

---

## **VALVONNAN AVAIMET**

Selvitys vanhainkotien ja asumispalveluyksiköiden mitoitusperusteista

---

# **VALVONNAN AVAIMET**

Selvitys vanhainkotien ja asumispalveluyksiköiden  
mitoituspästeista

Etelä-Suomen lääninhallituksen julkaisu 44  
Länsstyrelsens i Södra Finlands län publikationer 44  
ISBN 952-460-003-X  
ISSN 1455-3244  
Hakapaino, Helsinki 2001

## KUVAILULEHTI

### Julkaisija

Etelä-Suomen lääninhallitus

### Julkaisun päivämäärä

13.8.2001

---

### Tekijät

Toivo Haataja, Leena Ahti, Marja Kaasalainen, Leena Kirmanen, Ritva Nissinen, Ilona Nurmi, Katri Rantakokko ja Satu Taiveaho

---

### Julkaisun nimi

Valvonnan avaimet. Selvitys vanhainkotien ja asumispalveluyksiköiden mitoitusperusteista.

---

### Tiivistelmä

Mitoitusselvitys on lähtenyt käytännön tarpeesta laatia yhtenäiset mitoitusperusteet lääninhallituksen ohjaus-, lupa- ja valvontatoiminnan tueksi erityisesti vanhainkotihoitoon ja sitä korvaavaan tai täydentävään tehostettuun palveluasumiseen.

Selvitys on ajankohtainen ja tärkeä suhteessa kansalaisten peruspalvelujen ja -oikeuksien toteutumiseen. Kuntien itsehallinnollista toimivaltaa on voimakkaasti viime vuosina lisätty ja vastavasti valtion ohjaus- ja valvontavaltaa vähennetty. Normien yleinen purkuprosessi on vanhus-tenhuollossa osaltaan johtanut resurssikriisiin, mikä on merkittävästi heikentänyt ikäihmisten hyvän ja ihmisarvoisen elämän edellytyksiä vanhainkodeissa ja asumispalveluyksiköissä. Lisäksi väestön ikärakenteessa tapahtuvan merkittävän muutoksen myötä kuntien taloudellisten edellytysten ja ikäihmisten oikeuksien turvaamisen ristipaine tulee huomattavasti kasvamaan.

Osaltaan mitoitusperusteiden selkiyttäminen auttaa lääninhallitusta lupa- ja valvontaviranomaisena takaamaan ikääntyneiden ympärivuorokautisten sosiaalipalvelujen käyttäjille sekä palveluntuottajille yhdenvertaisen aseman ja oikeusturvan. Perimmäisenä tavoitteena on ikäihmisen ihmisarvoinen elämä ja hyvinvointi yhteiskunnan täysivaltaisena jäsenenä kaikissa asumis- ja hoitomuodoissa itsenäisestä asumisesta raskaimpaan laitoshoitoon saakka.

---

### Avainsanat (asiasanat)

Ikääntyneet, vanhustenhuolto, ympärivuorokautiset sosiaalipalvelut, ohjaus-, lupa- ja valvontatoiminta, laatu, hoito- ja palvelutarve, perusoikeudet, mitoitus

---

### Kokonaissivumäärä

teksti 65 + liitteet 10

### Kieli

suomi

### Hinta

120 mk, sis. alv 22 %  
20,18 €, sis. alv 22 %

---

### Jakaja

Etelä-Suomen lääninhallitus  
Leena Lopenen, Hämeenlinna  
puh. 02051 62100  
Heli Myllylä, Kouvola  
puh. 02051 64034  
Päivi Åkerblom, Helsinki  
puh. 02051 63159  
(etunimi.sukunimi@eslh.intermin.fi)

### Kustantaja

Etelä-Suomen lääninhallitus

---

### Sarjan nimi ja numero

Etelä-Suomen lääninhallituksen  
julkaisuja 44

### ISBN

952-460-003-X

### ISSN

1455-3244

### Painopaikka ja vuosi

Hakapaino, Helsinki 2001

## LUKIJALLE

Julkisessa keskustelussa on noussut esiin huoli hyvinvointiyhteiskunnan murentumisesta. Erityisen voimakasta keskustelua on käyty vanhustenhuollon laitoshoidon tilasta. On esitetty väitteitä hoidotta jättämisestä tai jopa heitteillejätöstä.

Kuntien itsehallinnollista toimivaltaa on voimakkaasti viime vuosina lisätty ja vastaavasti valtion ohjaus- ja valvontavaltaa vähennetty. Toisaalta perusoikeussäännöstöä on uudistettu ja kansalaisten perusoikeuksia on lisätty perustuslain tasolla. Käytännössä on jouduttu ristiiriitaan väljien puitelakien ja hyvinvointipalvelujen tasoa turvaavien tavoitteiden kanssa eri kuntien priorisoidessa voimavarojaan toisistaan eroavalla tavalla. Normien yleinen purkuprosessi on osaltaan erityisesti vanhustenhuollossa johtanut resurssikriisiin, jolloin ei ole kyetty toiminnallisesti turvaamaan vanhuksen hyvää, ihmisarvoista elämää.

Voimavarojen kohdentamisella on olemassa määrätty pelisäännöt, joiden mukaan kuntien tulee toimia. Lainsäädäntö luo kehyksen, jonka sisällä kunnan tulee sosiaali- ja terveystalvveluja tuottaessaan tai järjestäessään pysyä. Lääninhallituksen tehtävä alueellisena valvontaja ohjausviranomaisena on huolehtia siitä, että kunnat täyttävät lakisääteiset vähimmäisvelvollisuutensa. Viimesijaisena valvontakeinona lääninhallituksella on käytössään pakkokeinouhat. Subjektiiivisten oikeuksien osalta lääninhallituksella on riittävä keinovalikoima ja jokseenkin riittävät normipohjaiset mitoitusperrusteet palvelujen vähimmäistasoa arvioidessaan. Sen sijaan kunnan yleisen järjestämisvelvollisuuden piiriin kuuluvien palvelujen, kuten vanhustenhuollon, tasomäärittelyssä yksityiskohtaisempien normien puuttuessa on tultu mitaviin määrittelyongelmiin.

Tämän selvityksen tarpeellisuutta puoltaa aiheen ajankohtaisuus ja tärkeys suhteessa kansalaisten perustalvvelujen ja -oikeuksien toteutumiseen. Taloudellisissa vaikeuksissa painivat kunnat pyrkivät aikaansaamaan säästöjä alueilta, joista se suinkin on mahdollista. Voimavarojen kohdennus ei välttämättä noudata voimassaolevaa säännöstöä. Tällöin lääninhallituksen alueellisena valvontaviranomaisena tulee puuttua asiaan ja taata kansalaisille heille kuuluvat etuudet ja oikeudet. Lääninhallitus on pitänyt tärkeänä yhtenäisten mitoitusperrusteiden laatimista ohjaus-, lupa- ja valvontatoimintansa tueksi erityisesti vanhustenhuollon laitoshoittoon ja sitä korvaavaan tai täydentävään tehostettuun palveluasumiseen.

Tämän selvitystyön kuluessa on valmistunut sosiaali- ja terveystalvveluministeriön ja Suomen Kuntaliiton yhteinen ikäihmisten hoitoa ja talvveluja koskeva laatusuositus (Oppaita 2001:4). Laatusuositus on yksi keskeisimpiä lääninhallituksen informaatio-ohjauksen välineitä ikääntyneiden ihmisten hoidon, talvvelun ja oikeuksien takaamisessa perinteisen valvontaviranomaisen roolinsa ohessa. Laatusuositus pohjautuu pitkälti Stakesin laajempia taustatietoja sisältävään julkaisuun Koko kunta ikääntyneiden asialle (Vaarama ym. 2001). Lisäksi Stakes valmistelee sosiaali- ja terveydenhuollon johdolle ja henkilöstölle tarkoitettua läkäiden henkilöiden hyvän hoidon ja talvvelun opasta, jossa keskitytään johtamiseen, asiakastyöhön ja talvvelukohtaiseen laadun kehittämiseen käytännön työssä.

Ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskeva laatusuositus (STM ja Suomen Kuntaliitto 2001) on tarkoitettu ensisijaisesti päättäjille ja johdolle kunnallisen vanhuspolitiikan suunnitteluun ja päätöksentekoon. Laaja-alaisuutensa vuoksi laatusuositus ei anna riittävän konkreettista perustaa lääninhallitukselle sen joutuessa käyttämään ns. kovia ohjaus- ja valvontakeinoja mm. hallintokanteluja ja yksityisten sosiaalipalvelujen lupapäätöksiä käsitellessään. Käytännössä lääninhallitus joutuu jatkossakin ohjaus-, lupa- ja valvontaviranomaisena arvioimaan ja tulkitsemaan yksittäistapauksittain, mitä vähimmäistaso perustuslain säätämänä oikeutena (PL 731/1999, 19 § 3 mom.) riittävään sosiaalipalveluun merkitsee, kuten esim. riittävä ja asianmukainen vanhainkotitoiminta ja asumispalvelut. Yksittäistapauksittainen harkinta ja päätöksiin liittyvät muutoksenhakutiet ovat samalla johtamassa siihen, että tuomioistuimista muodostuu keskeinen sosiaali- ja terveyspalvelujen toimintapoliittinen linjaaja sekä vähimmäistason määrittäjä.

Lääninhallituksen mitoitusselvityksen on tehnyt sosiaali- ja terveysosaston asiantuntijoista koottu työryhmä sekä korkeakouluharjoittelijat Satu Taiveaho ja Katri Rantakokko Tampereen yliopiston sosiaalipolitiikan laitokselta. Harjoittelunohjaajana on toiminut lääninsosiaalitarkastaja Toivo Haataja. Lisäksi työn kuluessa on kuultu myös ulkopuolisia asiantuntijatahoja.

Hämeenlinnassa 13.8.2001

Osastopäällikkö,  
läänin sosiaali- ja terveysneuvos

Esa Ellala

# SISÄLLYS

1	JOHDANTO	3
1.1	Selvityksen tausta ja tarkoitus	3
1.2	Lääninhallitus ikäihmisten hoidon ja palvelujen valvonta- ja lupaviranomaisena	4
1.2.1	Kansalaisten perusoikeuksien toteuttaminen	4
1.2.2	Vanhustenhuoltoa koskeva lainsäädäntö	4
1.2.3	Kuntien sosiaali- ja terveystalvelujen järjestämisvastuu	5
1.2.4	Vanhustenhuollon ohjausjärjestelmän ongelmista	5
1.2.5	Käytännön ongelmia	6
1.2.6	Tapaus Hämeenlinna	7
2	VÄESTÖRAKENTEEN MUUTOS JA IKÄÄNTYNEIDEN PALVELUT	7
3	IKÄÄNTYNEIDEN YMPÄRIVUOROKAUTISET SOSIAALIPALVELUT	8
3.1	Palvelujen määrittelyongelmat	8
3.2	Henkilöstömitoitusta koskevat suositukset, ohjeet ja selvitykset	9
3.3	Henkilöstön koulutus ja henkilöstörakenne	15
3.4	Asuintilat	18
3.4.1	Yksikön mitoitusta koskevat suositukset, ohjeet ja selvitykset	18
3.4.2	Huonekokoa koskevat suositukset, ohjeet ja selvitykset	21
3.4.3	Ikäihmisen hyvä ympäristö	24
3.4.4	Turvallisuus	26
3.5	Työaika ja henkilöstömitoitus	32
3.6	Esimerkkejä ja kokemuksia yksityisistä sosiaalipalveluista	35
4	LAADUNHALLINTA	38
4.1	Laadunarviointi	40
4.1.1	Asiakaspalaute ja itsearviointi	42
4.2	Mitattu hoitoisuus	43
5	TYÖRYHMÄN SUOSITUKSET, EHDOTUKSET JA KANNANOTOT	47
	LÄHDEAINEISTO	51
	MUU KIRJALLISUUS	60

## LIITTEET

LIITE 1	Tapaus Hämeenlinna
LIITE 2	Vanhustenhuollon palvelujärjestelmä
LIITE 3	Vanhusten toimintakykyisyyden tukeminen
LIITE 4	RAVA-mittari
LIITE 5	SAS-mittari
LIITE 6	MMSE-testi

## 1 JOHDANTO

### 1.1 Selvityksen tausta ja tarkoitus

Vuonna 1999 vietettiin kansainvälistä YK:n ikäihmisten vuotta, jolloin korostettiin arvokasta vanhuutta. Vuoden kansainvälisenä teemana oli "Kaikenikäisten yhteiskunta" ja Suomen kansallisena teemana oli "Vuosiin elämää". Vanhusten hyvän elämän edellytykset ovat laitoshoidossa ja palveluasumisyksiköissä minimikriteerit ylittävä hoito ja huolenpito. Ihmisarvoinen elämä taataan sekä kansainvälisissä ihmisoikeussopimuksissa että perusoikeussäännöksin maamme perustuslaissa. Niihin perustuviin periaatteisiin ja vanhustenhuollon valvontatehtävissä käytännössä saatuun kokemukseen ja asiantuntemukseen perustuen on mahdollista luoda yhteisesti noudatettavat mitoitusperusteet, joilla pyritään turvaamaan tasavertaisesti kaikille vanhuksille ihmisarvoinen hoito ja huolenpito sekä turvaamaan ikäihmisten hyvälle elämälle tarpeelliset ja tyydyttävät puitteet.

Jotta ikäihminen voi täyttää itsensä toteuttamisen tarpeitaan tai sosiaalisia tarpeita, on hänen perustarpeidensa, kuten fyysisten tarpeiden sekä turvallisuuden tarpeen, ensin täytyttävä. Näiden turvaamisessa on laitoksessa tai palveluasunnossa asuvalle vanhukselle keskeistä ammattitaitoisten työntekijöiden riittävä määrä. Palvelujen tekninen laatu sisältää Grönforsin (1984) mukaan toimitilat, teknologian ja henkilöstön koulutuksen. Toiminnalliseen laatuun Grönfors puolestaan sisällyttää palvelujen hyvän ja nopean saatavuuden sekä työntekijöiden tai organisaation tavan kohdata asiakkaita. Toiminnallinen laatu on puolestaan Vaaraman (1992) mukaan keskeisellä sijalla, kun laatua arvioidaan asiakkaan kannalta. Tämä selvitys lähtee liikkeelle vanhustenhuollon teknisen laadun tarpeista käsitellen myös toiminnallisen laadun kriteerejä ja osatekijöitä.

Tämän työn tarkoituksena oli selvittää saatavissa olevan kirjallisuuden, tutkimusten ja raporttien avulla vanhusten sosiaalihuollon tilannetta ja toimintaa ohjaavia periaatteita. Selvitystyöhön ja Etelä-Suomen lääninhallituksen omiin kokemuksiin ja tietopohjaan perustuen työryhmä laati suositukset ikäihmisten ympärivuorokautisten asumispalveluyksiköiden ja vanhainkotien henkilöstön ja toimitilojen mitoitusperusteista lääninhallituksen lupamenettely- ja valvontaprosessin tueksi.

Mitoitusperusteet auttavat lääninhallitusta lupa- ja valvontaviranomaisena takaamaan ikääntyneiden ympärivuorokautisten sosiaalipalvelujen käyttäjille sekä palveluntuottajille yhdenvertaisen aseman ja oikeusturvan. Perimmäisenä tavoitteena on ikäihmisen ihmisarvoinen elämä ja hyvinvointi yhteiskunnan täysivaltaisena jäsenenä kaikissa hoito- ja asumismuodoissa.

Vaikka tässä työssä luotujen mitoitussuositusten painopiste on teknisessä laadussa, selvityksessä tarkastellaan myös vanhuspalvelujen toiminnallista laatua. Hoitoisuusmittaus ja -määrittely luovat keskeisen perustan henkilöstöresurssien sekä muiden toimintaedellytysten määrittämiselle. Hoitoisuutta on mitattu eri tavoin, mutta yhteneväisiä hoitoisuuden määrittelyperusteita ei ole luotu valtakunnan eikä läänin tasolla. Käytössä olevat mittarit eivät myöskään mittaa kaikilta osin ihmisen psyykkisiä, sosiaalisia ja fyysisiä tarpeita. Jäljempänä esitellään pääpiirteittäin tavalisimmat hoitoisuuden ja laadun arviointi- ja mittausmenetelmät. Niiden esittely on tarpeen, koska eri mittareilla saadaan toisistaan eroavia tuloksia. Tieto eri mittareista auttaa ymmärtämään eri menetelmien välisten tulosten eroavaisuuksia sekä näkemyseroja resurssimitoituksen perusteista.

## 1.2 Lääninhallitus ikäihmisten hoidon ja palvelujen valvonta- ja lupaviranomaisena

### 1.2.1 Kansalaisten perusoikeuksien toteuttaminen

Suomen perustuslaki (731/1999) säättää kansalaisten perusoikeuksista mm. seuraavasti: Ketään ei saa ilman hyväksyttävää perustetta asettaa eri asemaan esim. iän, terveydentilan tai vammaisuuden perusteella (6 §). Jokaisella on oikeus elämään sekä henkilökohtaiseen vapauteen, koskemattomuuteen ja turvallisuuteen. Ketään ei saa kohdella ihmisarvoa loukkaavasti. (7 §.) Jokaisella, joka ei kykene hankkimaan ihmisarvoisen elämän edellyttämää turvaa, on oikeus välttämättömään toimeentuloon ja huolenpitoon (19 §).

Julkisen vallan on turvattava, sen mukaan kuin lailla tarkemmin säädetään, jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut (19 §). Julkisen vallan on turvattava perusoikeuksien ja ihmisoikeuksien toteutuminen (22 §). (PL 731/1999.) Perusoikeudet ovat aina rajoittaneet lainsäätäjän toimintavapautta, mutta terävöitettynä niiden halutaan entistä tehokkaammin ja suoraan sitovan jokapäiväistä viranomaiskäytäytymistä (Tietoa perusoikeusuudistuksesta).

Suomalaisen hyvinvointipolitiikan tavoitteena on oikeudenmukainen ja tasa-arvoinen sosiaali- ja terveydenhuolto. Perusoikeussäännösten tarkoituksena on turvata palvelujen saatavuus ja riittävyys sekä määrittää niiden järjestämisvelvollisuuden vastuutahot. Perusoikeusuudistuksen keskeisenä lähtökohtana on ollut, että myös sosiaaliset perusoikeudet ovat oikeudellisesti velvoittavia. Perusoikeusuudistuksen perustana ovat kansainväliset ihmisoikeussopimusten säännökset. Sopimukset kieltävät heikentämästä oikeuden toteuttamisessa jo saavutettua tasoa. Tällä on merkitystä sekä valtion että kuntien toiminnassa ja se koskee myös julkisen vallan velvollisuutta turvata riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut jokaiselle. Kuntien päätöksillä ei saa laskea palvelutasoa alle laissa tarkoitetun riittävyysminimin. Lähtökohtana voidaan pitää palvelutasoa, joka luo jokaiselle ihmiselle edellytykset toimia yhteiskunnan täysivaltaisena jäsenenä (HE 309/1993).

### 1.2.2 Vanhustenhuoltoa koskeva lainsäädäntö

Kunnan tai kuntayhtymän on järjestettävä palvelut sisällöltään ja laajuudeltaan sellaisiksi kuin alueella esiintyvä tarve vaatii. Sosiaali- ja terveydenhuoltoa koskevassa lainsäädännössä ei ole erikseen lakia vanhustenhuollosta. Vanhustenhuollossa sovellettavat säädökset sisältyvät eri lakeihin, joista merkittävimpiä ovat sosiaalihuoltolaki, kansanterveyslaki, erikoissairaanhoidtolaki, laki yksityisten sosiaalipalvelujen valvonnasta, laki yksityisestä terveydenhuollosta sekä vanhuksen hoidon ja kohtelun kannalta keskeiset lait: laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista sekä laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Lisäksi vanhuspalvelujen toteuttamista säätelevät laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista, asetus sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön kelpoisuusehdoista ja laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä. Vammaispalvelulaki, mielenterveyslaki, päihdehuoltolaki sekä kehitysvammaisten erityishuollosta annettu laki koskevat myös iäkkäitä henkilöitä.

Kuntien on mahdollista järjestää vanhusten palveluja hyvin monella tavalla, vanhusten tarpeiden mukaan. Alan erityislainsäädäntö ei rajoita, vaan pikemminkin antaa mahdollisuuksia hyvään ja laadukkaaseen palveluun. Käytännössä resurssiongelmia on olemassa ja selkeitä laiminlyöntejä tapahtuu.

Lääninhallituksen puuttumista asiaan valvovana viranomaisena hankaloittaa sekä perustuslain että erityislainsäädännön ylimalkaisuus ja tulkinnanvaraisuus. Lääninhallituksen on vaikea turvata ikäihmisten sosiaalisten perusoikeuksien ja palvelun toteutuminen. Lainsäädännön ilmaukset ovat epämääräisiä, jolloin monenlaisille tulkinnoille on mahdollisuus. Tulkinnallisesti ongelmallisia käytännön soveltamisessa ovat esim. seuraavat perustuslain ilmaisut: *riittävät* sosiaali- ja terveysterveystoimet, oikeus *välttämättömään* toimeentuloon ja huolenpitoon. Samoin sosiaalihuoltolaissa käytetään seuraavia tarkemmin määrittelemättömiä ilmaisuja: *tarkoituksenmukainen* järjestäminen, *paikallista tarvetta vastaava* määrä, *erityisen huomion kiinnittäminen*, *voidaan antaa* ja *on pyrittävä*. Yksi lääninhallituksen kannalta keskeisiä tulkinnallisia ja määrittelyongelmia sisältävä säännös on laki yksityisten sosiaalipalvelujen valvonnasta (603/1996). Erityisen ongelmalliseksi käytännön lupatoiminnassa ovat osoittautuneet yksityisen toimintayksikön toimintaedellytykset: henkilöstön määrä, kelpoisuudet ja rakenne, toimitilat, toimintavälineet sekä viittaus vastaavaan kunnallisen toiminnan tasoon, koska vastaavaa kunnallista tasoa ei ole konkreettisesti määritelty pääosassa sosiaalihuollon toimintoja.

### 1.2.3 Kuntien sosiaali- ja terveysterveystoimien järjestämisvastuu

Sosiaali- ja terveysterveystoimien järjestämisvastuu kuuluu erityislainsäädännön mukaan kunnalle. Valtionosuusuudistuksen eräänä pääperiaatteena oli kuntien itsemääräämisoikeuden korostaminen ja kuntien toimintavapauden lisääminen palvelujen järjestämisessä. Kuntien järjestämisvastuusta ei luovuttu eikä sitä olennaisesti muutettu valtionosuusuudistusten tai kuntalain uudistuksen yhteydessä. Lainsäädännössä on annettu kunnille vain vapaus järjestää palvelut eri tavoin, mutta järjestämisvelvollisuuden laajuus ja sisältö ovat sinänsä säilyneet ennallaan. Palvelujen järjestämistä ohjaavat perustuslain yhdenvertaisuusvaatimus ja perusoikeuksien toteutumisesta huolehtiminen sekä sosiaali- ja terveydenhuollon erityislainsäädäntö.

### 1.2.4 Vanhustenhuollon ohjausjärjestelmän ongelmista

Valtiontalouden tarkastusvirasto toteaa Vanhustenhuollon rahoituksesta 30.4.2000 antamassaan tarkastuskertomuksessa, etteivät vanhustenhuollon laadulliset ja määrälliset tavoitteet ole kaikilta osin toteutuneet 1990-luvulla. Tarkastusvirasto toteaa myös, että varsin hyvin perusteiden voidaan väittää, ettei vanhustenhuollon ohjausjärjestelmällä – laskennallisilla valtionosuuksilla, raha-automaattivastuuksilla, tavoite- ja informaatio-ohjauksella, arvioinnin merkitystä korostamalla ja valvontaa vähentämällä – ole pystytty ohjaamaan kuntien toimintaa vanhuspoliittisten tavoitteiden saavuttamiseen. Tarkastusvirasto huomauttaa, että ohjausjärjestelmää arvioitaessa on huomioitava kuitenkin, että terve kuntatalous luo perustan myös riittäville vanhustenhuollon palveluille.

Tarkastuskertomuksessa nimetään vanhustenhuollon ohjausjärjestelmän viisi ongelmaa, joista yksi on kunnallisen palvelutuotannon valvonta. Valtiollisen valvonnan merkitys on 1990-luvulla selvästi vähentynyt ja valvonnan painopiste on siirtynyt kunnan sisäiseen valvontaan. Sosiaali- ja terveysministeriöllä ja lääninhallituksella on kuitenkin edelleen sosiaalihuoltolakiin perustuva kuntien sosiaalitoimen valvontavelvoite ja toimivalta.

Valtiontalouden tarkastusvirasto toteaa, että kunnallisen palvelutuotannon valvonnan ongelmat liittyvät erityisesti lääninhallituksen epäselvään rooliin. Lääninhallituksen välineet ja mahdollisuudet valvonnan suorittamiseen eivät vaikuta riittävästi. Tarkastusviraston mukaan valtiolla ei ole tarkkaa tietoa yksittäisen kunnan vanhustenhuollon tilanteesta eikä myöskään välttämättä mahdollisuutta hankkia tällaista

tietoa. Kunnallisen valvonnan vähäisyys näkyy myös lääninhallituksen resursseissa ja niiden kohdentamisessa.

Vanhustyön valvonnassa tarkastusvirasto pitää lääninhallitusten suurimpana ongelmana puuttuvia laatuvaatimuksia tai -kriteerejä, joilla julkista vanhustenhuoltoa voisi arvioida. Riittävä hoito, hoidon laatutaso ja esim. hoitoprosessin laatuun kuuluva henkilöstön määrä ja ammattitaito riippuvat hyvin pitkälle jokaisen kunnan omasta tavoiteasettelusta ja priorisoinnista. Käytännössä lääninhallituksen valvonta supistuu tällöin yleisellä tasolla suoritettavaksi. Valtiontalouden tarkastusvirasto toteaa, etteivät valtion viranomaiset ole pystyneet varmistamaan, että vanhukset eri puolella maata saavat riittäviä ja laadukkaita sosiaalipalveluja.

