapeutit

Palvelualueiden johtajien haastattelun mukaan yhteistyö sosiaali- ja lähityön sekä kotihoidon välillä on lisääntynyt ja tiivistynyt viime vuosina selvästi. Sosiaali- ja lähityön sosiaalityöntekijät jalkautuvat kotihoidon tiimeihin ja antavat matalan kynnyksen konsultaatiota. Palvelualueittain käytännöt voivat vaihdella samoin kuin tiimeittäin, mutta yhteistyölle on olemassa selkeät toimintamallit. Yhteisissä tapaamisissa keskustellaan yhteisten asiakkaiden tilanteista ja voidaan keskustella esimerkiksi hankalista asiakastapauksista. Tapaamiset ovat sovittuja ja säännöllisiä ja niitä tehdään lisäksi tarpeen mukaan. Lisäksi tehdään kotikäyntejä asiakkaiden luona ja jonkin verran myös kotihoidon tiimeissä.³⁷

Koska kotihoidon lähipalvelualueita ja tiimejä on paljon, sosiaalityöntekijöiden riittävyys on haaste. Käyntien lisäksi ollaan yhteydessä esimerkiksi puhelimitse. Sosiaali- ja lähityössä sosiaalityöntekijöiden määrä on vähäinen, joten heillä on haasteita selviytyä myös hyvinvointia ylläpitävien (heko) käyntien tekemisestä. Käyntien kesto on lyhennetty, mutta niitä ei ole jätetty väliin.³⁸

Moniammatillisessa yhteistyössä niin sanottujen nimikkojen, eli alueille nimettyjen fysio- ja toimintaterapeuttien mukana olo on lisääntynyt. Vaikka fysioterapiaresurssit kuntoutuksen osaamiskeskuksessa eivät ole lisääntyneet viime vuosina, on sovittu fysioterapeuttien jalkautumisesta alueille. Yhteisten niin sanottujen ennakollisten yhteistyökäyntien määrä on lisääntynyt. Myös muistikoordinaattoreiden asiakkaisiin liittyvä konsultointityö on lisääntynyt. Moniammatillisuus on laajentunut ja syventynyt. Näin ollen moniammatillista sairauksien ja ongelmien tunnistamista tehdään aiempaa enemmän.³⁹

Sosiaali- ja lähityön sekä kotihoidon tiimikäynnit omaishoidon osalta on koettu niin merkittäviksi, että ne pyritään toteuttamaan aina. Muutoin omaishoidon ohjaajat osallistuvat myös tiimitoimintaan aina silloin, kun heidän asiakkaidensa asioita käsitellään. Käyntisyklit on kuitenkin sovittu resurssipulan vuoksi väljiksi.⁴⁰

Kuntouttavan yhteistyön SAP-kokoukset

Sosiaali- ja lähityö sekä kotihoito pitävät ennakkoivia SAP-kokouksia (selvitys-arviointi-palvelu), jossa on paikalla vähintäänkin kotihoidon lääkäri, sairaanhoitaja/tai terveydenhoitaja ja sosiaalityöntekijä. Näissä niin sanotuissa kuntouttavan yhteistyön kokouksissa pyritään ennakkoimaan tilanteita ennen kuin asiakkaan tilanne pääsee kriisiytymään. Toiminta on säännöllistä, kokoontumissykli

³⁷ Palvelualuejohtajien haastattelu 16.6.2016.

³⁸ Palvelualuejohtajien haastattelu 16.6.2016.

³⁹ Palvelualuejohtajien haastattelu 16.6.2016.

⁴⁰ Palvelualuejohtajien haastattelu 16.6.2016.



vaihtelee alueittain, mutta keskimäärin SAP-ryhmä kokoontuu kerran kuukaudessa. Kokouksissa käydään läpi kotihoidon tai sosiaali- ja lähityön esille ottamien asiakkaiden tilanteita pohtien, voidaanko palveluja lisäämällä hoitaa asiakasta niin, että ympärivuorokautiseen hoitoon siirtymistä (SAS-prosessin⁴¹ kautta) voidaan lykätä. SAP-kokouksille laaditaan ennakoon esityslista keskusteltavista asiakkaista. Lista kokouksiin osallistujille toimitetaan ajoissa, jotta ehditään tutustumaan asiakkaaseen ja asiakassuhteessa esiintyviin haasteisiin. Kokouksissa voidaan keskustella muustakin, mutta prioriteettina ovat nimetyt asiakkaat. SAP-kokousten kokoonpanosta on olemassa ohjeistus (SAS pysyväisohje, tullut voimaan 1.5.2015).⁴²

Ennakoivissa kokouksissa yhteistyö lääkärin, sosiaalityöntekijän ja kotihoidon terveyden- ja sairaanhoitajan välillä on tärkeää. Kotihoidon ohjaajan rooli on myös merkittävä. Sosiaalityöntekijöiden vähäisyyden lisäksi haasteena on lääkäriresurssien rajallisuus, joten kokouksen aikataulun määrittelee yleensä lääkärin mahdollisuus olla paikalla. Aiheesta on järjestetty myös koulutusta alueilla. Ruotsinkielisten osalta on haasteellista, miten yksi ruotsinkielinen sosiaalityöntekijä ehtii esimerkiksi säännöllisiin SAP-kokouksiin.⁴³

Sosiaali- ja lähityö sekä kotihoito tekevät myös yhdessä palvelutarpeen arvioinnin tilanteissa, jossa asiakkaalle harkitaan ympärivuorokautista hoitoa, eli ennen niin sanottuun SAS-prosessiin siirtymistä. Ilmoitus tarpeesta voi tulla esimerkiksi kotihoidosta tai sosiaali- ja lähityön sosiaalityöntekijältä.⁴⁴

Akuutit tilanteet

Sosiaali- ja lähityössä sekä kotihoidossa akuutteja tehtäviä on paljon. Tällaisia ovat esimerkiksi päihteiden käyttö ja muistisairaiden harhailut. Kriisitilanteissa on erilaisia toimintatapoja tilanteesta riippuen. Kriisitilanteita tulee viikoittain, toisinaan myös päivittäin, ja ne hoidetaan aina saman tien. Kriisin taustat selvitetään. Kyseessä voi olla vaikkapa omaishoitajan joutuminen sairaalaan tai uupuminen. Kriisitilanteen työstäminen voi jatkua pidempiaikaisena yhteistyönä. Kriisitilanteessa palvelutarpeen arviointi tehdään välittömästi.⁴⁵

Aina asiakkaan hyväksyntää ei tarvita hoidon tarpeen arviointia varten. Moniammatillisuutta käytetään tarvittaessa, jos huomataan, että asiakas tarvitsee tiettyä ammattiosaamista. Tällaisia asiakkaita voivat olla esimerkiksi muistisairaat tai päihdeongelmaiset, jotka voivat tahtomattaan aiheuttaa vaaratilanteita itselleen ja/tai muille. Tällöin konsultoidaan asiantuntijaa kulloisenkin tarpeen mukaan. Sosiaalityöntekijät voivat tehdä interventioita myös ilman asiakkaan

⁴¹ Selvitys-arviointi-sijoitus.

⁴² Palvelualuejohtajien haastattelu 16.6.2016.

⁴³ Palvelualuejohtajien haastattelu 16.6.2016.

⁴⁴ Palvelualuejohtajien haastattelu 16.6.2016.

⁴⁵ Palvelualuejohtajien haastattelu 16.6.2016.



suostumusta. Päihdetyöntekijät odottavat asiakkaan omaa aloitetta ja pyyntöä. Muistikoordinaattoria voidaan pyytää mukaan, jos kyseessä on muistisairas asiakas. Lähityöntekijät voivat lähteä esimerkiksi saattamaan asiakasta lääkäriin ja tutkimuksiin.⁴⁶

Muistitestauksen lisääminen

Tarkastuslautakunta suositteli vuoden 2015 arviointikertomuksessaan muistitestauksen lisäämistä kotihoidossa jo varhaisessa vaiheessa. Sosiaali- ja terveysviraston arviointikertomukseen antaman lausunnon mukaan muistitutkimuksiin liittyviä ohjeistuksia on päivitetty ja henkilökuntaa on lisäkoulutettu. Kotihoidossa muistitestaus tehdään säännöllisen kotihoidon asiakkaille ja tarvittaessa kotihoidon tukipalveluasiakkaille. Muistitestausta on lisätty terveysasemilla ja testausaikoja on ollut hyvin saatavilla. Muistikoordinaattorit ja geriatriit toimivat alueilla tiimeinä, jolloin voidaan vahvistaa muistisairausdiagnosin saaneiden henkilöiden seuranta ja turvata kotona asumista. Tavoitteena on, että potilaita diagnosoidaan tulevaisuudessa nykyistä varhaisemmassa vaiheessa.⁴⁷ Palvelualuejohtajien mukaan terveysasemat ovat parantaneet selvästi muistitestaukseen liittyvää toimintaansa ja yhteistyö terveysasemien kanssa on lisääntynyt. Terveysasemat ovat alkaneet tehdä asiakaskäyntien yhteydessä muistiin liittyviä arviointeja (Cerad) ja antavat 30 prosenttia aikaisempaa enemmän läheteitä muistipoliklinikalle. Lisääntynyt asiakasmäärä muistipoliklinikalla tulee näkymään pienellä viiveellä myös kotihoidossa ja sosiaali- ja lähityössä.⁴⁸

2.2.2 Palvelusuunnitelmien ajantasaisuus

Tässä luvussa tarkastellaan arvioinnin osakysymyksiä 4-5 arvioinnin ja palvelusuunnitelmien ajantasaisuudesta. Arvioinnin osakysymyksinä oli, tehdäänkö palvelutarpeen arviointi riittävän usein ja päivitetäänkö palvelusuunnitelmia riittävän usein siten, että palvelu vastaa tarvetta.

Lakisääteisiä⁴⁹ 75 vuotta täyttäneitä koskevia palvelutarpeen arviointeja asiakkaille, jotka eivät yleensä vielä ole kotipalvelun tai sosiaali- ja lähityön asiakkaita, oli 824 vuonna 2015. Tämä kattoi 1,9 prosenttia 75 vuotta täyttäneestä väestöstä. Arvioinneista kiireelliset toteutuivat keskimäärin 4,6 arkipäivässä, kun kaupunki on määritellyt maksimiksi kaksi arkipäivää. Kiireettömät arvioinnit toteutuivat keskimäärin 12,5 arkipäivässä, kun lakisääteinen maksimi on seitsemän. Ennen vuotta 2010 määräajoissa pysyttiin. Arviointien tekemisen

⁴⁶ Palvelualuejohtajien haastattelu 16.6.2016.

⁴⁷ Sosiaali- ja terveyslautakunta 3.5.2016 § 104.

⁴⁸ Palvelualuejohtajien haastattelu 16.6.2016.

⁴⁹ Sosiaalihuoltolaki 1301/2014.



hidastuminen johtuu pääasiassa siitä, että asiakas sopii työntekijän kanssa ajan, joka hänelle sopii. Kasvaneella asiakasmäärällä on myös vaikutusta.⁵⁰

Palvelualueiden johtajien haastattelun mukaan kotihoidon asiakkaat ovat jatkuvassa seurannassa ja arvioinnin kohteena. Hoitajat näkevät puhelimestaan toiminnanohjausjärjestelmä Pegasoksessa olevat hoitosuunnitelmat. Kotihoidon työn tekemisen edellytys on, että suunnitelmat ovat ajantasaiset, jotta kotihoito tekee oikeita asioita ja jotta henkilöresursseja sekä työntekijöiden työohjelmaa voidaan suunnitella. Potilastietojärjestelmä muistuttaa kuuden kuukauden välein palvelutarpeen arvioinnin päivittämisestä. Lisäksi arviointi tehdään aina tarpeen vaatiessa. Jos asiakkaan kohdalla tapahtuu muutosta puoleen tai toiseen, se vaikuttaa palvelukokonaisuuteen, jota asiakkaalle tarjotaan. Muutos voi vaikuttaa myös palvelumaksuihin.⁵¹

Kotihoidossa säännöllisille asiakkaille määritellään vastuuhoitaja. Hoitajat työskentelevät kahdessa vuorossa. Hoitajat vaihtuvat jonkin verran. Käyntitiheys myös vaihtelee. Vastuuhoitaja ei aina pääse käymään oman asiakkaansa luona. Tarkoitus olisi, että vastuuhoitaja kävisi asiakkaansa luona viikoittain, jotta pystytään seuraamaan asiakkaan tilan kehittymistä. Käynnit ja asiakkaan seuranta kirjataan puhelimen kautta ohjausjärjestelmään. Jokaisesta käynnistä kirjataan asiakkaan tila, jota hoitajat seuraavat. Ammattitaitoinen henkilö pystyy arvioimaan asiakkaan kunnon ja siinä tapahtuvat muutokset, vaikka ei olisikaan asiakkaan vakiohoitaja. Asiakkaan tilan kirjaaminen tapahtuu jokaisen käynnin yhteydessä/jälkeen puhelimitse. Kotihoidossa kokoonnutaan päivittäin sekä aamulla että iltapäivällä ja raportoidaan päivän tapahtumista ja hoidetaan yhteistyötä.⁵²

Työntekijäkyselyn tuloksia

Liitteessä 2 olevasta taulukosta voidaan havaita, että kotihoidon työntekijäkyselyssä palvelusuunnitelmien ajantasaisuuteen liittyvät väittämät saivat kokonaiskeskiarvoksi 3,53. Teemaa liittyvien väittämien (kuvio 4) keskiarvot vaihtelivat välillä 3,3–3,62. Hieman muita väittämiä heikompi keskiarvo tuli omaisten osallistumista koskevalle väittämälle. Teemaan liittyvien väittämien kokonaiskeskiarvoissa ei ole suurta alueellista eroavaisuutta. Hieman kokonaiskeskiarvoa paremmin sijoittui etelän palvelualue (3,71).

Liitteessä 3 olevasta sosiaali- ja lähityötä koskevassa taulukossa väittämien keskiarvoksi tuli 3,27, joka on hieman kotihoidon tulosta heikompi. Teemaan liittyvien väittämien keskiarvot vaihtelivat välillä 2,55–4,29. Myös vastausten keskiarvot jakautuivat enemmän eri väittämien kohdalla kuin kotihoidossa.

⁵⁰ Henkilöstö- ja kehittämispalvelut 15.6.2016

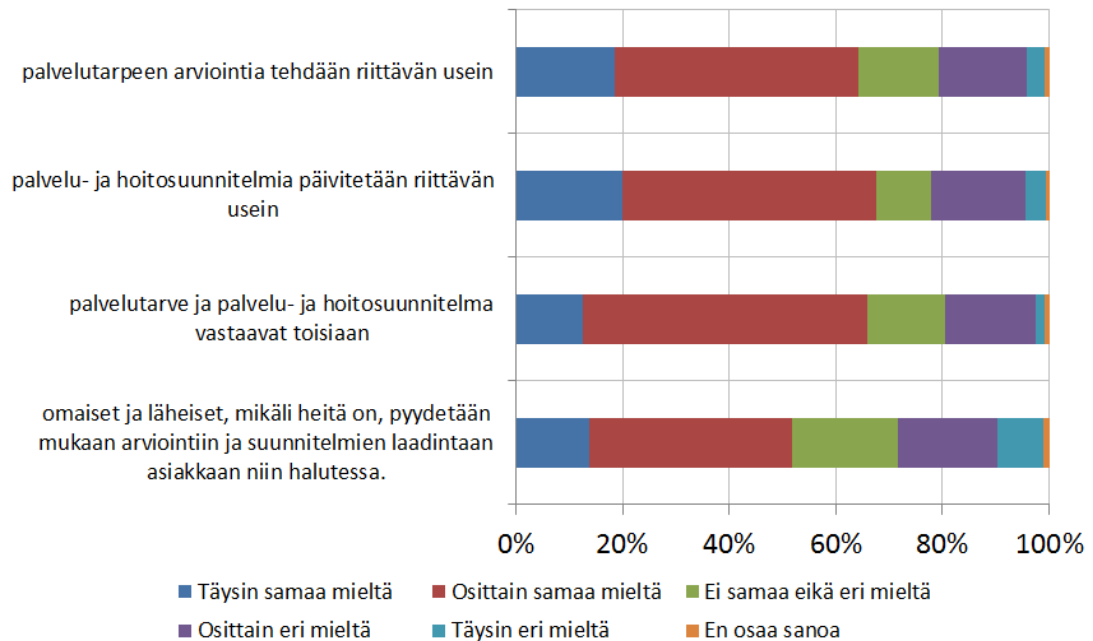
⁵¹ Palvelualuejohtajien haastattelu 16.6.2016.

⁵² Palvelualuejohtajien haastattelu 16.6.2016.



Johtava tuloksellisuustarkastaja Liisa Kähkönen, kaupunkitarkastajat Katja Bosisio-Hillberg ja Kirsi-Marie Kaito

Mielestäni vastuualueellani kotihoidossa ikääntyneen palvelutarpeesta on käytössä ajantasainen tieto, koska



Kuvio 4 Kotihoidon työntekijöiden näkemys ikääntyneen palvelutarpeen ajantasaisesta tiedosta

Kuviosta 4 havaitaan, että 68 prosenttia kotihoidon työntekijöistä on täysin tai osittain samaa mieltä siitä, että palvelusuunnitelmia päivitetään riittävän usein. Vastaajista 66 prosenttia katsoi, että palvelutarve ja palvelusuunnitelma vastaavat toisiaan ja 65 prosenttia näki että palvelutarpeen arviointia tehdään riittävän usein.