### 1.2.5 Käytännön ongelmia

Lääninhallitukseen tulee jatkuvasti yhteydenottoja ja hallintokanteluja, jotka koskevat yksittäisten vanhusten hoitoa ja huolenpitoa. Samoin yksityisten lupahakemusten käsittelyssä lääninhallitus joutuu ratkomaan samoja kysymyksiä ja ottamaan kantaa vanhuspalvelujen tilaan eri kunnissa, esim. selvitykset valtioneuvoston oikeuskanslerille, eduskunnan oikeusasiamiehelle ja sosiaali- ja terveysministeriössä (STM) toimivalle perusturvalautakunnalle, valtiontalouden tarkastusviraston kysely ja lausunto valtioneuvoston tarkastajille. Saadakseen työvälaineitä tähän työhön Etelä-Suomen lääninhallitus teki mm. sosiaali- ja terveysministeriölle aloitteen kriteerien määrittelemiseksi ympärivuorokautisiin sosiaalipalveluihin ja toi valtakunnallisen linjauksen tarvetta esille useissa eri yhteyksissä suullisesti ja kirjallisesti.

Käytännössä esim. yksityisissä palveluasumisyksiköissä henkilöstömitoitus voi huomionmillaan olla 0,2–0,3 asukasta kohden, huoneet voivat olla huomattavasti alle 10 neliometriä, vanhuksia voi olla samassa huoneessa useita ja tilat voivat olla laitospomaisia ja epäviihtyisiä. Vanhusten ympärivuorokautisia yksiköitä halutaan perustaa vanhoihin ja tähän tarkoitukseen soveltumattomiin tiloihin. Epäkohtia ja puutteita palvelujen resursoinnissa ja tasossa on tullut esille sekä kunnallisessa että yksityisessä palvelutuotannossa. Julkisen palvelutoiminnan tason ja toimintaedellytysten yksityiskohtaisempi määrittelemättömyys on juuri keskeisimpiä soveltamisongelmia aiheuttava tekijä, kuten edellä on kerrottu. Yksityinen palvelutuotanto on tarkemmin säädeltyä valvonnan osalta kuin julkinen, mitä erityisesti palveluntuottajat kritisoivat.

Etelä-Suomen lääninhallitus on monissa yhteyksissä saanut palautetta siitä, että vanhukset, heidän omaisensa, päättäjät ja työntekijät sekä yksityiset palveluntuottajat tarvitsevat myös yksityiskohtaisempia numeerisia suosituksia ja ohjeita siitä, millaisin mitoituskriteerein toimintaa tulee toteuttaa. Mm. tiedotusvälineissä tätä asiaa on käsitelty lukuisia kertoja ja tuotu esille objektiivisten mitoitusperusteiden ja asianmukaisen hoito- ja palvelutarpeen arviointimittariston puuttuminen.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Kohdat 1.2.1–1.2.5 pohjautuvat Leena Kirmasen sosiaali- ja terveysjohtamisen täydennyskoulutusohjelman (PD 1 1996-1999) lopputyöhön ”Lääninhallitus vanhuspalvelujen ohjaajana ajan hengessä”. Helsingin yliopisto, Aikuiskoulutuskeskus.

### 1.2.6. Tapaus Hämeenlinna

Lääninhallituksen ohjaus- ja valvontaviranomaisroolin ongelmallisuutta kuvaa mm. yksittäisten hallintokantelujen päätöskäsittely palvelujen vähimmäistason määrittelyineen sekä toimivaltakysymyksineen. Liitteenä (liite 1) on eräästä Hämeenlinnan vanhainkodista tehdyn hallintokantelupäätöksen tarkastelu, joka on julkaistu Suomen Kuntaliiton Perusturva-lehdessä (nro 4/2000, s. 9-11).

## 2 VÄESTÖRAKENTEEN MUUTOS JA IKÄÄNTYNEIDEN PALVELUT

Vanhusten määrä kasvaa jatkuvasti ja väestön ikärakenne on muuttumassa merkittävästi. Kaikkein vanhimpien, yli 85-vuotiaiden, ikäluokkien osuuden ennustetaan kasvavan eniten lähitulevaisuudessa. Tämän jälkeen kasvu on suurempaa nuoremmissa yli 65-vuotiaiden ikäryhmissä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 1998b.) Ikääntymiseen liittyvät muutokset lisääntyvät 75 vuoden jälkeen, jolloin myös sosiaali- ja terveyspalvelujen tarve kasvaa (Markkanen ym.1999).

Vuonna 2000 maassamme oli 65 vuotta täyttäneitä 15 % koko väestöstä. Vuonna 2000 Etelä-Suomen läänin alueella oli yli 65-vuotiaita 13,41 % läänin väestöstä. (Stakes 2001b.) Läänissä on ikääntyneen väestön profiilin suhteen kolme selvästi erilaista aluetta: Etelä-Karjalassa, Kymenlaaksossa ja Kanta-Hämeessä on n. 17 % yli 65-vuotiaita, Päijät-Hämeessä ja Itä-Uudellamaalla n. 14–15 % ja Uudellamaalla n. 11 %. Läänin 89 kunnasta 24:ssä on yli 65-vuotiaiden osuus väestöstä jo nyt yli 20 % (Stakes 2001b, ref. Porokuokka 2001).

Kymenlaakso ja Etelä-Karjala ovat Etelä-Suomen läänissä erittäin vanhusvoittoista aluetta. Ikäjakautuman suuret erot tulevat korostumaan vuoden 2010 väestöennusteen mukaan. Tuolloin näissä maakunnissa yli 65-vuotiaiden määrät yltyvät ennusteiden mukaan n. 20 %:iin kokonaisväestöstä. Kanta-Hämeessä ja Päijät-Hämeessä yli 65-vuotiaiden osuus on tuolloin lähes 19 %. Koko läänin alueella 65 vuotta täyttäneitä ennustetaan olevan 15,9 % ja koko maassa 17,1 % väestöstä. (Tilastokeskus 1999; Stakes 2001b, ref. Porokuokka 2001.)

Kuntien väliset erot ovat olleet huomattavasti läänien eroja suuremmat. Vaaraman ym. (2000) mukaan palvelutarjonta suhteessa vanhusväestöön on niukinta kaupungeissa, runsainta maaseudulla ja Helsingissä. Eräs merkittävimmistä 1990-luvulla tapahtuneista sosiaalipalvelujen muutoksista on ollut laitoshoidon vähentäminen ja avohoidon lisääminen. Laitoshoitoa on korvattu palveluasumisella. Kuntien järjestämä palveluasuminen yli kaksinkertaistui vuosina 1988–1994. Vanhainkotipaikoilla olevien osuus putosi 1990-luvulla yli neljänneksen. Vanhusten pitkäaikaishoito on myös vähentynyt ja lyhytaikainen hoito lisääntynyt. (Vaarama 1995, Vaarama ja Lehto 1996, Vaarama ym. 1998., Vaarama ym. 2000.)

Sosiaalialan yksityisiä palveluja on eniten tarjolla vanhustenhuollossa ja maantieteellisesti Etelä-Suomessa (Stakes 2001a, SOSPA-rekisteri ja Innolink Research Oy 2001). Etelä-Suomen läänin alueella yksityisiä ympärivuorokautisia luvanvaraisia vanhainkoteja ja tehostetun palveluasumisen yksiköitä on 232 (Stakes 2001a, SOSPA-rekisteri).

### 3 IKÄÄNTYNEIDEN YMPÄRIVUOROKAUTISET SOSIAALIPALVELUT

Tässä selvityksessä on rajauduttu tarkastelemaan sosiaalihuollon ympärivuorokautisten hoito- ja asumispalvelujen mitoituserusteita vanhainkodeissa, vanhainkotihoitoa korvaavassa tehostetussa palveluasumisessa sekä dementoituneiden vanhusten hoitoon erikoistuneissa yksiköissä, koska ne on todettu lääninhallituksen käytännön työssä kaikkein ongelmallisimmiksi ja kiireellisimmiksi. Tässä selvityksessä ikääntyneestä väestöstä on käytetty arvovarauksitta yleisiä ilmauksia: ikääntyneet, ikäihmiset tai vanhukset.

#### 3.1 Palvelujen määrittelyongelmat

Vanhustenhuollon eri palvelujen ja asumismuotojen määrittelyminen ei ole ristiriidatonta. Alueella on yhä enemmän palveluntuottajia, joiden palvelujen nimikkeet, laatu ja luonne vaihtelevat. Virallisten käsitteiden ohella ovat käytäntöön vakiintuneet tietyt nimikkeet. Tämä selvitys keskittyy *vanhainkoteihin ja vanhainkotihoitoa täydentäviin tai korvaaviin tehostetun palveluasumisen yksiköihin*.

Sosiaalihuoltolaissa (SHL 710/1982, 24 §) laitoshuollolla tarkoitetaan hoidon, ylläpidon ja kuntouttavan toiminnan järjestämistä jatkuvaa hoitoa antavassa sosiaalihuollon toimintayksikössä. Laitoshoitoa annetaan henkilölle, joka tarvitsee apua, hoitoa tai muuta huolenpitoa, jota ei voida tai ei ole tarkoituksenmukaista järjestää hänen omassa kodissaan muita sosiaalipalveluja hyväksi käyttäen.

Lain määrittelemää laitoshuoltoa on täsmennetty sosiaalihuoltoasetuksen 11 §:ssä. Tämän mukaan laitoshuoltoa toteutettaessa on henkilölle järjestettävä hänen ikänsä ja kuntonsa mukainen tarpeellinen kuntoutus, hoito ja huolenpito. Hänelle on lisäksi pyrittävä järjestämään turvallinen ja kodinomainen ja virikkeitä antava elinympäristö, joka antaa mahdollisuuden yksityisyyteen ja edistää hänen kuntoutumistaan, omatoimisuuttaan ja toimintakykyään. Laitoshoitoa voidaan järjestää lyhytaikaisena tai jatkuvana päivä- tai yöhoitona tai ympärivuorokautisena hoitona. Laitoksessa voidaan lisäksi järjestää itsenäistä asumista tukevaa sekä kuntouttavaa toimintaa. Laitoshuoltoa järjestetään asetuksen mukaan mm. vanhainkodissa. (607/1983.)

Sosiaalihuoltolaki velvoittaa järjestämään myös asumispalveluja (SHL 17 §). Rajanveto laitoshoidon ja tehostetun palveluasumisen välillä on vaikeaa. Palveluasuminen voidaan jakaa kolmeen luokkaan: tehostettu palveluasuminen, keskiraskas palveluasuminen ja kevyt palveluasuminen, myös hoitohenkilökunnan määrällä mitattuna. Tällöin tehostetussa palveluasumisessa on työntekijöiden tarve ja määrä suurempi kuin muissa asumismuodoissa. (Valtiontalouden tarkastusvirasto 2000.)

Käsitteiden kirjavuus ja epäyhtenäisyys aiheuttaa myös keskeisen palvelujen riittävyyteen ja vähimmäistasomitoitukseen liittyvän määrittely- ja tulkintaongelman perustuslain 19 §:n 3 momentin (PL 731/1999) tarkoittamassa mielessä. Säännöksen mukaan julkisen vallan on turvattava, sen mukaan kuin lailla tarkemmin säädetään, jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut.

### 3.2 Henkilöstömitoitusta koskevat suositukset, ohjeet ja selvitykset

*Sosiaali- ja terveysministeriö* on julkaissut yhteistyössä *Suomen Kuntaliiton* kanssa tuoreimmat henkilöstömitoitusta koskevat suositukset (Oppaita 2001:4). Ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskeva laatusuositus -opas on osa valtioneuvoston tavoite- ja toimintaohjelman (2000–2003) mukaista laatusuositusten laadintaa. Suositusta koskeva perustyö on laadittu Stakesissa (Vaarama ym. 2001, ks. s. 13) yhteistyössä monien alan ammattilaisten kanssa. Laatusuositus koskee kaikkia sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja, mutta painottuu erityisesti ikäihmisten kotihoitoon, palveluasumiseen ja laitoshiitoon. Tämä julkaisu on suunnattu erityisesti päättäjille ja johdolle ja on sen vuoksi yleispiirteisempi kuin Stakesin taustaraportti. Ministeriön laatusuositus ei ole kuntia sitova normi, vaan kunnat voivat valtakunnallisten suuntaviivojen avulla kehittää palvelurakenteitaan paikallisista tarpeista ja voimavaroista lähtien. Palvelurakenteen kehittämisohjelman tulisi sisältyä jokaisessa kunnassa laadittavaan vanhuspoliittiseen strategiaan. Suosituksen toteutumista seurataan kunnissa ja myös valtakunnallisesti. (STM ja Suomen Kuntaliitto 2001.)

Laatusuosituksen mukaan palvelurakenteen kehittämisohjelmaan asetetaan mitattavissa olevat tavoitteet ikääntyneiden kuntalaisten palvelutasolle. Tavoitteiden toteuttamiseksi kunnissa määritellään mm. vanhustenhuoltoon riittävä henkilöstömitoitus. Tässä mitoituksessa otetaan huomioon mm. asiakkaiden toimintakyky ja avuntarve sekä henkilöstön riittävyys erityistilanteissa ja eri työvuoroissa. Henkilöstömitoituksia tehtäessä voidaan suosituksen mukaan hyödyntää toisten kuntien esimerkkejä (taulukko 1), valtakunnallisia vertailutietoja (taulukko 2) ja muiden Pohjoismaiden lukuja. (STM ja Suomen Kuntaliitto 2001.)

#### Taulukko 1.

**Esimerkkejä ikäihmisille tarkoitetun tehostetun palveluasumisen, vanhainkotien ja terveyskeskusten pitkäaikaishoidon yksiköiden hoitotehtävissä työskentelevän henkilökunnan henkilöstömitoitustavoitteista (Vaarama ym. 2001, ref. STM ja Suomen Kuntaliitto 2001).**

	Tehostettu Palveluasuminen	Vanhainkoti	Terveyskeskusten pitkäai- kaishoidon yksiköt
Helsinki <sup>1</sup>	0,40–0,50	0,50–0,60	0,60–0,70
Rovaniemi	0,60	0,70	0,80
Turku <sup>2</sup>	0,40 –0,50	0,59	(Ei asetettu tavoitteita)

<sup>1</sup> Hoitohenkilökuntamitoitusta lisätään 0,10–0,20:llä silloin kun:

- yksiköissä hoidetaan erityisosaamista edellyttäviä potilasryhmiä, esim. vaikeita käytösoireita potevia dementoituneita henkilöitä, psykogeriatrisia asiakkaita tai aivovammapotilaita
- yksikkö antaa kuntouttavaa lyhytaikaishoitoa
- yksikön koko ja/tai rakenteelliset puitteet aiheuttavat henkilökunnan lisätarpeita

<sup>2</sup> Mitoitustavoite 0,50 dementiahoidossa

**Taulukko 2.**

**Henkilöstön määrä asiakasta kohden vanhainkodeissa, terveyskeskuksissa ja tehostetussa palveluasumisessa, valtakunnalliset keskiarvot (Ailasmaa 2000, Tilastokeskus 2001a, Tilastokeskus 2001b, Vaarama ym. 1999, ref. STM ja Suomen Kuntaliitto 2001).**

	Koko henkilöstö/asiakas	Hoitohenkilöstö/asiakas
Vanhainkodeissa	0,61–0,69	0,42
Terveyskeskuksissa	0,86	0,66
Tehostetussa palveluasumisessa	0,36	(Tietoa ei käytettävissä)

Hoitohenkilöstöön on laskettu ne hoitonimikkeillä työskentelevät henkilöt, jotka tekevät hoitotyötä yksikössä.

Tämän selvityksen kannalta yksi keskeisempiä laatusuosituksen liitetäulukoita on mitoitusesimerkki 25-paikkaisen osaston henkilöstömäärästä eri työvuoroissa (taulukko 3). Mitoitusesimerkkien lisäksi on kuitenkin tärkeää aina huomioida paikalliset tarpeet – ikääntyneiden toimintakyky ja hoitoisuusaste ovat henkilöstömitoituksen olennaisin tekijä. (STM ja Suomen Kuntaliitto 2001.)

**Taulukko 3.**

**Mitoitusesimerkkejä laitoshoidon hoitotehtäviä suorittavan henkilöstön määräksi 25-paikkaisen osaston tai yksikön eri työvuoroissa (STM ja Suomen Kuntaliitto 2001, liitteen taulukko 5).**

	Hyvä mitoitus: 0,80/asukas, 20 hoitajaa/osasto		Keskivero mitoitus: 0,50–0,60/asukas, 12,5 – 15 hoitajaa/osasto		Välttävä mitoitus: 0,32/asukas, 8 hoitajaa/osasto	
	TT mitoitus		TT/mit. 0,50	TT/mit. 0,60	TT mitoitus	
Aamuvuoro	6	0,24	4 0,16	4 0,16	2,5	0,1
Iltavuoro	6	0,24	3 0,12	4 0,16	2,5	0,1
Yövuoro	2	0,08	1 0,04	2 0,08	1	0,04

Laskelmassa on otettu huomioon henkilökunnan lakisääteiset vapaapäivät; kaksi vapaapäivää/työntekijä/viikko. Muita poissaoloja ei ole otettu huomioon. TT = hoitotehtäviä suorittavan henkilöstön laskennallinen kokonaismäärä, Mitoitus = hoitajia/asiakas/työvuoro. Henkilöstön määrä on tärkeä osa hoidon laatua. *Mitoituksessa tulisi ottaa huomioon asiakkaiden toimintakyky ja hoitoisuus sekä erityisesti dementoituneiden henkilöiden määrä. Kun asiakkaat ovat hyvin huonokuntoisia ja dementoituneita välttävä henkilöstömitoitus voi olla riittämätön.*

Edellinen laatusuositukseen verrattavissa oleva laaja-alainen opas "Kunnan vanhus-tenhuolto sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyönä" on laadittu yhteisesti *sosiaali- ja lääkintöhallituksen* julkaisuna (1988). Opas sisältää keskeisimmät periaatteet vanhustenhuollon kehittämiseksi tavoiteaikatauluineen. Tässä oppaassa esitetyt suositukset, linjaukset ja tavoitteet oli yhteen sovitettu sosiaali- ja terveydenhuollon silloisen valtakunnallisen suunnittelu- ja valtiosuusjärjestelmän (VALSU) kautta tapahtuvan ohjauksen kanssa. Oppaan mukaan vanhainkotihoitoon tavoitteellisenä henkilöstömääränä voidaan pitää vuoteen 2000 mennessä 5 osastolla työskentelevää 10 vanhusta kohden sekä 2 muuta henkilöä 8–10 vanhusta kohden. Terveyskeskusten sairaaloissa laskennalliseksi mitoituserusteeksi lyhytaikaishoito

mukaan lukien oppaassa esitettiin keskimäärin 7–10 osastolla työskentelevää 10 hoidettavaa kohden. (Sosiaalhallitus ja lääkintöhallitus 1988.)

*Sosiaalhallitus* antoi vuonna 1982 vanhainkotien yleiseksi mitoitusperusteeksi 52 osastolla työskentelevää 100 hoitopaikkaa kohti. Tähän lukuun ei sisällynyt talous-, hallinto- ja huoltohenkilöstöä. (Sosiaalhallitus 1982a, Sosiaalhallitus 1985b.)

Erityisen merkittävää hoidon ja muiden toimenpiteiden välistä resurssimitoitusta arvioitaessa on lisäksi, miten siivoushenkilöstön resurssit on huomioitu. Siivoustyön määrämitoitukset perustuvat siivoustyön menetelmä- ja aikastandardeihin (Rakennushallitus 1992). Vanhimmat standardit ovat peräisin n. 1970-luvulta. Standardeihin pohjautuvia tietokoneohjelmia käytetään kunnissa ja toimintayksiköissä esim. vanhainkotien siivouksen suunnittelussa. Ohjelmia kehittää mm. helsinkiläinen Atop-Tieto Oy.

### Selvitykset

*Vaarama (1992)* on verrannut Suomen ja muiden Pohjoismaiden laitoshoidon henkilöstömitoituksia keskenään. Suomen laitoksissa henkilöstömäärät olivat keskimäärin hieman matalampia kuin muissa Pohjoismaissa. Vanhainkotien väliset erot maittain olivat hyvin pieniä. Ruotsin valtionkonttorin vuosina 1986–1987 toteutetun KRON-projektin mukaan Suomen vanhainkodeissa oli vuosityöntekijöiden määrä asukasta kohti 0,49 ja terveyskeskusten vuodeosastoilla 0,79. Vastaavat luvut olivat Ruotsissa 0,51 ja 0,98. Norjassa puolestaan nämä luvut olivat vanhainkodeissa 0,51 ja yhdistetyissä laitoksissa 0,71 ja sairaskodeissa 0,82. Tanskassa oli vain yhdenlaisia kunnallisia laitoksia ja ne kuuluivat sosiaalishallinnon piiriin. Näissä plejehemeissä oli vuosityöntekijöiden määrä asukasta kohti 0,96. Henkilökunnan vaihtuvuus oli Suomessa suurin. (Vaarama 1992.)

*Voutilaisen (1996)* selvityksen mukaan dementiayksiköissä oli 0,5 työntekijää asukasta kohden. Dementia- ja muistihäiriöpotilaat olisi tutkijan mukaan pyrittävä hoitamaan omassa yksikössään, sillä heidän hoito- ja valvontatarpeensa poikkeaa olennaisesti muiden asiakkaiden tarpeista.

*Henricsonin (1997)* tutkimuksen mukaan vanhusten palvelutaloissa tulisi olla keskimäärin kaksi työntekijää kymmentä asukasta kohden. Henricson käytti hoitoisuutta kartoittaessaan Hilmo-luokitusta, jonka mukaan hoitoisuusluokkaan 1 kuuluvat lähes omatoimiset vanhukset, luokkaan 2 kuuluvat ajoittain hoidon tarpeessa olevat, seuraavaan luokkaan kuuluvat toistuvan hoidon tarpeessa olevat, luokkaan 4 lähes jatkuvan hoidon tarpeessa olevat ja luokkaan 5 ympärivuorokautisen hoidon tarpeessa olevat. Henricsonin (1997) mukaan 1:n ja 2:n hoitoisuusluokan asukasta kohti tulisi olla vähintään 0,1–0,2 työntekijää ja vastaavasti 4–5 hoitoisuusluokan asukasta kohti 0,3–0,4 työntekijää.

Ruotsissa *Hansebonin ym. (1998)* kolmea vanhainkotiä käsittävässä tutkimuksessa ilmeni, että osastoilla, joissa hoidettiin sekä dementoituneita että ei-dementoituneita asiakkaita hoitohenkilökuntamitoitus oli 0,56 ja kahdella dementiaosastolla 0,76–0,80. Nämä mitoitukset eivät vielä sisältäneet yöhenkilökuntaa.

*Sosiaali- ja terveysministeriön* yksityisten sosiaalipalvelujen toimintaedellytyksiä pohtinut SOSPA-työryhmä (Sosiaali- ja terveysministeriö 1998a) selvitytti vuonna 1998 Länsi-Suomen lääninhallituksen Vaasan alueen sekä Oulun läänin alueen yksityisten luvanvaraisten vanhusten palveluasumisyksiköiden henkilöstömäärät ja niiden suhteen asukasmääriin. Vaasan alueella henkilöstöä oli keskimäärin 0,33 suhteessa asukkaisiin, kun taas Oulun alueella vastaava suhdeluku oli 0,37. Kaikkien luvanvaraisten yksityisten asumispalveluyksiköiden (muidenkin kuin vanhusten)

henkilöstömitoitusta ja yksikön kokoa oli myös verrattu keskenään. Vaasan alueella henkilöstön määrä suhteessa asukkaisiin väheni asumisyksiköiden paikkamäärän kasvaessa. Oulun alueella ei näin käynyt, vaikkakin eniten henkilökuntaa suhteessa asukkaiden määrään oli pienimmissä 0–9 henkilön asumisyksiköissä. Seuraavaksi eniten henkilökuntaa suhteessa asukkaisiin oli 20–49-paikkaisissa asumisyksiköissä. Vähiten henkilökuntaa suhteessa asukkaisiin oli molemmilla alueilla kaikkein suurimmissa asumisyksiköissä. Tulokset olivat kuitenkin työryhmän mielestä vain suuntaa antavia eikä niiden perusteella voitu päätellä yksittäisen asumisyksikön henkilöstötarvetta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 1998a)

*Vaarama ym. (1999)* selvittivät vanhusten laitoshoidon tilaa koko maan käsittävän aineiston avulla vuodenvaihteessa 1998–1999. Laitoshoidoksi oli määritelty yksityiset ja julkiset ympärivuorokautista hoitoa antavat palvelutalot, yksityiset ja julkiset vanhainkodit sekä terveyskeskukset. Lukuun ottamatta yövuorossa olevaa henkilöstöä, henkilöstömäärät eivät vaihdelleet lääneittäin kovinkaan paljon. Etelä-Suomessa yksi yövuorossa oleva hoitaja vastasi keskimäärin 20 vanhuksesta vanhusten pitkäaikaishoitolaitoksessa, kun vastaava luku Länsi-Suomessa oli 12. Maaseudun ja kaupungin välillä oli vain yövuorossa eroavaisuuksia, jotka vastaavat pitkälti edellä kuvattua siten, että maaseudulla yövuorossa hoidettiin 11 vanhusta, kun taas kaupungissa 20 vanhusta. Luvut olivat kuitenkin vain suuntaa antavia, koska hoitolaitosten monet muuttujat vaihtelivat. Koko Suomessa yhtä laitoksessa asuvaa vanhusta kohti oli keskimäärin 0,53 henkilökuntaan kuuluvaa. Läänien välillä ei ollut eroja laitosten asukasmääriin suhteutettuna. Laitostyyppien mukaan henkilökuntaa yhtä asukasta kohden oli eniten terveyskeskuksen vuodeosastoilla (0,64) ja vähiten yksityisissä palvelutaloissa (0,31).

*Helsingin kaupunki (1999)* selvitti kaupungin 23 vanhainkodin ja seitsemän terveyskeskussairaalan henkilöstömitoituksen, joka perustui kahden vuorokauden ajalta tehtyyn työvuoroselvitykseen, laitoksen virallisiin ja todellisiin, käytössä oleviin paikkamääriin sekä RAVA-indeksillä mitattuihin yksikön hoitoisuusselvityksiin. Työntekijöitä oli todellisuudessa huomattavasti vähemmän kuin vakanssiselvitys osoitti. Hoitohenkilöstömitoitukseen sisältyivät koulutetun hoitohenkilökunnan lisäksi kaikki yksikössä työskentelevät, jotka ainakin jossain määrin osallistuvat asukkaiden hoitoon, kuten hoitoapulaiset, sairaala-apulaiset, kylvettäjät ja siivoushenkilökunta. Mitoituksessa ei kuitenkaan otettu huomioon selvästi yksikön ulkopuolella työskenteleviä, esim. käytävätiloista huolehtivia siistijöitä. Mitoitukseen sisällytettiin lisäksi vain selvästi osastotyössä oleva terapiahenkilökunta. Helsingin kaupunki laati tämän jälkeen suositukset hoitohenkilöstömitoituksesta. Selvityksen mukaiset suositukset ovat asukasta kohti tehostetussa palveluasumisessa 0,40–0,50, vanhainkodeissa 0,50–0,60 ja terveyskeskussairaaloissa 0,60–0,70. Luvut tarkoittavat käytännössä sitä, että esim. vanhainkodeissa suosituksena on vähintään yksi työntekijä kahta asukasta kohden. Erityishoidossa henkilöstömitoitusta edellä määriteltyihin lukuihin lisätään 0,10–0,20, jos yksikössä hoidetaan erityisosaamista edellyttäviä potilasryhmiä tai jos yksikön koko tai rakenteelliset seikat aiheuttavat henkilöstön lisätarpeita tai yksikkö antaa kuntouttavaa lyhytaikaishoitoa tai henkilökunta on iäkästä ja työntekijöiden työkyky on alentunut. (Helsingin sosiaalivirasto, terveysvirasto 1999.)

*Suomen Dementiayhdistyksen* selvityksen mukaan (Kurkinen 2000) henkilöstömitoituksessa ei ollut merkittäviä eroja dementiaosastojen ja muiden osastojen välillä.

Molemmissa ryhmissä keskimääräinen mitoitus oli 0,64. Henkilöstömitoitus vaihteli dementiayksikköjen kesken 0,43–0,82. Selvityksessä oli mukana monenlaisia vanhusten hoitoympäristöjä, mm. neljä terveyskeskuksen vuodeosastoa. Suomen Dementiayhdistyksen henkilöstösuositusten mukaan dementiaa sairastavien toimin-

takykyä tukeva hoito vaatii nykyistä enemmän henkilökuntaa suhteessa asukkaisiin, ainakin niihin paikkoihin, joissa henkilökuntamitoitus on alle 0,6. (Kurkinen 2000.)

*liskolan (2000)* mukaan pienissä yksiköissä, joissa työtehtäviä ei ole eriytetty, voidaan määritellä muun kuin hoivatyön osuus työntekijöiden työpanoksesta tietyillä vakioarvoilla. Hänen mukaansa muuta henkilökuntaa tulee olla vähintään 0,10–0,15 työntekijää asukasta kohden. Kun tämä luku vähennetään henkilökunnan kokonaismitoituksesta, saadaan laskennallinen ja todellisuutta kuvaava hoitotyötä tekevän henkilöstön osuus myös niissä yksiköissä, joissa työtehtäviä ei ole rajattu.

*Valtiontalouden tarkastusviraston (2000)* mukaan viiden suurimman kaupungin palvelutaso- ja kustannusvertailuun liittyvässä projektissa havaittiin, että tehostetun palveluasumisen yksiköissä oli hoitohenkilökuntaa suhteessa asukasmäärään vähintään 0.396.

*Vaarama ym. (2001)* kuvaavat Stakesin julkaisemassa teoksessaan "Koko kunta ikääntyneiden asialle" vanhustenhuollon henkilöstömitoitusten eroja Pohjoismaissa. Tilastojen pohjalta he toteavat, että henkilöstömäärät ovat Suomessa huomattavasti alhaisemmat verrattuna muihin Pohjoismaihin. Esim. Ruotsiin verrattuna henkilöstöä on puolet vähemmän, kun tarkastellaan yli 65-vuotiaan väestön määrää yhtä vanhustenhuollon työntekijää kohden Pohjoismaissa. Suomen vanhuspalvelujen suurin ongelma on juuri henkilöstön niukkuus. (Vaarama ym. 2001.)

Ongelman laajuutta kuvaa myös valtakunnalliset keskiarvot laitoshoitohenkilöstön määrän suhteesta asiakkaisiin ja näiden lukujen vertaaminen kuntien kesken. Tilastokeskuksen (2001) laskelmien mukaan koko maan tasolla tarvittaisiin arviolta 2 938 henkilöä lisää, jos vanhainkotien ja palveluasumisen henkilöstömäärä nostettaisiin maan keskiarvoa vastaavaksi (taulukko 4, ks. myös taulukko 2, s.10). (Vaarama ym. 2001.)

#### Taulukko 4.

**Henkilöstön määrän suhteen keskiarvon alapuolella olevien laitosten lukumäärä sekä arvio lisähenkilöstön tarpeesta, koko maa (Tilastokeskus 2001a, ref. Vaarama ym. 2001).**

	Keskiarvon alapuolella olevat laitokset (n)	Keskiarvon alapuolella olevat laitokset (%)	Lisähenkilöstön tarve, jos nostetaan keskiar- voon
Vanhainkodit (n = 327)	111	34	1168
Terveyskeskukset (n = 155)	93	60	1 561
Palveluasunnot (n = 115)	74	64	209
Yhteensä	278		2938

Vaaraman ym. mukaan monet kunnat määrittelevät henkilöstömitoitukset osana laadunhallinnan kehittämistä. Todellinen henkilöstöressurssitarve on tullut paremmin esille niissä kunnissa, joissa mitoitukset on laadittu yhdessä henkilökunnan kanssa. (Vaarama ym. 2001.)

Laitoshoidon henkilöstömäärän riittävyttä ja lisätarvetta on hyödyllistä tarkastella myös eri työvuorojen näkökulmasta. Taulukossa 5 esitetään Vaaraman ym. selvitys-

työn tuloksiin perustuvat esimerkit henkilöstömitoituksesta 25-paikkaiselle osastolle. Laskelmassa on otettu huomioon poissaoloina huomioon ainoastaan henkilökunnan lakisääteiset vapaapäivät eli kaksi vapaapäivää/työntekijä/viikko. (Vaarama ym. 2001.)

### Taulukko 5.

#### Laitoshoidon mitoitusesimerkkejä 25-paikkaisella osastolla (hoitoon osallistuva henkilökunta osastolla tai yksikössä) (Vaarama ym. 2001).

	Erinomainen:		Hyvä:		Keskiverto:				Riittämätön:	
	1,2/asukas, 30 hoitajaa/osasto TT Mitoitus		0,80/asukas, 20 hoitajaa/osasto TT Mitoitus		0,50–0,60/asukas 12,5–15 hoitajaa/osasto TT/mit. 0,5 TT/mit. 0,6				0,32/asukas, 8 hoitajaa/osasto TT Mitoitus	
Aamuvuoro	9,5	0,38	6,0	0,24	4,0	0,16	4,0	0,16	2,5	0,1
Iltavuoro	9,5	0,38	6,0	0,24	3,0	0,12	4,0	0,16	2,5	0,1
Yövuoro	2,0	0,08	2,0	0,08	1,0	0,04	2,0	0,08	1,0	0,04

TT = hoitajien laskennallinen kokonaismäärä, Mitoitus = hoitajia/asiakas/työvuoro

Selvityksen mukaan Suomessa vain hyvin harvassa vanhustenhuollon laitoksessa henkilöstömitoitus on erinomainen, kun taas Ruotsissa ja Tanskassa se olisi tavanomaisempaa saatujen esimerkkien mukaan. Laitoksia, joissa henkilöstömitoitus on alle esitetyn keskiarvon, löytyy puolestaan maastamme useita. (Vaarama ym. 2001.)

#### Lääninhallituksen kokemukset

Hoitohenkilökunnan määrittelyssä vallitsee kirjavuutta. Henkilöstömitoitusta määriteltäessä yhtenä ongelmana on yhtenäisten mitoituserusteiden puuttuminen. Henkilökunnan mitoitukseen on joissain tapauksissa laskettu kaikki yksikön työntekijät hoitohenkilökunnan lisäksi, kuten siivoojat, laitosapulaiset kiinteistöhuollon työntekijät, keittiö- ja hallintohenkilöstö. Tavallisimmin henkilöstömitoitukseen palveluntuottaja on laskenut kuitenkin vain alan ammatillisen koulutuksen omaavan hoitohenkilökunnan.

Lääninhallituksen yksityisten sosiaalihuollon yksiköiden lupahallinto- ja valvontamenettelyä ohjaa yksityisen sosiaalihuollon valvonnasta annettu laki (603/96). Koska laissa todetaan ainoastaan, että henkilökunnalla tulee olla toimintaan nähden riittävä henkilöstö, jokainen lupahakemus ja yksikkö on tarkasteltava lääninhallituksessa tapauskohtaisesti ja harkittava henkilökunnan alan ammatillisen kelpoisuuden riittävyttä ja rakennetta suhteessa asukkaiden terveydentilaan ja toimintakykyyn. Myös tilat ja yksikön rakenteelliset seikat sekä ulkopuolisille mahdollisesti tarjottavat palvelut vaikuttavat riittävään määrään asukkaiden hoitoisuuden lisäksi. Palvelukapasiteetin lisääminen vaikuttaa luonnollisesti henkilöstötarpeeseen ja henkilöstön ikärakenne on myös suhteessa sen määrään. Toiminnassa, tiloissa ja asukkaiden hoidettavuudessa tapahtuvat muutokset ovat tekijöitä, joiden yhteydessä palveluntuottajankin tulisi aina arvioida uudelleen henkilökunnan riittävyys. Toimintayksikön vastuuhenkilön rooli on tärkeä, kun arvioidaan riittävän henkilökunnan määrää eri tilanteisiin. Määrän tulisi ihannetapauksessa olla joustava ja suhteessa toiminnalliseen kokonaisuuteen sekä siinä tapahtuviin muutoksiin.

Henkilöstöön liittyviä asioita ovat lisäksi harjoittelijoiden ja muiden tilapäisten henkilöiden käyttö, henkilökunnan täydennyskoulutuksen tarve, työnjakokysymykset,

henkilöstörakenne, varahenkilöstö ja sijaistyövoiman saanti sekä työaikaan liittyvät määräykset (Sosiaalihuolto 1982a, Aro ja Sivonen 2000). Lääninhallituksen lupahallinto- ja valvontamenettelyssä arvioidaan henkilökunnan määrää myös koulutustason mukaan. Vastuuhenkilöllä tulee olla asianmukainen koulutus ja hyvä asiantuntemus. Henkilöstön riittävän määrän määrittely on ollut yksi lupaprosessissa eniten työllistävistä tehtävistä ja ollut taustalla käsillä olevan raportin synnyssä. Henkilökunnan määrään liittyvät lääninhallituksen luparatkaisut ovat johtaneet joihinkin valitusprosesseihin.

Työryhmä pitää soveltuvin osin edelleen yhtenä käyttökelpoisena ja suuntaa antavana lähteenä ja linjauksena opasta "Kunnan vanhustenhuolto sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyönä" tavoitteellisia henkilöstömitoituksia arvioitaessa. (Sosiaalihuolto ja lääkintöhallitus 1988).

### 3.3 Henkilöstön koulutus ja henkilöstörakenne

Yksityisten sosiaalipalvelujen henkilöstöltä edellytetään samaa kelpoisuutta kuin vastaavissa tehtävissä toimivilta kunnan ja kuntayhtymän sosiaalihuollon työntekijöiltä. Kelpoisuusehdoista säädetään asetuksessa sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön kelpoisuusehdoista (804/1992). Asetuksen 4 § määrittää kelpoisuusehdoksi sosiaalihuollon hoito-, huolenpito-, kasvatusta- tai kuntoutustehtäviin vähintään kouluasteisen sosiaali- tai terveydenhuollon taikka muun alan ammatillisen tutkinnon. Jos yksikössä annetaan myös terveydenhuollon palveluja, on henkilöstön kelpoisuutta arvioitaessa otettava huomioon myös säädökset terveydenhuollon ammattihenkilöistä (Asetus sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön kelpoisuusehdoista 804/1992, Laki ja asetus terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994, Sosiaali- ja terveysministeriö 1998a).

Sosiaalihuollon kannalta alan nykyinen substanssia ja kelpoisuutta koskeva lainsäädäntö ei ole tyydyttävä, koska se ei säädöstasolla määrittele ja turvaa riittävässä määrin osaavia ja ammattitaitoisia työntekijöitä sosiaalihuoltoon ja muihin sosiaalialan tehtäviin (STM 2001a). Nykyisen asiantilan selkiyttäminen on tarpeellista niin kunnallisen kuin kasvavan yksityisen palveluntuotannonkin kannalta. *Sosiaali- ja terveysministeriö* onkin asettanut sosiaalialan ammatinharjoittamistyöryhmän, jonka laatima muistio (Työryhmämuistioita 2000:32) sisältää työryhmän luonnoksen laiksi sosiaalihuollon ammattihenkilöistä sekä sosiaalihuoltolain muutosesitykset. Työryhmä ei ollut muistion sisältämistä kehittämissuhteuksista yksimielinen. (STM 2001a.)

Ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskeva laatusuositus (STM ja Suomen Kuntaliitto 2001) huomioi myös sosiaalialan henkilöstön koulutuksen. Laatusuosituksen mukaan iäkkäitä ihmisiä hoitavan henkilöstön tulee olla tehtävään soveltuva ja tavoitteena on, että henkilöstöllä on mahdollisuuksien mukaan sosiaali- ja terveydenhuollossa vaadittava kelpoisuus. Lisäksi niille työntekijöille, joilla säädetty kelpoisuus puuttuu, tulisi mahdollistaa ammattitaidon täydentäminen erilaisia vaihtoehtoja hyväksi käyttäen. Suosituksen mukaan pitkän aikavälin tavoitteena on, että vanhustyössä toimivilla on sosiaali- tai terveydenhuollon peruskoulutus. (STM ja Suomen Kuntaliitto 2001.)

Lisäksi sosiaali- ja terveysministeriön asettama sosiaali- ja terveydenhuollon työvoimatarpeen ennakointitoimikunta on antanut äskettäin mietintönsä (Komiteamietintö 2001:7). Ennakointitoimikunnan tavoitteena oli laatia ennuste sosiaali- ja terveydenhuollon työvoimatarpeesta keskeisten ammattien osalta ja arvioida ammatillisen koulutuksen mitoitusta vuosiksi 2000–2010 sekä tehdä ehdotus työvoima- ja koulutustarpeen seuranta- ja ennakointijärjestelmäksi. Toimikunta arvioi,

että pelkästään vanhustenhuollon henkilöstön nykyistä alimitoitusta korjaamaan tarvittaisiin 6 300 työntekijää lisää. Tulevaisuudennäkymät huomioon ottaen sosiaali- ja terveysalan koulutuksen aloituspaikkoja tulisi toimikunnan arvioiden mukaan kasvattaa esim. ammatillisessa peruskoulutuksessa 8–15 prosentilla. Toimikunta kiinnitti huomiota myös alalla olevan työvoiman työhyvinvoinnista huolehtimiseen ja töissä pitämiseen sekä uuden työvoiman rekrytointiin liittyviin kysymyksiin. (STM 2001b.)

#### Koulutusta koskevat selvitykset

Kouluttamattomien työntekijöiden osuus hoitohenkilökunnasta oli vanhainkodeissa *Helsingin kaupungin raportin (1999)* mukaan suurempi kuin muissa asumismuodoissa. Enemmistössä Helsingin vanhainkodeista koulutetun henkilöstön osuus oli n. 60–79 %. Palveluasumisyksiköissä koulutetun henkilöstön osuus oli yli 80 %, vain viidessä osuus oli alle 60 %. Tehostetun palveluasumisen henkilöstössä oli 60 % koulutettua hoitohenkilökuntaa, 14 % hoitoapulaisia, 3 % terapiahenkilökuntaa, 3 % siivoushenkilökuntaa, 11 % keittiöhenkilökuntaa, 7 % hallintohenkilöstöä, 1 % kiinteistöhenkilöstöä ja muuta henkilökuntaa on 1 %. Selvityksessä hoitohenkilöstön määrään sisältyivät koulutetun hoitohenkilökunnan lisäksi mm. kouluttamattomat kotiavustajat, hoitoapulaiset ja kylvetäjät. Hoitohenkilökunnasta oli hoitajia 65 %, hoitoapulaisia 18 %, sairaanhoitajia 15 % ja osastonhoitajia 2 %. Suurimassa osassa tehostettuja palveluasumisyksiköitä koulutetun henkilökunnan osuus oli yli 80 %. (Helsingin sosiaalivirasto, terveysvirasto 1999.) Vanhainkodeissa koko henkilökuntarakenne oli seuraava: koulutettua hoitohenkilökuntaa 55 %, hoitoapulaisia 21 %, siivoushenkilöstöä 3 %, keittiöhenkilökuntaa 8 %, hallintohenkilöstöä 6 %, kiinteistöhenkilöstöä 2 % ja muita 1 %. Enemmistössä vanhainkoteja koulutetun henkilöstön osuus oli 60–79 %. Hoitohenkilöstö piti sisällään 50 % hoitajia, 28 % hoitoapulaisia, 19 % sairaanhoitajia ja osastonhoitajan hoitotyön osuus oli 3 %. (Helsingin sosiaalivirasto, terveysvirasto 1999.)

*Vaaraman ym. (1999)* tutkimuksen mukaan valtaosa vanhustenhuollon henkilöstöstä työskenteli vakituisessa työsuhteessa. Joka viidennen työntekijän työsuhde oli määräaikainen. Työsuhteet olivat vakinaisia julkisissa vanhainkodeissa ja palvelutaloissa hieman muita laitostyyppisiä useammin. Tilanne vaihteli kuntaryhmittäin ja lääneittäin. Koulutason ammatillinen tutkinto oli tyypillisin vanhustenhuollon työntekijöiden koulutustausta. Kolmanneksella oli opistotasoinen ja kolmella prosentilla ammatti- tai tiedekorkeakoulutasoinen tutkinto. Ammatillista koulutusta vaille oli 13 % työntekijöistä, mutta heillä saattoi olla joitakin alan kursseja taustalla. Koulutus vaihteli lääneittäin. Opistotason koulutus oli tavallisempi Etelä-Suomessa kuin Pohjois-Suomessa. Koulutustason mukaan laitokset jakaantuivat korkeamman tason yksityisiin laitoksiin ja alemman tason julkisiin laitoksiin. Hoitohenkilökunnan koostumus vaihteli eri hoitomuodoissa. Henkilökunnan tarkastelu ammattirakenteen kannalta oli osittain ongelmallista, koska työtehtävät eivät useinkaan jakaantuneet selvästi eri ammattiryhmille. Toisaalta ostopalveluina hankitut palvelut vaikeuttivat koko henkilökunnan vertailua. (Vaarama ym. 1999.)

*Suomen Dementiayhdistyksen selvityksen (Kurkinen 2000)* mukaan tutkittujen yksiköiden (kunnallisia ja yksityisiä dementiayksiköitä, vanhainkotien osastoja ja terveyskeskusten vuodeosastoja) henkilökunnasta 95 % oli naisia. Sosiaali- tai terveydenhuollon koulutus oli tämän selvityksen mukaan 80 %:lla henkilökunnasta. Jonkin muun alan koulutus on 9 %:lla ja kokonaan ilman tutkintoa oli 11 % työntekijöistä. Dementiahoitopaikkojen ja muiden osastojen välillä ei ollut merkittävää eroa henkilökunnan koulutustason mukaan. Henkilökunnan viroista tai toimista kolmannes oli kolmannen asteen tutkinnon suorittaneita, esim. sairaanhoitajia. Suurimman ammattiryhmän muodostivat toisen asteen tutkinnon suorittaneet hoitajat esim. lähi- ja perushoitajat (47 %). Vähemmän kuin toisen asteen tutkinnon suorit-

taneita ja ilman sosiaali- ja terveydenhuollon koulutusta oli tutkimukseen osallistuneista 20 %.

*SOSPA-rekisterin* (Stakes 2001a) mukaan Etelä-Suomen läänin alueella yksityisten luvanvaraisten vanhainkotien ja vanhusten tehostetun palveluasumisen yksiköiden työntekijöistä 49,7 % on suorittanut sosiaali- ja terveystieteiden koulutuksen. Työntekijöistä 26 % on sosiaali- ja terveystieteiden opistoasteen koulutuksen suorittaneita ja 2,5 % sosiaali- ja terveystieteiden korkeasteen suorittaneita. Muun alan koulutus on 21,8 prosentilla työntekijöistä.

*Vaaraman ym.* (2001) mukaan nykyään noin puolella vanhustenhuollon hoitotyöntekijällä on sosiaali- tai terveydenhuollon perustutkinto (esim. lähi- tai perushoitajan tutkinto). Sairaanhoidajan tai vastaavan tutkinto mainittiin olevan 25–35 %:lla ja puolestaan ilman sosiaali- tai terveydenhuollon tutkintoa on 10–25 % työntekijöistä (esim. Isola & Voutilainen 1998, Vaarama ym. 1999, Voutilainen ym. 2001, ref. Vaarama ym. 2001).

### Lääninhallituksen kokemukset

Lääninhallituksen yksityisten sosiaalihuollon yksiköiden lupahallintomenettelyä ohjaa yksityisen sosiaalihuollon valvonnasta annettu laki (603/96). Laissa todetaan ainoastaan, että henkilökunnalla tulee olla toimintaan nähden riittävä koulutus. Jokainen lupahakemus ja yksikkö on näin ollen tarkastettava lääninhallituksessa tapauskohtaisesti ja harkittava henkilökunnan koulutusta ja rakennetta suhteessa asukkaiden terveydentilaan ja toimintakykyyn. Tehtävä ei ole yksinkertainen ja on johtanut joidenkin ratkaisujen suhteen valitusprosessiin. Riittävä alan koulutus on kuitenkin katsottu lääninhallituksessa yhä tärkeämmäksi vanhustenhuollon sektorilla, jossa koulutus auttaa sopeutumaan toimintaympäristöjen ja yhteiskuntarakenteiden nopeaan muutokseen. Erityisesti vastuuhenkilön asiantuntemus ja koulutus on tärkeää. Myös sosiaali- ja terveysministeriön (1998b) mukaan yhä vanhempien ja huonokuntoisempien vanhusten hoito ja uusien kasvavien sosiaalisten- ja psykologisten ongelmien yleistymisen asettaa henkilöstön koulutuksen yhä tärkeämpään rooliin.

Työntekijöiden koulutuksella on erityistä merkitystä yksiköissä, joissa palvelujen käyttäjinä ovat fyysisesti ja usein myös henkisesti muista riippuvaiset ryhmät kuten vanhukset. Työntekijöiden koulutus sisältää ikääntymiseen ja vanhuuteen, mutta ennen kaikkea myös ihmissuhdetaitoihin liittyviä sisältöalueita. Käytännössä julkisen sektorin vanhustenhuollon henkilöstön koulutus on tehtyjen selvitysten ja myös lääninhallituksen kantelujen käsittelyn, tarkastusten, lupatoiminnan sekä kansalaisten tiedustelujen yhteydessä saaman kokemuksen mukaan huolestuttavasti heikentynyt.

## 3.4 Asuintilat

Perustuslain (731/1999) mukaan yksilöllä on oikeus elämään sekä henkilökohtaiseen vapauteen, koskemattomuuteen ja turvallisuuteen (7 §) sekä yksityisyyden suojaan (10 §). Sosiaalihuoltolain 11 §:n mukaan kunnassa on oltava sosiaalihuollon toimintoja varten riittävät ja asianmukaiset toimitilat ja toimintavälineet. Vastaavasti sosiaalihuoltoasetuksen 11 §:n mukaan laitoshuoltoa toteutettaessa henkilölle on pyrittävä järjestämään turvallinen, kodinomainen ja virikkeitä antava elinympäristö, joka antaa mahdollisuuden yksityisyyteen ja edistää hänen kuntoutumistaan, omatoimisuuttaan ja toimintakykyään. Yksityisten sosiaalipalvelujen valvonnasta annetun lain (603/1996) mukaan palveluja antavan toimintayksikön

toimitilojen ja toimintavälineiden tulee olla riittävät, asianmukaiset ja olosuhteitaan hoidolle sopivat.

### 3.4.1 Yksikön mitoitusta koskevat suositukset, ohjeet ja selvitykset

*Sosiaali- ja terveysministeriön ja Suomen Kuntaliiton* (2001) tuoreimmassa laatusuosituksessa suositellaan kodikkaita ja turvallisia, asiakkaan toimintakykyä, yksityisyyttä ja sosiaalista kanssakäymistä tukevia tilaratkaisuja laitoshoidossa. Suosituksen mukaan kunnan tulisi arvioida ikäihmisille tarkoitettujen ryhmäkotien, palveluasuntojen ja laitosten toimivuus esteettömyyden, hoidon, varustuksen, paloturvallisuuden sekä yksikkö- ja ryhmäkokojen kannalta. Suosituksessa ei ole mainintaa asumisyksikköä tai huonekokoja koskevista numeerisista mitoituksista. (STM ja Suomen Kuntaliitto 2001.)

*Sosiaali- ja terveysministeriön SOSPA-työryhmän* (1998a) mukaan pääsääntöisesti suositellaan yhden hengen huoneita ensisijaisesti yksityisyyden takaamiseksi. Kahden vieraan henkilön sijoittaminen samaan huoneeseen ei ole asianmukaista. Lisäksi *Helsingin kaupunki* asetti vuonna 1990 suosituksen, että vanhainkodeissa ja laitoshoidossa tulee välttää usean hengen huoneita (Helsingin sosiaalivirasto 1990).

*Sosiaali- ja terveysministeriön* työryhmä esitti myös vuonna 1985, että 80 % hoitopaikoista tulee olla yhden hengen huoneita. Työryhmän mukaan hoitopaikoista 10 % voi olla kaksioissa siten, että molemmilla asukkailla on omat asuinhuoneet ja yhteinen eteistila, josta on pääsy yhteisiin WC- ja pesutiloihin. Lyhytaikaisessa hoidossa on työryhmän mukaan tarkoituksenmukaista varata kahden hengen huoneet. Sosiaali- ja terveysministeriön mukaan suositeltavaa olisi myös mitoitukseltaan ja suunnittelultaan erilaiset asiakkaiden huoneet, koska ne tukisivat yksilöllisyyttä ja saisivat aikaan rikkaamman laitospiljöö. (Sosiaali- ja terveysministeriö 1985.)