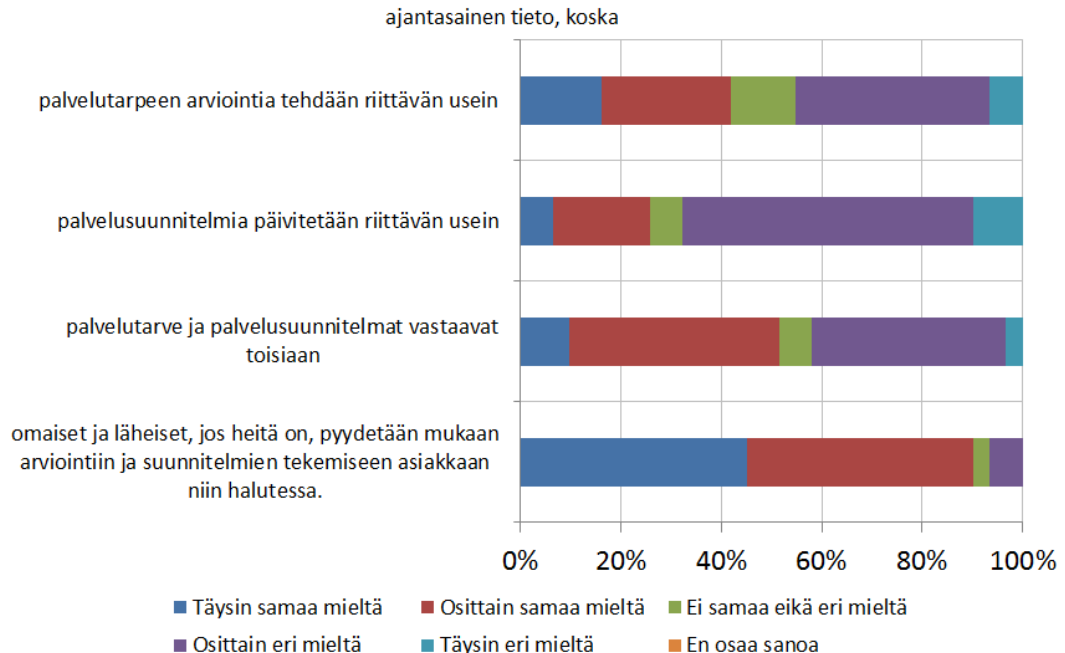
Kuviosta 5 voidaan havaita, että sosiaali- ja lähityössä omaisten osallistumista koskeva väittämä nähtiin selvästi positiivisemmin kuin kotihoidossa. Toisaalta sosiaali- ja lähityössä vain puolet vastanneista katsoi, että palvelutarve ja palvelusuunnitelma vastaavat toisiaan.



Johtava tuloksellisuustarkastaja Liisa Kähkönen, kaupunkitarkastajat Katja Bosisio-Hillberg ja Kirsi-Marie Kaito

17.2.2017

Mielestäni omalla väestövastuualueellani sosiaali- ja lähityössä ikääntyneen palvelutarpeesta on käytössä



Kuvio 5 Sosiaali- ja lähityön työntekijöiden näkemys ikääntyneen palvelutarpeen ajantasaisesta tiedosta

Kotihoidon teemaan liittyvistä avovastauksista (161 kpl) 27 prosentissa tuotiin esille positiivisia näkemyksiä. Positiivisena nähtiin erityisesti se, että asiakkaan hoidon tarve ja hoitosuunnitelma vastaavat toisiaan. Positiivinen näkemys oli myös omaisten osallistumisesta palvelusuunnitelmien laatimiseen ja yhteistyö muutoinkin omaisten kanssa. Avovastauksista 73 prosenttia nosti esille toiminnassa olevia haasteita. Haasteiksi koettiin ennen kaikkea suuret asiakasmäärät suhteessa käytössä oleviin resursseihin, hoito- ja palvelusuunnitelmien ajan tasalla pitäminen sekä omaisten osallistuminen ja yhteistyö omaisten kanssa. Toisinaan haasteeksi nähtiin myös omaisten ja asiakkaiden ylimitoitettut odotukset suhteessa kotihoidon resursseihin. Osa vastaajista kokee, että asiakkaan hoidon tarve ja palvelusuunnitelma vastaavat toisiaan kun taas osalla vastaajista näkemys on päinvastainen (palvelusuunnitelmia ei pidetä ajan tasalla). Lukumäärällisesti palvelusuunnitelmien ajan tasalla pitäminen nähtiin hieman useammin haasteeksi kuin hyvin toimivaksi. Avovastauksen osalta ei havaittu alueellisia eroja.

Sosiaali- ja lähityön osalta avovastauksia oli 28 kappaletta. Positiivinen palaute koski erityisesti omaisten osallistumista ja yhteistyötä muutoinkin omaisten kanssa. Haasteina nähtiin jälleen suuret asiakasmäärät suhteessa käytössä oleviin resursseihin.



2.2.3 Kotihoidon saatavuus ja riittävyys

Tässä luvussa käsitellään arvioinnin osakysymystä 6 kotiin annettavien palvelujen riittävyydestä ja siitä miten niillä pystytään vastaamaan asiakkaan palvelutarpeisiin.

Asiakasmäärien ja ruuhkahuippujen hallinta

Ikääntyneiden hoidon toimintaympäristö on muuttunut paljon. Asiakkaat, jotka vielä 5-10 vuotta sitten olivat laitoshoidossa, ovat nyt kotona hoidettavia. Kotihoidon käyntimäärät ovat kasvaneet ja asiakasmäärät lähes kaksinkertaistuneet, mutta kotihoidon vakanssien määrä ei ole kasvanut samassa suhteessa. Esimerkiksi vuonna 2005 vakansseja oli 1 512, vuonna 2016 vakanssien määrä oli noussut 1 788:aan. Sosiaalityöntekijöiden vakansseja ei ole lisätty vuosikausiin. Muun muassa vanhuspalvelulain mukaiset velvoitteet ovat myös tuoneet muutoksia. Asiakasmäärät ovat sosiaali- ja lähityössä suunnilleen kaksinkertaistuneet, mutta siitä huolimatta uusia vakansseja ei ole kuitenkaan saatu. Palvelualuejohtajat näkivät tämän yhtälön erittäin hankalana. Virastossa on käyty pitkään keskustelua kotihoidon keskittämisestä eniten tukea tarvitseville ja toimintaa on linjattu sen mukaisesti.⁵³

Kasvanutta asiakasmäärää ja ajallisia ruuhkahuippuja pyritään hallitsemaan eri tavoin. Virtuaali- ja etähoito on käytössä kokeiluna. Virtuaali-/etähoidossa asiakas saa kotiinsa tablettitietokoneen, jonka välityksellä etähoitaja ottaa yhteyden asiakkaaseen. Virtuaalihoidon tavoitetasoksi vuonna 2015 asetettiin 300 asiakasta ja tämä tavoite myös saavutettiin. Vuonna 2016 virtuaalikotikäyntien tavoitetta on nostettu 600 asiakkaaseen. Virtuaalipalvelu on siis kasvussa. Vuonna 2017 on tarkoitus aloittaa niin sanottu älykoti kokeilu. Myös robotiikka on tulossa kotihoitoon, esimerkiksi sairaalasta kotiin pääsyn ja kuntoutuksen (virtuaalikuntoutus) yhteydessä. Ajallisia ruuhkahuippuja on purettu muun muassa siten, että on keskusteltu lääkärin kanssa siitä, onko joidenkin asiakkaiden lääkitys mahdollista siirtää toiseen ajankohtaan aamun sijasta.⁵⁴

Palvelujen riittävyys

Vuonna 2015 lakisääteisen arvioinnin piiriin kuuluvista arvioiduista 75 vuotta täyttäneistä⁵⁵ 17 prosenttiin todettiin selviävän ilman palveluja tai nykyisillä palveluilla. Arvioiduista 24 prosentille tarjottiin päivätoiminnan palveluita, hieman yli 20 prosentille annettiin palveluohjausta, sosiaali- ja lähityötä tai kotisairaanhoidoa. Arvioiduista 15 prosentille suositeltiin kotipalvelua. Palveluasumista tai Kelan etuuksia suositeltiin seitsemälle prosentille. 4-6 prosentille arvioi-

⁵³ Palvelualuejohtajien haastattelu 16.6.2016.

⁵⁴ Palvelualuejohtajien haastattelu 16.6.2016.

⁵⁵ jotka siis eivät vielä ole kotipalvelun tai sosiaali- ja lähityön asiakkaita.



Johtava tuloksellisuustarkastaja Liisa Kähkönen, kaupunkitarkastajat Katja Bosisio-Hillberg ja Kirsi-Marie Kaito

17.2.2017

duista suositeltiin avoterveydenhuoltoa tai jotakin tukipalvelua, kuten turvapuhelinta, kauppapalvelua, ateriapalvelua, kuljetustukea, siivousta tai kylvyetys-apua. Laitoshoitoa suositeltiin kolmelle prosentille arvioiduista.⁵⁶

Kaikki kotihoidon tukipalvelut järjestetään kotihoidon tiimin kautta. Poikkeuksen tekee palveluseteli esimerkiksi siivouksessa, joka voi vaatia asiakkaalta omaa aktiivisuutta. Vapailla markkinoilla olevien palvelujen saantiin vaikuttavat asiakkaan oma aktiivisuus sekä omais- ja läheisverkoston määrä, kyky ja halu vastata iäkkään tarpeeseen. Helsingissä on myös paljon yksinäisiä asiakkaita, joilla ei ole omaisia. Lakisääteiseen palvelutarpeen arviointiin osallistuvista iäkkäistä yli kolmasosa osallistui arviointiin yksin⁵⁷. Säännöllisen kotihoidon asiakaskyselyn 2016 mukaan asiakkaista 20 prosenttia ei saa apua muilta kuin kotihoidon työntekijöiltä⁵⁸. Nämä asiakkaat jäävät useimmiten kokonaan sosiaali- ja lähityön sekä kotihoidon vastuulle. Kotihoidossa on huomioitava, mikä tukee asiakkaan aktiivisuutta arjessa ja milloin on syytä tarjota tukipalvelua. Tukipalveluita ei haluta liian aikaisin käyttöön, jotta oma kotona selviytyminen säilyy mahdollisimman pitkään. Se, saako asiakas tukipalvelua, riippuu myös siitä, kokeeko asiakas tarvitsevänsä ja onko suostuvainen vastaanottamaan näitä palveluita. Joissakin tapauksissa tilaaminen edellyttää kykyä ja aktiivisuutta itse tilata palvelut. Sekä kiinnostus että tarve ja osaaminen vaihtelevat paljon. Tukipalvelut ovat maksullisia ja monet näistä ovat suhteutettu asiakkaan tuloihin.⁵⁹

Työntekijäkyselyn tuloksia

Liitteestä 2 havaitaan, että kotihoidon työntekijäkyselyssä palvelujen riittävyyteen liittyvät väittämät saivat kokonaiskeskiarvoksi 3,65. Teemaan liittyvien väittämien (kuvio 6) keskiarvot vaihtelivat välillä 3,48–3,85. Väittämien kokonaiskeskiarvoissa ei ole suurta alueellista eroavaisuutta. Jonkin verran kokonaiskeskiarvoa heikommin sijoittui pohjoisen palvelualue (3,41).

Liitteessä 3 on esitetty sosiaali- ja lähityön keskiarvot. Väittämien keskiarvoksi tuli 3,71, joka on hieman kotihoidon tulosta parempi. Teemaan liittyvien väittämien keskiarvot vaihtelivat välillä 3,4–3,94. Myös vastausten keskiarvot jakautuivat enemmän eri väittämien kohdalla kuin kotihoidossa.

⁵⁶ Henkilöstö- ja kehittämispalvelut 15.6.2016.

⁵⁷ Lakisääteiset palvelutarpeen arvioinnit 2012-2013.

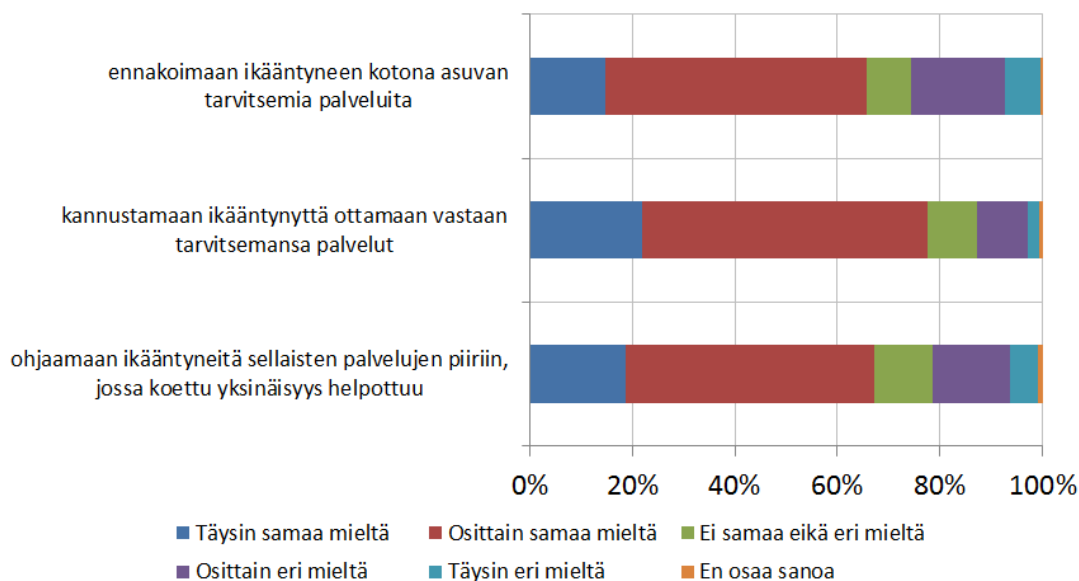
⁵⁸ Kotihoidon asiakastutkimus 2016.

⁵⁹ Palvelualuejohtajien haastattelu 16.6.2016.



Johtava tuloksellisuustarkastaja Liisa Kähkönen, kaupunkitarkastajat Katja Bosisio-Hillberg ja Kirsi-Marie Kaito

Mielestäni vastuualueellani kotihoidossa pystytään riittävästi



Kuvio 6 Kotihoidon työntekijöiden näkemys palvelujen riittävydestä

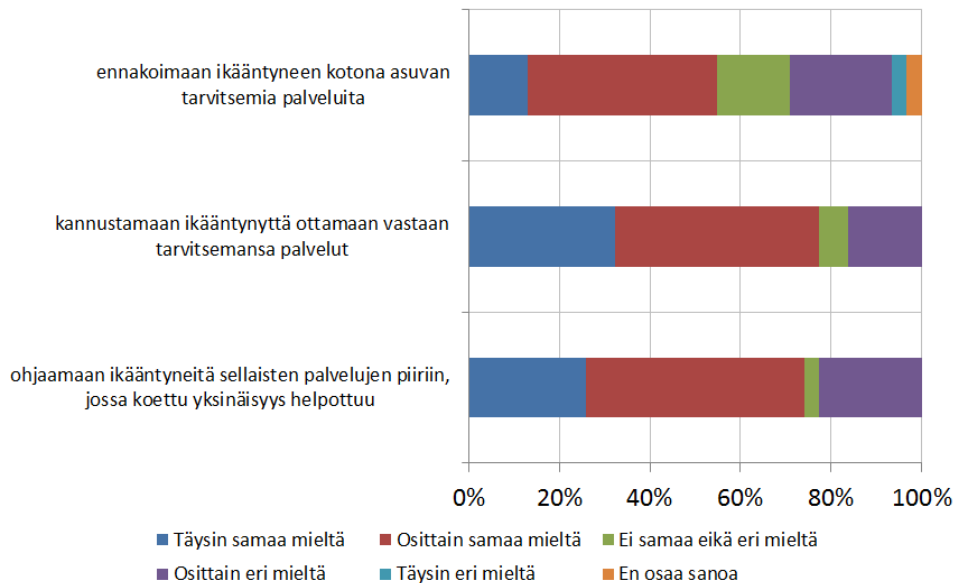
Kuviosta 6 havaitaan, että kotihoidossa koetaan, että ikääntynyttä kyetään kannustamaan ottamaan vastaan tarvitsemansa palvelut, mutta myös ohjaamaan häntä palveluihin joissa koettu yksinäisyys helpottuu. Koettiin myös, että ennakointia kyetään tekemään.

Kuvio 7 osoittaa, että sosiaali- ja lähityössä nähdään, kuten kotihoidossakin, hyvät mahdollisuudet kannustaa ikääntynyt ottamaan vastaan tarvitsemansa palvelut ja ohjaamaan ikääntynyttä yksinäisyyttä helpottaviin palveluihin. Molemmissa työntekijäryhmissä ennakointi koettiin hieman vaikeampana asiana.



Johtava tuloksellisuustarkastaja Liisa Kähkönen, kaupunkitarkastajat Katja Bosisio-Hillberg ja Kirsi-Marie Kaito

Mielestäni omalla väestövastuualueellani sosiaali- ja lähityössä pystytään riittävästi



Kuvio 7 Sosiaali- ja lähityön työntekijöiden näkemys palvelujen riittävästä

Sosiaali- ja lähityön osalta avovastauksia tuli yhteensä 47 kappaletta. Positiivinen palaute koski erityisesti asiakkaan tarvitsemien palveluiden kartoittamista ja järjestämistä tarpeen mukaan. Haasteina nähtiin jälleen suuret asiakasmäärät suhteessa käytössä oleviin resursseihin. Kotihoidon osalta teemaan ei liittynyt avokysymyksiä.

Yksinäisyys

Palvelualuejohtajien haastattelun mukaan kotona asuvan yksinäisyys on aito ongelma, mutta ei helppo ratkaista. Yksinoleva ei aina kärsi yksinäisyydestä. Monet eivät halua olla ryhmässä tai ovat koko ikänsä tottuneet olemaan yksin. Kaikki eivät myöskään koe yksinäisyyttä samalla tavalla, yksinäisyys on yksilöllinen asia. Toisaalta yksin asuvalla voi olla pelkotiloja, jolloin ei uskalleta lähteä ulos esimerkiksi huonon liikkumiskyvyn vuoksi. Yksinäisyyttä voi kokea palvelutalossakin tai ison ryhmän ympäröimänä. Sosiaali- ja lähityössä sekä kotihoidossa kuitenkin rohkaistaan asiakasta osallistumaan toimintaan, jossa on mahdollisuus tavata muita ihmisiä. Palvelukeskuksissa järjestetään päivätoimintaa. Palvelukeskukset ovat laajentaneet ja lisänneet toimintaa entistä huonokuntoisemmille. Lisäksi on tarjolla vapaaehtois pohjaista kulttuuri- ja liikuntakaveritoimintaa. Tukityöllistetyt voivat myös toimia ikääntyneiden seurana. Päivätoimintaa on pienimuotoisesti kokeiltu myös virtuaalisena. Tästä on hyviä kokemuksia.⁶⁰

⁶⁰ Palvelualuejohtajien haastattelu 16.6.2016.



Kotihoidon työntekijäkyselyssä 68 prosenttia vastaajista uskoi, että asiakkaita pystytään riittävästi ohjaamaan ikääntyneiden palveluihin, joissa yksinäisyys helpottuu (täysin tai osittain samaa mieltä). Tästä oli eri mieltä viidesosa vastaajista. Sosiaali- ja lähityössä samaa tai osittain samaa mieltä väittämästä oli 74 prosenttia vastaajista (kuviot 6 ja 7).

Palvelutarjonnan tasa-arvoisuus

Alueiden ja asiakkaiden erilaisuus vaikuttavat jonkin verran palvelun saantiin tai laatuun. Alueet ovat sen verran laajoja, että niihin mahtuu erilaisia lähipalvelualueita. Asiakskunta vaihtelee asuinalueittain ja vaihtelua voi esiintyä myös yksittäisen kotihoitoyksikön sisällä. Alueet eivät jakaudu puhtaasti hyviin ja huonoihin. Huono-osaisia löytyy kaikilta alueilta myös niin sanotusti hyvinä alueina pidetyistä vauraammistakin kaupunginosista (pienet vuokra-asunnot). Paremmista lähtökohdista olevat, usein varakkaammat ja koulutetummat asiakkaat, ovat tietoisempia erilaisista vaihtoehtoista ja osaavat vaatia palveluita eri tavalla kuin sellaiset asiakkaat, joiden kohdalla näin ei ole. Vähävaraisemmat asiakkaat eivät ehkä edes tiedä tarjolla olevista palveluvaihtoehtoista. Esiintyy siis tiedollista eriarvoistumista. Sosiaali- ja lähityössä erityisryhmän muodostavat syrjäytyneet ja vähävaraiset, jotka huomioidaan omana erityisryhmänään omine tarpeineen. Alueet eroavat toisistaan myös asiakaskunnan ikärakenteen suhteen. Etelässä ja lännessä on tällä hetkellä asiakkaiden korkein keski-ikä.⁶¹

Palvelualuejohtajien mukaan ruotsinkielisten asiakkaiden asema on haasteellinen. Ruotsinkieliset vanhuspalvelut siirtyivät eteläiseen yksikköön, kun sosiaali- ja terveystieteiden yhdistyivät 2013. Ruotsinkielisen sosiaali- ja lähityön yksikön resurssit ovat niukat. Käytettävissä on neljä sosiaalityöntekijää ja sosiaaliohjaajaa, joiden toimialueena on koko kaupunki. Lisäksi heidän työajastaan 40 prosenttia on suunnittelu- ja kehittämistyötä eikä siten suoraa asiakastyötä. Ruotsinkielisessä sosiaali- ja lähityössä yhteistyö kotihoidon kanssa on hyvin haasteellista niukkojen resurssien vuoksi. Haastavasta resurssitilanteesta johtuen palvelualueet hankkivat ostopalveluna ruotsinkielistä palvelua. Tästä huolimatta ostopalveluissakaan ruotsinkielinen palvelu ei aina toteudu, koska kielitaitovaatimukset eivät käytännössä kuitenkaan täyty. Ruotsinkielisen palvelun käytännön saatavuudessa olevista haasteista johtuen ruotsinkieliset asiakkaat saattavat siirtyä suomenkielisten palvelujen käyttäjiksi. Haasteena sekä kaupungin omassa palvelutuotannossa että ostopalveluissa on ruotsinkielisen henkilöstön saatavuus. Työryhmä on perustettu pohtimaan sitä, kuinka ruotsinkielentaitoista henkilöstöä saataisiin paremmin rekrytoitua.⁶² Seurantatiedon 29.11.2016 mukaan vuoden aikana on rekrytoitu ruotsinkie-

⁶¹ Palvelualuejohtajien haastattelu 16.6.2016.

⁶² Palvelualuejohtajien haastattelu 16.6.2016.



Johtava tuloksellisuustarkastaja Liisa Kähkönen, kaupunkitarkastajat Katja Bosisio-Hillberg ja Kirsi-Marie Kaito

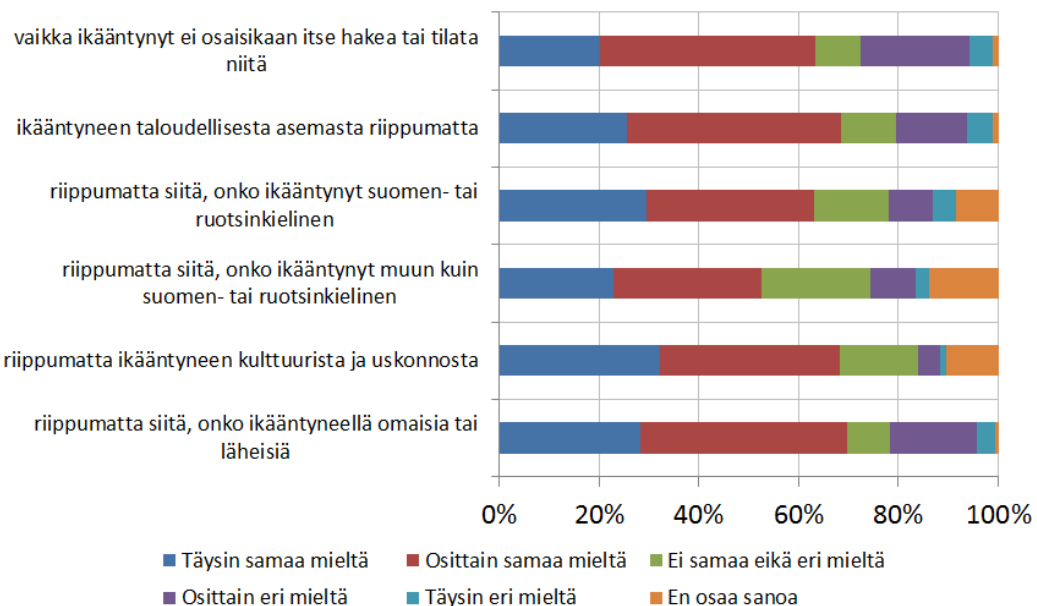
17.2.2017

linen muistikoordinaattori sosiaali- ja lähityöhön. Kotihoidossa ruotsinkielisen ostetun kotipalvelun laatua on tarkoitus seurata systemaattisesti.⁶³

Monissa kulttuureissa on totuttu siihen, että omaiset hoitavat itse ikääntyneet perheenjäsenensä. Tällaisesta kulttuuritaustasta lähtöisin olevat eivät Suomessakaan välttämättä ole valmiita ottamaan vastaan ulkopuolisia palveluja. Aina tarjolla olevista palveluista ei myöskään olla tietoisia. Palveluja pyritään kuitenkin tarjoamaan havaitun tarpeen mukaan aina, kun tällaisia asiakkaita kohdataan. Muun kuin suomen- tai ruotsinkielisten asiakkaiden arviointi ja palvelu toteutetaan siten, että ensimmäisellä käynnillä ja palvelussuunnitelman laadinnassa käytetään tulkkipalvelua, mikäli ei muutoin tulla ymmärretyksi. Kysyntää ei vielä ole ollut paljon. Omaishoidontuessa on jonkin verran muun kielisiä (somaliala, venälä ja vietnamilaiset).⁶⁴

Mielestäni vastuualueellani kotihoidossa pystytään tarjoamaan samanarvoisesti kotihoitoa ja kotihoidon

tukipalveluita ikääntyneelle



Kuvio 8 Kotihoidon työntekijöiden käsityksiä palvelutarjonnan tasa-arvoisuudesta

Liitteestä 2 ja kuviosta 8 havaitaan, että kotihoidon työntekijäkyselyssä palvelutarjonnan tasa-arvoisuuteen liittyvät väittämät saivat kokonaiskeskiarvoksi 3,75. Teemaan liittyvien väittämien keskiarvot vaihtelivat välillä 3,53–4,04. Täysin tai osittain samaa mieltä oli reilu puolet (64 %) vastaajista. Teemaan liittyvät väittämät saivat melko tasaiset keskiarvot. Hieman muita väittämiä pa-

⁶³ Sosiaali- ja terveysviraston ruotsin kielellä tuotettujen palvelujen seurantaraportti, 2016.

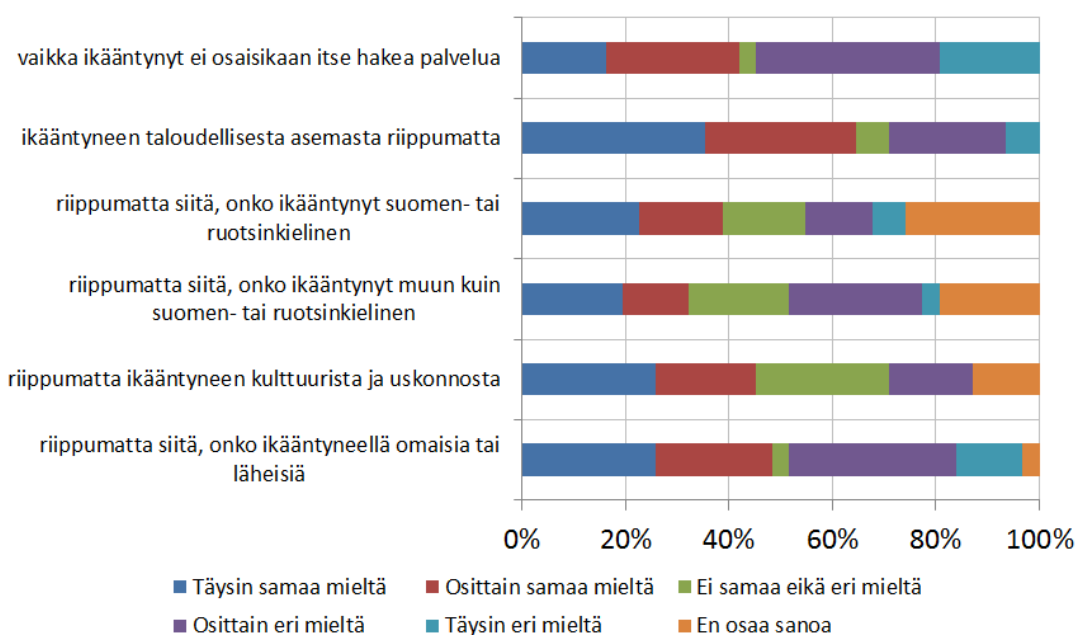
⁶⁴ Palvelualuejohtajien haastattelu 16.6.2016.



rempi keskiarvo tuli väittämälle, joka koski palvelutarjonnan tasa-arvoisuutta ikääntyneen kulttuurista ja uskonnosta riippumatta. Teemaan liittyvien väittämien kokonaiskeskiarvoissa ei ole suurta alueellista eroavaisuutta. Jonkin verran kokonaiskeskiarvoa heikommin sijoittui lännen palvelualue (3,57).

Mielestäni omalla väestövastuualueellani sosiaali- ja lähityön palveluja pystytään tarjoamaan kotona asuville

ikäntyneille samanarvoisesti



Kuvio 9 Sosiaali- ja lähityön työntekijöiden käsityksiä palvelutarjonnan tasa-arvoisuudesta

Sosiaali- ja lähityössä (liite 3 ja kuvio 9) väittämien keskiarvoksi tuli 3,32, joka on hieman kotihoidon tulosta heikompi. Jopa 19 prosenttia vastaajista näki, ettei palveluja pystytä tarjoamaan, jos niitä ei osata itse hakea. Teemaan liittyvien väittämien keskiarvot vaihtelivat välillä 2,84–3,65. Myös vastausten keskiarvot jakautuivat enemmän eri väittämien kohdalla kuin kotihoidossa. Täysin tai osittain samaa mieltä oli vajaa puolet (45 %) vastaajista. Erityisesti väittämät, jotka koskivat palvelutarjonnan tasa-arvoisuutta ikääntyneen taloudellisesta tilanteesta tai kulttuuri- taikka uskontotaustasta riippumatta, saivat muita väittämiä hieman paremman keskiarvon.

Kotihoidon teemaan liittyvistä avovastauksista (101 kpl) 36 prosentissa tuotiin esille positiivisia näkemyksiä. Positiivisena nähtiin erityisesti se, että asiakkaat nähtiin yhdenvertaisina palvelutarjonnan suhteen. Positiivinen näkemys oli myös sen suhteen, että palveluja on mahdollista saada, vaikka asiakas ei itse osaisikaan pyytää niitä. Avovastauksista 64 prosenttia nosti esille toiminnassa



olevia haasteita. Haasteiksi koettiin ennen kaikkea asiakkaiden eriarvoisuus palveluiden saannissa riippuen varallisuudesta, aktiivisesta omaisverkostosta ja asiakkaan omasta kyvystä hakea palvelua. Osa vastaajista koki, että asiakkaat ovat tasa-arvoisessa asemassa palvelutarjonnan suhteen riippumatta siitä, kykeneekö hän hakemaan palveluita, kun taas osalla vastaajista näkemys oli päinvastainen (palvelujen saatavuus riippuu asiakkaan omasta kyvystä/varallisuudesta/aktiivisesta omaisverkostosta). Lukumäärällisesti palvelutarjonnan tasa-arvoisuus nähtiin kolme kertaa useammin haasteeksi kuin hyvin toimivaksi. Alueellisessa tarkastelussa idän palvelualueella palvelutarjonnan tasa-arvoisuus nähtiin jopa viisi kertaa useammin haasteeksi kuin hyvin toimivaksi.

Sosiaali- ja lähityön positiivinen palaute koski sitä, ettei varallisuuden puute/vähävaraisuus ole este saada palvelua. Haasteina nähtiin omaisten puute/osallistumattomuus palvelun saantia vaikeuttavana tekijänä. Lisäksi haastavana pidettiin asiakkaan äidinkielen huomioiminen palvelutarjonnassa silloin, kun asiakas on muun kuin suomenkielinen.

Kotona pärjääminen

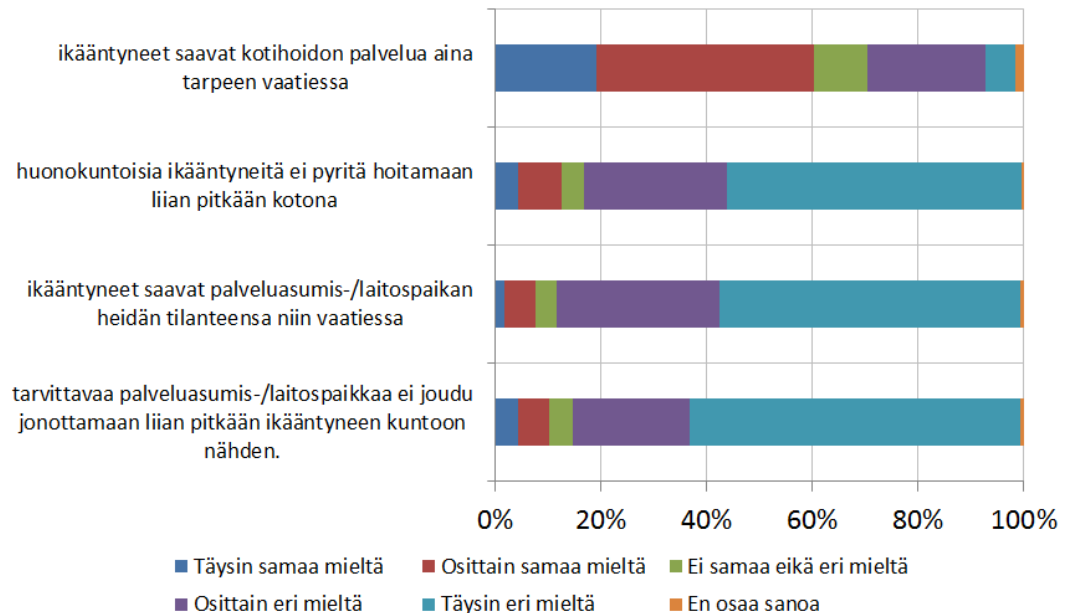
Haastattelun mukaan käytännössä rajaa sille, milloin ikääntynyt ei enää pärjää kotona, on vaikea määrittää. Seuraavat asiat voivat viitata siihen, ettei asiakas enää pärjää kotona: on kaatuilua, on ahdistuneisuutta, on muistisairas ja karkailee tai on muutoin vaaraksi itselleen ja/tai muille. Jos arvioidaan, ettei vaaratilanteita ole, asiakas voi asua kotonaan niin kauan kuin haluaa. Siihen, haluaako ikääntynyt itse pois kotoaan muualle asumaan, vaikuttaa fyysisen ympäristön lisäksi myös ihmissuhteet (läheisten puute, huonot perhesuhteet, omaisten tuen puute ja asenne). Omaiset ajattelevat ikääntyneen tarvitsevan ympärivuorokautista hoitoa melko herkästi. SAS-prosessin tuloksena kartoitetaan, tarvitseeko asiakas ympärivuorokautista hoitoa palveluasumisessa tai laitoksessa vai pyritäänkö häntä vielä hoitamaan kotona. SAS-prosessiin pääsee aina tarvittaessa, mutta prosessin tuloksena voi kuitenkin olla myös kielteinen päätös. Rajatapausten suhteen voi esiintyä vaihtelevuutta alueiden välillä. Prosessi ja arviointi voi kestää useamman kuukauden. Jos SAS-prosessista tulee myönteinen päätös, hoitopaikka löytyy kolmen kuukauden sisällä. Asiakkaat odottavat hoitopaikkaa kotonaan tai jossain tilapäisessä hoitopaikassa, mikäli kotona asuminen ei enää onnistu.⁶⁵

⁶⁵ Palvelualuejohtajien haastattelu 16.6.2016.