Sosiaalihuoltolain mukaisesta asumispalvelujen järjestämisestä *sosiaalihalitus* on antanut yleiskirjeen 10.5.1985. Yleiskirjeen mukaan asuntoja ja asumista järjestettäessä on tavoitteena luoda erilaisia asumisvaihtoehtoja sisältävä palvelujärjestelmä, jolla voidaan tukea asukkaiden omatoimista suoriutumista sekä asumista totunnaisissa elinympäristöissä ja siten vähentää tarvetta pitkäaikaisiin laitossijoituksiin. Samaisessa kirjeessä suositellaan, että erityisesti vanhuksille olisi tarkoituksenmukaista rakentaa asuntoja, joissa makuuhuone ja oleskelutilat ovat erillään. Yhden huoneen ja keittokomeron asunto ei sosiaalihalituksen mukaan täytä asumisviihtyisyydelle asetettavia vaatimuksia tyydyttävällä tavalla. (Sosiaalihalitus 1985a.)

Sosiaalihalituksen vanhainkotihoiton sisällön kehittämistä sekä henkilömäärää ja rakennetta selvittäneen työryhmän muistion (10/1985) mukaan kodinomaisuuden fyysisenä perusedellytyksenä ovat pienet asuntoyksiköt, ja kodinomaisuudella pyritään järjestämään asuminen tavanomaista muistuttavaksi. Vaikka ympäristö muuttuu vanhainkotiin tai palveluasuntoon saapuessa, on ympärillä paljon tuttua ja turvallista. Yksityiselämän rajoitteet pitäisi laitoksessa minimoida. Huonekoko tulisi kartoittaa asiakkaan omista toiveista lähtöisin, yksiön tai pienen kaksion tulisi olla pääsääntö yksin asuvalle vanhukselle. Vanhusta tulee myös kannustaa kodinomaisiin toimiin, kuten pöydän kattamiseen jne. Tämä tukee toimintakykyisyyttä ja luo kodinomaista tunnelmaa. Omat pesutilat ovat tarpeelliset, jotta vanhus voi rytmittää omat WC-käyntinsä ja peseytymisensä omien tottumustensa ja tarpeidensa mukaan. (Sosiaalihalitus 1985b.)

Sosiaalihalituksen vanhainkodin toimitilojen suunnittelua koskevan yleiskirjeen (A8/1982/hu) mukaan laitosasumiselle tulee asettaa samat vaatimukset kuin asumi-

selle yleensä eli huone yhtä henkilöä kohden. Ikäihminen tulee laitokseen tarvitsemansa hoidon ja huolenpidon vuoksi, mutta se ei vähennä hänen oikeuttaan yksityiselämään ja omaan rauhaan (Sosiaalhallitus 1982b).

*Rakennustietosäätiön* RT-ohjekortissa (Rakennustietosäätiö 1994) on suosituksia asunnon yleisratkaisuisista, joilla pyritään ottamaan huomioon asukkaan tarpeet. Asunnossa tulee olla erillinen makuutila, josta tulee olla hyvä yhteys WC- ja peseytymistiloihin. Vuoteesta tulee nähdä asunnon muihin tiloihin ja ulos. Ruoanvalmistustilan mitoituksessa ja varustuksessa voidaan ottaa huomioon ateriapalvelut. Olisi suotavaa, että asunnon tilojen välille voisi muodostua vaihtoehtoisia kulkureittejä ja että asunto avautuisi vähintään kahteen suuntaan. Asuntoon tulisi liittyä oma ulkoilutila ja asunto olisi suunniteltava pyörätuolilla liikkumiseen soveltuvaksi. Pyörätuolin tilavaatimus sisältää myös avustavan henkilön tilatarpeen. (Rakennustietosäätiö 1994.)

### Selvitykset

*Elovainion ja Sinervon (1994)* tapaustutkimukseen valitun vanhainkodin henkilöstö kokoontui pohtimaan laitoksensa tilaongelmia tulevaisuusverstaassa vuonna 1991. Fyysisen työympäristön puutteet olivat laitospäristölle hyvin tyypillisiä. Asukasosastot olivat liian suuria, asukashuoneet olivat liian ahtaita (2–3 hengen huoneita), osastojen tilat olivat epäkäytännölliset, peseytymis- ja WC-tiloja oli liian vähän ja ne olivat liian ahtaat ja huonoissa paikoissa. Henkilökunnalle tilat aiheuttivat työskentelyssä ylimääräistä rasitusta. Asukkaiden kannalta tilat olivat laitospäristöä, epäviihtyisiä ja sairaalamaisia. Tilat olivat usein pimeitä, kolkkoja ja yksityisyys oli vähäistä. (Elovainio ja Sinervo 1994.)

Oman huoneen tarvetta on selvitetty paljon. Mm. *Bycklingin (1994)* mukaan vanhukset arvostavat omaa rauhaa ja lepoa. Itsemääräämisoikeus ja yksityisyys ovat tärkeitä arvoja. Asiakkaan yksityisyyteen ja kodinomaisuuteen pyrkiessä olisi oma huone suotava. Omaan huoneeseen liittyi monia arkitoimia, jotka auttoivat vanhuksen toimintakyvyn säilymistä. Pienet tekijät, jotka vanhus jaksaa vielä itse tehdä esim. kukkien kastelu ja huoneen siivous lisäävät elämän mielekkyyttä. Yhteistilojen viihtyvyyttä ja käyttöä tulisi lisätä, jotta kommunikointi ja sosiaaliset tarpeiden toteuttaminen onnistuisi. (Byckling 1994.)

*Ahosen ja Kiurun (1989)* raportissa esitettiin osastokokoa pienennettäväksi ja kodikkuutta lisättäväksi. Sen mukaan pienissä ja kodinomaisissa yksiköissä syntyy voimakas yhteenkuuluvuuden tunne. Ihmisen arkinen elämä ja luonteva arkinen toiminta ovat tärkeitä rikkaan elämän lähteitä, jotka eivät useinkaan suurissa laitoksissa toteudu. (Ahonen ja Kiuru 1989.)

Useamman hengen huoneissa voidaan toisaalta nähdä hyviäkin puolia. *Isolan ja Voutilaisen (1998)* raportti Helsingin terveystoimesta osoitti, että potilaat viihtyivät suurissa huoneissa, koska niissä saattoi seurata osaston tapahtumia. On kuitenkin otettava huomioon, että terveystoimen asiakkaat olivat pääosin lyhytaikaisessa hoidossa, joten sairaalaympäristö ei muodostunut samalla tavoin kodiksi kuin vanhainkoti tai vastaava palveluasumisyksikkö. Vuoteeseen hoidettavien potilaiden kannalta sosiaaliset tarpeet toteutuvat tutkijoiden mukaan mahdollisesti yhteishuoneissa paremmin. Yksityisyydelle ei kuitenkaan jää tällöin tilaa. Yksityisyyden kunnioittamisen tulee ilmetä tällöin ovelle koputtamisena, kohteliaana puhutteluna jne. (Isola ja Voutilainen 1998.)

Mm. dementia- ja muistihäiriöisille potilaille yhden hengen huone ei aina ole paras ratkaisu. Seuran puute saattaa aiheuttaa turvattomuuden tunnetta ja levottomuut-

ta erityisesti yöaikaan. Keskeistä dementoituneiden hyvinvoinnille ovat pienet yksikkökoot ja pienet asukasmäärät. (Sulkava ym.1989.)

*Häggman-Laitilan ja Kotilaisen (1997)* mukaan vanhuksen tulisi itse saada sisustaa asuntonsa. Kodikkuuden kokemukselle on tärkeää, että huoneen kalustus ja sisustus on itse vähitellen hoidon aikana valittua ja hankittua. Se myös heijastelee huoneessa vietettyä aikaa. Kodikkuutta tukee myös henkilökunnan esiintyminen omista vaatteistaan ja pihalla sekä sisällä olevat kukat ja muut kasvit. (Häggman-Laitila ja Kotilainen 1996.)

Huoneen täytyy lisäksi olla sen kokoinen, että omien huonekalujen tuominen on mahdollista, ja säilytystilojen tulee olla niin tilavat, että omien tärkeiden tavaroiden, vaatteiden ja esineiden tuominen asuntoon on mahdollista. Omat tavarat ja huonekalut tukevat pitkäaikaisasukkaan identiteettiä. Tämä ilmenee persoonallisuuden säilymisenä, elämänhistorian yhteyden ylläpysymisenä, itsemääräämisoikeuden toteutumisenä, perustarpeiden yksilöllisenä toteutumisenä, intimitteettisuojan säilymisenä, yksinoloon ja omaan rauhaan vetäytymisenä sekä muistoihin ja ajatukseen keskittymisenä. Toimintavireyttä lisää omien tavaroiden tuoma mielekäs tekeminen. Tila- ja aikaorientaation kannalta tavarat ja huonekalut lisäävät tulevaisuuden suunnittelua. Tavarat ja huonekalut lisäävät myös seurustelurauhaa ja siten tukevat perheroolien ja sosiaalisten suhteiden säilymistä. (Häggman-Laitila ja Kotilainen 1997.)

*Sulkavan ym. (1989)* mukaan erityisesti dementoituneen vanhuksen hyvää elämää tukevat tutut tavarat ja yksikön kodikkuus, mikä muistuttaa mahdollisimman paljon vanhuksen aiempaa ympäristöä. Dementiapotilaiden asuntoihin suositellaan vanhanaikaista sisustusta, mikä helpottaa erityisesti dementoituneiden vanhusten hoitoa ja huolenpitoa mutta myös kaikkien vanhusten sopeutumista palveluasuntoon (Sulkava ym. 1989).

#### Lääninhallituksen kokemukset

Toisinaan palveluntuottajan ja lääninhallituksen käsitykset asukkaan yksityisyyden suojasta ja sen takaamisesta poikkeavat toisistaan. Työryhmän käsityksen mukaan pääsääntönä tulee olla yhden hengen huoneet ja vain poikkeustapauksissa, lähinnä avioparien ollessa kyseessä voidaan hyväksyä kahden hengen huoneita. Käytettävissä olevista tiloista riippuu, kuinka monta asukasta yksikköön voidaan ottaa, jotta kodinomaisuus ja yksityisyys säilyisivät. Nämä yksiköt ovat vanhusten koteja ja niitä tulisi arvioida pitkälti samoin kriteerein kuin hyvän elämän edellytyksiä omassa yksityisasunnossa huolimatta siitä, että yksikössä työskentelee selviytymisen tukena sosiaali- ja terveydenhuollon ammatillista henkilökuntaa.

### **3.4.2 Huonekoko koskevat suositukset, ohjeet ja selvitykset**

*Sosiaali- ja terveysministeriön (1998a)* yksityisten sosiaalipalvelujen toimintaedellytyksiä pohtinut SOSPA-työryhmä toteaa, että tilojen on ensinnäkin aina täytettävä yleiset rakentamista koskevat vaatimukset. Tilojen toimivuutta arvioitaessa on otettava huomioon toiminnan luonne sekä asiakkaiden ja henkilökunnan tarpeet. Huomioon tulee ottaa myös yleiset asumisen vaatimukset ja asukkaiden perusoikeudet. Oikeudesta yksityisyyteen on säädetty Suomen perustuslaissa (731/1999)<sup>2</sup>. Työryhmän mielestä kahden vieraan ihmisen sijoittaminen samaan huoneeseen ei ole pääsääntöisesti perusteltua. Lisäksi pitkäaikaisessa asumisessa asetetaan tiloille

<sup>2</sup> Alkuperäisessä SOSPA-työryhmän muistiossa puhutaan vanhasta hallitusmuodosta (94/1919), joka kumottiin 1.3.2000 alkaen.

myös kodinomaisuuden vaatimus, joka edellyttää, että huoneeseen mahtuu vuoteen lisäksi myös muitakin huonekaluja kuten tuoleja ja pöytiä. Työryhmän suositus on, että yhden hengen asuinhuoneen on oltava vähintään 12–15 m<sup>2</sup> ja kahden hengen asuinhuoneen vähintään 16–20 m<sup>2</sup>. (Sosiaali- ja terveysministeriö 1998a.)

*Sosiaalhallituksen* opas vanhusten palveluasunnoista vuodelta 1989 suosittaa yhdelle asukkaalle pienkaksiota, jossa on kaksi huonetilaa. Vähimmäisehtona huoneistossa tulee olla tupakeittiö, makuuhuone, eteinen ja suihku- ja WC-tila. Kooksi suositellaan 42–45 neliömetriä. Kahden asukkaan palveluasunnon suositus on kaksi asuinhuonetta, väljä keittiö (pöytä mahdollista), eteinen, suihku- ja WC-tila, mielellään myös vaatehuone ja oma ulkotila. Ryhmäasuntojen puolestaan tulee suosituksen mukaan olla vähimmäiskooltaan 16 neliömetrin huoneita, joissa tulee olla lukittavat ovet. Asukkaita ryhmäasunnoissa tulisi olla enintään viisi henkilöä. Ruokailuun, seurusteluun ja harrastuksiin tulisi olla yhteistiloja. (Sosiaalhallitus 1989.)

*Sosiaali- ja terveysministeriön* työryhmän muistio vuodelta 1985 sisältää suositukset, jotka soveltuvat 30–100 asukkaan vanhainkodeille. Tilaryhmittäin työryhmä esitti ohjeavot vanhainkodin jokaista asukasta kohti laskettuna. Kokonaismitoitukseksi työryhmä asetti varsinaisten vanhainkotien ohjeavoksi 40–43 neliömetriä jokaista asukasta kohden. Päiväkeskuksen toimitilojen esityksen mukaiset suositukset olivat 5–8 neliömetriä. Yksikön kokonaistilojen osuus jokaista asukasta kohden tulisi olla 19 neliömetriä. Kalustettavaa huonetilaa on oltava yhden hengen huoneissa vähintään 14 neliömetriä, joihin tulee liittyä vaatekaappi- ja naulakkotilaa 1 neliometriä sekä oma vammaismitoitettu pesu- ja WC-tila. Asukkaan yksityiset tilat voivat olla 19–22 neliömetriä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 1985.)

*Sosiaalhallitus* on yleiskirjeessään vuonna 1982 (A8/1982/hu) määritellyt yhden asukkaan huonekooksi ilman eteistä 14–16 neliömetriä ja kahden hengen huoneen kooksi vähintään 22 neliömetriä. Kun vanhoja laitoksia kunnostetaan tai asumistheyttä tarkistetaan, asuinhuoneen on oltava vähintään 11 neliömetriä yhtä asukasta kohden. (Sosiaalhallitus 1982b.) Vaikka sosiaalhallituksen suositukset ovat kumoutuneet, niitä on sovellettu edelleen, koska uusia yhteneviä ja sitovia suosituksia ei ole ollut käytettävissä.

Vuoden 1996 *ympäristöministeriön* palveluasumistyöryhmän muistio lähtee siitä, että palveluasunnot ovat joko yhden tai kahden hengen asuntoja. Yhden hengen asunnon keskipinta-alan tulee olla n. 42 neliömetriä, kahdelle hengelle tarkoitettujen asuntojen pinta-alan puolestaan keskimäärin 57 neliömetriä (Ympäristöministeriö 1996).

*Helsingin kaupungin (1996) "Vanhusten palveluasuntojen suunnitteluopas"* suosittaa yhdelle henkilölle tarkoitetuille asunnoille huoneistoalasuosituksiksi 35–40 neliömetriä ja kahdelle henkilölle 45–60 neliömetriä. Asunnon pohjaratkaisun tulee myös tämän suosituksen mukaan olla selkeä. Hygieniatilan (WC ja kylpyhuone) tulee olla suosituksen mukaan vähimmäispinta-alaltaan 4,5 neliömetriä. Makuuhuoneesta tulee olla myös suora yhteys hygieniatiloihin, jolloin suositeltavaa on, että niihin on myös toinen käynti esim. eteisestä. Vaihtoehtoisesti hygieniatilojen tulee sijaita makuuhuoneen vieressä. Erillisen makuuhuoneen huonealan tulee olla vähintään 10 neliömetriä. Vanhusten palveluasuntojen suunnitteluopas antaa myös muiden tiloihin liittyvien ratkaisujen tekoon tarkat ja selkeät suositukset. (Helsingin kaupunki 1996.)

Vanhusten palvelutalot ja -asunnot on sisällytetty *Rakennustietosäätiön (1994) ohjetiedostoon*. Tämä ns. RT-ohjekortti antaa tarkat selvitykset kaikista tilakokonaisuuksista.

sista. Pääsääntöisesti *Raha-automaattiyhdistyksen* rahoittamat investointihankkeet sekä ARA-lainoitettut investointihankkeet noudattavat RT-ohjekortin suosituksia. Lisäksi näillä yhteisöillä on omia rakennusohjeita. RT-ohjeen mukaan asumispalveluyksiköiden yhden henkilön huoneen koko on 16–23 neliometriä ja kahden henkilön huoneen 20–23 neliometriä. Kuitenkin huonokuntoisille vanhuksille tarkoitettuja huoneita koskeva *Raha-automaattiyhdistyksen* ohje on 35–40 neliometriä yksiolle ja kaksiolle 50–55 neliometriä. (*Raha-automaattiyhdistys* 1998.)

#### Suosituksset muista tiloista

*Sosiaali- ja terveysministeriön (1985)* muistion mukaan asuntoyksikössä tulee olla yhteistiloja (oleskelutilat, keittiö, varasto- ja siivouskomerot) 4–7 neliometriä asukasta kohden. Osaston yhteisiä tiloja ovat puolestaan mm. toimisto, lääkkeiden jakelu- ja säilytystila, kylpyhuone, huuhteluhuone, vaatehuoltohuone ja monitoimitila. Myös muut yhteiset huoneet, kuten vierashuone ja sauna ovat suositeltavia, jolloin minimipinta-alaa on tarkistettava. Osaston yhteisiä tiloja tarvitaan 3–4 neliometriä jokaista asukasta kohden. (*Sosiaali- ja terveysministeriö* 1985.)

Vanhainkotien hallintotiloja tulee olla 0,5–1,5 neliometriä asukasta kohden. Näihin tiloihin sisältyvät johtajan toimisto, kansliatilat ja sosiaalityöntekijän huone. Kotipalvelun tukipiste olisi mahdollisesti järkevää sijoittaa samaan yhteyteen. Laitoskeittiön tiloja, jos kyseessä on ainoastaan valmistuskeittiö, on työryhmä arvioinut tarvittavan 1,5–3 neliometriä. Koon tulee olla suhteessa valmistettaviin ateriamääriin. Keittiöt voivat olla valmistus-, kuumennus-, jakelu- tai kotikeittiöitä, jolloin myös tilan tarve vaihtelee. (*Sosiaali- ja terveysministeriö* 1985.)

Muita huoltotiloja (henkilöstötilat, liinavaatteiden huolto, apuvälineiden huoltotilat, muut kuin asiakkaiden WC-tilat, siivous- ja jätehuoltotilat, kiinteistöhoiton tilat ja varastotilat) tulee olla 6–9 neliometriä. Huoltotilojen määrä, tarve ja laatu vaihtelevat runsaasti eri toimipisteissä. Aula- ja eteistiloja (sisääntuloaula, naulakotilat ja myyntitilat) tulee suosituksen mukaan olla 1,5–3 neliometriä asukasta kohden. Jos asuinyksikön yhteydessä toimii päiväkeskus, on sen tilan tarve 5–8 neliometriä asukasta kohden. Vaikka päiväkeskusta ei olisikaan, voivat tämän kaltaiset tilat osoittautua tärkeiksi myös vanhusten asumispalvelujen yhteydessä. Näissä tiloissa voivat olla esim. kerho- ja askartelutilat, kirjasto-lehtihuone, ruokasali, juhlasali, sauna, kuntoutusliikunnan tilat, lepohuone sekä hiusten- ja jalkojenhoidon tilat. (*Sosiaali- ja terveysministeriö* 1985.)

Varsinaisten vanhainkotitilojen kokonaismääräksi muodostuu täten 40–43 neliometriä asukasta kohden. Vaihteluvälin ylärajat soveltuvat pienille n. 30 asukkaan vanhainkodeille ja alarajat suurille n. 100 asukkaan vanhainkodeille. (*Sosiaali- ja terveysministeriö* 1985.)

#### Selvitykset

*Karjalainen ym. (1996)* Oulun yliopiston kansanterveystieteen ja yleislääketieteen laitokselta kokosivat yhteenvedon ikääntyneille tarkoitettujen palveluasuntojen ym. pohjoismaisista huoneisto- ja huonealojen suosituksista, ohjeista ja asuntolainaehdoista. Suomalaisista suosituksista tutkijat esittivät kolme esimerkkiä: 1) "Hyvään palveluasumiseen" vuodelta 1989 antaa huoneistoalan ohjeeksi yhteensä 42–45 neliometriä, 2) "Vanhusten palveluasuntojen suunnitteluopas" vuodelta 1996 antaa ohjeeksi 35–40 neliometriä, josta makuuhuoneen huonealan tulee olla enemmän kuin 10 neliometriä ja kylpyhuoneen huonealan enemmän kuin 4,5 neliometriä, 3) "Vanhusten palvelutalot ja -asunnot" vuodelta 1994 antaa ohjeelliseksi huoneistoalaksi yhteensä 35–45 neliometriä, josta olohuoneen tai tupakeittiön tulee olla enemmän kuin 13 neliometriä ja makuuhuoneen enemmän kuin 10 neliometriä. Kylpyhuoneen kooksi tämä suositus antaa 4,5–5 neliometriä.

Karjalainen ym. (1996) mainitsevat esimerkkejä myös muista Pohjoismaista. Ruotsalainen "Det nya åldershemmet" vuodelta 1989 esittää suositeltavaksi kokonaishuoneistoalaksi 41–49 neliometriä, ja tämä onkin Karjalaisen ym. (1996) mukaan toteutunut. Myös ruotsalainen "Boende för äldre" vuodelta 1993 suosittelee makuuhuoneen huonealaksi 12 neliometriä ja kylpyhuoneen vähimmäiskooksi 5,5 neliometriä. Tanskalainen "Ranten" vuodelta 1991 antaa makuuhuoneen vähimmäiskoon suositukseksi 12 neliometriä ja ohjeelliseksi kylpyhuoneen kooksi 6 neliometriä. Olohuoneen tai tupakeittiön kooksi se suosittelee 12 neliometriä. Vuodelta 1989 oleva "Krav till indretning af aeldreboliger" suosittelee huoneistoalan enimmäiskooksi 67 neliometriä, jolloin mukana on myös varastotila. Olohuoneen tai tupakeittiön kooksi suositellaan 18 neliometriä, jonka lisäksi huoneistossa tulee olla keittiö. Makuuhuoneen vähimmäiskoko on tämän suosituksen mukaan 12 neliometriä ja kylpyhuoneen koko vähintään 4 neliometriä. Norjalainen "Husbandens minstandard" eli asuntolainaehtot vuodelta 1994 suosittelee makuuhuoneen minimikooksi 10 neliometriä. Toinen norjalainen "Husbandens livslopsstandard" vuodelta 1994 antaa ohjeelliseksi makuuhuoneen kooksi 12 neliometriä, kylpyhuoneen kooksi 5 neliometriä ja olohuoneen tai tupakeittiön kooksi vähintään 25 neliometriä, jolloin keittiö sisältyy lukuun. (Karjalainen ym.1996.)

*liskolan* (1996) tutkimus osoittaa, että Helsingin yhteisöjen palvelutaloissa yhden hengen huoneet tai yksiöt ovat 8–44,5 neliometriä ja näitä on 86 % asunnoista. Kaksioita on 13 % asunnoista ja sitä suurempia huoneistoja on 1 %. Kaksiot ovat kooltaan 23–59,5 neliometriä ja sitä suuremmat asunnot ovat 25–122,5 neliometrinen suuruisia. Asukashuoneiden keskimääräinen neliömäärä jaettuna asukasmäärällä on 17,3 neliometriä. Jos näitä lukuja verrataan RAY:n edellyttämiin inva-asuntojen kokoihin, on havaittavissa, että pääsääntöisesti asunnot ovat suosituksia pienempiä. Huoneista 84 %:ssa on oma WC ja 58 %:ssa oma suihku- tai kylpyhuone. (liskola1996.)

*liskola* (1996) on selvittänyt myös Helsingin sosiaalitoimen palvelutalojen tiloja. Hänen mukaansa palveluasunnoista 95 % on yksiöitä ja loput kaksioita. Yksiöiden koot vaihtelevat 23–47 neliometrinen välillä. Uudistuotannossa on 35 neliometriä vammaismitoitettun yhden henkilön asunnon ehdoton minimikoko. Tällöin asunnossa ei ole erillistä makuuhuonetta eikä eteistä. *liskolan* mukaan vasta 45 neliometrinen asuntoa voidaan pitää hyvänä yhden henkilön vammaismitoitettuna asuntona. Sosiaalitoimen palveluasunnoista Helsingissä vain 9 % täyttää 35 neliometrinen minimimitavoitteen. Alle 25 neliometrinen asunnot eivät sovellu pyörätuolin tai rollaattorin käyttöön. Niistä ei saada edes korjaustöillä toimivia asuntoja. Ainoa vaihtoehto näissä tapauksissa on yhdistää huoneita. *liskolan* mukaan n. 30 neliometrinen asunnot voidaan sisäisillä remonteilla saada tyydyttäväksi. Vuokran edullisuuden vuoksi pienillä asunnoilla on ollut jonkin verran kysyntää. Kahden hengen asunnon minimikoko on 45 neliometriä. Helsingin ryhmäasunnoissa on puolestaan mitoitusterusteena pidetty 40 neliometriä asukasta kohden, asukkaan huoneen osuus on tällöin 20–25 neliometriä. Näin ollen kuuden hengen ryhmäasunnon on oltava vähintään 240 neliometriä. (*liskola* 1996.)

*Voutilaisen* (1996) ja *Aution* (1996) mukaan palveluasuntoloiden koot vaihtelevat huomattavasti. Monissa yhteyksissä on todettu, että vähäinen asuntojen määrä luo yksikköön kodikkuutta. Esimerkiksi dementiaa sairastavien pienet hoitoyksiköt mahdollistavat yksilöllisten tarpeiden huomioon ottamisen, ja ne ovat ehto hyvälle ja laadukkaalle hoitotyölle. Dementiayksikön kooksi on suositeltu noin 10 asiakasta. Vuonna 1994 Alzheimer-liiton valtakunnallisen tutkimuksen mukaan keskimääräinen dementiayksiköiden koko oli 15,5 asiakasta. (*Voutilainen* 1996, *Autio* 1996.)

*Pesolan ja Karjalaisen (1999)* tutkimukseen kuuluneiden Vanhustyön Keskusliiton jäsenjärjestöjen ryhmäkotien huoneista kolmasosa oli 22 neliömetrin suuruisia tai sitä pienempiä. 40 neliometriä tai sitä suurempia asuntoja ryhmäkodeissa oli vain 10 %. Suositeltava ryhmäasunnon pinta-ala on 25–30 neliometriä, sisältäen WC- ja pesutilat. Tässä tutkimuksessa ryhmäkodeissa oli yhteiskäytössä oleskeluun ja ruokailuun tarkoitettua tilaa keskimäärin lähes 8 neliometriä asukasta kohdin. Useimmissa ryhmäkodeissa oli tupakeittiö, mutta ruokailuun varatut tilat olivat usein liian pieniä. Apuvälineet tarvitsevat tilaa ruokapöydän lähetyillä ja pyörätuoli tarvitsee enemmän tilaa ruokapöydän äärellä kuin tavallinen tuoli. (Pesola ja Karjalainen 1999.)

Tilavasta huoneesta on *Häggman-Laitilan ja Kotilaisen (1996)* mukaan paljon etuja asukkaalle ja hoitajien kannalta. Asukkaita on tällöin helpompaa auttaa, apuvälineiden käyttö helpottuu ja mahdollistuu sekä potilaiden ja tavaroiden siirtelyltä vältytään.

#### Lääninhallituksen kokemukset

Käytännössä vanhusten asumispalveluyksiköiden huoneiden koot vaihtelevat suuresti. Palveluntuottajat suunnittelevat usein toimintansa vanhoihin tiloihin, joiden saneeraus on lähes poikkeuksetta tehtävä ennen kuin vanhusten asumispalvelujen tuottaminen voidaan aloittaa. Jo suunnitteluvaiheessa palveluntuottajan on tärkeää olla yhteydessä lääninhallitukseen ja sijaintikuntaan, jotta ikäviltä yllätyksiltä vältyttäisiin. Kokemukset osoittavat, että usein huonekoot osoittautuvat liian pieniksi, joten muutostyöt ovat tarpeen. Työryhmän käsitys on, että yhden hengen huoneen minimikoko on 12 neliometriä ja kahden hengen huoneen minimikoko 16 neliometriä. Kahden hengen huoneet hyväksytään vain poikkeustapauksissa ja perustellusta syystä esim. aviopareille. Oman ongelmansa lupatoiminnan kannalta muodostavat vanhat, käytöstä poistetut huoltolaitokset, jotka laitospaisuuksensa ja epätarkoituksenmukaisuutensa vuoksi eivät sovellu nykyisen asiakaskunnan hoito- ja palvelutarpeisiin eikä laatuvaatimuksiin.

### **3.4.3 Ikäihmisen hyvä ympäristö**

Vanhuksen hyvä ympäristö ottaa huomioon vanhusten erityistarpeet. Hyvä ympäristö on turvallinen ja viihtyisä. Se ottaa huomioon vanhuksen toimintakyvyn rajoitukset, kuten liikuntarajoitukset. Vanhuksen hyvä ympäristö on kodikas ja antaa tilaa sekä vanhuksen yksityisyydelle että yhteisöllisyydelle.

*Rakenteelliset puitteet*, kuten kulkuväylät, askelmat, kaiteet, värit, valaisu, lattian kuivointi ja liukkauden esto auttavat arkipäivässä selviytymistä. Lämpö ja tuuletus ovat vanhusten asunnoissa erityisen tärkeitä. Vanhusten verenkierto on usein heikentynyt, jolloin heidän huoneidensa lämmittämiseen tulee kiinnittää erityistä huomiota. Huoneen lämpötilan nostamiseen ja alentamiseen täytyy olla mahdollisuus. Hissi on vanhusten asumispalveluyksiköissä tärkeä. Vuoteen on mahdollista hissiin, jotta myös vuodepotilaat pääsevät nauttimaan kaikista yksikön palveluista ja ainakin kesäisin ulkona olosta. Valaistuksen merkitys vanhusten asunnoissa on merkittävä. Erityisesti dementoituneiden vanhusten asunnoissa tulee olla sopiva valaistus myös yöllä. Samoin tulee välttää valoisuuden jyrkkiä kontrasteja. Häikäisyä voidaan estää valon oikealla suuntaamisella ja valon voimakkuutta säätämällä. Häikäisyn välttämiseksi on vältettävä kiiltäviä lattia- ja seinäpintoja, lasiseiniä, kirkaslasisia ovia ja lasikalusteita. Valon ja värien tehoon vaikuttavat myös pintojen rakenne ja materiaali. Erityisesti dementoituneen vanhuksen kannalta on tärkeää, että materiaali on sitä, miltä se näyttää, esim. puu tuntuu puulta. (Sulkava ym. 1989, Routio 1991.)

*Äänieristys* on keskeisessä asemassa. Vanhukset ovat usein herkkäunisia, joten he heräävät mahdollisiin häiritseviin ääniin. Dementoituneiden ikäihmisten päivärhythmi saattaa olla poikkeuksellinen, jolloin asukkaan liikkuminen ilta- ja yöaikaan voi häiritä muita vanhuksia. Osa asukkaista saattaa olla myös äänekkäitä ja mielenterveysongelmien lisääntyessä harhat ja levottomuus saattavat aiheuttaa meluamista myös ilta-aikaan. Selvät opasteet auttavat harhailevaakin vanhusta löytämään turvallisesti huoneeseensa, esim. ovissa olevat nimet. Tilavat käyttävät mahdollistavat ja helpottavat kulkemista. Tilaratkaisujen tulee olla sellaisia, että ne mahdollistavat esteettömän liikkumisen. Etäisyyksien mm. omien huoneiden ja yhteistilojen välillä tulee olla lyhyet ja helposti kuljettavat. (Hartikainen ja Perkkä 1984, Sosiaalihuolto 1985b, Pesola ja Karjalainen 1999.)

*Akustiikan* tulisi olla korkeatasoista, koska monet asukkaat kärsivät kuulon tai puheen vaurioista. Piste- ja kohdevalaisimia tulee hyödyntää ja allergisoivia materiaaleja tulee välttää. Keskeisessä asemassa vanhusten asuinyksiköiden tilaratkaisuisa on saatavuus. Jokaisella asukkaalla tulee olla mahdollisuus käyttää mahdollisista vammoistaan tai rajoitteistaan huolimatta kaikkia yksikön tiloja. (Sosiaalihuolto 1982b.) Esimerkiksi sauna on suomalaisessa perinteessä on tärkeä, joten saunan käyttömahdollisuus olisi oltava niillä asukkailla, jotka saunassa vielä kykenevät avustettuina käymään. Myös ulkoiluun on luotava mahdollisuudet. Hissittömän yksikön toiseen kerrokseen sijoitettujen huonokuntoisten vanhusten asuinhuoneita on pidettävä käyttötarkoitukseen sopimattomina. Toimivassa asumisyksikössä ei saa olla myöskään portailla rajoitettuja asuin- tai käyttötiloja. Palvelujen tulee olla saavutettavissa monesta näkökulmasta, niin seudullisesti, kunnallisesti kuin asuinyksikkökohtaisesti. Asumispalveluyksikkö on myös nähtävä työympäristönä. Viihtyvyys ja kodikkuus lisäävät yleensä myös työssä viihtymistä.

#### *Varustelutaso*

Asumispalveluyksiköissä tulee olla vanhusten saatavilla arkipäivää helpottavia apuvälineitä. Pienetkin apuvälineet kohottavat elämänlaatua. Näitä ovat mm. seinissä olevat kaiteet, tuet, apuvälineet esimerkiksi lukon avaamiseen, purkkien avaamiseen ja tavaroiden poimimiseen. Itsestään sammuvat kodinkoneet kuten hella, automaattisesti aukeavat ovet, turvapuhelimet ja liikkeen ilmaisimet ovat keskeisellä sijalla vanhusten asumispalveluyksiköissä. Ns. älyteknologiaan kuuluvat ovien, sähkölaitteiden, television, radion ja muiden kohteiden hallintalaitteet, jotka tukevat merkittävästi vanhuksen arkipäivässä selviytymistä. (Aura ym.1997.)

Yksikön toimintavarustuksen tulee tukea arjen tilanteissa selviämistä. Asumispalvelujen yhtenä perustana on toimiva, tarpeellinen ja riittävä varustelutaso. Tämä on myös edellytys tehokkaalle ja tulosvastuulliselle työskentelylle, jotta aikaresurssit ja turvallinen ja hyvä hoito pystytään takaamaan. Toimintavarustuksen tulee olla riittävä, esimerkiksi laitasänkyjä tulee olla tarpeeksi. Hygieniatuotteita ja hygieniapuvälineitä tulee olla tarpeen mukaisesti. Myös erilaisilla viriketekniikoilla tulee olemaan jatkossa yhä keskeisempi rooli. Markkinoilla on saatavilla vanhuksen viriketasoa ja aktiivisuutta tukevia laitteita, joilla on havaittu olevan esim. dementoituneen henkilön toimintakyvyn kehitykselle myönteisiä vaikutuksia.

Vanhusten palveluasuntojen *sijainnilla* on myös keskeinen asema. Jotta eri palvelujen yhdistäminen on mahdollista, tulisi palveluasuntoyksikön sijaita hyvien kulkuyhteyksien päässä muista palveluista. Syrjäinen sijainti luo mahdollisuuden rauhalliseen ja kauniiseen ympäristöön, mikä on monelle vanhukselle tärkeää. Toisaalta juuri asumisyksikön syrjäinen sijainti lisää vanhuksen yksinäisyyttä. Ystävien vierailu voi olla hankalaa ja harrastukset poistuvat vähitellen. Laitoksen sijainti kotikylässä, lähellä palveluja tukee toisaalta kodinomaisuutta. Vanhusten asumisyksiköiden tulisi sijaita siten, että vanhukset pystyvät käyttämään kunnan yleisiä palveluja, kuten kirjastoa, pankkia, postia jne. Vaihtoehtoisesti näiden palvelujen saatavuus

tulee turvata mm. huonokuntoisille asukkaille muilla tavoin. Kaupunkisuunnittelun pyrkimyksenä on luoda hyvä kaupunki kaikenikäisille. (Laiho ym. 1991.)

*Tilojen suunnittelussa* tulee ottaa huomioon myös ympäristöpsykologinen näkökulma. Parantuvuus on lisääntynyt ja niiden potilaiden, joiden huoneissa on ikkuna ja siitä avautuva luontomaisema, sairaalapäivien on todettu vähentyneen. Vaikka ikkunasta ei näkisikään, jo tieto sen olemassa olostauttaa. Jos vuodepotilas näkee vuoteestaan maisemat, on sillä havaittu olevan selviä vaikutuksia parantumiseen ja tyytyväisyyteen. Ikkunat tulee sijoittaa niin, että jokainen asukas, niin istuva, seisova kuin vuoteessa makaavakin, näkee ulos. Henkilökohtainen tila laajenee ikkunan kautta ja normaaliin elämänrytmiin sekä ajankulkuun liittyminen helpottuu, kun asukas voi seurata ympäristön tapahtumia. Ympäristön seuraaminen on mieluisaa ja tärkeää ajanvietettä, ja sen on havaittu monipuolistavan keskusteluaiheita ja lisäävän ilon ja mielihyvän tuntemuksia. Palveluasunnon fyysinen sijainti ja pihapiiri ovat merkittäviä arvoja vanhuksen rikkaalle elämälle. (Sosiaalihuolto 1982b, Häggman-Laitila ja Kotilainen 1996, Aura ym. 1997.)

### 3.4.4 Turvallisuus

Turvallisuustekijät korostuvat ikääntyessä monella tavalla. Vanhuksille sattuu tapaturmia vähemmän kuin työikäisille ja lapsille, mutta niiden seuraukset ovat vakavampia. (Honkanen ja Komulainen 1986.) Sosiaali- ja terveysministeriön vastikään ilmestynyt kattava turvallisuussuunnitteluopas (Oppaita 2001:2) on tarkoitettu sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksiköiden johdon ja turvallisuushenkilöstön käyttöön turvallisuussuunnitelmien laatimiseksi ja laadun varmistamiseksi. Turvallisuussuunnittelu perustuu pelastustoimen lainsäädäntöön (561/1999). Oppaassa on huomioitu erityisesti turvallisuustoiminnan organisointi ja henkilöstön osaamistarpeet, riskien kartoitus ja vaaratilanteiden vaikutusten arviointi mm. tapaturmien ennaltaehkäisy, henkilöturvallisuuden, kiinteistö- ja paloturvallisuuden sekä arkitointi- ja asiakirjaturvallisuuden kannalta. (STM 2001c.)

#### Kaatumistapaturmat ja niiden ehkäisy

Vanhusten yleisin tapaturma on kaatuminen tai matalalta (vuoteesta, tuoilta, pyörätuolilta jne.) putoaminen, jotka yhdessä muodostavat n. 80 % kaikista vanhusten tapaturmista (Honkanen ja Komulainen 1986). Noin joka kymmenes kaatuminen aiheuttaa osteoporoottisen murtuman (Sheldon ym. 1994). "Nuoremmat" ikäihmiset (alle 75-vuotiaat) kaatuvat useammin ulkoisten syiden takia (kompastuvat, liukastuvat), kun taas yli 75-vuotiaat kaatuvat sisäisten, terveydellisten syiden takia (Morfitt 1983). Kaatumisessa saadun lonkkamurtuman seurauksena kuolee yli 1200 vanhusta vuoden sisällä murtumasta (Lüthje ym. 1995). Tämä on enemmän kuin hukkumis-, liikenne- ja palokuolemista yhteensä vuosittain. Laitoshoidossa olleet kaatuilevat vanhuksat selvisivät huonommin verrattuna kaatumatta selvinneisiin laitosasukkaisiin ja samanikäiseen vertailuväestöön, kun vanhuksia seurattiin viisi vuotta (Nurmi 2000).

Laitoksissa asuville ja hoidossa oleville vanhuksille sattuu kaatumisia kolme–neljä kertaa enemmän kuin kotona asuville (Luukinen ym. 1994). Kaatumiset johtuvat laitoksissa ja vastaavissa yksiköissä ympäristötekijöistä kuten rakenteellisista seikoista ja olosuhteisista, esimerkiksi henkilökunnan vähäisestä määrästä ja vanhuksen terveydellisistä tekijöistä kuten sairauksista ja lääkkeistä. Kaatumiset aiheuttavat vanhuksille ruhjeiden ja murtumien lisäksi psyykkisiä seurauksia kuten eristäytymistä ja kaatumisen pelkoa. Kaatuilemiset huonontavat vanhuksen elämänlaatua. Kustannukset, joita kaatumiset tapaturmien hoidon muodossa vuosittain aiheuttavat, ovat miljardiluokkaa (Alhava 1999). Lonkkamurtuma voi olla ratkaiseva käännekohta huonompaan suuntaan vanhuksen elämässä, ja jonka ensimmäisen vuo-

den hoito- ja kuntoutuskustannukset ovat arviolta 120 000 markkaa (Strömberg ym. 1997). Myös pään vammoilla voi olla pitkäkantoisia seurauksia, koska ne voivat jouduttaa dementoitumista (Luukinen ym. 1999). Laitoksissa asuvien vanhusten kaatuilemiset ja lonkkamurtumat aiheuttavat ylikuolleisuutta samanikäiseen vertailuväestöön nähden seuraavien vuosien aikana. (Lüthje ym. 1995, Nurmi 2000.)

Koska kaatumiset ovat laitoksissa ja todennäköisesti myös vanhusten asumisyksiköissä tunnistettu ongelma, niiden ehkäisemiseksi tulisi tehdä kaikki voitava. Laitoksissa kaatumisten ilmaantuvuudessa ei ole juurikaan eroa vuorokauden ajan mukaan. Henkilökunnan läsnäolo ja avustaminen vanhuksen liikkeelle lähdössä ja liikkumisessa on ainoa tekijä, jonka on todettu suojaavan kaatumisilta, joten henkilökunnan riittävä määrä on kriittinen tekijä kaatumisten ehkäisyssä. Yövuoron aikana, kun henkilökuntaa on hyvin vähän tai ei lainkaan, sattuu kaatumisia lähes yhtä paljon kuin päiväsaikaan. Näyttää myös siltä, että naisilla on taipumus kaatua lonkalleen, kun taas miehet kaatuvat päänsä loukaten. (Nurmi 2000.)

Hoitolaitoksissa rollaattorin tai kävelykelkan avulla itsenäisesti liikkuvilla vanhuksilla on suurin kaatumisvaara. Myös kepin avulla sekä ilman apuvälinettä liikkuvilla kaatumisvaara on suuri. Avustaminen liikkumisessa sen sijaan selvästi vähentää kaatumisvaaraa. Tietyt sairaustilat kuten huimaus, alhainen verenpaine, kuulon heikkeneminen ja sairastettu aivohalvaus ovat kaatumisvaaraa lisääviä tekijöitä. Useilla lääkkeillä, muun muassa masennus- ja verenpainelääkkeillä sekä psyyken lääkkeillä, on kaatumisia lisäävä vaikutus. Erityisesti olisi kiinnitettävä huomiota lyhytvaikutteisten unilääkkeiden käyttöön. Niiden vaikutus on ohitse muutaman tunnin kuluttua niiden ottamisesta, joka tapahtuu hyvinkin aikaisin illalla ja tällöin vanhuksen liikkeelle lähtöä tulisi valvoa. Juuri tuolloin henkilökunta on niukimmillaan. (Nurmi 2000.)

Vanhusten vuorokausirytmii ei noudattele välttämättä ns. normaalia rytmii. Vanhukset nukkuvat päiväunia yleisesti eikä unta riitä koko yöksi (Partinen 1993). Parempi keino lyhytvaikutteisten unilääkkeiden käytön sijaan on henkilökunnan läsnäolo myös yöllä. Tämä lisää turvallisuutta ja estää kaatumisia. Henkilökunnan jakamisessa eri vuoroihin tulisi ottaa huomioon vanhusten erilainen vuorokausirytmii ja kaatumisten suuri ilmaantuvuus yöaikaan, ja erityisesti yöhenkilökunnan tarvetta tulisi arvioida paloturvallisuuden lisäksi myös kaatumisten ehkäisyn kannalta. (Nurmi 2000.)

Tämän lisäksi kaatumisten ehkäisyyn voidaan vaikuttaa erilaisilla hälytysjärjestelmillä, turvallisilla huonekaluilla ja vaatetuksella, kunnollisella valaistuksella, tukitangoilla ja korotetuilla WC-istuimilla sekä valitsemalla turvalliset lattiamateriaalit (Tutkijaryhmä 1999).

Kaatumisten suhteen valveutunut henkilökunta pystyy päivittäisessä työssä tunnistamaan suurimmassa kaatumisvaarassa olevat vanhukset tietäessään kaatumisten vaaratekijät. Kaatumiset tulisi systemaattisesti raportoida ja analysoida, jotta tiedettäisiin, missä, milloin, kenelle ja miksi nämä tapaturmat yleisimmin sattuvat. (Nurmi 2000.)

Kaikkia kaatumisia ei pystytä ehkäisemään, mutta tulisi tiedostaa, että kaatumisalttius väistämättä lisääntyy iän myötä ja että vanhusten luusto on hauraampi kuin nuorempien. Laitoshoidossa ja vastaavissa yksiköissä asuvien vanhusten osteoporoosia tulisi ehkäistä systemaattisesti. Koska ravinnosta saatava kalsium ja D-vitamiini eivät etenkin ikääntyessä enää riitä, ja ne ovat osteoporoosin ehkäisyssä välttämättömiä, voidaan osteoporoosia parhaiten ehkäistä antamalla lisäkalsiumia ja D-vitamiinia päivittäin. Tämä on erityisen tärkeää laitoshoidossa olevilla pitkäai-

kaisasukkailla, jotka eivät ulkoile, koska päivittäinen D-vitamiini saadaan pääosin ihon kautta auringonvalosta. Niiden vanhusten, joiden luusto on haurastunut sekä erityisesti naisten tulisi käyttää lonkkasuojaimia lonkkamurtuman ehkäisemiseksi. (Nurmi 2000.)

Ulkoilu, liikunta ja lihasharjoittelu ovat sekä kaatumisten että osteoporoosin ehkäisyyn kannalta tärkeitä. Liikunta- ja tasapainoharjoittelun voi aloittaa vanhanakin valvotusti ja räätälöidyin ohjelmin (Tutkijaryhmä 1999).

Kun hoito- ja palvelusuunnitelma tehdään asiakassuhteen alussa, tulisi siinä yhteydessä arvioida vanhuksen kaatumisvaara ja aikaisemmat kaatumiset, ja tarkistaa säännöllisin välein vanhuksen tilanne tässä suhteessa. Hoito- ja palvelusuunnitelmaan tulisi sisältyä mahdollisimman hyvä kaatumisten ehkäisy, ja tähän tulisi koko henkilökunnan sitoutua. Kaiken kaikkiaan kaatumisten ja muiden tapaturmien ehkäisyyn tulisi olla osa laitosten ja yksiköiden hoidon ja palvelujen laadunvarmistusta. (Nurmi 2000.)

#### Palotapaturmat ja niiden ehkäisy

Paloturvallisuus, työturvallisuus, työtä helpottava ergonomia ja niistä säätävät säädökset ja suositukset ovat keskeisellä sijalla palveluasunnon rakenteellisia seikkoja kartoitettaessa. Rakennuslain (370/58) 124 § 1 mom. edellyttää, että rakennus ympäristöineen on pidettävä sellaisessa kunnossa, että se tyydyttää terveellisyyden, lujuuden ja paloturvallisuuden vaatimukset. Jos nämä seikat vaarantuvat, voi rakennuslautakunta määrätä rakennuksen korjattavaksi tai purettavaksi. Rakennuksen pitäisi olla vähintään turvallisuustasoltaan paloapidättävä. Kaksikerroksisiin paloapidettäviin rakennuksiin voidaan sijoittaa korkeintaan 25 hoidettavalle tarkoitettu laitos. Jos hoito- tai huoltolaitos ylittää kapasiteetiltaan edellisen ehdon tai jos laitos on vähintään kolmikerroksinen, on sen oltava palonkestävää rakennusta vastaava. (Rakennustietosäätiö 1990.)

Turvallisuuteen vaikuttavia rakenteellisia seikkoja ovat mm. pintakerrosten syttymis- ja palonlevittämisominaisuudet: huoneistojen ja muiden tilojen seinien ja kattojen sisäpuoliset pintakerrokset, lattioiden pintakerrokset ja ulkoseinien ulkopuoliset pintakerrokset. Poistumistiet, palotekninen osastointi, kantavat ja osastoivat rakennusosat, palavat eristeet ja rakenteisiin muodostuvat ontelot, tulisijat ja hormit sekä sähköasennukset vaikuttavat merkittävästi paloturvallisuuteen. Näillä toimilla pyritään estämään palon syttyminen ja palon sekä savukaasun leviäminen, rakenteiden romahtaminen ja mahdollistamaan tehokas ja turvallinen pelastautuminen ja pelastaminen sekä sammutustoimenpiteet. Paloviranomaisen tarkastuksella kartoitetaan hoitolaitosten turvallisuustaso. (Rakennustietosäätiö 1990.)

Etelä-Suomen lääninhallituksen pelastusosasto antoi kirjeessään (2000) sosiaalipalvelutilojen palo- ja henkilöturvallisuudesta paloluokituksen, joka korvaa osittain aiemmat käsitteet palonkestävästä, paloapidättävästä ja paloahidastavasta rakentamisesta. Lääninhallituksen kirjeen mukaiset paloluokat ovat *P1 (entinen palonkestävä)*, *P2 (entinen paloapidättävä)* ja *P3 (entinen paloahidastava)*. P1 mukaisen rakennuksen rakenteiden oletetaan kestävän palossa sortumatta. Tämän luokan henkilömäärää ei ole rajoitettu rakennuksen käyttötavan perusteella. Näihin rakennuksiin kuuluvat yleensä useampikerroksiset rakennukset. Poistuminen saa perustua palokunnan toimenpiteisiin. Paloluokassa P2 voi kantavien rakenteiden vaatimukset olla edellistä tasoa alemmat. Tarvittava turvallisuustaso saavutetaan kiinnittämällä huomiota pintakerrosten ominaisuuksiin. Huonetilojen pintamateriaalien tulee olla sellaisia, etteivät ne syty tai syttyvät vaikeasti tai eivät myötävaikuta lainkaan tai myötävaikuttavat vähäisesti palon leviämiseen. Tähän luokkaan kuuluvat yleensä pienet, yksikerroksiset hoitolaitokset. Rakennuksesta poistumisen tulee

tapahtua nopeasti, ja asukkaan pitää pystyä poistumaan itsenäisesti. Jos tämän luokan rakennuksissa on hoidettavia myös toisessa kerroksessa, tulee sieltä olla järjestettynä uloskäytävään verrattava varatie. (Etelä-Suomen lääninhallitus 2000.)

Paloluokassa P3 ei rakennuksen kantaville rakenteille aseteta erityisvaatimuksia. Tähän luokkaan kuuluvat pääsääntöisesti omakoti- ja pientalotyyppiset rakennukset. Poistumisen täytyy olla mahdollista tapahtua itsenäisesti ja nopeasti. Tässä luokassa paloturvallisuus on heikkoa, jolloin edellytetään, että toisiinsa nähden asiallisesti sijoitettuja poistumisteitä on riittävästi. Riittävä turvallisuustaso saavutetaan tällöin rakennuksen kokoa ja henkilömäärää rajoittamalla käyttötavan mukaisesti. Hoitolaitostyyppisten P3-mukaisten tilojen tulee olla yksikerroksisia tai niiden tulee kaksikerroksisina käyttää vain rakennuksen ensimmäistä kerrosta. (Etelä-Suomen lääninhallitus 2000.)