Johtava tuloksellisuustarkastaja Liisa Kähkönen, kaupunkitarkastajat Katja Bosisio-Hillberg ja Kirsi-Marie Kaito

Omasta mielestäni Helsingissä



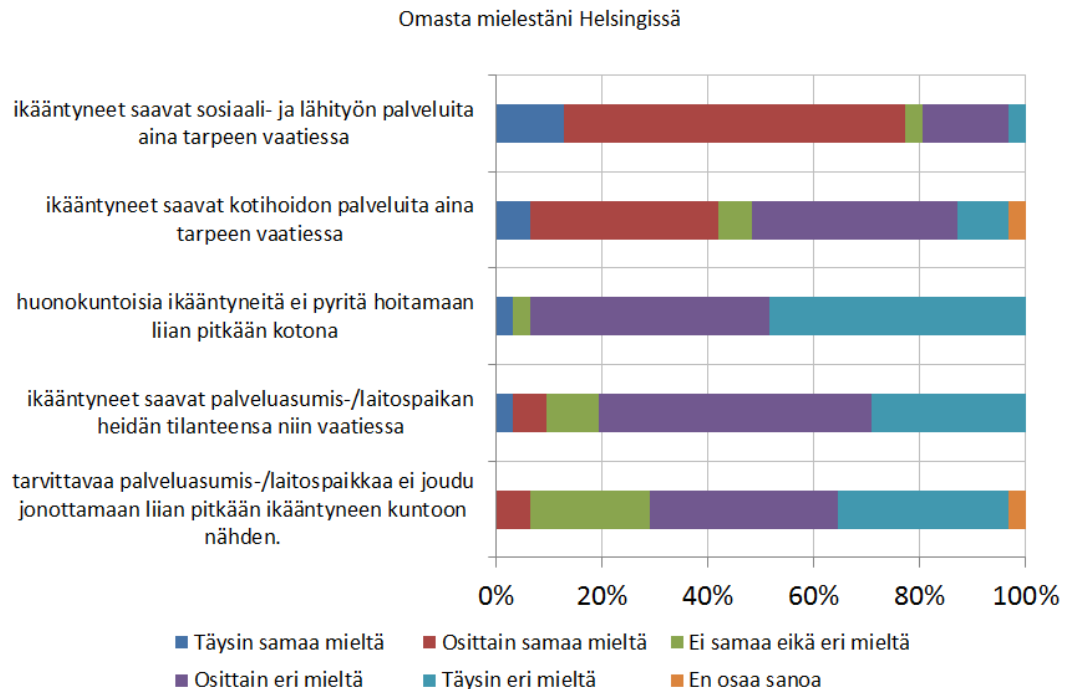
Kuvio 10 Kotihoidon työntekijöiden käsityksiä ikäntyneiden kotihoidosta ja palveluasumis-/laitospaikan saannista

Kotihoidon työntekijäkyselystä havaitaan, että kotona pärjäämiseen liittyvät väittämät saivat negatiivisimmat tulokset (liite 2). Kotona pärjäämiseen liittyvät väittämät saivat kokonaiskeskiarvoksi 2,13. Teemaan liittyvien väittämien keskiarvot vaihtelivat välillä 1,64–3,47. Kuvio 10 osoittaa, että 60 prosenttia työntekijöistä on täysin tai osittain samaa mieltä siitä, että kotihoidon palvelua saadaan aina tarvittaessa. Sen sijaan yli 80 prosenttia työntekijöistä katsoi, että ikäntyneitä pyritään hoitamaan liian pitkään kotona ja mikäli paikan saa, tarvittavaa paikkaa joudutaan odottamaan liian kauan ikäntyneen kuntoon nähden. Lähes 90 prosenttia oli sitä mieltä, ettei palvelu- tai laitospaikkaa saa edes tilanteen niin vaatiessa.

Sosiaali- ja lähityössä (liite 3 ja kuvio 11) väittämien keskiarvoksi tuli 2,46, joka on hieman kotihoidon tulosta parempi. Teemaan liittyvien väittämien keskiarvot vaihtelivat välillä 1,65–3,68. Kuviosta 11 havaitaan, että yli 90 prosenttia vastaajista on osittain tai täysin eri mieltä väittämästä, että huonokuntoisia ikäntyneitä ei pyritä hoitamaan liian pitkään kotona.



Johtava tuloksellisuustarkastaja Liisa Kähkönen, kaupunkitarkastajat Katja Bosisio-Hillberg ja Kirsi-Marie Kaito



Kuvio 11 Sosiaali- ja lähityön työntekijöiden käsityksiä ikääntyneiden kotihoidosta ja palveluasumis-/laitospaikan saannista

Sekä kotihoidon että sosiaali- ja lähityön työntekijäkyselyn perusteella huonokuntoisia ikääntyneitä pyritään hoitamaan liian pitkään kotona. Työntekijöiden kriittisyyttä voidaan tulkita myös siten, että kyselyn muut kysymykset kuvaavat kotihoidossa sekä sosiaali- ja lähityössä tehtävää työtä, johon voidaan itse vaikuttaa, mutta tähän asiaan ei välttämättä voida, jonka vuoksi sitä on helppo arvostella.

Säännöllisen kotihoidon asiakaskyselyssä 2016 vastanneista asiakkaista 6 prosenttia asui palvelutalossa ja 84 prosenttia muualla, yhdeksältä prosenttilta ei saatu vastausta. Kysyttäessä missä asiakas haluaisi asua, 13 prosenttia ilmaisi halunsa asua palvelutalossa, vanhainkodissa tai muualla kuin kotona. 11 prosenttilta ei saatu vastausta.⁶⁶

Kyselyjen keskiarvojen perusteella voidaan todeta, että kyselyn kaikkien osioiden osalta yleensä positiivisimmin tilanteen näkivät esimiesasemassa olevat kotihoidon ohjaajat verrattuna muihin kotihoidon työntekijöihin. Sosiaalityöntekijät ja erityissosiaalityöntekijät näkivät tilanteen keskimäärin (kaikkien osioiden yhteinen keskiarvo) hieman positiivisemmin kuin omaishoidon sosiaaliohjaajat. Alueittaiset erot vastausten keskiarvoissa (3,11–3,26) eivät olleet kovin

⁶⁶ Kotihoidon asiakastutkimus 2016.



Johtava tuloksellisuustarkastaja Liisa Kähkönen, kaupunkitarkastajat Katja Bosisio-Hillberg ja Kirsi-Marie Kaito

17.2.2017

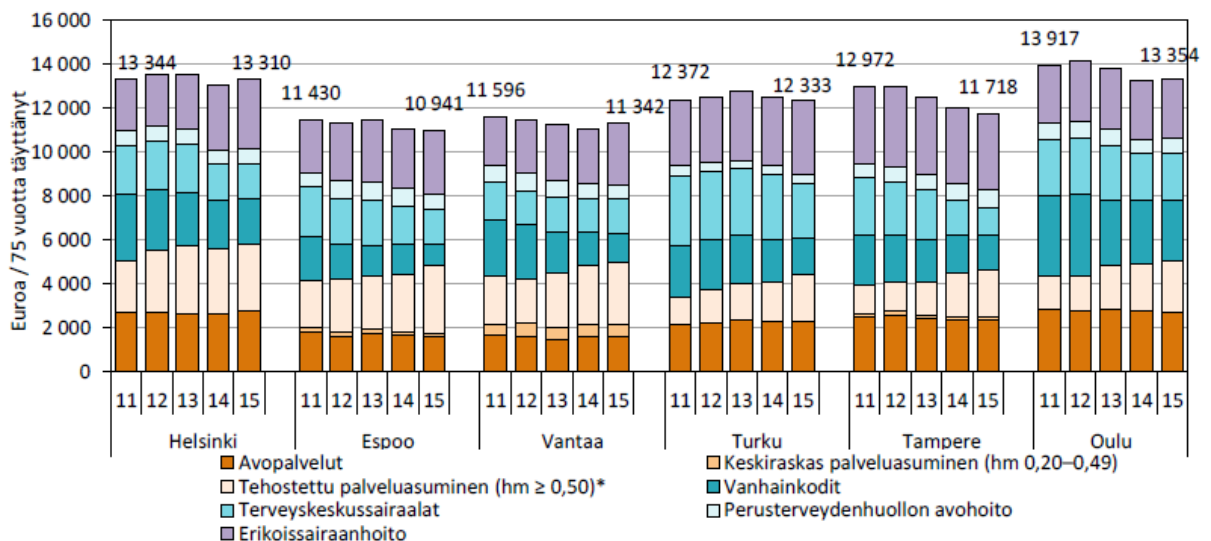
suuria kotihoidossa (liite 4), mutta jonkin verran eroa oli eri kysymysosioiden kohdalla. Keskimäärin korkeimmat keskiarvot kysymyksiin tulivat etelän palvelualueelta ja matalimmat lännen palvelualueelta. Sosiaali- ja lähityössä alueittaiset erot olivat suurempia (2,52–3,68) ja jonkin verran eroa oli eri kysymysosioiden kohdalla, mutta vastaajamäärät ovat melko pieniä, joten vaihtelua voi olla siitäkin syystä. Keskimäärin korkeimmat keskiarvot kysymyksiin tulivat pohjoisen palvelualueelta ja matalimmat idän palvelualueelta. Itäkin alhaisemmat keskiarvot tulivat vastaajilta, joiden toimialueena oli koko kaupunki.

2.3 Kotihoidon tuloksellisuus mittareiden valossa

Vuonna 2016 tarkastuslautakunnan arvioinnin kohteena on myös tuloksellisuuden mittaaminen sosiaali- ja terveystaloudessa. Yhtenä arvioitavana palveluna on kotihoito. Kotihoito sijoittuu sosiaali- ja terveystalouden organisaatiossa sairaala-, kuntoutus- ja hoivapalveluihin. Edellä mainitun arvioinnin tuloksia hyödynnetään myös tässä arvioinnissa.

2.3.1 Taloudellisuus

Kuviossa 12 on esitetty 75 vuotta täyttäneiden palvelujen kustannukset vastaavan ikäistä asukasta kohden kuudessa suurimmassa kaupungissa 2011–2015.



Kuvio 12 75 vuotta täyttäneiden sosiaali- ja terveystaloudellisten palvelujen kustannukset vastaavan ikäistä asukasta kohti 2011–2015 vuoden 2015 rahan arvossa (ikävakioidu)⁶⁷

Suurimmat asukaskohtaiset kustannukset ovat erikoissairaanhoidossa, tämän jälkeen kalleinta on tehostettu palveluasuminen. 75 vuotta täyttäneiden asu-

⁶⁷ Kuuden suurimman kaupungin vanhusten sosiaali- ja terveystaloudellisten palvelujen kustannusten vertailu vuonna 2015.



Johtava tuloksellisuustarkastaja Liisa Kähkönen, kaupunkitarkastajat Katja Bosisio-Hillberg ja Kirsi-Marie Kaito

17.2.2017

kaskohtaiset avopalvelujen kustannukset, johon kotihoito ja sosiaali- ja lähi-työkin kuuluvat, ovat kolmanneksi suurimmat. Vain Oulu on suurista kaupungeista Helsinkiä kalliimpi, muissa kaupungeissa tehostettu palveluasuminen ja vanhainkotihoito ovat vähäisempää tai supistuneet nopeammin. Kustannukset ovat Helsingissä hieman alentuneet vuodesta 2013, mikä johtuu laitoshoidon vähenemisestä. Avopalvelujen kustannukset ovat kasvaneet.

Avopalveluihin kuuluvat sosiaalityön lisäksi muun muassa ikääntyneiden sosiaalityö, omaishoidon tuki ja päivätoiminta palvelukeskuksissa. Avohoidon palveluista merkittävin on kotihoito. Kotihoito muodostuu erilaisten palvelujen kokonaisuudesta. Kotihoitokäynnin lisäksi kotona asuvat vanhukset käyttävät muun muassa lyhytaikaisia sairaalapalveluita, poliklinikoita, omalääkäripalveluita, päivätoimintaa sekä matka- ja ateriapalveluita. Kaupungille kustannuksia kertyy myös esimerkiksi apuvälineistä ja asunnon muutostöistä.⁶⁸

Kotihoidon kustannuksia on mahdollista tarkastella myös ikäryhmittäisten kustannusten kautta. Kotihoidon kustannukset kasvavat ikääntymisen myötä. Kotihoidon kustannukset ikäryhmän asukasta kohden ovat 65–74 -vuotiaiden ryhmässä 259 euroa per henkilö, 75–84 -vuotiaiden ryhmässä 1 315 euroa per henkilö ja yli 85 -vuotiaiden ryhmässä 4 775 euroa per henkilö.⁶⁹ Kotihoidon asiakkaista 69 prosenttia on 75 vuotias tai vanhempi.⁷⁰

Taulukko 2 Sairaala- kuntoutus- ja hoivaosaston suoritekohtaisia yksikköhintoja 2014 ja 2015⁷¹

Palvelualueet	Suorite	Kustannukset 2015, €	Suoritteet 2015	Kust. €/suorite 2015	Kust. €/suorite 2014	Muutos €/suorite %
Sosiaalityön- tekijän työ	kontakti	3 894 986	12 779	304,8	290,6	5
Sosiaaliohjaus	kontakti	1 513 128	7 304	207,2	261	-21
Päivätoiminta	hoitopvä	8 162 630	64 279	127	126,8	0
Palvelukeskus	palv kkerta	8 172 640	980 118	8,3	8,2	1
Palveluasumi- minen	asumisvrk	88 819 217	573 681	154,8	150	3
Laitospalvelu	hoitopvä	81 185 430	354 966	228,7	219,5	4
Kotihoito sis hoitoasiointi	käynti	123 241 971	2 852 259	43,2	43,4	0
Kotihoito,	käynti	123 241 971	2 785 582	44,2	44,9	-2

⁶⁸ Laitoksesta kotiin – syntykö säästöjä, 2015.

⁶⁹ Suurten kaupunkien terveydenhuollon kustannukset 2015.

⁷⁰ Sosiaali- ja terveysviraston kotihoito, vertailua 2014 ja 2015, uusi organisaatio ja vakanssimäärät. Sosiaali- ja terveysvirasto, Henkilöstö- ja kehittämispalvelut/Kehittämisen ja toiminnan tuki 14.6.2016.

⁷¹ Sosiaali- ja terveysviraston toiminnallinen tilinpäätös 2015.



Johtava tuloksellisuustarkastaja Liisa Kähkönen, kaupunkitarkastajat Katja Bosisio-Hillberg ja Kirsi-Marie Kaito

vain käynnit						
Kotihoito, os- topalvelut	käynti	1439138	37772	38,1	36,9	3

Kotihoidon taloudellisuutta mitataan toiminnallisen tilinpäätöksen yksikköhinnalla.⁷²Toiminnallisesta tilinpäätöksestä havaitaan, että kustannuksiltaan merkittävin on kotihoito. Toiseksi suurimmat kustannukset on palveluasumisessa ja laitoshoidossa. Laitospalvelun hoitopäivän hinta on kuitenkin lähes puolet kalliimpi kuin palveluasumisen asumisvuorokausi. Sosiaalityöntekijän työn ja sosiaaliohjauksen kontaktin yksikkökustannus on kalliimpaa kuin päivätoiminta, palvelukeskustoiminta tai kotihoidon käynti. Yksikkökustannukset ovat kahden edellisen vuoden aikana pysyneet lähes ennallaan, lukuun ottamatta sosiaaliohjausta, jossa suoritetohtaiset kustannukset ovat alentuneet viidenneksen. Vuonna 2015 Helsingissä 3,6 kotihoidon käyntiä (43,4 €/käynti) vuorokaudessa vastasi kustannuksiltaan palveluasumisen asumisvuorokauden kustannuksia (154,8 €/asumisvuorokausi) ja 5,2 käyntiä vastasi laitospalvelun hoitopäivän kustannuksia (228,7 €/hoitopäivä).

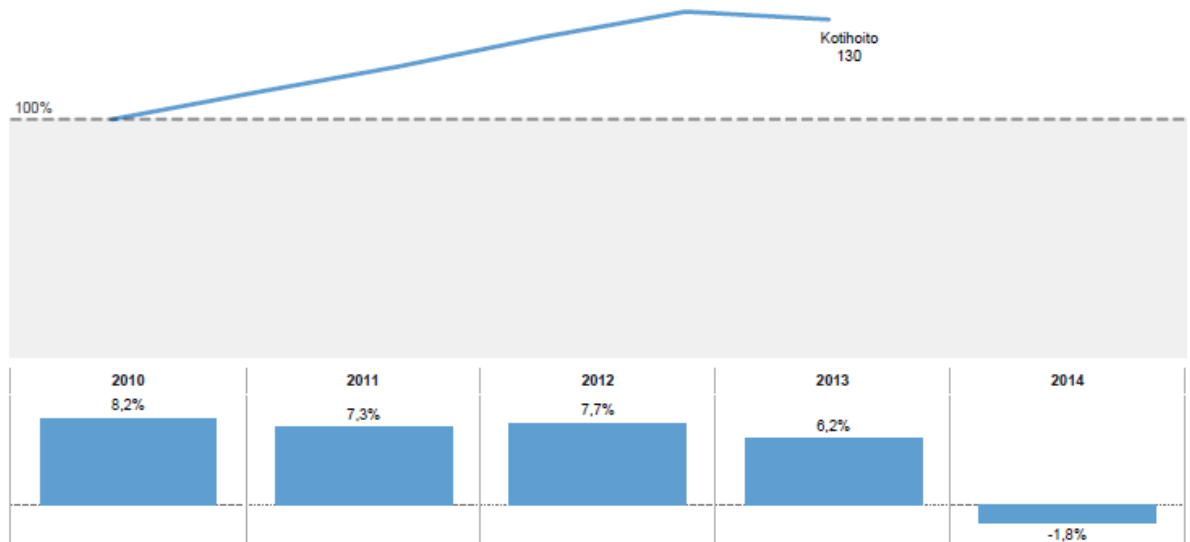
2.3.2 Tuottavuus ja palveluprosessin sujuvuus

Kuviossa 13 esitetty tuottavuuskäyrä kuvaa kotihoidon tuottavuuskehitystä vuosina 2010–2014. Käyrän noustessa on tuottavuus parantunut ja laskiessa heikentynyt. Tuottavuuden laskenta perustuu reaalisesti yksikkökustannukseen sekä tietoihin asiakaskunnan hoitoisuudesta. Kotihoidon tuottavuus on laskettu hoitokäynneistä. Tuottavuuskäyrässä on mukana kunnallinen kotihoito Helsingissä. Kotihoidon tuottavuus on kasvanut vuodesta 2010 alkaen, mutta heikkeni vuonna 2014.

⁷² Tuloksellisuuden mittaaminen sosiaali- ja terveystaloudessa, 2016 ja Kotihoito 19.8.2016, vastaus tuloksellisuuden mittareita koskevaan arviointiin 2016.



Johtava tuloksellisuustarkastaja Liisa Kähkönen, kaupunkitarkastajat Katja Bosisio-Hillberg ja Kirsi-Marie Kaito



Kuvio 13 Kotihoidon tuottavuus⁷³

Palveluprosessin sujuvuutta ja tuottavuutta mitataan myös virtuaalihoiton osuudella ja sillä, kuinka suuri osuus työajasta käytetään asiakastyöhön. Virtuaalihoiton osuuden osalta arvioinnissa todettiin mittarin kuvaavan tuottavuutta. Asiakastyöhön käytetty osuus työajasta voi kuvata lisäksi palvelun laatua. Vuonna 2015 kotihoidon kaikista käynneistä ja hoitopuheluista (2 784 000) virtuaalihoitokäyntejä oli 46 000 eli 1,7 prosenttia.⁷⁴

2.3.3 Palvelun laatu

Palvelun laadun mittaamisessa käytetään useita eri mittareita. Tällaisia ovat strategiset toimintamittarit, asiakastytyväisyyskyselyt, muistutukset ja kantelet, Happy or Not-pikapalautejärjestelmä, mobiilipilotti sekä HaiPro (potilasturvallisuutta koskevat ilmoitukset) -ilmoitusten seuranta ja käsittely. Strategisia toimintamittareita ovat esimerkiksi kotona asuvien osuus 75 vuotta täyttäneistä, unilääkkeitä käyttävien määrän väheneminen, kotihoitoa ja ympärivuorokautista hoitoa saavien osuudet 75 vuotta täyttäneistä).⁷⁵

Sitovien talousarviotavoitteiden toteutuminen

⁷³ <http://www.kunnat.net/fi/tietopankit/tilastot/tuottavuus/Sivut/default.aspx>.