Palonkestävillä tekstiileillä on palon sattuessa merkittävä asema. Tulipalossa suurimman uhan muodostavat tekstiilien palaessa vapautuvat myrkylliset kaasut. Investointi ennaltaehkäiseviin materiaaleihin tulee tapaturman sattuessa moninkertaisena yhteisölle takaisin. Onnettomuustutkija Kari Lehtolan (Koskivirta 2000) mukaan mm. palamattomat lakanat ovat välttämättömyys. Sisäasiainministeriön pelastusosasto on julkaissut uusitut ohjeet sisusteiden paloturvallisuudesta vuonna 1998. Pelastusosaston tekninen yksikkö valmistelee jälleen uudistusta, joka tulee voimaan 31.8.2001. Asumispalveluyksiköissä sisustusmateriaalin tulee ohjeiden mukaan yleisesti olla SL1-luokkaa ja lakanat ja tyynyliinat SL2-luokkaa. Muutkin sisusteet saavat ohjeen mukaan olla S2-luokkaa, jos tiloissa on tehokas henkilövalvonta. Paloturvallisia vuodevaatteita ovat SL1-syttyvyysluokkaan kuuluvat tuotteet, kaikkien osien edustaessa tätä luokkaa on paloturvallisuus parhain. Käytännössä lähes kaikissa vaativimmissakin kohteissa on vuodevaatteet SL2-syttyvyysluokkaa. SL1-luokan tuotteet ovat läpäisseet palokokeet tupakoitsijan välineillä. Tekstiilejä voidaan myös palosuojata teollisesti jälkikäteen tai tekstiilit voidaan käsitellä palosuoja-aineilla. Paras vaihtoehto on kuitenkin jo kuituvaiheessa palosuojattu materiaali, kuten Trevira CS.<sup>3</sup> (Rämö 2000, Castren 1999.)

Vanhustentalojen turvallisuustilanne on onnettomuustutkija Kari Lehtolan mukaan niin sekava, ettei tilannetta tunne tarkoin kukaan. Vanhustentaloissa saattaa olla paloilmoinjärjestelmiä, turvapuhelimia, turvarannekkeita, mutta osa vanhuksista ei omaa riittävää toimintakykyä käyttääkseen näitä. Paloturvallisuuden toimivuudessa on keskeistä myös se, onko henkilökuntaa läsnä myös yöaikaan. Palvelutaloissa viimeiset hoitajat lähtevät ilta- ja yölääkkeiden jaon jälkeen. Hätätilanteissa apu pitää saada heti, ja jos tämä ei ole mahdollista tulee osastoinnin estää palon leviäminen mahdollisimman pitkään. (Koskivirta 2000.) Palovaroitin on paras henkivakuutus, hoitolaitosten tiloissa varsinaiset paloilmointimet ovat kuitenkin tehokkaampia.

Erityisesti tupakoitsijoiden huoneissa pitää tekstiilien olla sellaisia, etteivät ne syty tupakoitsijan välineistä, palavasta tupakasta tai tulitikusta. Avotulen käyttö tulisi poistaa vanhusten asunnoista kokonaan, sillä palosuojatutkaan materiaalit eivät kestä hyvin voimakkaita sytytysläheteitä. Pienet seikat kuten itsestään sammuva sähköliesi, silitysrauta ja kynttilöiden korvaaminen sähkökynttilöillä tai ainakin kynttilöiden polttaminen täysin palamattomissa astioissa voivat olla ratkaisevia tekijöitä palouhan torjunnassa. (Castren 1999.)

### Muu turvallisuus

<sup>3</sup> Tekstiileistä saa informaatiota Suomen Pelastusalan Keskusjärjestöstä tai VTT:n rakennustekniikan osaston tekstiilien paloturvallisuuden tutkijoilta.

*Huoneiden lukitukseen* tulee kiinnittää erityisesti huomiota. Vain tahdonvastaisessa hoidossa voidaan henkilö asuttaa henkilöstön toimesta lukittavaan huoneeseen. Ovien lukitseminen on riski myös tapaturmien yhteydessä. Vanhuksella tulee olla mahdollisuus pelastautua asunnostaan itsenäisesti. Henkilökuntaa ei myöskään voida korvata lukoilla. Vanhusten harhailemista yritetään usein estää ovien lukitsemisella, mutta ovien lukot eivät saa estää pelastautumista tulipalon yhteydessä. Tällöin on mahdollista kytkeä palovaroin oviautomaatiikkaan, jolloin ovet aukeavat palon syttyessä. Myös harhailua estävät piha-alueet saattavat olla dementia-työsköissä mahdollisia. Tällöin ulko-ovia ei tarvitse lukita. Monet vanhuksat haluavat pitää yöllä ovensa sisäpuolelta turvalukittuna. Turvalukitusta ei kuitenkaan tule käyttää, koska se hidastaa poistumista ja vaikeuttaa avun saamista esim. sairaskohdauksen sattuessa. (Castren 1999.) Turvallisuudessa on erittäin keskeisellä sijalla henkilökunnan riittävä määrä ja henkilökunnan läsnäolo.

*Tietoturva* on osa asumispalveluyksikön turvallisuutta. Edelleen ilmenee ajoittain puutteita asukkaiden tietojen rekisteröimisessä ja arkistoinnissa. Tietosuojavaltuutettu antaa henkilötietojen käsittelyä koskevaa ohjausta ja neuvontaa. Asiakkaan yksityisyyden turvaamiseksi sekä työntekijöiden oman oikeusturvan kannalta on tärkeää tuntee henkilötietolaki ja muut henkilötietojen säilyttämistä säätelevät säädökset. Asiakkaan yksityisyyden suojaaminen on osa sosiaalihuollon palvelujen laatua. Suomen perustuslaki (731/99) määrittelee yksityiselämän suojan perusoikeudeksi. Yksityisiä sosiaalipalveluja annettaessa asiakkaan tiedoista muodostuu henkilötietolain (532/99) tarkoittama henkilörekisteri. (Tietosuojavaltuutetun toimisto 2000.)

Muun toiminnan suunnittelun yhteydessä tulee suunnitella myös tietoturvaa ja asiakasrekisteröintiä koskevat toimenpiteet. Asiakasrekisteristä tulee laatia rekisteriseloste. Asiakasrekisterissä tulee käsitellä ja säilyttää ja siihen tulee kerätä vain hoidon kannalta tarpeellisia tietoja. Tietojen tulee olla virheettömiä ja niitä tulee käyttää vain kerättyyn tarkoitukseen. Potilastietojen osalta noudatetaan sosiaali- ja terveysministeriön antamia määräyksiä. Asiakkaille tulee myös kertoa heitä koskevien henkilötietojen käsittelystä ja pääsääntöisesti asiakkaalla on oikeus tarkistaa heitä koskevat asiakirjat. Asiakirjoissa havaitut virheet tai puutteet tulee korjata. Sosiaali- ja terveysministeriö on määrännyt, että sekä korjatun, että virheellisen merkinnän tulee olla luettavissa asiakirjoista. (Tietosuojavaltuutetun toimisto 2000, Suomen Psykologiliitto 1999, Hämeen lääninhallitus 1996.)

Tiedot tulee suojata ulkopuolisilta ja erityistä huomiota tulee kiinnittää sähköiseen tietojen välitykseen. Arkaluonteisia tai salassa pidettäviä tietoja ei saa käsitellä Internet-verkossa, ellei ole varmistettu, että asiattomat eivät voi päästä käsiksi tietoihin ja ettei tietoja käytetä tai käsitellä asiattomasti. Kaikkia sosiaali- ja terveyspalveluja koskee salassapitovelvollisuus, asiakastietoja saa antaa ulkopuolisille vain asiakkaan suostuksesta tai jonkin lainsäädöksen niin oikeuttaessa. Asiakassuhteen päättyessä tulee huolehtia asiakastietojen hävittämisestä tai arkistoinnista. Jos palveluja hankitaan ulkopuoliselta, tulee varmistaa sopimuksin, että tietosuojavaatimukset täyttyvät. Jos kunta ostaa toimeksiantosopimuksella asumispalveluja yksityiseltä palveluntuottajalta, on asiakastietojen rekisteripitäjänä kunta. Kunnalla on tällöin myös asiakastietoja koskeva määräysvalta. Jos kunta hankkii palvelut yksityiseltä palveluntuottajalta muunlaisella sopimuksella esim. rahoitussopimuksella, on tällöinkin keskeistä sopia henkilötietojen käsittelyn periaatteet ja vastuut. Tällöin kuitenkin rekisteripitäjänä on palveluntuottaja ja tuottajalla on asiakastie-

toja koskeva määräysvalta.<sup>4</sup> (Tietosuojavaltuutetun toimisto 2000, Hämeen lääninhallitus 1996.)

*Arvoesineiden ja rahojen säilyttämiseen* tulee kiinnittää erityistä huomiota. Asiakkaan varoista huolehtiminen kuuluu ensisijaisesti asiakkaalle itselleen, hänen omaisilleen tai edunvalvojalle. Tällöin henkilön käytössä tulisi olla vähintään lukollinen säilytystila, jonne muilla ei ole pääsyä. Lisäksi tulisi suositella, että maksukortteja ja arvoesineitä pidettäisiin tällaisessa säilytyksessä mahdollisimman vähän. (Suomen Kuntaliitto 2000a.)

Sosiaalitoimen toimintayksiköissä viranomaisilla ei ole velvollisuutta asiakasvarojen hoitamiseen, mutta jos asiaa ei muutoin voida järjestää, voi hoitavan toimintayksikön henkilöstö huolehtia asiakkaan raha-asioista. Asiakkaan varojen hoitoon liittyviä tehtäviä ei pitäisi kuitenkaan ottaa vastaan kuin poikkeustilanteissa ja erityisistä syistä. Tilanteessa, jossa asiakas tarvitsee apua ja ohjausta raha-asioidensa hoidossa sitä tulee kuitenkin hänelle antaa. Sen sijaan asiakkaan omaisuuden ja talletusten hoitamiseen henkilökunnan ei tule osallistua, vaan tällaiselle asiakkaalle on hankittava edunvalvoja, jollei hän itse pysty taloudellisista asioistaan huolehtimaan. (Suomen Kuntaliitto 2000a.)

Virallisia ohjeita ja suosituksia ei ole siihen, milloin henkilökunta voi ja saa puuttua asiakkaiden varojen hoitamiseen, miten toimitaan ja mikä on tällöin henkilökunnan ja organisaation vastuu. Toimintatapojen ja vastuukysymysten selkiyttämiseksi Suomen Kuntaliitto suosittelee (Yleiskirje 4/80/2000), että kunnissa laaditaan menettelytapaohjeet asiakkaiden omien varojen käsittelyyn. Yleiskirjeen asiakasvarojen käsittely -ohjemallin mukaan yksikön johtajalla tai vastuuhenkilöllä on vastuu siitä, että asiakasvarojen hoito on asianmukaista. Työketjujen tulee olla sellaisia, että väärinkäytösten mahdollisuus minimoidaan. Vastuuhenkilö myös vastaa toiminnan riittävästä sisäisestä valvonnasta. Turvallisuussyistä olisi yksikössä rajattava esim. säilytettävien käteisvarojen määrää, koska suurten käteissummien säilyttäminen on harvoin perusteltua ja aina turvallisuusriski. Säilytettävissä käteisvaroissa on lähinnä kyse ns. käyttörahoista asiakkaan päivittäisiin pienehköihin hankintoihin mm. kanttiinissa ja vastaavissa. (Suomen Kuntaliitto 2000a.)

Markkinoilla on monenlaisia *turvahälytysjärjestelmiä*, jotka auttavat vanhuksen kotona selviytymistä tai palveluasunnossa asumista. Leikas ym. (1996) ovat esitelleet teoksessaan dementoituneille soveltuvia turvajärjestelmiä. Siinä kartoitettiin ja arvioitiin Suomen markkinoilla olleet dementoituneiden apuvälineiksi mahdollisesti soveltuvat tekniset laitteet. Alun perin omaisuuden turvaamiseen tarkoitettujen hälytysjärjestelmät ilmoittavat puhelinverkon kautta automaattisesti ennalta ohjelmoituihin puhelinnumeroihin, jos valvottavassa kohteessa tapahtuu ei-toivottavia asioita. Tästä on kehitelty lämpö- ja savuhälyttimet, oven avautumisesta tiedottavat hälyttimet ja passiivisuushälyttimet, jotka saattavat hälyttää, jos esimerkiksi lääkettä ei oteta toivottuna ajankohtana dosetista. Passiivisuushälytin voidaan asentaa myös esim. WC:hen tai jääkaappiin. Markkinoilla on mm. hellapoliisi, turvaliesi, edellisen kuvauksen mukainen lääkemuistuttaja ja etsintälaite. Mikään ei kuitenkaan korvaa ihmisen ja hoitajan läsnäoloa. Tekniikka antaa mahdollisuuksia, mutta myös rajoitteita kehittyessään. Sosiaalisia tarpeita ei vielä yksikään laite ole koko-

<sup>4</sup> Lisätietoa tietosuojasta saa tietosuojavaltuutetun toimiston kotisivuilta [www.tietosuoja.fi](http://www.tietosuoja.fi) tai toimistosta puh: 09-18251.

naan pystynyt täyttämään tai korvaamaan. Sähköisessä kommunikaatiossa jää aina puuttumaan jotakin ainutlaatuista.<sup>5</sup>

### 3.5 Työaika ja henkilöstömitoitus

Työajaksi luetaan työhön käytetty aika sekä aika, jonka työntekijä on velvollinen olemaan työpaikalla työnantajan käytettävissä. Siten myös aika, jonka työntekijä on työtä tekemättä työpaikalla luetaan hänen työajakseen, kunhan hän voi heti tarvittaessa aloittaa työnteon. Työpaikka voi tarkoittaa varsinaisen tai pääasiallisen työntekopaikan lisäksi mitä hyvänsä sellaista työskentelypaikkaa, johon työnantaja on työn johto- ja valvontavaltansa perusteella työntekijän työn tekemistä varten määrännyt.

Vanhainkodeissa ja tehostetun palveluasumisen yksiköissä noudatetaan pääosin jaksotyön työaikajärjestelyjä. Kunnallisia palveluyksiköitä koskee työaikajärjestelyjen osalta kunnallinen virka- ja työehtosopimus. Sosiaali- ja terveysministeriön työsuojeluosasto on 5.12.2000 päättänyt, että yksityisen sosiaalialan palveluyksiköitä koskeva työehtosopimus on yleissitova ja se on merkitty yleissitovaksi työsuojeluosastolla pidettävään TES-VATI-rekisteriin. Yleissitovuudella on laajoja oikeudellisia ja taloudellisia vaikutuksia niille työnantajille, jotka eivät ole työehtosopimuksen tehneen järjestön jäseniä samoin kuin heidän palveluksessaan oleville työntekijöille.

Työajan tasoittamisjärjestelmä on laadittava, jos yrityksessä käytetään lakiin tai työehtosopimukseen perustuvia keskimääräisiä säännöllisiä viikkotyöaikoja tai jaksotyötä.

Koska työaikajärjestelyillä ja -määräyksillä on keskeinen merkitys myös yksikköjen riittävän henkilöstömitoituksen arviointiin, teimme tähän raporttiin esimerkkityövuorotaulukoita sekä 0,55 että 0,6 työntekijää/asukas-mitoituksen pohjalta eri kokoisissa asumisyksiköissä. Mukaan on otettu yksi Stakesin raportin (Vaarama ym. 2001) henkilöstömitoitustaulukosta (ks. taulukko 5, s.14) laskettu mitoitusesimerkki.

#### *Esimerkki 1A.*

8-paikkainen yksikkö 0,55 työntekijää/asukas mitoituksella; työntekijöitä 4,5.  
2 hoitajaa aamuvuorossa, 1 hoitaja iltavuorossa ja 1 hoitaja yövuorossa. 14 työvoroa jää vajaaksi sosiaali- ja terveydenhuollon koulutuksen saaneista työntekijöistä (3-viikkoinen jaksotyö), näistä 6 vuoroa kokonaan ilman alan koulutuksen saanutta työntekijää. Neljälle kertyy myös tasoitusjaksoa varten 6-tunnin ylityöt.

#### *Esimerkki 1B*

8-paikkainen yksikkö 0,6 työntekijää/asukas mitoituksella; työntekijöitä 5.  
2 hoitajaa aamuvuorossa, 1 hoitaja iltavuorossa ja 1 hoitaja yövuorossa. 8 vuoroa jää vajaaksi sosiaali- ja terveydenhuollon koulutuksen saaneista työntekijöistä, kaksi vuoroa jää kokonaan ilman alan koulutuksen saanutta työntekijää. Kaikille viidelle kertyy tasoitusjaksolle 6-tunnin ylityöt.

#### *Esimerkki 2A*

15-paikkainen yksikkö 0,55 työntekijää/asukas mitoituksella; työntekijöitä 8,5.

<sup>5</sup> Vuonna 1999 käynnistyi Turvallista elämää seniorivuosiin -ohjelma, jossa oli mukana laaja joukko vanhus- ja tapaturma-alan tahoja sekä maamme johtavat tapaturmatutkijat. Ohjelman tarkoituksena oli ehkäistä kotitapaturmia. Siihen liittyvää materiaalia on saatavissa Suomen Pelastusalan Keskusjärjestöstä sekä Terveyden edistämisen keskukselta (verkossa: [www.health.fi](http://www.health.fi)).

3 hoitajaa aamuvuorossa, 2 hoitajaa iltavuorossa, 2 hoitajaa yövuorossa. 23 vuoroon jää vajausta tavoitteesta. Yhden työntekijän miehittämiä iltavuroja tulee kuusi ja yhden työntekijän miehittämiä yövuroja tulee 9 yötä. Tavoitteen mukainen miehitys sosiaali- ja terveydenhuoltoalan koulutuksen saaneilla työntekijöillä onnistuu 3-viikon jaksolla vain neljänä päivänä.

#### *Esimerkki 2B*

15-paikkainen yksikkö 0,6 työntekijää/asukas mitoituksella; työntekijöitä 9. 3–4 hoitajaa aamuvuorossa, 2 hoitajaa iltavuorossa, yksi hoitaja yövuorossa. 1 vuoro jää vajaaksi tavoitteen mukaisesta miehityksestä. 8 työntekijälle kertyy 6-tunnin ylityöt tasoitusjaksolle.

#### *Esimerkki 3A*

35-paikkainen yksikkö 0,55 työntekijää/asukas mitoituksella; 19,5 työntekijää. Aamuvuorossa arkisin 8–9 hoitajaa, aamuvuorossa viikonloppuisin 7 työntekijää, iltavuorossa 4 hoitajaa, yövuorossa 2 hoitajaa. 2 vuoroa jää vajaaksi tavoitteen mukaisesta miehityksestä. 14 työntekijälle kertyy ylityötä tasoitusjaksolle.

#### *Esimerkki 3B*

35-paikkainen yksikkö 0,6 työntekijää/asukas mitoituksella; 21 työntekijää. Aamuvuorossa arkisin 9 hoitajaa, viikonloppuna 8 työntekijää, iltavuorossa 4 hoitajaa, yövuorossa 2 hoitajaa. Yksi vuoro jää vajaaksi tavoitteen mukaisesta miehityksestä. 17 hoitajalle kertyy ylityötä tasoitusjaksolle.

#### *Esimerkki 4A*

50-paikkainen yksikkö 0,55 työntekijää/asukas mitoituksella; 27,5 työntekijää. Aamuvuorossa arkisin 10–11 hoitajaa, viikonloppuna 10 hoitajaa, 6 hoitajaa iltavuorossa ja 3 hoitajaa yövuorossa. Vajaasti miehitettyjä vuoroja ei jää. 22 hoitajalle kertyy ylityötä tasoitusjaksolle.

#### *Esimerkki 4B*

50-paikkainen yksikkö 0,6 työntekijää/asukas mitoituksella; 30 työntekijää. Aamuvuorossa arkisin 12–13 hoitajaa, viikonloppuna 11 hoitajaa, iltavuorossa arkisin 7 hoitajaa, viikonloppuna 6 hoitajaa, yövuorossa 3 hoitajaa. Vajaasti miehitettyjä vuoroja ei jää, mutta kaikille kertyy ylityötä tasoitusjaksolle.

#### *Esimerkki 5A*

20-paikkainen yksikkö 0,55 työntekijää/asukas mitoituksella; 11 työntekijää. Aamuvuorossa 4–5 hoitajaa, 2 hoitajaa iltavuorossa ja 2 hoitajaa yössä. Vajaasti miehitettyjä vuoroja jää viisi, seitsemällä työntekijällä. Kaikille kertyy ylityötä tasoitusjaksolle.

#### *Esimerkki 5B*

20-paikkainen yksikkö 0,6 työntekijää/asukas mitoituksella; 12 työntekijää. Aamuvuorossa 4–5 hoitajaa, iltavuorossa 2 hoitajaa ja yövuorossa 2 hoitajaa. Vajaasti miehitettyjä vuoroja ei jää, mutta kaikille hoitajille kertyy ylityötä tasoitusjaksolle.

#### *Esimerkki 6*

Tämä on laskennallinen esimerkki Stakesin raportista (Vaarama ym. 2001), jossa on 8 hoitajaa/osasto ja työntekijä/asukas-suhdeluku on 0,32. Aamuvuorossa on 4 hoitajaa, iltavuorossa 2 hoitajaa ja yövuorossa yksi. Vajaasti miehitettyjä vuoroja on aamuisin 18 ja näistä kolmessa vuorossa on kahden työntekijän vajuus. Vajaasti miehitettyjä iltavuroja on viisi. Ainoastaan yksi vuoro pystytään miehittämään suunnitelman mukaan jaksolla. Kaikille työntekijöille kertyy ylityötä tasoitusjaksolle.

Tämän henkilöstömitoitusesimerkin työntekijä/asukas-suhdeluku 0,32 on Stakesin raportissa määritelty riittämättömäksi (Vaarama ym. 2001). STM:n ja Suomen Kuntaliiton laatusuosituksissa puolestaan sama suhdeluku 0,32 on määritelty välttävääksi. Laatusuosituksissa erityisesti kyseiseen suhdelukuun 0,32 (välttävä) liittyy varaus, että mitoituksessa tulisi ottaa huomioon asiakkaiden toimintakyky ja hoitoisuus sekä erityisesti dementoituneiden henkilöiden määrä, jolloin asiakkaiden ollessa hyvin huonokuntoisia ja dementoituneita välttävä henkilöstömitoitus voi olla riittämätön. (STM ja Suomen Kuntaliitto 2001.)

#### Työryhmän johtopäätökset

Kun arvioimme asumispalveluyksiköiden ja laitosten toimintaa työaikamääräysten näkökulmasta, on selvää, että ammattikoulutettujen sijaisten tarve on pysyvä. Ilman sijaisia työvuoroja ei pystytä suunnittelemaan ja toteuttamaan riittävällä ja tarkoituksenmukaisella miehityksellä. Lääninhallituksen työryhmä pitää tarpeellisenä *pysyvän varahenkilöjärjestelmän* perustamista kuntiin vanhusten palvelujen laadun turvaamiseksi. Vanhusten perusoikeuksien turvaaminen edellyttää asianmukaista ja riittävää ammatillista miehitystä palveluyksiköissä kaikkina vuorokauden aikoina. Vanhustenhuoltoon kuuluva kuntouttava työote ei onnistu ilman ammattikoulutetun henkilökunnan läsnäoloa ja aktiivista toimimista vanhusten kanssa.

Laitoshoidossa ja raskaan asumisen palveluyksiköissä tarvitaan myös muun kuin sosiaali- ja terveydenhuollon koulutuksen saaneita *työntekijöitä erilaisissa huolto-, ravitsemus- ja siistimistehtävissä*. Tämä on huomioitava erityisesti pienissä yksiköissä ja silloin kun toimitaan perheyriksenä, jossa yrittäjä vastaa "kaikesta" tarvittavasta hoidosta ja huolenpidosta. Esim. siivoustyön henkilöstöresurssit jäävät usein liian vähälle huomiolle. Jokaisen kunnan ja toimintayksikön tulisi selvittää siivoustyön määrämitoitusperusteet ja saattaa siivoushenkilöstön resurssit tarpeiden edellyttämälle tasolle, jotta se ei heikennä asianmukaista hoito- ja palvelutoiminnan henkilöstöresurssirakennetta.

Henkilökunnan jaksaminen työsuojelullisena ja työterveyskysymyksenä on usean tutkimuksen voimin osoitettu vaarantuneen. Riittävä täydennyskoulutus ja työnohjauksen järjestäminen työntekijöille ovat välttämättömiä edellytyksiä jaksamiselle ja taitotiedon uudistamiselle. Teknologialla ei myöskään voida korvata ihmisten läsnäoloa, vaikka teknologiaa hyödyntämällä työtä voidaan monilta osin helpottaa.

Sosiaali- ja terveysministeriön Suomen Kuntaliiton kanssa yhteistyössä laatima Ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskeva laatusuositus (2001) ei ole tarkoitettu sitovaksi normiksi henkilöstömitoitusesimerkkeineen. Näin ollen se ei ole myöskään juridinen peruste lääninhallituksen ns. koviin ohjaus- ja valvontakeinoihin kuuluvien hallintokantelujen ja yksityisten sosiaalipalvelujen lupapäätöksiin käsittelyyn. Sen sijaan laatusuositus on yksi keskeisimpiä lääninhallituksen informaatio-ohjauksen välineitä. Laatusuositus ei ole juridisesti eikä toiminnallis-sisällöllisesti ristiriidassa kovien ohjauskeinojen kanssa lääninhallituksen toimiessa viranomaisroolissaan kansalaisten perusoikeuksien ja -palvelujen toteutumisen takaajana.