⁷⁴ Sosiaali- ja terveysviraston kotihoito, vertailua 2014 ja 2015, uusi organisaatio ja vakanssimäärät. Sosiaali- ja terveysvirasto, Henkilöstö- ja kehittämispalvelut/Kehittämisen ja toiminnan tuki 14.6.2016.

⁷⁵ Kotihoito 19.8.2016, vastaus tuloksellisuuden mittareita koskevaan arviointiin 2016.



Vuosittain, talousarviovalmistelun yhteydessä, asetetaan kaupungin toiminnalle eritasoisia sitovia toiminnallisia tavoitteita. Liitteessä 5 on kuvattu teemaan liittyvien sitovien talousarviotavoitteiden toteutumista kahden viimeisen strategiakauden aikana.

Vuosina 2009–2013 sosiaaliviraston, viimeisenä vuonna sosiaali- ja terveysviraston, sitovana tavoitteena on ollut omaishoidettavien määrän kasvu. Tämä onnistui ensimmäisenä vuonna, mutta ei myöhempinä vuosina. Kotona asuvien 75 vuotta täyttäneiden osuudelle on asetettu tavoite 2014–2016. Tavoite toteutui vuosina 2014 ja 2016.

Pitkäaikaisessa laitoshoidossa olevien 75 vuotta täyttäneiden osuudelle on ollut tavoite vuosina 2009–2011 ja jälleen 2016. Tavoite toteutui vuosina 2010 ja 2011 ja jälleen vuonna 2016. Ympäri vuorokautisen hoidon painopisteen siirtyminen laitospalvelusta palveluasumiseen on ollut sitovana talousarviotavoitteena vuosina 2012 ja 2013. Tämä toteutui molempina vuosina.

Asiakaskyselyjen tulokset

Säännöllistä kotihoitoa saaville on tehty asiakaskyselyjä vuodesta 2001 alkaen. Tuoreimmat ovat vuoden 2012 ja vuoden 2016 syksyllä toteutetut kyselyt. Vuonna 2012 vastaajista lähes 70 prosenttia oli sitä mieltä, että kotihoidon palveluja saa joustavasti tarpeen mukaan. Näin oli erityisesti hoitotoimenpiteiden kohdalla, joita ovat esimerkiksi lääkkeiden jako, asioiden hoitaminen ja peseytymisessä avustaminen. Kysymykseen ei osannut vastata 22 prosenttia ja 10 prosenttia oli sitä mieltä, ettei saa palvelua tarpeiden mukaan. Yleisarvosanaksi annettiin 8,19. Senhetkisen avun lisäksi asiakkaat kokivat tarvitsevansa eniten apua ulkoiluun ja raskaisiin taloustöihin. Myös hoitotoimenpiteisiin, yhdessä asiointiin, asioiden hoitoon ja peseytymiseen toivottiin enemmän apua.⁷⁶

Vuonna 2016 kotihoidon yleisarvosanaksi annettiin 8,05, eli se on laskenut hieman. Vuonna 2016 vastaajista enää 61 prosenttia oli sitä mieltä, että kotihoidon palveluja saa joustavasti tarpeen mukaan, eli tilanne on heikentynyt. Kysymykseen ei osannut vastata 29 prosenttia, eli enemmän kuin aiemmin. Yhdeksän prosenttia vastaajista katsoi, ettei palvelua saa joustavasti tarvittaessa. Avun tarve on kasvanut, sillä vuonna 2012 lisäapua ei tarvinnut 47 prosenttia, vuonna 2016 näin vastasi 40 prosenttia. Palveluja, joita koettiin tarvittavan enemmän kuin nyt saadaan, olivat samat kuin aiemminkin, eli ulkoilu (22 %), raskaat taloustyöt (17 %), asiointi kodin ulkopuolella (16 %), hoitotoimenpiteet (12 %), peseytyminen (10 %) ja asioiden hoito/muut asiat (10 %).⁷⁷

⁷⁶ Säännöllisen kotihoidon asiakaskysely 2012.

⁷⁷ Kotihoidon asiakastutkimus 2016.



Koska vuoden 2012 vastauksissa ei ollut mukana kohtaa "ei vastausta", heidät pudotettiin tässä arvioinnissa pois, jotta vuoden 2016 tuloksia voidaan vertailla aiempaan vuoteen. Asiakas tavoittaa kotihoidon tarvittaessa "aina" tai "usein" 78 prosentin mukaan, vuonna 2012 luku oli 84 prosenttia eli tavoitettavuus on heikentynyt. 22 prosenttia oli sitä mieltä että kotihoidon tavoittaa joskus, harvoin tai ei koskaan. Asiakkaista lähes 19 prosenttia katsoi, ettei palvelu- ja hoitosuunnitelmaa ole tehty. Tietoisuus on kuitenkin kasvanut, sillä vuonna 2012 heitä oli 21 prosenttia. Vastuuhoitajansa tiesi 61 prosenttia vastaajista, mutta reilusti yli kolmanneksella ei ollut asiasta tietoa. Tässä tietoisuus on heikentynyt, sillä vuonna 2012 jopa 72 prosenttia asiakkaista tiesi vastuuhoitajansa.⁷⁸

Asiakkaille on yhä hyvin tärkeää (61 %) tai melko tärkeää (29 %), että samat henkilöt käyvät heidän luonaan, tämä on pysynyt samana vuoteen 2012 verrattuna. Käyntien myöhästymisestä tiedotetaan asiakasta aiempaa heikemmin. Kotihoidon henkilöstöllä on 40 prosentin mukaan "aina" aikaa hoitaa tehtävänsä ja "usein" vastasi sama osuus vastaajista. Tilanne on hieman heikentynyt vuodesta 2012.⁷⁹

Vastaajista 7 prosenttia katsoi, että tuntee olonsa harvoin tai ei koskaan turvalliseksi, mutta suurin osa kuitenkin tuntee turvallisuutta. Tilanne on pysynyt samana edellisiin vuosiin nähden. Turvattomuuden syynä on yleisimmin huono kunto tai yksinäisyys, kuten aikaisempinakin vuosina. Yksinäiseksi olonsa jatkuvasti tai melko usein kokee 22 prosenttia vastaajista, kuten aikaisemminkin.⁸⁰

Muut laatumittarit

Sosiaali- ja terveysviraston muistutuksia ja kanteluita oli 2016 ensimmäisen puolen vuoden aikana 219 kappaletta ja niistä vain 15 prosenttia kohdistui sairaala-, kuntoutus ja hoivapalvelut -osaston toimintaan.⁸¹ Kotihoitoon on kohdistunut varsin vähän muutoksenhakuja. Sosiaali- ja terveyslautakunnan II jaosto on käsitellyt yksilöhuollon kotihoitoa koskevia asioita seuraavasti:

- Vuonna 2013: ei asioita
- Vuonna 2014: ei asioita
- Vuonna 2015: 4 muutoksenhakua
- Vuonna 2016: 2 muutoksenhakua.⁸²

Potilas- ja sosiaaliasiamiesten asiatapahtumia on ollut yhteensä 2028 kpl vuoden 2016 ensimmäisellä puoliskolla. Potilasasiamiehiin otetaan yhteyttä

⁷⁸ Kotihoidon asiakastutkimus 2016.

⁷⁹ Kotihoidon asiakastutkimus 2016.

⁸⁰ Kotihoidon asiakastutkimus 2016. "Ei vastausta" –kohtaa ei ole otettu huomioon keskiarvon laskennassa.

⁸¹ Sosiaali- ja terveysvirasto asiakkaiden kokemana 2016.

⁸² Sosiaali- ja terveysviraston henkilöstö- ja kehittämispalvelut/Lakipalvelut 19.1.2017.



Johtava tuloksellisuustarkastaja Liisa Kähkönen, kaupunkitarkastajat Katja Bosisio-Hillberg ja Kirsi-Marie Kaito

toiseksi eniten sairaala-, kuntoutus- ja hoivapalveluihin liittyen.⁸³ Kotihoitoon liittyvät yhteydenotot sosiaali- ja potilasasiamieheen ovat vähentyneet vuoden 2011 jälkeen. Kotihoitoon liittyviä muutoksenhakuja on ollut kaksi vuonna 2016 ja 4 vuonna 2015, parina aikaisempaa vuonna näitä ei ollut.⁸⁴

Sosiaalisessa raportoinnissa on tutkittu muun muassa sitä, mistä syistä asiakkaat hakeutuvat palveluihin, ja mitkä seikat estävät tehokkaan auttamisen ja avun saamisen. Ikääntyneiden sosiaali- ja lähityössä on osallistuttu sosiaaliin raportointiin. Raportissa todetaan muun muassa omaisten uupuminen ja palvelujärjestelmän kyvyttömyys vastata omaisten tuen tarpeisiin. Tulos liittyy lähinnä kotona asuvan iäkkään omaishoitoon.⁸⁵

Happy or not -pikapalautetta kokeiltiin kolmen kuukauden ajan vuonna 2016 kotihoidon Itäisellä alueella kotihoidon käynneillä. Kokeilu kattoi 36 työntekijää, asiakaskokemuksia kerättiin 1132 kertaa. Asiakkaista 94,6 prosenttia oli tyytyväinen tai erittäin tyytyväinen käyntiin. Asiakkaista 8 prosenttia ei pystynyt antamaan palautetta. Sovelluksen kehittämistä jatketaan kotihoidossa. Internetin kautta tuleva palautteen määrä on edelleen vähäinen asiakasmääriin ja asiakaskäynteihin verrattuna.⁸⁶

Työntekijäkyselyn vastaukset laadusta

Kotihoidon työntekijäkyselyssä esitettiin eräitä väittämiä palvelun laatuun liittyen (liite 2 ja kuvio 14). Vain 22 prosenttia vastaajista näki kotipalvelun laadun olevan hyvä kaupunginosasta riippumatta, erimielisiä oli kolmasosa. Vastaajista 26 prosenttia näki laadun olevan hyvä "koska käynnit riittävät asiakkaan tarpeisiin". Eri mieltä väittämästä oli jopa 63 prosenttia, täysin erimielisiä oli neljäsosa vastaajista. Vastaajista 44 prosenttia näki laadun hyvänä, vaikka hoitajat vaihtuvat. Eri mieltä tästä väittämästä oli 46 prosenttia.

⁸³ Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2016.

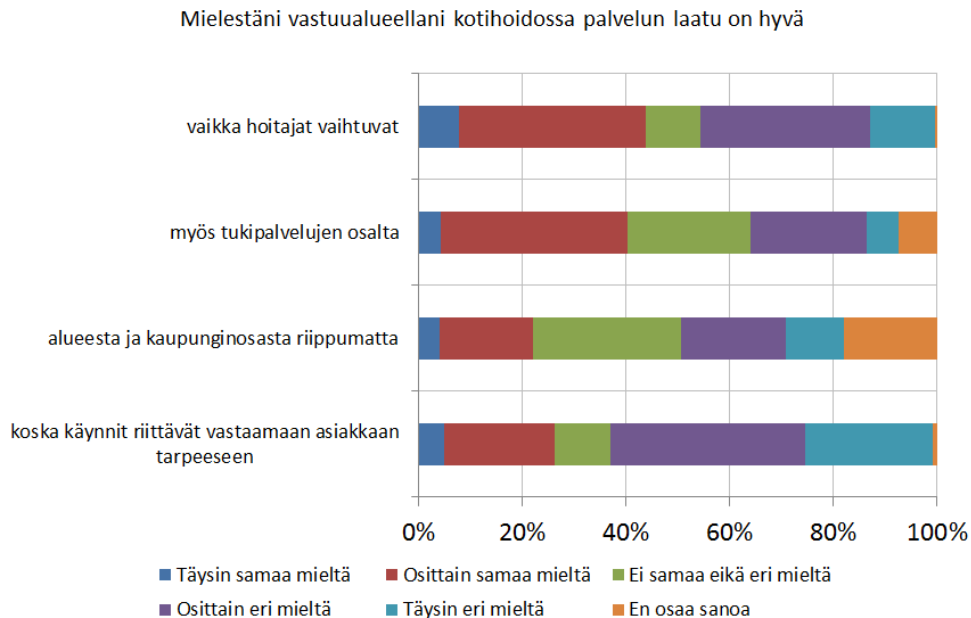
⁸⁴ Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2016.

⁸⁵ Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2016.

⁸⁶ Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2016.



Johtava tuloksellisuustarkastaja Liisa Kähkönen, kaupunkitarkastajat Katja Bosisio-Hillberg ja Kirsi-Marie Kaito



Kuvio 14 Kotihoidon työntekijöiden näkemyksiä palvelun laadusta

Kotihoidon teemaan liittyvistä avovastauksista (168 kpl) 26 prosentissa tuotiin esille positiivisia näkemyksiä ja 74 prosenttia nosti esille toiminnassa olevia haasteita. Positiivisena nähtiin erityisesti se, että hoitajien pysyvyys, ammattitaito ja perehdytys tehtävään ovat avain hyvään palvelun laatuun. Positiivinen näkemys oli myös yhteistyöstä henkilöstön kesken ja moniammatillisuuden hyödyntämisestä osana palvelun laatua. Haasteiksi koettiin ennen kaikkea suuret asiakasmäärät suhteessa käytössä oleviin resursseihin.



2.3.4 Työelämän laatu

Työelämän laatua mitataan Kunta10-kyselyllä, työterveyskyselyllä, tulos- ja kehityskeskusteluilla sekä työsuojelupakki-ilmoituksilla.⁸⁷

Arviointia varten käytettävissä olivat kotihoidon Kunta10-kyselyn tulokset kotihoidotyksiköittäin vuosilta 2014 ja 2016. Niistä on esitetty yhteenveto liitteessä 6. Liitteestä voidaan havaita, että kotihoidon yksiköiden sijoittuminen muihin Kunta10 -yksiköihin nähden Työ-mittareilla on laskenut muualla paitsi lounaisessa yksikössä. [Myös Vuosaaren yhdellä alueella mittari on pysynyt hyvänä.](#) Työyhteisö -mittareiden kehitys vaihtelee, sijoitus on laskenut erityisesti kaakoisessa ja läntisessä yksikössä. Johtamisen mittarien osalta sijoitus on parantunut muualla paitsi pohjoisessa. Työssä jaksamisen mittareilla sijoitus on pudonnut reilusti jokaisella alueella. Kyselyn tulokset osoittavat, että työmäärä kotihoidossa on lisääntynyt. Työpaineet ovat kasvaneet, joskin tässä positiivisena asiana on se, että työntekijät pääosin kokevat työnhallinnan parantuneen. Tästä huolimatta kaikilla alueilla entistä useampi työntekijä kokee, että halu jatkaa omassa työssään on heikentynyt kaikissa yksiköissä. Myös asiakkaiden väkivaltainen käyttäytyminen kotihoidon työntekijöitä kohtaan on joillakin alueilla kasvanut.⁸⁸

Vuosaaren I lähipalvelualueella on ollut vuonna 2015 käynnissä ns. Voima -hanke, jossa lisättiin työntekijöiden itsenäisyyttä ja suunniteltiin asiakastyötä ja työvuoroja uudelleen. Käyntejä pystyttiin lisäämään kuitenkin niin, että sekä työntekijöiden tyytyväisyys että palvelun laatu kiireettömien käyntien muodossa parani. Työn uudelleen suunnittelu on mahdollistanut työmäärään kasvun. Silti henkilöstö koki työn ja vapaa-ajan yhdistämisen parantuneen. Työn hallinnan tunne on myös työyhteisössä kasvanut ja työtä on pystytty kehittämään asiakaslähtoisemmäksi. Uudenlainen työvuorosuunnittelu on ollut käytössä myös kokeilun jälkeen.⁸⁹ Lounaisessa kotihoidon yksikössä on syksyllä 2016 valmennettu kahta lähipalvelualueetta, joissa suunnitellaan nykyistä itseohjautuvampien tiimien käyttöä. Ajatuksena on antaa työntekijöille enemmän vaikutusmahdollisuuksia työhönsä. Tätä kautta pyritään parantamaan henkilöstön työhyvinvointia ja vähentämään sairauspoissaoloja ja vaihtuvuutta, jotka puolestaan vaikuttavat talouteen ja kotihoidon palvelukykyyn. Myös Kontulan alueella on vastaavanlainen kokeilu.⁹⁰

Kunta10 -tulosten lisäksi käytössä olivat lyhyet sairauspoisaolot, jotka myös kuvaavat työelämän laatua. Alla olevasta kuviosta voidaan havaita, että ne

⁸⁷ Kotihoito 9.8.2016, vastaus tuloksellisuuden mittareita koskevaan arviointiin 2016.

⁸⁸ Sosiaali- ja terveysvirasto, työnantajapalvelut 7.12.2016

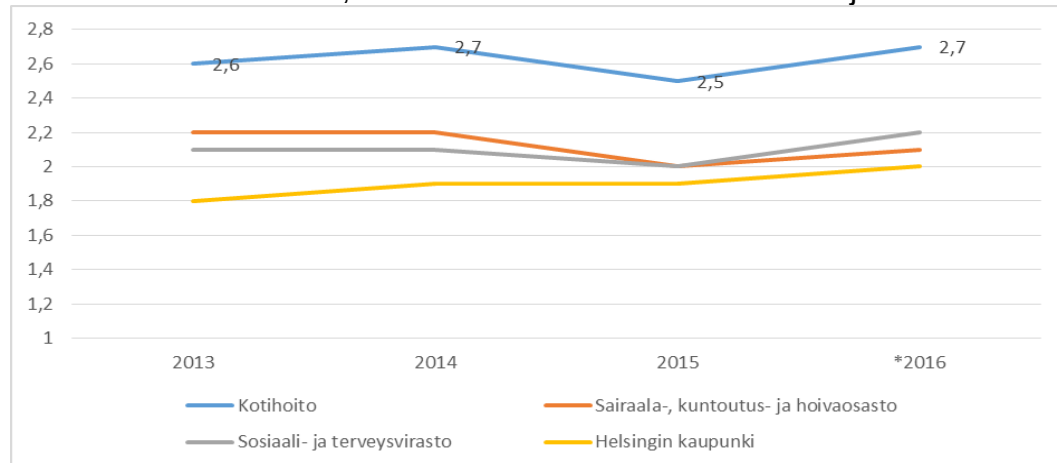
⁸⁹ Kotihoidon ohjaaja, Idän palvelualue, Kaakkoinen kotihoidotyksikkö 17.2.2017 ja Kristensen & Peiponen, 2016.

⁹⁰ Kotihoitopäällikkö, Lännen palvelualue, Lounainen kotihoidotyksikkö 20.12.2017.



Johtava tuloksellisuustarkastaja Liisa Kähkönen, kaupunkitarkastajat Katja Bosisio-Hillberg ja Kirsi-Marie Kaito

ovat korkeammat sosiaali- ja terveysvirastossa kuin Helsingin kaupungissa keskimäärin, mutta erityisen korkea luku on kotihoidossa. Sairauspoisaolot vähenivät vuonna 2015, mutta vuonna 2016 ne vaikuttavat jälleen nousevan.



Kuvio 15 Kotihoidon lyhyet (1-3 päivää) sairauspoissaolopäivät 2013–2016 verrattuna koko kaupunkiin, sosiaali- ja terveysvirastoon ja sairaala-, kuntoutus ja hoivapalvelut -osastoon⁹¹

Yhteenveto

Kotihoidon tuloksellisuuden osatekijöiden kehitystä voi kuvata taulukon 4 mukaisesti:

Taulukko 3 Kotihoidon tuloksellisuusmittareiden kehitys

Näkökulma	Toteutuminen
Taloudellisuus - kustannukset käyntiä kohden (2014–2015) - kustannukset asukasta kohden (2011–2015)	kust./käynti pysynyt ennallaan kust./asukas noussut hieman avohoidossa
Tuottavuus (2010–2014)	tuottavuus parantunut hieman
Laatu - asiakastyytyväisyyskyselyt (2012,2016) - muistutukset ja kantelut	asiakastyytyväisyys heikentynyt yhteydenotot potilasasiamieheen vähentyneet
Työelämän laatu - Kunta10 (2014, 2016) - lyhyet sairauspoisaolot (2013–2015)	työelämän laatu heikentynyt selvästi sairauspoisaolot korkeat, mutta pysyneet ennallaan

2.4 Kokoavat havainnot

⁹¹ Sosiaali- ja terveysvirasto, työnantajapalvelut 8.11.2016, vuoden 2016 tieto ajalta 1.1.–30.6.2016.



Johtava tuloksellisuustarkastaja Liisa Kähkönen, kaupunkitarkastajat Katja Bosisio-Hillberg ja Kirsi-Marie Kaito

Arvioinnin osakysymyksiin voidaan vastata seuraavasti:

1. Tehdäänkö kotihoidossa aiempaa systemaattisempaa potilaiden ja asiakkaiden erilaisten sairauksien ja ongelmien moniammatillista tunnistamista (vertailuvuosi 2014)?

Osakysymykseen voidaan vastata kyllä. Sekä sosiaali- ja terveysviraston antama lausunto arviointikertomukseen 2014 ja 2015, johdon haastattelu että työntekijäkysely osoittivat sen, että asiakkaiden moniammatillista tunnistamista ja yhteistyötä tehdään ja sitä on lisätty. Pyydetty, ennakkolliset ja lakisääteiset arvoinnit pystytään toteuttamaan yli 60 prosentissa tapauksista moniammatillisesti. Myös muistitestejä varhaistettu. Kotihoidossa asiakkaan tilanteen seuraaminen on kehittynyt systemaattisempaan suuntaan muun muassa toiminnanohjausjärjestelmän käyttöönoton myötä.

2. Laaditaanko kotihoidossa kaikille monisairaille tai -ongelmaisille asiakkaille hoito- tai palvelusuunnitelma moniammatillisesti asiakkaan kanssa asiakasta motivoiden siten, että hän ottaa itse vastuuta hoidostaan?

Osakysymykseen voidaan vastata osittain kyllä. Ikääntyneitä asiakkaita on niin paljon, ettei resurssien puitteissa ole mahdollista laatia kaikille moniammatillisia suunnitelmia. Asiakkaiden on joka tapauksessa otettava itse vastuuta hoidostaan. Moniammatillista yhteistyötä on kuitenkin lisätty ja hoitosuunnitelmia mahdollisuuksien mukaan tehdään moniammatillisesti. Kotihoidossa nähtiin, että asiakkaita pystytään motivoimaan hoitoon ja kannustamaan ottamaan vastaan tarvitsemansa palvelut jonkin verran enemmän kuin ennen.

3. Onko kotihoito ja sosiaali- ja lähityön palvelut yhdistetty säännölliseksi käytännön työksi ja kotihoitoon liitetty myös muiden ammattilaisten palveluita? Onko sosiaali- ja terveysvirastossa käyty keskustelu kotipalvelun keskittämisestä hoivaa eniten tarvitseville asiakasryhmille?

Osakysymys on kaksiosainen ja siihen voidaan vastata osittain kyllä. Yhteistyö sosiaali- ja lähityön sekä kotihoidon välillä on tiivistynyt viime vuosina selvästi. Myös muiden asiantuntijoiden palvelujen saanti on parantunut. Sosiaali- ja lähityön sosiaalityöntekijät jalkautuvat kotihoidon tiimeihin ja antavat matalan kynnyksen konsultaatiota. Käytännön haasteena ovat sosiaalityöntekijöiden niukat resurssit, mikä koskee erityisesti ruotsinkielisiä palveluja. Keskustelua kotihoidon keskittämisestä eniten hoivaa tarvitseville asiakasryhmille on käyty osana palvelurakenneuudistusta. Asia on hankala suuren asiakasmäärän vuoksi. Asiakkaan pärjääminen myös vaihtelee sen mukaan, onko hänellä tukenaan omaisia tai läheisiä. Säännöllisen kotihoidon asiakaskyselyssä turvattomaksi kotona itsensä tuntevien määrä on alle 10 prosenttia, tilanne on pysynyt samana vuoteen 2012 nähden.



4. Toteutetaanko palvelutarpeen arviointeja yhdessä ikääntyneen (ja hänen omaisensa kanssa) riittävän usein siten, että kotona asuvan ikääntyneen palvelutarpeesta saadaan ajantasainen tieto?

Ajantasaisuuteen liittyvään kysymykseen voidaan vastata osittain kyllä - kotihoidon asiakkaiden osalta kyllä, muiden ikääntyneiden osalta ei välttämättä. Erityisesti säännöllisen kotihoidon asiakkaiden osalta nähtiin, että palvelutarvetta kyetään arvioimaan hoitokäyntien yhteydessä, jolloin palvelutarpeeseen voidaan vastata ajantasaisesti. Sosiaali- ja lähityössä, jossa asiakkaat eivät ole säännöllisten hoitotoimien kohteena ja kotona asuvaa tavataan harvemmin, nähtiin, että palvelutarpeen arviointia ei välttämättä tehdä riittävän usein. Omaisten ja läheisten mukaan otto toteutuu hyvin esimerkiksi lakisääteisissä palvelutarpeen arvioinneissa: lähes 70 prosentissa arvioinneista omainen tai läheinen on mukana.

5. Päivitetäänkö palvelusuunnitelmia yhdessä ikääntyneen (ja hänen omaisensa) kanssa riittävän usein siten, että suunnitelmaan kirjatut palvelut vastaavat tarvetta?

Kysymykseen voidaan vastata osittain kyllä. Erityisesti kotihoidon asiakkaiden osalta nähtiin, että palvelutarvetta kyetään arvioimaan säännöllisten kotihoidon hoitokäyntien yhteydessä, jolloin hoitosuunnitelmia voidaan päivittää tarpeen mukaan. Sosiaali- ja lähityössä nähtiin, että (omaishoidon) palvelusuunnitelmia ei saada päivitettyä riittävän usein, mutta puolet katsoi, että palvelutarve ja suunnitelmat vastaavat toisiaan. Erityisesti sosiaali- ja lähityössä nähtiin omaisten ja läheisten olevan hyvin mukana arvioinneissa ja palvelusuunnitelman laadinnassa. Säännöllisen kotihoidon asiakaskyselyn mukaan kuitenkin jopa viidesosa asiakkaista ei tiennyt hoito- ja palvelusuunnitelman olemassa olost, mutta tietoisuus on hieman parantunut vuosikymmenen alkuun nähden. Tieto vastuuhoidajasta on kuitenkin heikentynyt.

6. Pystytäänkö palvelutarpeen arvioinnin ja palvelusuunnitelmien avulla varmistamaan ja ennakoimaan ikääntyneen kotona asuvan tarvitsemat palvelut riittävästi?

Kysymykseen voidaan vastata kyllä sekä kotihoidon että sosiaali- ja lähityön asiakkaiden osalta. Suurin osa kotihoidon työntekijöistä on sitä mieltä, että asiakkaan palvelutarvetta kyetään ennakoimaan. Sosiaali- ja lähipalveluissakin näin ajatteli yli puolet vastaajista. Molemmissa palveluissa työntekijät näkivät omien palvelujensa osalta, että palvelua saa tarvittaessa. Moniammatillisissa niin sanotuissa kuntoutuksen yhteistyön säännöllisissä SAP -kokouksissa alueilla pyritään ennakoimaan tilanteita ennen kuin asiakkaiden tilanne pääsee kriisiytymään.



Kuudenteen osakysymykseen liittyen työntekijäkyselyssä esitettiin seuraavia väittämiä liittyen siihen, pyritäänkö ikääntyneitä hoitamaan liian pitkään kotona, mikä on raja sille, milloin iäkäs ei enää pärjää kotona, miten hoitajien vaihtuminen vaikuttaa hoitoon, miten yksinäisyyden ongelma ratkaistaan kotihoidossa ja saavatko kaikki kotona asuvat ikääntyneet tasa-arvoisesti palveluita riippumatta asuinalueesta, kulttuurista tai kielestä.

Työntekijät sekä kotihoidossa että sosiaali- ja lähityössä olivat kyselyjen mukaan sitä mieltä, että huonokuntoisia ikääntyneitä pyritään hoitamaan liian pitkään kotona, palveluasumis- tai laitospaikkaa ei saa tarvittaessa tai sitä joudutaan odottamaan liian pitkään kuntoon nähden. Rajaa kotona pärjäämiselle on vaikea määrittää, mutta mikäli asiakas on muistisairas, ahdistunut, kaatuileva, karkaileva tai vaaraksi itselleen tai muille, ympäri-vuorokautinen hoitopaikka voi olla tarpeen. Asiakaskyselyn mukaan kotipalvelusta annettu yleisarvona, samoin kuin palvelujen saantia, käyntien kiireisyyttä ja hoitajien tavoitettavuutta kuvaavat arviot ovat heikentyneet vuosikymmenen alkuun nähden. Vastanneista 6 prosenttia asui palvelutalossa, mutta suurempi osa, 13 prosenttia, ilmaisi halunsa asua palvelutalossa, vanhainkodissa tai muualla.

Työntekijät tuntuivat olevan sitä mieltä, että asiakkaita pystytään ohjaamaan sellaisten palvelujen piiriin, joissa yksinäisyys helpottuu. Asiakkaista yksinäiseksi aina tai usein kokee itsensä vähän yli viidesosa, tilanne on pysynyt ennallaan aiempaan asiakaskyselyyn nähden. Erityisesti kotihoidossa nähtiin, että asiakkaille pystytään tarjoamaan samanarvoisesti palveluita riippumatta taloudellisesta asemasta, kulttuurista tai uskonnosta, kielestä tai siitä, osaako asiakas itse hakea palveluita tai onko hänellä omaisia/läheisiä. Sosiaali- ja lähityössä näihin kysymyksiin vastattiin kriittisemmin. Kotihoidon laatu ei kuitenkaan ole työntekijöiden näkemyksen mukaan yhtä hyvä kaikilla alueilla. Kotihoidon kyselyn perusteella hoitajien vaihtumisella voidaan sanoa olevan laatua heikentävä vaikutus. Suurin osa säännöllisen kotihoidon asiakkaista pitää erittäin tärkeänä, että hoitaja pysyisi samana.

Tuloksellisuusmittarit osoittavat, että tuottavuus on lisääntynyt, mutta palvelun laatu heikentynyt jonkin verran. Myös työelämän laatu on kaikilla alueilla heikentynyt lukuun ottamatta lounaista kotihoitoyksikköä ja Vuosaaren yhtä aluetta. Vuosaareissa on Voima -kokeilun ansioista onnistuttu työvuorosuunnittelun kehittämisen myötä sekä lisäämään käyntejä, parantamaan sekä henkilöstön työtyytyväisyyttä että kiireettömiä käyntejä. Lounaisessa kotihoidon yksikössä ja Kontulassa on syksyllä 2016 valmennettavana kaksi lähipalvelualueita, joissa suunnitellaan nykyistä itseohjautuvampien tiimien käyttöä.



Johtava tuloksellisuustarkastaja Liisa Kähkönen, kaupunkitarkastajat Katja Bosisio-Hillberg ja Kirsi-Marie Kaito

3 JOHTOPÄÄTÖKSET

Arvioinnin pääkysymys oli, toteuttaako kaupunki ikääntyneiden palvelutarpeen arvioinnin ja palvelusuunnitelmien laadinnan riittävän usein siten, että kotihoidon palveluilla voidaan vastata kotona asuvan ikääntyneen kulloiseenkin palvelutarpeeseen. Kysymykseen voidaan vastata osittain kyllä, mutta eräin varauksin.

Ikääntyneiden moniammatillista arviointia ja yhteistyötä ammattiryhmien välillä tehdään aiempia vuosia enemmän. Näin on sekä sosiaali- ja lähityössä että kotihoidossa. Erityisesti säännöllisen kotihoidon asiakkaan vointia on mahdollista seurata ja saada palvelutarpeesta ajankohtainen tieto sekä päivittää hoitosuunnitelmaa sen mukaiseksi. Muiden kotona asuvien ikääntyneiden osalta tilanne ei ole ihan yhtä hyvä.

Ennen kaikkea kotihoidossa nähtiin, että palveluita pystytään tarjoamaan suhteellisen tasa-arvoisesti riippumatta asiakkaan asuinalueesta, taloudellisesta asemasta, kielestä tai kulttuurista. Myös aktiivisen omais- ja läheisverkoston olemassaolo vaikuttaa sosiaali- ja lähityön palvelujen saantiin. Turvattomaksi itsensä kokevien määrä on pysynyt aiempiin vuosiin nähden samana, vaikka asiakasmäärä on noussut.

Sekä kotihoidossa että sosiaali- ja lähityössä asiakasta kannustetaan ottamaan vastaan tarvitsemansa palvelut sekä ohjataan ikääntyneitä sellaisten palvelujen piiriin, joissa koettu yksinäisyys helpottuu. Työntekijät kokevat, että ikääntyneet myös saavat sekä kotihoidon että sosiaali- ja lähityön palveluita tarpeen vaatiessa. Yksinäiseksi itsensä kokee viidesosa säännöllisen kotihoidon kyselyyn vastanneista asiakkaista, saman verran kuin edellisessä asiakaskyselyssä.

Aineistosta nousee esille se, että koti ei vaikuta kaikissa tapauksissa olevan ikääntyneen kunnon näkökulmasta oikea asuinpaikka. Kyselyn perusteella huonokuntoisia ikääntyneitä pyritään hoitamaan liian pitkään kotona. Palveluasumis-/laitospaikan saamisessa on haasteita, sitä ei saa aina tarpeen vaatiessa tai sitä joudutaan jonottamaan liian pitkään, ikääntyneen vointi huomioiden.

Ikääntyneiden avohoidon kustannukset asukasta kohden ovat jonkin verran kasvaneet, mutta käyntiä kohden kahtena viime vuonna pysyneet ennallaan. Tuottavuus on parantunut, eli lähes samalla työntekijämäärällä hoidetaan aiempaa suurempaa asiakasmäärää. Tämä mitä todennäköisemmin heijastuu työntekijöiden kokemuksiin: kiire ja halu vaihtaa työpaikkaa ovat lisääntyneet eli työelämän laatu on heikentynyt. Suurin osa kotihoidon työntekijöistä näki laadun puutteena sen, etteivät kotihoidon käynnit riitä vastaamaan asiakkai-



Johtava tuloksellisuustarkastaja Liisa Kähkönen, kaupunkitarkastajat Katja Bosisio-Hillberg ja Kirsi-Marie Kaito

den tarpeisiin. Kotipalvelusta annettu yleisarvona, samoin kuin palvelujen saantia, käyntien kiireisyyttä ja hoitajien tavoitettavuutta kuvaavat arviot ovat heikentyneet vuosikymmenen alkuun nähden asiakaskyselyn mukaan. Vaikutavuudesta ei ole saatavissa tietoa. Kokeilut Vuosaaressa ja lounaisella alueella osoittavat, että kun työntekijät saavat vaikutusmahdollisuuksia työhönsä, se lisää työhyvinvointia, mutta voi myös tehostaa toimintaa ja samalla parantaa palvelun laatua.

4 TOIMENPIDE-ESITYS JA LISÄTIEDOT

Tarkastuslautakunnan 2. jaosto merkitsee muistion tiedoksi.

Arviointia koskevia lisätietoja antavat johtava tuloksellisuustarkastaja Liisa Kähkönen, puhelin 310 36606, kaupunkitarkastaja Katja Bosisio-Hillberg, puhelin 310 43214 ja kaupunkitarkastaja Kirsi-Marie Kaito, puhelin 310 36383.

Liisa Kähkönen

Katja Bosisio-Hillberg

Kirsi-Marie Kaito

JAKELU Tarkastuslautakunnan 2. jaosto

LÄHTEET



Johtava tuloksellisuustarkastaja Liisa Kähkönen, kaupunkitarkastajat Katja Bosisio-Hillberg ja Kirsi-Marie Kaito

Haastattelut:

Palvelualuejohtajien haastattelu 16.6.2016: Sosiaali- ja lähityön päällikkö (Etelän palvelu-alue), kotihoidon päällikkö ja sosiaali- ja lähityön päällikkö (Pohjoisen palvelualue), palvelualuejohtaja (Idän palvelualue), palvelualuejohtaja ja kotihoitopäällikkö (Lännen palvelu-alue).

Kyselyt:

Kotihoidon ohjaajat ja heidän kautta kotihoidon sairaanhoitajat, terveydenhoitajat, lähihoitajat, perushoitajat, kodinhoitajat ja kotiaavustajat 16.9.2016.

Sosiaali- ja lähityön aluepäälliköiden kautta erityissosiaalityöntekijät, sosiaalityöntekijät ja omaishoidon sosiaalihoitajat 16.9.2016.

Sähköpostitiedustelut:

Sosiaali- ja terveysvirasto, työnantajapalvelut 8.11.2016 ja 7.12.2016.

Henkilöstö- ja kehittämispalvelut, Kehittämisen ja toiminnan tuki 19.1.2017.