Käytännössä lääninhallitus ohjaus-, lupa- ja valvontaviranomaisena pakkokeinouhkavaltuuksineen joutuu arvioimaan ja tulkitsemaan yksittäistapauksittain, mitä merkitsee vähimmäistaso perustuslain säätämänä oikeutena riittävään sosiaalipalveluun (PL 731/1999, 19 § 3 mom.), kuten esimerkiksi riittävä ja asianmukainen vanhainkotitoiminta sekä asumispalvelut. Myös valtioneuvoston tarkastajien vuoden 1999 kertomuksessa (s. 36–37) mainitaan Etelä-Suomen lääninhallituksen hallinto-

kantelupäätös erään hämeenlinnalaisen vanhainkodin toiminnasta (ks. liite 1). Kertomuksen mukaan kyseinen tapaus on ensimmäinen, jossa lääninhallitus on määritellyt jonkin palvelun vähimmäistason (Valtiontilintarkastajain kertomus... 2000).

Lääninhallitukselle valvontaviranomaisena jää myös jatkossa vastuu ja oikeus sen toimivaltaan kuuluvissa palveluissa määritellä tapauskohtaisesti palvelujen vähimmäistaso toimintaedellytyksineen.

### 3.6. Esimerkkejä ja kokemuksia yksityisistä sosiaalipalveluista

Laki yksityisten sosiaalipalvelujen valvonnasta (603/1996) on ollut voimassa neljä vuotta. Laki edellyttää, että kaikki ympärivuorokautista sosiaalipalvelua antavat palveluntuottajat hakevat lääninhallituksen toimiluvan. Yksityinen palvelutoiminta on tänä aikana kasvanut voimakkaasti, ja vanhusten palveluasumisyksiköiden määrä on lähes kaksinkertaistunut. Uudellamaalla on vuonna 2001 yksityisiä vanhus-tenhuollon hoito- ja asumisyksiköitä 155, Kanta-Hämeen ja Päijät-Hämeen alueella niitä on 26, Etelä- Karjalassa ja Kymenlaaksossa 51, Etelä-Suomen läänissä yhteensä 232.

Yksityisten sosiaalipalvelujen valvonta kuuluu lääninhallitukselle sekä sille kunnalle, jossa palveluja annetaan. Lääninhallitus tekee toimilupaa käsitellessään tarkastuskäynnin toimintayksikköön. Vuosittain lääninhallitus tekee uusintatarkastuksia muun muassa yhdessä työsuojelupiirien kanssa. Laki yksityisten sosiaalipalvelujen valvonnasta antaa melko hyvät valvontamahdollisuudet. Lakiin tarvitaan kuitenkin tarkennuksia mm. hoivayrittäjien taloudellisen tilan ja muun sopivuuden varmistamiseksi sekä säädökset riittävästä henkilökunnasta ja toimitiloista.

#### Palvelujen tarve kasvaa

Yli 75-vuotiaiden määrä kasvaa koko maassa seuraavien kymmenen vuoden aikana runsaalla 60 000 ihmisellä. Tästä kasvusta kolmasosa on yli 85-vuotiaita. Heistä suuri osa tarvitsee jo säännöllisiä avohoito- ja asumispalveluja, laitoshoidon. Yksityinen palvelutoiminta täydentää kuntien omia palveluja ja samalla se asettaa kunnille aikaisempaa tiukemman valvontavastuun. Kuntien kyky valvoa yksityisiä palveluja on yhä kirjavaa. Myös yksityisten palveluntuottajien luonteva sitominen kunnan palvelurakenteeseen ja koulutustarjontaan on vaihtelevaa. Kuntien tulisi aikaisempaa enemmän tukea yksityisiä hoivayrittäjiä muun muassa hoito- ja palvelusuunnitelmien käyttöönotossa, hoitoisuusmittauksessa sekä laatutyössä.

Useissa kunnissa vanhuksille ei ole riittävän monipuolista palvelutarjontaa. Hoitopaikkoihin on jonoa ja huonokuntoiset vanhukset joutuvat olemaan heille riittämättömässä kotihoidossa tarpeettoman pitkään.

#### Puutteita laadussa

Yksityiset palveluntuottajat tarvitsevat lääninhallituksen toimilupaa hakiessaan sijaintikunnan lausunnon. Lausuntojen taso vaihtelee kunnittain paljon. Sosiaali- ja terveysministeriö suosittelee lausunnossa otettavan kantaa muun ohella tuottajan toimintaedellytysten asianmukaisuuteen sekä sopivuuteen kunnan muun palvelujärjestelmän kannalta. Kuntien ylimalkaiset ja liian suppeat lausunnot eivät tue hoivayrittäjää ja vaikeuttavat myös lääninhallituksen lupakäsittelyä.

Vanhusten palvelujen suunnittelematon yksityistäminen on ongelma. Vanhusten hoidon ja huolenpidon laatu- ja sisältökysymyksiin ei aina paneuduta riittävästi ja annettava hoito on usein vain säilyttämistä, passiivista oleskelua, josta puuttuu kuntouttava ote sekä fyysinen ja psyykinen virikkeellisyys.

Yksityisten vanhustalpalvelujen suurimmat puutteet ovat henkilökunnan niukkuus, toimitilojen ahtaus sekä henkilökunnan ammattikoulutuksen puutteet. Uutena ongelmana on jo nyt näkyvässä pulassa ammattitaitoisesta hoitohenkilökunnasta.

Perustettavien yksiköiden toiminta-ajatus on toisinaan täsmentymätön – yrittäjällä ei ole aina tarkkaa kuvaa siitä, kenelle ja mitä palveluja annetaan. Yksityisten palveluntuottajien on syytä kirkastaa toiminta-ajatustaan ja profiloitua tarjoamaan tiettyjä palveluja tietyille asiakasryhmille nykyisen heterogeenisyyden sijaan. Tämä helpottaa myös kuntien valvonta- ja sijoitustoimintaa.

#### Esimerkkejä yksityisten vanhusten sosiaalipalveluyksiköiden henkilöstömitoituksesta

Tehostetun palveluasumisen henkilöstömitoitus on ongelmallista, koska niissä työtehtävät eivät aina jakaudu selkeästi eri ammattiryhmille. Monessa yksikössä on siirrytty vanhusten hoiva- ja huolenpidossa siihen, että yksikön henkilökunta tekee kaikki kotihoitoon ja vanhuksen hoitoon kuuluvat tehtävät. Tällöin on vaikea erottaa hoitohenkilöstö tukipalveluhenkilöstöstä (hallinto, ruokahuolto, siivous). Yksityisissä hoivayksiköissä on varsin yleistä, että ”kaikki tekevät kaikkea”. Alla olevassa otoksessa henkilökuntamitoitukseen on laskettu *yksikön koko henkilöstö*.

#### **Taulukko 6.**

#### **Otos henkilöstömitoituksesta Uudenmaalla sijaitsevista yksityisistä vanhuksenhuollon tehostetun palveluasumisen yksiköistä :**

<b>Hoitopaikkojen määrä</b>	<b>Henkilökunnan määrä</b>	<b>Henkilöstömitoitus</b>
6	5	0.83
9	8	0.88
12	5	0.41
15	9	0.60
15	11	0.73
23	9	0.39
40	7	0.17
46	13	0.28
83	45	0.54
106	41	0.38

Lääninhallituksen suosituksen mukaan vanhainkotihoitoa korvaavissa tai täydentävissä tehostetuissa asumispalveluyksiköissä tulee olla vähintään 0.45–0.55 työntekijää asukasta kohden. Henkilöstömitoitukseen mukaan otettavalla hoitohenkilökunnalla tarkoitetaan hoitoon osallistuvia, alan ammattikoulutuksen saaneita työntekijöitä, jotka tekevät työtä asukkaiden kanssa yli 50 prosenttia työajastaan. *Vain puolessa otoksessa mukana olevista yksiköistä on suosituksen mukainen henkilöstömitoitus.*

Kaikkien yksiköiden henkilöstöresurssit on kohdennettu siten, että päivällä henkilökuntaa on iltaa ja yötä enemmän. Toimitaan siis edelleen toimenpidekeskeisen

akuuttihoidon tavoin, vaikka kyse on perushoitoa ja kodinomaisuutta painottavasta vanhustenhoidosta.

### Asumistasossa ja -väljyydessä korjattavaa

Yksityisiä vanhustenhuollon asumisyksiköitä perustetaan usein entisiin omakotitaloihin, jotka kodinomaisuudestaan huolimatta harvoin sopivat hyvin paljon apua tarvitsevien vanhusten kodiksi. Toimitilat ovat usein varsin ahtaat. Joissakin yksiköissä on yhä 3-hengen huoneita ja yhden hengen huoneetkin ovat pieniä. Asuinhuoneen pinta-ala voi ahtaimmillaan olla vain 7 neliömetriä. Myös yhteisiä oleskelutiloja on usein varsin niukasti tai ne ovat epäkäytännöllisiä. Saniteettitiloja on liian vähän ja niitä ei useinkaan ole suunniteltu huonokuntoisten vanhusten tarpeisiin. Uusien, erityisesti vanhustenhoitoon suunniteltujen toimintayksiköiden tilat ja toimivuus ovat luonnollisesti vanhoja tiloja paremmat.

Erityisesti pääkaupunkiseudulla on pulaa vanhusten palveluasumisyksiköiksi sopivista tiloista. Toisaalta vanhoja toimisto- ja hotellikiinteistöjä sekä sairaalakäytössä olleita tiloja on tyhjillään. Näiden tilojen muuttaminen vanhusten kodinomaisiksi yksiköiksi vaatii usein suuret muutostyöt lopputuloksen ollessa silti epätyydyttävä ja laitospäinen.

## 4 LAADUNHALLINTA

Sosiaali- ja terveydenhuollossa on viime vuosina pyritty kehittämään toimintaa ja parantamaan laatua laadunhallinnan avulla. Oikeus laadukkaisiin palveluihin on turvattu laissa. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) takaa oikeuden laadultaan hyvään hoitoon ja siihen liittyvään kohteluun. Myös vuoden 2001 alusta voimaan tullut laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812/2000) korostaa asiakkaan itsemääräämisoikeutta ja osallistumista.

Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön, Stakesin ja Suomen Kuntaliiton keväällä 1999 julkaisema "Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinta 2000-luvulle" on tarkoitettu linjaamaan työtä koko sosiaali- ja terveydenhuollossa. Laadunhallintasuositus on jatkoa Stakesin vuonna 1995 julkaisemalle suositukselle "Laadunhallinta sosiaali- ja terveydenhuollossa". Uusi valtakunnallinen suositus kuvaa, miten laadunhallinnalla tuetaan hyvää palvelutoimintaa. Suositus kannustaa asiakaslähtöiseen toimintaan ja asiakkaiden osallistumiseen. Laadunhallinta nähdään osaksi arkea ja arjen tekemistä. Laatua tehdään työtä tehtäessä ja työn tekemisen edellytyksiä ja olosuhteita parantamalla.

Hoidon ja huolenpidon laadun parantamiseksi ei ole olemassa yhtä ainoata keinoa. Parhaat edellytykset asiakkaan yksilöllisistä tarpeista lähtevälle hoidolle ovat olemassa silloin, kun hoitoyksiköt ovat kodinomaisia ja pieniä, yksikössä on asiakkaiden hoidon tarpeeseen nähden tarkoituksenmukainen henkilöstömäärä ja -rakenne sekä yksikössä toimitaan asiakaslähtöisesti.

Jo vuoden 1995 laadunhallintasuosituksessa oli kolme keskeistä periaatetta, joiden mukaan laadunhallinta on osa jokapäiväistä työtä, asiakaslähtöisyyden tulee olla laadunhallinnan painopiste ja sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinta toteutetaan tiedolla ohjaamisella. Nämä peruslinjaukset on koettu hyväksi.

### Laadunhallinnassa asiakaslähtöisyys on keskeinen näkökulma

Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinta 2000-luvulle -suositus (STM, Stakes ja Suomen Kuntaliitto 1999) pyrkii vastaamaan laadunhallinnan haasteisiin. Suosituksia on kahdeksan: 1) Asiakas osallistumaan laadunhallintaan, 2) Johto laatua luotusaamaan, 3) Henkilöstö hyvän laadun edellytys, 4) Laadunhallinta myös ehkäisevään toimintaan, 5) Laatutyö perustuu prosessien hallintaan, 6) Tiedolla parempaan laatuun, 7) Laatutyö järjestelmälliseksi, 8) Tukea yksityiskohtaisista toimitasuosituksista ja laatukriteereistä.

Sosiaali- ja terveydenhuollon työyhteisöissä voidaan tehdä pienimuotoisia laadun parantamishankkeita vähin lisäkustannuksin. Ei ole kuitenkaan realistista luvata laatutyön toteutumista ilman lisäpanostusta. Tarvitaan sekä johdon että henkilökunnan aikaa ja mahdollisesti lisätyövoimaa korvaamaan laatutyöhön irrotetun henkilöstön työpanosta. Käytännössä on koettu hyödyllisiksi määräaikaiset kehittämishankkeet, joissa koulutuksen, välitehtävien, itseopiskelun ja yhteisen työskentelyn keinoin on tuotettu yhteistä näkemystä ja ratkaisuja. (Outinen ym. 1999.)

Laatu on niistä ominaisuuksista muodostuva kokonaisuus, johon perustuu organisaation, tuotteen palvelun tai tietyn prosessin kyky täyttää sille asetetut vaatimukset ja siihen kohdistuvat odotukset. Laatukriteerit antavat "hyvälle" sisällön ja ne toimivat laadun arvioinnissa ja varmistuksessa kriteeristöinä sille, onko tavoitteeksi asetettu "hyvä" toteutunut. Laatua arvioitaessa pyritään johtopäätöksiin siitä, miten hoidon ja palvelujen vaatimuksiin ja niille asetettuihin odotuksiin on pystytty vastaamaan. (Outinen ym. 1999.)

Laadukkaan palvelun tunnusmerkkejä ovat asiakaslähtöisyys ja pyrkimys ylittää asiakkaan toiveet ja odotukset. Palvelusitoumukset ovat osa laadukasta palvelujärjestelmää. Keskeistä on, miten palvelusitoumus määritellään vanhusten asumispalvelujen yhteydessä. Laadukkaan palvelun luomisessa ja kehittämisessä käytetään luovaa vertaamista eli benchmarkingia. Benchmarking perustuu siihen, että eri palveluntuottajia verrataan ja muualla hyväksi koettuja toimintamalleja pyritään soveltamaan oman organisaation käyttöön. Luova vertaaminen voi tapahtua varsin erilaisten palveluyksiköiden välillä esim. sosiaalipalvelujen ja teknologiayritysten välillä. Työtä on kehitettävä ja muutettava koko ajan, puhutaankin työelämän insinööritaidosta eli re-engineeringistä. Myös asukkaiden valtaistaminen eli empowerment on laadukkaan hoivatyön osatekijä (Harisalo 1999, Haverinen 1996). Vanhukset ja heidän omaisensa ja läheisensä tulisi ottaa yhä enemmän palvelujen suunnitteluun mukaan. Samoin työntekijöiden vallan lisääminen mm. tilaa antavan johtajuuden avulla mahdollistaa työyhteisön laadun paranemisen. Rostilan ja Mäntysaaren (1996) määrittelyn mukaan empowerment-käsitteessä on kysymys sosiaalityön strategiasta, jossa pyritään tietoisesti lisäämään heikkoresurssisen asiakasryhmän kykyä vaikuttaa omaan elämäänsä. Haverinen (1996) laajentaa empowermentin kuitenkin koskemaan myös työntekijöiden valtaistamista. Myös tiimityö mahdollistaa laajemman tietotaidon ja tuo esiin eri työntekijöiden kyvykkyudet, ja näiltä osin lisää hoitotyön laatua.

Laadukkaalla palvelulla pyritään yleensä tehokkaaseen työskentelyyn, siten että tuotokset ja panokset ovat tasapainossa. Mahdollisimman vähillä resursseilla pyritään tuottamaan mahdollisimman tuloksellisia ja laadukkaita palveluja mahdollisimman monille. Käytännössä niukat resurssit heikentävät useimmiten palvelun laatua. Lisäksi erityisesti pitkäaikaisessa hoidossa olevien vanhusten hoidon tuloksellisuuden määrittely on vaikeaa, koska parantuvuus ei yleensä ole mahdollinen tulos. Yksin parantuvuus tai sairaala- tai hoitopäivien määrä kertoo tuotoksesta, ei tuotoksesta ja hoidon muusta laadusta. (Outinen ym. 1999.)

Outinen ym. (1999) toteavat, että "Palvelujen tuotteistus on organisaation tai työyksikön tuottamien ja asiakkaan saamien palvelujen määrittelyä, täsmentämistä ja profilointia. Laajasti ymmärrettynä tuotteistus on palvelutuotannon kehittämistä vastaamaan oman asiakaskunnan tarpeita. Sosiaali- ja terveydenhuollossa tuotteet ovat palveluja. Palveluja tuotteistettaessa määritellään oma palveluvalikoima sekä yksittäisten palvelujen tarkoitus, sisältö, tarvittavat resurssit, laatuvaatimukset, kustannukset ja mahdolliset muut ominaisuudet".

Laadukasta palvelua on määritelty usealla tavalla. Tässä selvityksessä laatu ymmärretään palvelujen korkeana tasona. Laadun taso muodostuu asukkaiden, työntekijöiden ja omaisten arvioista ja kokemuksista heidän tai heidän läheistensä saamasta hoidosta. (Perälä 1995.) Laadukas hoitotyö ilmenee myös hoitajien läsnäolona ja saavutettavuutena, asiantuntevana hoitona, palveluhenkisyysnä, joustavuutena ja sitoutuneisuutena. Laatuun sisältyy asiakkaan viihtyminen, yksilöllisyys, yhteisön hyvä ilmapiiri ja työntekijöiden jatkuva kouluttautuminen.

Arvioitava toiminta ja arviointimuuttujat jaotellaan usein palvelujen riittävyteen, palvelujen kohdentumiseen, saatavuuteen, saavutettavuuteen (vuorovaikutus ja palvelun laatu ja asiakassuhteen välittömät tulokset ja hyödyt) sekä pitkän aikavälin kokonaisvaikutuksiin. Vanhusten hoitoa arvioitaessa on tehtävä selkeä ero lyhytaikaisen ja pitkäaikaisen hoidon välille. Lyhytaikaisessa hoidossa pystytään vaikuttavuutta arvioimaan ennen ja jälkeen, mikä ei ole mahdollista pitkäkestoisessa hoidossa ja tämän selvityksen kiinnostuksen kohteena olevissa yksiköissä. (Vuorela 1992) Myös ihmisoikeudet ja eettiset kysymyksenasettelut ovat tärkeä osa laatua. Onko minimikriteerit täyttävä hoitotyö vielä laadukasta? Valitsevatko asiakkaat yksi-

tyisten markkinoiden palvelut laadun perusteella? Laatuun liittyvät myös alan arvostus- ja palkkauskysymykset.

Palveluista maksettavan hinnan tulee olla suhteessa palvelun laatuun. Yksityisten palvelujen hinnan määrittely on yleensä kunnan ja yrittäjän välinen kysymys. Vanhuksen ostaessa palvelun suoraan yksityiseltä palveluntuottajalta, tulee hoitomaksun olla suhteessa vanhuksen hoidettavuuteen, tarjottaviin palvelujen määrään sekä palvelujen laatuun. Omaisten merkitys huonokuntoisen vanhuksen hoitopaikan valinnassa on usein keskeinen. Yhteiskunnassa tulevat korostumaan yhä enemmän asiakkaan vastuu ja velvollisuus palvelujen hankkimisessa. Palvelut ovat usein suhteessa ostokykyyn. Omaisilta puuttuu usein myös tietoa saatavilla olevista palveluista, ja he eivät aina osaa valita omaiselleen laadukkainta palvelua. Joiltakin omaisilta puuttuu myös tahto perehtyä tarjolla oleviin palveluihin. Vanhukset ovat eriarvoisessa asemassa palvelujen käyttäjinä. Koska hinta on suhteessa palvelun laatuun, vähävaraisimmat vanhukset joutuvat mahdollisesti tyytymään laadultaan heikompiin palveluihin. Tämä luo eriarvoisuutta, eikä ole pohjoismaisen hyvinvointimallin peruseräpäätteen mukaista. Tällöin korostuu yhteiskunnan vastuu ja velvollisuus toimia vanhuksen asianajajana ja oikeuksien puolustajana. Minimikriteereillä pyritään takaamaan kaikille vanhuksille ainakin palvelujen vähimmäislaatu. Yhteiskunnan vastuun ja sosiaalisten tulonsiirtojen avulla jokaisella tulee olla oikeus hyvään ja laadukkaaseen hoitoon.

#### 4.1 Laadunarviointi

Palvelujen laatua voivat arvioida palvelujen käyttäjät, palveluntuottajat tai jokin ulkopuolinen, riippumaton taho. Palvelujen käyttäjän mielipiteet, toiveet ja kokemukset ovat keskeisiä ja välttämättömiä laadunarvioinnissa, niitä ei voi korvata eri ammattiryhmien tai ulkopuolisen tahon tekemillä laadunarvioinneilla. Palvelujen käyttäjän kokemusmaailman tavoittamisen merkitys korostuu vanhusten hoitotyössä etenkin, jos vanhus on pitkäaikaishoidossa laitoksessa. Hyvää hoitoa ja hyvää elämää ei voi erottaa toisistaan; vanhus tarvitsee molempia.

Arvioinnilla eli evaluaatiolla käsitetään yhden tai useamman toiminnon tai toimenpiteen "hyvyyden" arviointia. Olemassa ei ole mitään yleistä "hyvyyden" kriteeriä tai kriteeristöä. Siitä on aina päätettävä erikseen jokaisen laadunarvioinnin yhteydessä. "Hyvyys" voidaan yleisesti määritellä toimenpiteen tavoitteiden saavuttamisen funktiona. (Helsingin kaupunki 1990.)

LASSO-projekti eli Laatu hallintaan sosiaalipalveluissa -projekti käynnistyi Suomen Kuntaliitossa syksyllä 1997. Kunnat ostavat yhä enenevässä määrin vanhustenhuollon asumispalveluja yksityisiltä palveluntuottajilta. Tästä syystä kuntien on pystyttävä yhä enemmän vertailemaan julkisten palvelujen ja ostopalvelujen laatua. Myös lääninhallitusten tulee arvioida palvelujen laatua, kun ne myöntävät toimilupia ympärivuorokautisille vanhusten asumispalveluyrityksille ja valvovat ja ohjaavat muuta sosiaalihuollon toimintaa. LASSO-projekti pyrki vastaamaan näihin tarpeisiin yhdessä vanhusten kotihoidon ja lastensuojelutyön kanssa. Projektin taustalla oli myös Stakesin vuonna 1995 antama suositus sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinnasta. (STM ym. 1999.)

Vanhustenhuollossa laadun perustaksi on määritelty palvelu- ja hoitosuunnitelma. Siinä selvitetään asiakkaan yksilöllinen palvelutarve ja se tarkistetaan säännöllisin väliajoin. Palvelutarpeen arvioinnissa voidaan käyttää haastattelua, havainnointia sekä yleisesti hyväksytyjä ja vertailevia mittareita. Toimintakyvyn arviointia tarvitaan erityisesti silloin, kun arvioidaan palvelun, hoidon, hoivan ja kuntoutuksen tarvetta. Samalla voidaan arvioida myös tarvittavien resurssien määrää tai asiakkaan edellyttämää elinympäristöä, joita tässä selvityksessä pyritään tutkimaan. (STM ym.

1999.) Laadun kehittäminen lähtee ongelmien selvittämisestä ja niiden priorisoinnista.

Laadun arviointi (evaluation) voi olla organisaation sisäistä tai ulkoista, ammattikunnan itsensä toteuttamaa tai byrokraattista. Sisäisessä ja ulkoisessa arvioinnissa voidaan käyttää myös erilaisia kriteerejä ja menetelmiä. Hoidon laadun arviointikohteet voidaan myös jakaa eri tavoin, ja usein jako tehdään rakenne-, prosessi- ja lopputulostekijöiden välillä. (Perälä 1995.) Arviointitutkimuksen osa-alueet voidaan jakaa myös taloudellisen ja määrällisen ulottuvuuden arviointiin (organisaation sisäinen tehokkuus), laadulliseen, toiminnan kohteeseen liittyvään arviointiin (esim. palvelukyky) ja kokonaistoiminnan arviointiin (tehokkuus ja tuloksellisuus). (Helsingin kaupunki 1990.) Nämä kaikki osa-alueet liittyvät myös laadun arviointiin. Laadunhallintaan (Quality Management) kuuluu laadunohjaus ja laadunvarmistus. Laatujohtaminen (Total Quality Management) johtamisstrategiana sisältää myös edellä mainitut osiot. (Liukko 1997.)

Rostila ja Mäntysaari (1997) ovat määritelleet laadunhallinnan ja arvioinnin liittyvän kiinteästi toisiinsa, mutta ne eivät kuitenkaan ole samansisältöisiä käsitteitä. He ilmaisevat käsitteiden eron kärjistämällä, että arvioinnin peruskysymyksenä on se, ettemme tiedä, mikä mahdollisista toimintastrategioista on paras, miten toimisimme. Laadunhallinnassa puolestaan periaatteessa tiedämme, miten tulisi toimia, mutta emme tiedä missä määrin tavoitteeksi asetettu toiminnan tapa käytännössä toteutuu. (Rostila ja Mäntysaari 1997.) Isola (2000) korostaa triangulaatiota eli kahden tai useamman teorian, aineistonkeruulähteen, menetelmän tai tutkijan yhdistelmää saman ilmiön tutkimisessa. Triangulaatiota voidaan hänen mukaan hyödyntää laadunarviointihankkeissa (Isola 2000).

Perälän ym. (1995) tutkimuksen mukaan yli puolet vanhainkodeista käytti laadun arviointitapoina säännöllisesti tuloskeskustelua ja hoidonhavainnointia. Joka neljännessä vanhainkodissa käytettiin myös omaisten haastattelua ja työntekijöiden itsearviointia. Kerran tai silloin tällöin oli laatua arvioitu yli puolessa tutkimukseen osallistuneista yksiköistä myös kyselyinä omaisilta ja omaisten haastatteluina, osaston arviointikokouksina, tilastojen vertailuina, asiakashaastatteluina sekä laatupiiri-työskentelynä. (Perälä ym. 1995.)