Henkilöstö- ja kehittämispalvelut, Lakipalvelut 19.1.2017.

Idän palvelualue, Kaakkoinen kotihoitoyksikkö 17.2.2017.

Lännen palvelualue, Lounainen kotihoitoyksikkö 20.12.2017

Muut lähteet:

Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvuuista sekä laiksi terveydenhuoltolain 20 §:n kumoamisesta (HE 160/2012 vp).

Helsingin kaupungin vuoden 2015 tilinpäätös.

Helsingin väestö vuodenvaihteessa 2014/2015 ja väestönmuuokset vuonna 2014. Helsingin kaupungin tietokeskuksen tilastoja 21/2015.

Kotihoidon asiakastutkimus 2016. Helsingin kaupungin terveysvirasto. Yhteenvetoraportti.

Kristensen, M. & Peiponen, A., Voima. Asiakkaiden ja asukkaiden aktiivista arkea sekä henkilökunnan hyvinvointia tukeva työvuorosuunnittelu. Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveysviraston Tutkimuksia ja raportteja 5/2016.

Kuuden suurimman kaupungin vanhusten sosiaali- ja terveystalvuuja ja kustannusten vertailu vuonna 2015. Kuusikko-työryhmän julkaisusarja 4/2016.

65 vuotta täyttäneet Helsingissä. Helsingin kaupungin tietokeskuksen tilastoja 14/2016.



Johtava tuloksellisuustarkastaja Liisa Kähkönen, kaupunkitarkastajat Katja Bosisio-Hillberg ja Kirsi-Marie Kaito

17.2.2017

Laitoksesta kotiin – syntyikö säästöjä? Sitran selvityksiä 94/2015.

Päihde-, mielenterveysongelmaisten ja aikuisiän diabeetikkojen hoitoon pääsy sekä ikääntyvien pääsy kotihoitoon. Helsingin kaupungin tarkastusvirasto. Arviointimuistio 16.12.2014.

Sosiaalihuoltolaki 30.12.2014/1301.

Sosiaali- ja terveyslautakunta 12.5.2016 § 169.

Sosiaali- ja terveyslautakunta 3.5.2016 § 104.

Sosiaali- ja terveysvirasto asiakkaiden kokemana – katsaus eri kanavista koottuun tietoon 2016. Sosiaali- ja terveysvirasto.

Sosiaali- ja terveysviraston Helmi/osastot/sairaala-, kuntoutus- ja hoivapalvelut/kotihoito 17.5.2016.

Sosiaali- ja terveysviraston ruotsin kielellä tuotettujen palvelujen seurantaraportti 29.11.2016.

Sosiaali- ja terveysviraston toiminnallinen tilinpäätös 2015.

Suurten kaupunkien terveydenhuollon kustannukset 2015. Kuntaliitto 2016.

Säännöllisen kotihoidon asiakaskysely 2012.

Tuloksellisuuden mittaaminen sosiaali- ja terveyspalveluissa. Helsingin kaupungin tarkastusvirasto. Arviointimuistio 29.9.2016.



Johtava tuloksellisuustarkastaja Liisa Kähkönen, kaupunkitarkastajat Katja Bosisio-Hillberg ja Kirsi-Marie Kaito

LIITTEET

Liite 1 Arvioinnin toteuttamissuunnitelma

Arviointiaihe		
Kotihoidon riittävyys ikääntyneiden tarpeeseen nähden		
Suunnitelman laatija Liisa Kähkönen		Pvm 4.5.2016
Arvioinnin ohjausryhmä 2. jaosto		
Aloittamisaika syyskuu 2016	Valmistumisaika tammikuu 2017	Vastaava valmistelija, muut valmistelijat Liisa Kähkönen, Katja Bosisio-Hillberg, Kirsi-Marie Kaito
Arviointiaiheen tausta		
Tavoitteena on arvioida, ovatko Helsingin nykyiset kotihoidon palvelut riittäviä ikääntyneiden tarpeisiin nähden. Väestön ikääntymisen myötä sosiaali- ja terveydenhuollon menot kasvavat. Vanhusten kotihoito on ympärivuorokautista hoitoa huomattavasti edullisempi ratkaisu ja siksi kotihoidon lisääminen on ollut vanhustenhuollossa valtakunnallinen tavoite jo pitkään. Karkeasti arvioiden noin kaksi kotihoidon käyntiä vuorokaudessa tulee vielä edullisemmaksi kuin keskiraskas palveluasuminen. Kotihoidolla on mahdollista ennaltaehkäistä tai siirtää asiakkaan ympärivuorokautiseen hoitoon joutumista. Lisäksi sitä pidetään laitosasumista inhimillisempänä ratkaisuna. Kotihoidon piirissä olevien 75 vuotta täyttäneiden osuus on ollut terveyskeskuksella (nykyisellä sosiaali- ja terveysvirastolla) sitovana tavoitteena muun muassa vuosina 2000–2004 ja jälleen 2010–2015.⁹² Helsingin strategiaohjelman 2013–2016 mukaan tavoitteena on varmistaa ikääntyneille ihmisille turvallinen ja arvokas elämä. Palvelurakennetta on tarkoitus uudistaa lisäämällä kotiin annettavia ja kotona asumista tukevia palveluja ja vähentämällä laitoshoidon hoitoa, omaishoitoa, toipilasajan hoitoa sekä kuntoutusta on tarkoitus kehittää ikääntyneiden toimintakyvyn edistämiseksi ja ylläpitämiseksi. Strategian mukaan ympärivuorokautista hoitoa ja hoivaa tarjotaan sitä tarvitseville kaupunkilaisille vanhustenkeskuksissa, palveluasumisessa ja pitkäaikaishoidossa. Palveluketjun sujuvuudesta huolehditaan siten, että palvelumuodosta toiseen siirtyminen sujuu viiveettä. Palveluja kehitetään myös palvelusetelien avulla. Elämän viime vaiheessa kotisairaaloitten saattohoitopalvelut ja kaupungin oma saattohoito-osasto ovat tukena muun avo- ja sairaalatoiminnan lisäksi. Strategiaohjelman tavoitteena on, että ikääntynyt (ja alle 65-vuotias toimintakyvyltään alentunut) asukas saa tarvitsemansa hoidon, kuntoutuksen ja palvelut viiveettä oikeassa		

⁹² Päihde-, mielenterveysongelmaisten ja aikuisiän diabeetikkojen hoitoon pääsy sekä ikääntyvien pääsy kotihoitoon. Helsingin kaupungin tarkastusvirasto. Arviointimuistio 16.12.2014 ja Kotihoito 2020, Käyntiperusteisesta kotihoidosta kotona asumisen tukemiseen 9.9.2015.



Johtava tuloksellisuustarkastaja Liisa Kähkönen, kaupunkitarkastajat Katja Bosisio-Hillberg ja Kirsi-Marie Kaito

17.2.2017

paikassa. Sen toimenpiteinä ovat muun muassa

- painotetaan kotipalveluita ja omaishoitoa vanhuspalveluiden järjestämisessä ja
- kotipalveluja vahvistetaan.

Vanhuspalvelulain (980/2012) 6 §:n mukaan palvelujen laadun ja riittävyyden arvioimiseksi kunnan on kerättävä säännöllisesti palautetta palveluja käyttäviltä, heidän omaisiltaan ja läheisiltään sekä kunnan henkilöstöltä. Lisäksi kunnan on koottava tiedot palveluihin käytetyistä taloudellisista voimavaroista sekä henkilöstön määrästä ja koulutuksesta. Arvioinnissa on lisäksi otettava huomioon sosiaaliasiamiehen vuosittaisessa selvityksessä esitetyt havainnot. Lain 15 §:n mukaan kunta vastaa siitä, että iäkkään henkilön sosiaali- ja terveydenhuollon sekä muiden hänen hyvinvointiaan, terveyttään, toimintakykyään ja itseinäistä suoriutumistaan tukevien palvelujen tarve selvitetään kokonaisvaltaisesti yhdessä iäkkään henkilön ja tarvittaessa hänen omaisensa, läheisensä tai hänelle määrätyn edunvalvojan kanssa. Palvelusuunnitelmaa koskevassa 16 §:ssä mainitaan, että palvelusuunnitelma on tarkistettava ilman aiheetonta viivytystä aina silloin, kun iäkkään henkilön toimintakyvyssä tapahtuu hänen palveluntarpeeseensa vaikuttavia olennaisia muutoksia.

Stadin ikäohjelman 2015–2016 mukaan palvelujen tarvetta, riittävyyttä ja laatua sekä saatavuutta arvioidaan eri menetelmin. Menetelminä tähän on muun muassa lakisääteinen sosiaalipalvelujen tarpeen arviointi yli 75-vuotiaille ja muillekin ikääntyneille tehdään aina tarvittaessa. Arvioinnin tekevät sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijät yhdessä ikääntyneen henkilön ja hänen omaistensa kanssa. Arviointi tehdään yleensä ikääntyneen henkilön kotona. Lisäksi arvioidaan saatavuutta seuraamalla asiakas- ja käyntimääriä, käyttöasteita ja palvelujen odotusaikoja. Kaupunki julkaisee vanhuspalvelulain ja terveydenhuoltolain edellyttämät odotusaikatiedot, kuten odotusaikojen keskiarvot tai mediaanit, hakemusten lukumäärät ja yli kolme kuukautta odottaneiden lukumäärät internet -sivuilla ja kaupungin julkaisuissa. Laatua arvioidaan käyttäen erilaisia arviointimenetelmiä, kuten: kotihoidossa ja ympärivuorokautisessa hoidossa RAI (Resident Assessment Instrument) -arviointi, asiakaskyselyt, palautejärjestelmä, sosiaali- ja potilasasiamiesten raportit sekä valituksista ja kanteluista saatu tieto.

Tarkastuslautakunta on arvioinut kotihoitoa vuosina 2014 ja 2015. Vuonna 2014 arvioinnin kohteena oli kotihoidon palveluihin pääsy. Tuolloin arvioinnin yhtenä osakysymyksenä selvitettiin, ovatko iäkkäiden ja alle 65-vuotiaiden toimintakyvyltään alentuneiden kotiin annettavat ja kotona asumista tukevat palvelut lisääntyneet strategia-ohjelman mukaisesti. Viraston vastauksen mukaan lyhytaikaishoidossa, arviointi- ja kuntoutustoiminnassa ja ympärivuorokautisessa hoidossa (myös alle 65-v.) on lisätty palvelukeskustoimintaa ja päivätoimintaa, yhteistyötä on tiivistetty alueellisesti palvelualuemallissa, laitoshoidon ja sairaalapaikkoja on vähennetty, voimavaroja on siirretty kotona asumista tukeviin palveluihin ja muistikoordinaattoritoimintaa ja muistipoliklinikkatoimintaa on vahvistettu. Palvelujen saantia tiedusteltiin kyselyllä palvelualuejohtajille (4), kotihoitopäälliköille (7) ja kotihoidon ohjaajille (81) sekä asiakastytyväisyyskyselyllä. Niiden mukaan palvelun saanti toteutui varsinaisen kotihoidon osalta hyvin. Palvelu ei kuitenkaan ole riittävää tukeakseen kotona asuvan asiakkaan omaehtoista toimintaa (raskaat kotityöt, omien asioiden hoito, liikkuminen). Kotihoidon onnistuneisuudesta ja kehittämistarpeista on olemassa asiakastytyväi-



Johtava tuloksellisuustarkastaja Liisa Kähkönen, kaupunkitarkastajat Katja Bosisio-Hillberg ja Kirsi-Marie Kaito

17.2.2017

syyskysely vuodelta 2012:

Vuonna 2015 arviointiaiheena oli, järjestääkö kaupunki muistisairaille kansallisten suositusten mukaisesti palveluja. Arvioinnin keskeisenä tuloksena oli, että lievissä muistiongelmassa voidaan hyödyntää kotihoitoa ja muistisairaita tukevia apuvälineitä, mutta sairauden edetessä kotona asuminen ei välttämättä ole turvallinen ja inhimillisesti katsoen paras vaihtoehto. Muistisairaat tarvitsevat sairautensa eri vaiheissa erityisesti muistisairaille suunnattuja, muunneltavia palveluasumisen vaihtoehtoja ja ympärivuorokautista hoitoa.

Helsingin sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen Kotihoito 2020 mukaan yksi tavoite on, että varsinaiset kotihoidon palvelut suunnataan runsaammin tukea tarvitseville, mutta kotihoidon kevythoitolisten asiakkaiden ryhmä ja kotihoidon asiakasrakenne tarkastellaan vähintään kerran vuodessa kotihoitoyksiköittäin. Suunnitelma sisältää toimenpiteitä palvelutarpeen arviointiin ja palvelusuunnitelmien tekemiseen.

Tuloksellisuusnäkökulmat

Taustatietoina tarkastellaan taloudellisuutta, tuottavuutta, laatua ja vaikuttavuutta, jos tietoa on saatavilla.

Aiheeseen liittyvien suositusten jälkiseuranta

Vuonna 2014 arviointikertomuksessa annettiin seuraava suositus:

- Terveysasemien, sisätautien-, psykiatrian- ja päihdepoliklinikoiden sekä kotihoidon on tehtävä nykyistä systemaattisemmin potilaiden ja asiakkaiden erilaisten sairauksien ja ongelmien moniammatillista tunnistamista.
- Terveysasemien, sisätautien-, psykiatrian- ja päihdepoliklinikoiden sekä kotihoidon tulee laatia kaikille monisairaille tai -ongelmallisille asiakkailleen hoito- tai palvelusuunnitelma moniammatillisesti asiakkaan kanssa asiakasta motivoiden siten, että hän ottaa itse vastuuta hoidostaan
- Kotihoito ja sosiaali- ja lähityön palvelut tulee yhdistää säännölliseksi käytännön työksi. Lisäksi kotihoitoon tulee tarvittaessa liittää myös muiden ammattilaisten palveluita. Kotihoidossa on syytä käydä keskustelu palvelun keskittämistä hoivaa eniten tarvitseville asiakasryhmille.

Vuonna 2015 arviointikertomuksessa annettiin seuraavat suositukset: sosiaali- ja terveystieteiden tulee

- varhaistaa muistisairaiden diagnosointia tekemällä kotihoidon asiakkaille moniammatillinen arviointi aikaisessa vaiheessa ja lisäämällä muistitestausta terveysasemilla.
- kehittää muistisairaalan arjen toimintaa tukevaa kuntoutusta eri ammattialojen yhteistyönä sekä ottaa käyttöön muistisairasta ja hänen turvallisuuttaan tukevia apuvälineitä ja teknologiaa.
- lisätä erityisesti muistisairaille suunnattua palveluasumista esimerkiksi dementiakotien muodossa siten, että asumiseen liittyviä palveluja voidaan sairauden edetessä lisätä tarpeen mukaan.



Johtava tuloksellisuustarkastaja Liisa Kähkönen, kaupunkitarkastajat Katja Bosisio-Hillberg ja Kirsi-Marie Kaito

Suosituksen seuranta vuodelta 2014 toteutetaan tässä arvioinnissa. Suositusten 2015 seuranta tehdään tässä arvioinnissa sosiaali- ja terveystieteiden lautakunnalta vuoden 2015 arviointikertomukseen saadun lausunnon perusteella.

Arviointikysymykset ja aineisto

Arvioinnin pääkysymys on, toteuttaako kaupunki ikääntyneiden palvelutarpeen arvioinnin ja palvelusuunnitelmien laadinnan riittävän usein siten, että palveluilla voidaan vastata kotona asuvan ikääntyneen kulloiseenkin palvelutarpeeseen?

Arvioinnin osakysymykset ovat:

1. Tehdäänkö kotihoidossa aiempaa systemaattisempaa potilaiden ja asiakkaiden erilaisten sairauksien ja ongelmien moniammatillista tunnistamista (vertailuvuosi 2014)?
2. Laaditaanko kotihoidossa kaikille monisairaille tai -ongelmaisille asiakkaille hoito- tai palvelusuunnitelma moniammatillisesti asiakkaan kanssa asiakasta motivoiden siten, että hän ottaa itse vastuuta hoidostaan?
3. Onko kotihoito ja sosiaali- ja lähityön palvelut yhdistetty säännölliseksi käytännön työksi ja kotihoitoon liitetty myös muiden ammattilaisten palveluita? Onko sosiaali- ja terveystieteiden lautakunnassa käyty keskustelu kotipalvelun keskittämistä hoivaa eniten tarvitseville asiakasryhmille?
4. Toteutetaanko palvelutarpeen arviointeja yhdessä ikääntyneen (ja hänen omaisensa kanssa) riittävän usein siten, että kotona asuvan ikääntyneen palvelutarpeesta saadaan ajankohtainen tieto?
5. Päivitetäänkö palvelusuunnitelmia yhdessä ikääntyneen (ja hänen omaisensa kanssa) riittävän usein siten, että suunnitelmaan kirjatut palvelut vastaavat tarvetta?
6. Pystytäänkö palvelutarpeen arvioinnin ja palvelusuunnitelmien avulla varmistamaan ja ennakoimaan ikääntyneen kotona asuvan tarvitsemat palvelut riittävästi? Apukysymykset: Pyritäänkö iästä hoitamaan liian pitkään kotona? Mikä on käytännössä raja sille, milloin iästä ei enää pärjää kotona? Miten hoitajien vaihtuminen vaikuttaa hoitoon ja palvelujen toteutumiseen? Miten yksinäisyyden ongelma ratkaistaan kotihoidossa?

Arviointikriteerinä pääkysymykseen käytetään osakysymysten vastauksia. Arviointi toteutetaan palvelutarpeen arviointeja tekevien ja palvelusuunnitelmia laativien kotihoidon työntekijöiden haastatteluilla, joilla voidaan syventää aiempia havaintoja kotipalvelujen riittävästä. Ennen kotipalvelun työntekijöiden haastattelua tehdään esihaastattelu kotipalvelusta vastaaville henkilöille sosiaali- ja terveystieteiden lautakunnassa. Tässä yhteydessä selvitetään, missä laajuudessa ja kuinka tiheästi palvelutarpeen arviointeja tehdään ja mille kohdejoukolle. Lisäksi selvitetään, kuinka paljon on sellaisia kotihoidon asiakkaita, joilla on palvelusuunnitelma sekä kuinka usein niitä päivitetään.

Tässä arvioinnissa huomio kohdistetaan erityisesti lakisääteiseen palvelutarpeen arviointiin ja palvelusuunnitelmien laadintaan ja tarkistamiseen siten, että ne toteutetaan ikääntyneillä ja hänen omaistaan kuulleiden ja päivitetään riittävän usein tarvetta vastaavaksi.



Johtava tuloksellisuustarkastaja Liisa Kähkönen, kaupunkitarkastajat Katja Bosisio-Hillberg ja Kirsi-Marie Kaito

Vuonna 2014 tarkastuslautakunnan toteuttaman arvioinnin mukaan lakisääteinen palvelutarpeiden arviointi ja palvelusuunnitelmien laadinta tehdään määriteltujen aikataulujen mukaisesti, mutta suunnitelmien päivitystiheys tai tarkistaminen on määriteltä "tarpeen mukaan" tehtäväksi "ilman aiheetonta viivytystä".

Rajaukset

Arviointi rajataan koskemaan palvelutarpeen arvioinnin ja suunnitelmien ajantasaisuutta siten, että aiheesta saadaan työtä tekevien näkemys kotipalvelun riittävydestä ikääntyneen asiakkaan tarpeeseen nähden.



Johtava tuloksellisuustarkastaja Liisa Kähkönen, kaupunkitarkastajat Katja Bosisio-Hillberg ja Kirsi-Marie Kaito

Liite 2 Kotihoidon vastausten työntekijäryhmittäiset keskiarvot

	Kaikki vastaajat N=370	kotihoidon ohjaaja N=40	kotihoidon sairaanhoitaja tai terveydenhoitaja N=108	kotihoidon lähihoitaja tai perushoitaja N=212	kotihoidon kodinhoitaja tai kotiapuvastaja N=10
Miehestä vastuualueella kotihoidossa selvästi aiempia vuosia enemmän	3,39	3,48	3,29	3,41	3,63
tendaan erilaisten sairauksien ja ongelmien tunnistamista moniammatillisesti	3,88	4,05	3,88	3,82	4,25
saadaan riittävästi sosiaali- ja lähtöön asiantuntemusta käyttöön	3,01	2,73	2,96	3,07	3,44
voidaan riittävästi hyödyntää myös muiden ammattilaisten palveluja	3,26	3,2	3,24	3,27	3,44
laaditaan hoitosuunnitelma monisairaille ja -ongelmaisille moniammatillisesti	3,42	3,23	3,18	3,56	3,89
tendaan hoitosuunnitelma asiakkaan kanssa asiakasta motivoiden	3,34	3,87	3,06	3,39	3,44
on keskitytty hoitamaan hoitoa eniten tarvitsevia	3,44	3,85	3,46	3,35	3,38
Miehestä vastuualueella kotihoidossa ikaantyneen palvelutarpeesta on käytössä ajantasainen tieto, koska	3,53	3,94	3,48	3,49	3,2
palvelutarpeen arviointia tendaan riittävän usein	3,6	3,95	3,58	3,56	3,25
palvelu- ja hoitosuunnitelmaa päivitetään riittävän usein	3,62	4,08	3,5	3,62	3,22
palvelutarve ja palvelu- ja hoitosuunnitelma vastaavat toisiaan	3,59	3,95	3,49	3,59	3,11
omaiset ja läheiset, mikäli heitä on, pyydetään mukaan arviointiin ja suunnitelmien laadintaan asiakkaan niin halutessa.	3,3	3,78	3,34	3,19	3,22
Miehestä vastuualueella kotihoidossa palvelun laatu on hyvä	2,89	3,25	2,74	2,88	3,22
vaikka hoitajat vaihtuvat	2,94	3,75	2,67	2,91	3
on kyseessä oma kotihoito tai ostettu kotihoito	2,99	3,46	2,79	2,99	3,14
myös tukipalvelujen osalta	3,11	3,11	3,11	3,07	4
alueesta ja kaupunginosasta riippumatta	2,8	3	2,68	2,8	3,17
koska käynnit riittävät vastaamaan asiakkaan tarpeeseen	2,44	2,69	2,38	2,42	2,6
koska päteviä työntekijöitä on saatavilla.	3,06	3,46	2,8	3,11	3,4



HELSINGIN KAUPUNKI
TARKASTUSVIRASTO

ARVIOINTIMUISTIO
Julkinen tarkastuslautakunnan annettua
arviointikertomuksen vuodelta 2016
(JulkL 6 § 1 mom. 6 ja 8 kohdat)
17.2.2017

57(62)

Johtava tuloksellisuustarkastaja Liisa Kähkönen,
kaupunkitarkastajat Katja Bosisio-Hillberg ja Kirsi-Marie Kaito

	Kaikki vastaajat	kotihoidon ohjaaja	kotihoidon sairaanhoitaja tai terveydenhoitaja	kotihoidon lähiohjaaja tai perushoitaja	kotihoidon kodinhoitaja tai kotiapuvastaja
	N=370	N=40	N=108	N=212	N=10
Mielestäni vastuualueellani kotihoidossa pystytään tarjoamaan samanarvoisesti kotihoitoa ja kotihoidon tukipalveluita ikääntyneelle	3,75	3,91	3,64	3,77	3,84
vaikka ikääntynyt ei osaisikaan itse hakea tai tilata niitä	3,53	3,48	3,54	3,52	3,8
ikäntyneen taloudellisesta asemasta riippumatta	3,7	4,05	3,56	3,7	4
riippumatta siitä, onko ikääntynyt suomen- tai ruotsinkielinen	3,81	3,8	3,72	3,87	3,71
riippumatta siitä, onko ikääntynyt muun kuin suomen- tai ruotsinkielinen	3,7	3,62	3,59	3,78	3,71
riippumatta ikääntyneen kulttuurista ja uskonnosta	4,04	4,22	3,95	4,05	4,13
riippumatta siitä, onko ikääntynyt omaisia tai läheisiä	3,73	4,3	3,51	3,74	3,7
Mielestäni vastuualueellani kotihoidossa pystytään riittävästi	3,65	3,72	3,61	3,65	3,67
ennakoimaan ikääntyneen kotona asuvan tarvitsemia palveluita	3,48	3,5	3,49	3,47	3,5
kannustamaan ikääntynyttä ottamaan vastaan tarvitsemansa palvelut	3,85	4	3,79	3,86	3,9
ohjaamaan ikääntyneitä sellaisten palvelujen piiriin, jossa koettu yksinäisyys helpottuu	3,6	3,69	3,53	3,62	3,6
Omaista mielestäni Helsingissä	2,13	2,46	2,16	2,06	2,18
ikäntyneet saavat kotihoidon palvelua aina tarpeen vaatiessa	3,47	4,03	3,64	3,28	3,4
huonokuntoisia ikääntyneitä ei pyritä hoitamaan liian pitkään kotona	1,78	1,82	1,69	1,82	1,7
ikäntyneet saavat palveluasumis-/laitospaikan heidän tilanteensa niin vaatiessa	1,64	2,08	1,65	1,53	2,1
tarvittavaa palveluasumis-/laitospaikkaa ei joudu jonottamaan liian pitkään ikääntyneen kuntoon nähden.	1,67	1,88	1,68	1,63	1,5
Yhteenveto	3,22	3,46	3,15	3,21	3,29

Värien selitykset

1,00-1,79

1,80-2,59

2,60-3,39

3,40-4,19

4,20-5,00

Osoite
PL 400
00099 HELSINGIN KAUPUNKI

Puhelin
09 310 36606
Matkapuhelin
050 324 7044

Email
liisa.kahkonen@hel.fi



Johtava tuloksellisuustarkastaja Liisa Kähkönen,
kaupunkitarkastajat Katja Bosisio-Hillberg ja Kirsi-Marie Kaito

Liite 3 Sosiaali- ja lähityön vastausten keskiarvot

	Kaikki vastaajat N=31
Mielestäni omalla väestövastuualueellani sosiaali- ja lähityössä selvästi aiempia vuosia enemmän	2,96
voidaan tarjota riittävästi sosiaalityön palvelua kotihoidolle	2,82
saadaan riittävästi hoitotyön osaamista kotihoidosta	2,86
palvelusuunnitelmat tehdään monisairaille ja -ongelmaisille moniammatillisesti	2,72
palvelusuunnitelmat tehdään asiakkaan kanssa asiakasta motivoiden	3,46
Mielestäni omalla väestövastuualueellani sosiaali- ja lähityössä ikaantyneen palvelutarpeesta on käytössä ajantasainen tieto, koska	3,27
palvelutarpeen arviointia tehdään riittävän usein	3,06
palvelusuunnitelmaa päivitetään riittävän usein	2,55
palvelutarve ja palvelusuunnitelmat vastaavat toisiaan	3,16
omaiset ja läheiset, jos heitä on, pyydetään mukaan arviointiin ja suunnitelmien tekemiseen asiakkaan niin halutessa.	4,29
Mielestäni omalla väestövastuualueellani sosiaali- ja lähityön palveluja pystytään tarjoamaan kotona asuville ikaantyneille samanarvoisesti	3,32
vaikka ikaantynyt ei osaisikaan itse hakea palvelua	2,84
ikaantyneen taloudellisesta asemasta riippumatta	3,65
riippumatta siitä, onko ikaantynyt suomen- tai ruotsinkielinen	3,48
riippumatta siitä, onko ikaantynyt muun kuin suomen- tai ruotsinkielinen	3,24
riippumatta ikaantyneen kulttuurista ja uskonnosta	3,63
riippumatta siitä, onko ikaantyneellä omaisia tai läheisiä	3,17
Mielestäni omalla väestövastuualueellani sosiaali- ja lähityössä pystytään riittävästi ennakoimaan ikaantyneen kotona asuvan tarvitsemia palveluita	3,71
kannustamaan ikaantynyttä ottamaan vastaan tarvitsemansa palvelut	3,4
ohjaamaan ikaantyneita sellaisten palvelujen piiriin, jossa koettu yksinäisyys helpottuu	3,94
Omasta mielestäni Helsingissä	2,46
ikaantyneet saavat sosiaali- ja lähityön palveluita aina tarpeen vaatiessa	3,68
ikaantyneet saavat kotihoidon palveluita aina tarpeen vaatiessa	2,9
huonokuntoisia ikaantyneita ei pyritä hoitamaan liian pitkään kotona	1,65
ikaantyneet saavat palveluasumis-/laitospaikan heidän tilanteensa niin vaatiessa	2,03
tarvittavaa palveluasumis-/laitospaikkaa ei joudu jonottamaan liian pitkään ikaantyneen kuntoon nähden.	2,03
Yhteenveto	3,1

Värien selitykset

1,00-1,79
1,80-2,59
2,60-3,39
3,40-4,19
4,20-5



Johtava tuloksellisuustarkastaja Liisa Kähkönen, kaupunkitarkastajat Katja Bosisio-Hillberg ja Kirsi-Marie Kaito

Liite 4 Kotihoidon vastausten alueellinen jakautuminen

	Kaikki vastaajat N=370	etelän palvelualueella N=120	idän palvelualueella N=93	lännen palvelualueella N=99	pohjoisen palvelualueella N=58
Mielestäni vastuualueellani kotihoidossa selvästi aiempia vuosia enemmän	3,39	3,47	3,37	3,31	3,37
tehdään erilaisten sairauksien ja ongelmien tunnistamista moniammatillisesti	3,88	3,98	3,92	3,71	3,86
saadaan riittävästi sosiaali- ja lähtöön asiantuntemusta käyttöön	3,01	3,02	3,02	2,97	3,05
voidaan riittävästi hyödyntää myös muiden ammattilaisten palveluja	3,26	3,4	3,17	3,17	3,25
laaditaan hoitosuunnitelma monisairaille ja -ongelmaisille moniammatillisesti	3,42	3,49	3,2	3,53	3,45
tehdään hoitosuunnitelma asiakkaan kanssa asiakasta motivoiden	3,34	3,5	3,38	3,15	3,28
on keskitytty hoitamaan hoitoa eniten tarvitsevia	3,44	3,47	3,55	3,36	3,34
Mielestäni vastuualueellani kotihoidossa ikaantyneen palvelutarpeesta on käytössä ajantasainen tieto, koska	3,53	3,71	3,42	3,45	3,47
palvelutarpeen arviointia tehdään riittävän usein	3,6	3,75	3,46	3,53	3,67
palvelu- ja hoitosuunnitelmaa päivitetään riittävän usein	3,62	3,9	3,54	3,46	3,47
palvelutarve ja palvelu- ja hoitosuunnitelma vastaavat toisiaan	3,59	3,78	3,48	3,56	3,39
omaiset ja läheiset, mikäli heitä on, pyydetään mukaan arviointiin ja suunnitelmien laadintaan asiakkaan niin halutessa.	3,3	3,4	3,18	3,25	3,35
Mielestäni vastuualueellani kotihoidossa palvelun laatu on hyvä	2,89	2,90	3,00	2,82	2,82
vaikka hoitajat vaihtuvat	2,94	2,96	3,06	2,84	2,86
oli kyseessä oma kotihoito tai ostettu kotihoito	2,99	3,06	3,2	2,72	2,98
myös tukipalvelujen osalta	3,11	3,03	3,18	3,07	3,2
alueesta ja kaupunginosasta riippumatta	2,8	2,86	2,96	2,66	2,67
koska käynnit riittävät vastaamaan asiakkaan tarpeeseen	2,44	2,38	2,41	2,63	2,3
koska päteviä työntekijöitä on saatavilla.	3,06	3,11	3,2	2,99	2,88
Mielestäni vastuualueellani kotihoidossa pystytään tarjoamaan samanarvoisesti kotihoitoa ja kotihoidon tukipalveluita ikaantyneelle	3,75	3,86	3,75	3,57	3,82
vaikka ikaantynyt ei osaisikaan itse hakea tai tilata niitä	3,53	3,66	3,55	3,45	3,38
ikaantyneen taloudellisesta asemasta riippumatta	3,7	3,71	3,72	3,57	3,86
riippumatta siitä, onko ikaantynyt suomen- tai ruotsinkielinen	3,81	3,9	3,89	3,54	4
riippumatta siitä, onko ikaantynyt muun kuin suomen- tai ruotsinkielinen	3,7	3,85	3,66	3,49	3,86
riippumatta ikaantyneen kulttuurista ja uskonnosta	4,04	4,22	3,97	3,84	4,14
riippumatta siitä, onko ikaantynneilla omaisia tai läheisiä	3,73	3,9	3,74	3,55	3,7



Johtava tuloksellisuustarkastaja Liisa Kähkönen, kaupunkitarkastajat Katja Bosisio-Hillberg ja Kirsi-Marie Kaito

Mielestäni vastuualueellani kotihoidossa pystytään riittävästi	3,65	3,73	3,64	3,69	3,41
ennakoimaan ikaantyneen kotona asuvan tarvitsemia palveluita	3,48	3,47	3,48	3,61	3,28
kannustamaan ikääntynyttä ottamaan vastaan tarvitsemansa palvelut ohjaamaan ikaantyneita seilaisten palvelujen piiriin, jossa koettu yksinäisyys helpottuu	3,85	3,92	3,84	3,88	3,7
Omasta mielestäni Helsingissa	2,13	2,14	2,05	2,23	2,1
ikaantyneet saavat kotihoidon palvelua aina tarpeen vaatiessa	3,47	3,47	3,38	3,58	3,41
nuonokuntoisia ikaantyneita ei pyritä hoitamaan liian pitkään kotona	1,78	1,85	1,61	1,92	1,66
ikaantyneet saavat palveluasumis-/laitospaikan heidän tilanteensa niin vaatiessa	1,64	1,64	1,58	1,66	1,71
tarvittavaa palveluasumis-/laitospaikkaa ei joudu jonottamaan liian pitkään ikääntyneen kuntoon nähden.	1,67	1,63	1,66	1,74	1,64
Yhteenveto	3,22	3,22	3,16	3,12	3,10

Värien selitykset

1,00-1,79	1,80-2,59	2,60-3,39	3,40-4,19	4,20-5,00
-----------	-----------	-----------	-----------	-----------



Johtava tuloksellisuustarkastaja Liisa Kähkönen, kaupunkitarkastajat Katja Bosisio-Hillberg ja Kirsi-Marie Kaito

Liite 5. Omaishoidolle, kotihoidolle ja pitkäaikaiselle laitoshoidolle asetetut sitovat tavoitteet 2009–2016

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Omaishoidon tuen piirissä on x % 75 vuotta täyttäneistä/ olevien määrä kasvaa x henkilöllä vuoden aikana	3,5% /toteutui	3,6/ei toteutunut	100/ei toteutunut	200/ei toteutunut	200/ei toteutunut	-	-	-
Vanhusten pitkäaikainen ympärivuorokautinen hoito kehittyy siten, että palveluasumisen hoitovuorokausien määrä kasvaa ja laitoshoidon hoitovuorokausien määrä vähenee edellisen vuoden tasoon verrattuna. Vanhusten pitkäaikaiseen ympärivuorokautiseen hoitoon pääsy tulee varmistaa siten, että palveluasumiseen ja laitoshoitoon jonottavien vanhusten määrä vähenee	-	-	-	toteutui	toteutui	-	-	-
Pitkäaikaisessa laitoshoidossa olevien yli 75 vuotta täyttäneiden osuus kaikista 75 vuotta täyttäneistä on yhteensä x % /laskee ed.vuoteen verrattuna	2,2/ei toteutunut	4,4/ toteutui	4,4/ toteutui	-	-	-	-	(laskee?)
Kotona asuvien osuus 75 vuotta täyttäneistä nousee ed. vuoteen verrattuna	-	-	-	-	-	toteutui 91,45	toteutui 91,92	(sama)



Johtava tuloksellisuustarkastaja Liisa Kähkönen, kaupunkitarkastajat Katja Bosisio-Hillberg ja Kirsi-Marie Kaito

Liite 6. Kunta10 -yhteenvedo kotihoitoyksiköissä, prosentuaalinen sijoittuminen Kunta10-työyksiköiden joukossa (1-100), 100 on korkein

	Etelän palvelualue				Itäinen palvelualue				Läntinen palvelualue				Pohjoinen palvelualue	
	Eteläinen yksikkö		Keskinen yksikkö		Itäinen yksikkö		Kaakkoinen yksikkö		Lounainen yksikkö		Läntinen yksikkö		Pohjoinen yksikkö	
	2014	2016	2014	2016	2014	2016	2014	2016	2014	2016	2014	2016	2014	2016
TYÖ-mittarit	36	21	38	26	39	35	38	29	36	36	38	32	36	25
TYÖYHTEISÖ-mittarit	31	39	35	35	46	43	45	33	27	25	47	34	27	29
JOHTAMISEN mittarit	24	30	30	36	44	46	35	33	22	42	40	43	36	28
TYÖSSÄ JATKAMISEN mittarit	33	30	31	24	41	28	36	20	37	33	45	27	38	14
KUNTA10-kokonaissijoitus	30	30	34	32	43	41	39	32	28	34	42	36	33	27