Hoitotyössä on kehitetty useita laatumittareita. Ensimmäiset mittarit kehiteltiin jo 1960-luvulla, mutta monenlaisiin hoitotilanteisiin soveltuvia globaaleja mittareita alettiin kehittää 1970-luvulla. (Holma ja Virnes 1999.) Kohdassa 4.2. esitellään muutamia yleisempiä tai Suomessa käytössä olevia mittareita.

#### 4.1.1 Asiakaspalaute ja itsearviointi

*Asiakaspalaute* selvittää asiakkaiden mielipiteitä siitä, mitä he palvelulta odottavat, tarvitsevat, ja miten palvelut ovat pystyneet näihin vastaamaan. Asiakaspalautejärjestelmässä on monenlaisia ongelmia. Sillä mm. kartoitetaan vain tiettyjä palvelujen osia, ja se kattaa usein vain osan asiakkaista (aktiivisimmat ja hyväkuntoiset asiakkaat). Asiakaspalautejärjestelmän luominen on elinehto laadukkaalle ja asiakaslähtöisille palveluille. Asiakaspalautetta voidaan hankkia monella tavalla, esimerkiksi laadullisilla menetelmillä kuten yksilöhaastatteluilla, ryhmähaastatteluilla tai havainnoimalla. Palautetta voidaan hankkia myös määrällisillä menetelmillä kuten kirjallisilla lomaketutkimuksilla tai puhelinhaastatteluilla. Myös palautemenetelmät, joilla asiakas tuo itse mielipiteensä esiin esim. aloite- ja palautelaatikot toimivat väylinä asiakaspalautteen saamiseksi. *Laatupeli* on puolestaan Hollannissa kehitetty Trivial Pursuit -peliä muistuttava peli, jolla hankitaan asiakaspalautetta. (Holma ja Virnes 1999, Aro ja Sivonen 2000.) Epäsuorina asiakaspalautteen lähteinä voivat toimia mm. toimintatilastot, palvelujen kysyntä tai palvelujen käyttäjän maksajalle tai ostajalle antama palaute. Laadun kehittämisessä merkittävällä sijalla ovat asiakkaan kokemusten kartoittaminen, kirjaaminen ja seuraaminen (Autio 1996, Aro ja Sivonen 2000).

*Itsearviointin* peilataan omaa toimintaa ja työn laatua joko itse luotuihin tai valmiisiin kriteereihin, tavoitteisiin tai vaatimuksiin. Valmiita, laajempia ja koko toiminnan kattavia itsearviointiin soveltuvia kriteeristöjä löytyy muun muassa ISO standardeista, Euroopan laatupalkintokriteeristöstä (EFQM) sekä ITE- itsearviointimenetelmästä. Itsearviointin pitäisi muodostua jatkuvan laadunkehittämisketjun osa. Itsearviointin lisäksi tarvitaan asiakasarviointia ja vertaisarviointia. Tarvittaessa tulisi hyödyntää myös ulkopuolisen tahon suorittamaa arviointia, jotta toiminnan laadusta saataisiin riittävän monipuolinen ja luotettava kuva.

ITE-itsearviointimenetelmään kuuluu neljä osaa. Taustalla on ensinnäkin 60 arviointikriteeriä (laatuyrityksen tunnusmerkit), jotka ovat tunnusomaisia laatuyksikölle. Toiseksi menetelmään kuuluu itsearviointilomake, johon on tiivistetty 25 arviointikohtaa laatuyrityksen tunnusmerkeistä. Kolmanneksi menetelmään kuuluu yhteenvetolomake tulosten kokoamiseksi. Neljänneksi mukana on jatkosuunnitelmalomake, johon täsmennetään kehittämistoimet ja -aikataulu. Jokainen työntekijä täyttää itse arviointilomakkeen. Arvioinneista tehtävään yhteenvetoon voidaan laatia laatuprofiili. ITE-työkalun avulla käydään läpi toiminnan keskeiset alueet. ITE-menetelmä antaa myös keinon saada koko henkilöstö vähitellen kokonaisvaltaiseen laadunhallintaan.<sup>6</sup> (Holma ja Virnes 1999.)

##### Lääninhallituksen kokemukset

Lääninhallituksen valvonta- ja lupatoiminnan yhteydessä on tullut esille puutteita asiakirjahallinnossa sekä hoitoon ja palveluun liittyvien asioiden suunnitelmallisessa dokumentoinnissa. Yksityisten sosiaalipalvelujen tuottajien toimintayksikkökohtaisen asiakirjahallinnon tulisi sisältää mm. seuraavat asiakirjat systemaattisesti tallioituna: 1) Palveluntuottajan ja lääninhallituksen sekä kuntaviranomaisen väliseen toimintaan liittyvät asiakirjat: lupa- ja ilmoitusasiakirjat, toimintakertomukset, SOS-PA-rekisteri, tarkastusmuistiot, pöytäkirjat; 2) Palveluntuottajan ja palvelunostajan väliset keskeisimmät asiakirjat: sopimukset ja päätökset, hoito- ja palvelusuunni-

<sup>6</sup> Laadusta, laatukriteereistä ja laadunarviointinista saa lisää tietoa esim. Stakesista, Vanhustyön Keskusliitolta ja Suomen dementiahoitoyhdistys ry:ltä. ([www.stakes.fi](http://www.stakes.fi), [www.vanhustyonkeskusliitto.fi](http://www.vanhustyonkeskusliitto.fi), [www.dementiahoitoyhdistys.fi](http://www.dementiahoitoyhdistys.fi))

telmat, asiakastiedostot, lääkehuolto; 3) Palveluntuottajan muut asiakirjat: palvelutuotteet ja hinnastot, laatuohjelma tai -käsikirja, palvelujen ostosopimukset, henkilöstön salassapitosuunnitelmat ja turvallisuussuunnitelma, ohjeet asiakasvarojen säilyttämisestä.

Vuonna 2001 voimaan tulleen sosiaalihuollon asiakaslain (812/2000) lähtökohta oikeudesta laadultaan hyvään sosiaalihuoltoon ja kohteluun korostaa entisestään kansalaisnäkökulman ja asiakaslähtöisyyden huomioon ottamista lääninhallituksen lupa- ja valvontatoiminnassa. Erityisesti hoito- ja palvelusuunnitelmien laadinnassa ja tasossa on puutteita. Asiakaslaisissa säädetään, että sosiaalihuoltoa toteutettaessa on laadittava palvelu-, hoito-, kuntoutus- tai muu vastaava suunnitelma, jollei kyseessä ole tilapäinen neuvonta ja ohjaus tai jollei suunnitelman laatiminen muutoin ole ilmeisen tarpeetonta.

## 4.2 Mitattu hoitoisuus

Hoitoisuus tarkoittaa asukkaiden itsenäistä suoriutumista ja hoidon tarpeen astetta. Hoitoisuuden ja toimintakyvyn mittareilla luodaan arvio asiakkaan toimintakyvystä ja päivittäisestä avuntarpeesta vanhusta haastatteleamalla tai tarkkailemalla. Toimintakyky voidaan nähdä dynaamisena käsitteenä, joka vaihtelee ikääntymisen aiheuttamien muutosten ohella mm. sen mukaan miten toimintakyvyn eri osa-alueita toiminnan avulla kehitetään ja ylläpidetään. Toinen tapa hahmottaa toimintakykyä perustuu ADL (Activities of Daily Life) -käsitteelle. Tällöin hahmotetaan iäkkäiden toimintakykyä päivittäisissä arkiaskareissa selviytymisen sekä kuntoutustarpeen ja -mahdollisuuksien kannalta. Toimintakyky muodostuu fyysisestä, sosiaalisesta sekä psyykkisestä osa-alueesta. Vanhusten liikkumista, aistien toimintaa, puhetta ja avun tarvetta perustarpeissa arvioidaan. Toimintakyky nähdään nykyään ympäristön ja yksilön välisenä suhteena. Ympäristötekijöillä on siis paljon merkitystä vanhuksen selviytymiselle arkielämässä. Puhutaan myös sosiaaliperäisistä riskitekijöistä, joita voivat olla lyhyt koulutus, fyysisesti raskaassa ammatissa toimiminen, pienituloisuus tai yksinäisyys. Jos vanhukselle on kasautunut näitä riskitekijöitä, toimintakyky laskee todennäköisemmin ja aiemmin. Toimintakyvyn taustalla on monia kansanterveystieteellisiä kysymyksiä, joihin tässä yhteydessä ei voida syvemmin keskittyä. Elintavoilla on merkittävä vaikutus vanhuksen toimintakyvylle. On myös huomioitava, että jokaisella ihmisellä on jäljellä toimintakykyä ja sitä voidaan ylläpitää ja parantaa tulkitsemalla oikein dementoituvien viestejä. (Suominen 1986, Heikkinen ym. 1990, Törmä 1992, Vaarama 1992, Holma ja Virnes 1999, Isola 2000.)

Kansainvälisten vertailevien selvitysten pohjalta on todettu, että joka kolmannella yli 75-vuotiaalla toimintakyky on ainakin jossain määrin heikentynyt ja yhdellä kymmenestä vaikeasti alentunut. Toimintakyky vaihtelee ihmisillä hyvin paljon ja vanhuksset ovat myös hyvin heterogeeninen ryhmä. Joidenkin tutkimusten mukaan naiset ilmoittavat lukumääräisesti enemmän toimintavaikeuksia kuin miehet. Koettu hyvinvointi ja itse koettu toimintakyky ovat moniulotteisia ilmiöitä, joiden mittaaminen ei aina ole yksiselitteistä. Hoitoisuusmittareilla avun tarve kiteytetään luvuksi, joka kertoo toimintakyvyn määrän ja laadun tietyllä arviointiasteikolla. Toimintakyvyn mittareita on useita, joista tavallisemmin käytössä lienevät RAVA-indeksi, Hilmo-luokitus, Vasa-mittari, Mini-Mental State Examination -testi (MMSE) ja geriatriinen depressioskaala (GDS). Lisäksi käytössä on mm. Joensuu-luokitus, FIM-toimintakykymittari, Monitor-hoitoisuusmittari ja siitä vanhusten tarpeisiin sovellettu Senior-Monitor-mittaristo. Hoitoisuuden määrittelyllä pyritään mahdollisimman tarkoituksenmukaisesti hoitoratkaisuihin. Hoitoisuusmittarit, esim. RAVA-indeksi, ovatkin olleet apuna kuntien SAS-kokouksissa (SAS = suunnittele, arvioi ja

sijoita). (Suominen 1986, Heikkinen ym. 1990, Törmä 1992, Vaarama 1992, Holma ja Virnes 1999, Lahtinen ym. 1999.)

#### RAVA-indeksi

RAVA-indeksi on Suomessa käytössä olevista hoitoisuutta määrittelevistä mittareista tunnetuin. Se on myös helposti hallittava ja käyttäjäystävällinen mittari. Helpoudellaan RAVA-indeksi motivoi työntekijöitä ottamaan mittarin käyttöönsä. RAVA-indeksi sisältää perusasiat toimintakyvystä. Indeksia on käytetty runsaasti Turun ja Raision seudulla. (Päivärinta 2000.) RAVA-indeksin (ent. Turku-indeksi) ovat kehittäneet Turun terveystieteiden lääkärit Tapio Rajala ja Eero Vaissi vuosina 1989–1990. Se määritellään laskemalla yhteen painotetut avun tarpeen arviot, arviointiasusteikko on 0–4. Mitä suurempi luku on, sitä enemmän arvioidaan vanhuksen tarvitsevan apua. Indeksillä on arvioitu kattavan 80 % vanhuksen avun tarpeesta ja loput tulisi selvittää sanallisesti. RAVA-indeksillä määritellään yksittäisen asiakkaan hoitoisuutta, mutta sitä voidaan myös käyttää hoitoyksiköiden vertailuun ja luokitteiluun sekä hoidon laadun ja kustannusten ja palvelurakennemuutosten seuraamiseen. Hoitoisuusluokkia on mittarilla kuusi, joille on asetettu sijoituspaikkasuositukset. (Holma ja Virnes 1999, Lahtinen ym. 1999.) RAVA-indeksi on ATK-pohjainen mittari, joka sisältää tietoa mm. vanhainkoti- ja pitkäaikaissairaala- ja jonottavien vanhusten fyysisestä toimintakyvystä, muistista ja psyyken häiriöistä. Indeksia muistuttaa EU:n projekteissa kehitetty Easy Care -mittari, joka painottaa RAVA-indeksiä enemmän sosiaalista selviytymistä ja on jonkin verran työlämpi. Easy Care -indeksi mitataan haastatteluin, kun taas RAVA-indeksin menetelmänä on kysely. (Peiponen ja Nikkilä 1998, Lahtinen ym. 1999, Markkanen ym. 1999.)

#### Hilmo-luokitus

Hilmo-luokitus on Stakesin ylläpitämä valtakunnallinen hoitoilmoitusjärjestelmä. Asiakkaiden hoitoisuutta arvioidaan Hilmo-luokituksessa viisiportaisella asteikolla. Asteikko luokittelee asiakkaan hoidon tarpeen eri asteisiin. Hoitoisuusluokkaan 1 kuuluvat lähes omatoimiset vanhukset, luokkaan 2 kuuluvat ajoittain hoidon tarpeessa olevat, seuraavaan luokkaan kuuluvat toistuvan hoidon tarpeessa olevat, luokkaan 4 lähes jatkuvan hoidon tarpeessa olevat ja luokkaan 5 ympärivuorokautisen hoidon tarpeessa olevat. (Henricson 1997, Holma ja Virnes 1999, Markkanen ym. 1999.)

#### Vasa-mittari

Vasa-mittari eli SAS-mittari on kauimmin käytössä ollut hoitoisuutta (hoidon raskautta) selvittävä mittari, joka kehiteltiin Ruotsissa 1960-luvulla. Mittari on edelleen hyödyllinen, ja sitä on Suomessa käytetty erityisesti Keski-Suomessa. Vasa-mittari on systemaattinen ja eniten hyödynnetty. (Päivärinta 2000.) Mittari pohjaa henkilöstön käsityksiin siitä, mikä lisää henkilökunnan hoitotyötä. Helsingin kaupungin selvityksessä (Peiponen ja Nikkilä 1998) hoidon raskaus jaettiin kolmeen eri osatekijään: henkilökunnan ajankäyttö, fyysinen rasitus ja psyykinen rasitus. Eri osatekijöiden pistemäärien summa osoittaa asiakkaan hoitoisuusluokan. Eri luokat ovat: a) itsenäisesti suoriutuva (0–4), b) osittain autettava (5–12), c) suurimmaksi osaksi autettava (13–21) ja d) täysin autettava. Peiposen ja Nikkilän (1998) selvitys osoittaa, että maksimaalisen raskashoitoinen potilas vaatii henkilökunnalta seitsenkerkaisen ajan päivässä verrattuna kevythoitoisempaan potilaaseen, ja että Vasamittarin korreloi varsin hyvin RAVA-mittariin. (Peiponen ja Nikkilä 1998, Holma ja Virnes 1999.)

#### Mini-Mental State Examination

Mini-Mental State Examination on dementian kognitiivinen seulontamenetelmä. Menetelmä mittaa aikaan ja paikkaan orientoitumista, muistia, tarkkaavaisuutta, nimeämistä, kirjoittamista ja hahmottamista. Seulontapisteraajat ovat 23–24, jonka

alle jääneiden epäillään sairastavan dementiaa. Tämä menetelmä on lyhyt noin 10–15 minuuttia aikaa vievä mittari. Kati Juva (1994) on väitöskirjassaan *Dementia in the city of Helsinki* käyttänyt jaottelua, jossa 0–11 pistettä merkitsee vaikeaa dementiaa, 12–17 merkitsee keskivaikeaa dementiaa ja 18–23 pistettä lievää dementiaa. On huomioitava, että MMSE:n tulokseen vaikuttavat monet taustatekijät, kuten sosiaaliluokka, koulutus ja ikä. (Peiponen ja Nikkilä 1998, Outinen ym. 1999, Juva 1994)

#### Geriatrinen depressioskaala

Menetelmä mittaa iäkkäiden ihmisten depressiota. Tämä menetelmä on mm. Helsingin sosiaali- ja terveystoimen vuosina 1997–1998 toteuttamassa hoitoisuusmittauksessa yhdistetty RAVA-indeksiin. Alkuperäisessä depressioskaalassa on 30 kysymystä. Tästä on kehitetty myöhemmin lyhyempi muoto, joka sisältää viisi kysymystä. Seulontainstrumentti ei kuitenkaan koskaan ole diagnosointiväline, joten niille joilla havaitaan olevan masentuneisuutta, tulisi tehdä myös kliininen tutkimus. (Peiponen ja Nikkilä 1998, Outinen ym. 1999.)

#### RUG- ja RAI-mittarit

Stakes on kokeillut Yhdysvalloissa kehitettyä RUG-mittaria (Resource Utilization Groups). Mittari arvioi toimintakyvyn vajauksista johtuvan hoitoisuuden ja tarvittavan hoidon työaikana, minuutteina. Työaika voidaan muuntaa kustannuksiksi. RUG-mittari on osa RAI-mittaria (Resident Assessment Instrument), jonka avulla voidaan seurata myös hoidon laatua ja tuloksellisuutta. RAI-mittari on Suomessa teollisesti eniten testattu hoitoisuusmittari. RAI-mittarin puolesta on argumentoitu vahvasti. RAI-mittari on laaja, ja siitä saatavaa tietomäärää on kuvattu erittäin runsaaksi. Stakesilla ja Chydenius-instituutilla on sopimus InterRAI:n kanssa RAI:n käytöstä Suomessa. Mittari on kuitenkin työläs ja Päivärinnan (2000) mukaan kunnissa pitäisi olla tätä mittaria sovellettaessa yksi henkilö kokopäiväisesti mittaria käyttämässä. (Outinen ym. 1999, Päivärinta 2000, Vähäkangas 2000.)

Vähäkankaan (2000) mukaan RAI:n käyttöönoton edellytyksenä on henkilökunnan koulutus. Mittarin raskauden vuoksi mittarin soveltaminen tällaisenaan ei ole kunnissa mahdollista. RAI:n lähtökohta on asiakaskeinen MDS (Minimum Data Set) -tietopohja, joka on RAI-järjestelmän perusta. RAI-osajärjestelmiä on useita. Keskeinen osa RAI-järjestelmää on RAPs (Resident Assessment Protocols), joka on 18-alueinen RAP-tarkastuslista ja tarkoitettu ensisijaisesti käytettäväksi asiakkaan hoitosuunnitelman rakentamiseen. RUG-osio perustuu 22 ryhmälle, jossa asiakkaat luokitellaan seitsemään kliiniseen pääryhmään, jotka puolestaan jakautuvat hierarkkisesti alaryhmiin. Ryhmät sisältävät tietyn painokertoimen ja ryhmittelyyn vaikuttavat myös asiakkaan saamat ADL-pisteet. Pisteet lasketaan neljästä ADL-toiminnosta. Alhaisin arvo 4 kuvaa omatoimista asiakasta. Korkein arvo 18 kuvaa puolestaan täysin autettavaa asiakasta. (Outinen ym. 1999, Päivärinta 2000, Vähäkangas 2000.)

Älyllisen toimintakyvyn mittari CPS (Cognitive Performance Scale) muodostuu pääosin MDS-lomakkeen kognitiivisen kyvyn osuudesta. Mittari mittaa asiakkaan kognition tasoa, joka jakautuu asteikolle 0–7. Arvon 6 saaneella henkilöllä on erittäin vaikea kognitiivinen häiriö ja arvon 0 saaneella henkilöllä ei ole kognitiivisia häiriöitä. CPS-skaalassa mitataan lyhytaikaista muistia, päätöksentekokykyä, kykyä tulla ymmärretyksi, tajunnan tilaa ja syömistä. Mittaria voidaan käyttää hoidon suunnittelussa ja oikean hoitopaikan määrittelyssä. (Vähäkangas 2000.)

### Eri mittaristojen antamat tulokset ja mittarisuositukset

Helsingin sosiaalivirasto selvitti vuonna 1998 (Peiponen ja Nikkilä 1998) hoitoisuusmittausta Turku-indeksin, Mini-Mental State Examinationin ja Geriatrisen depressioskaalan avulla. SAS-mittarin pistemäärän keskiarvo (>19) osoitti, että asiakasjoukko laitoshoidossa on ns. raskasta hoivaa tarvitsevia. Turku-indeksin mukaan keskiarvotasoksi saatiin 3.1, mikä osoittaa, että hoivakoti tai sairaalan hoivaosasto on valtaosalle sopivin hoitomuoto. Mini-Mental State Examination -testin mukainen keskiarvotulos osoitti asukkaiden sairastavan keskivaikeaa dementiaa ja olevan keskimäärin lähellä vaikean dementian rajaa. Geriatrisen depressioskaalan tulosten mukaan yli puolella asiakkaista oli viitteitä masennuksesta. Tulokset perustuivat keskiarvotuloksiin, joten tutkimusten tekijöiden mukaan niistä ei suoraan voida päätellä yhden yksikön asukkaiden keskimääräistä hoitoisuustasoa. (Peiponen & Nikkilä 1998.)

Helsingin vanhainkodeissa, joissa asukkaiden keski-ikä oli 82,2 vuotta, hoitoisuusaste oli SAS-pisteissä keskimäärin 16,4, jonka mukaan asukkaat tarvitsivat apua kaikissa päivittäisissä toiminnoissa, eivät kyenneet liikkumaan normaalisti ja olivat pidätyskyvyttömiä. Turku-indeksin mukainen keskiarvo oli asiakkailla 2,9 eli asukkaan sijoitussuosituksena oli hoivakoti tai vanhainkodin inva-osasto. Asukkaat olivat keskiraskaan dementian tasoa. (Peiponen ja Nikkilä 1998.)

Terveyskeskussairaalan pitkäaikaisosastoilla, jossa potilaiden keski-ikä oli 81,7 vuotta, SAS-mittarin tulos oli 25,4. Turku-indeksin mukaan potilaat oli sijoitettu oikeaan hoitopaikkaan. Potilaat olivat keskimäärin vaikeasti dementoituneita. Terveyskeskusten akuuttiosastoilla mittaus tehtiin vain niille, joille oltiin tehty päätös pitkäaikaisesta hoidosta. Heidän keski-ikänsä oli 78,1 vuotta ja keskimääräinen hoitoisuus oli SAS-mittarilla 19,6. Turku-indeksin mukaan heidän kohdalla tuli kyseeseen lähinnä sairaalatasoinen hoito. Asukkaat sairastivat keskimäärin keskivaikeaa dementiaa. (Peiponen ja Nikkilä 1998.)

Palveluasumisyksiköistä tutkimuksessa oli mukana dementiayksiköitä ja muita raskasta hoivaa tarjoavia yksiköitä, joten tuloksia ei voida soveltaa suoraan muihin palveluasumisyksikköihin. Keski-ikä tutkimukseen osallistuneiden palveluasumisyksiköiden asukkailla oli 81,8 vuotta ja SAS-mittarin pisteet olivat 9,34, Turku-indeksin pistemäärä oli 2,39 ja MMSE-pisteet olivat keskimäärin 19,08. (Peiponen ja Nikkilä 1998.)

Suurten kaupunkien terveysjohtajat käsittelivät vuonna 1997 kokouksissaan erilaisia toimintakyvyn mittareita. He päätyivät suosittelemaan kunnille seuraavia menettelyjä: 1) Sosiaali- ja terveydenhuollon vanhusten toimintakyvyn ja hoivan tarpeen arviointiin käytetään RAVA-indeksiä, 2) Kuntoutuksen ja akuutin sairauden hoidossa tapahtuvan toimintakyvyn muutoksen arviointiin käytetään FIM-toimintakykymittaria ja informaatiojärjestelmää ja 3) Dementian ja muistin arviointiin käytetään MMSE-testiä. (Lahtinen ym. 1999.)

Laajoista monenlaisiin hoitotilanteisiin soveltuvista mittareista tunnetuimpia ovat potilaan asiakirjojen analyysiin perustuva Phaneufin Nursing Audit, henkilöstön pätevyyttä arvioiva Slater Scale, prosessiajatteluun perustuvat Rush-Medicus Index ja Monitor sekä potilaan hoidon laadun arviointiin tarkoitettu Quapacs. Hoidon lopputulosta on mitattu mm. seuraavilla menetelmillä: Instrument of Health Statuksella, MAQSI:lla sekä lastenosastoille suunnitellulla SAVE-mittaristolla. Näitä on lähinnä sovellettu terveydenhuollon puolella.

## 5 TYÖRYHMÄN SUOSITUKSET, EHDOTUKSET JA KANNANOTOT

Työryhmä on päättänyt esittämään henkilöstömitoituksesta, henkilöstörakenteesta ja kelpoisuudesta sekä asuin- ja toimitiloista ja yksiköiden toimintavarustuksesta seuraavat suositukset:

### Henkilöstömitoitus

Henkilöstömitoitukseen <sup>7</sup> mukaan otettavalla hoitohenkilökunnalla tarkoitetaan tässä yhteydessä hoitoon osallistuvia, alan koulutuksen saaneita työntekijöitä <sup>8</sup>, jotka tekevät työtä asukkaiden kanssa yli 50 % työajastaan.

- 1) ***Vanhainkodeissa tulee olla vähintään 0,55–0,60 työntekijää asukasta kohden.***
- 2) ***Vanhainkotihoitoa korvaavissa tai täydentävissä tehostetuissa asumispalveluyksiköissä tulee olla vähintään 0,45–0,55 työntekijää asukasta kohden.***
- 3) ***Dementiahoitoon erikoistuneissa yksiköissä tulee olla vähintään 0,6 työntekijää asukasta kohden.***
- 4) ***Muuta henkilökuntaa <sup>9</sup> kohdissa 1–3 mainituissa yksiköissä tulee olla vähintään 0,10–0,15 työntekijää asukasta kohden (esim. hallinto, kiinteistöpalvelut ja tukipalvelut, kuten ruokahuolto, siivous <sup>10</sup> ja vaatehuolto).***

Edellä esitettyä henkilöstömitoitusta tulee korottaa vanhainkodeissa ja vanhainkotihoitoa korvaavissa tai täydentävissä tehostetuissa asumispalveluyksiköissä suhdeluvulla 0,1–0,2, jos hoidettavat asukkaat vaativat erityishoitoa, kuten vaikeasti dementoituneet, hoitoisuusmittausten perusteella paljon hoitoa vaativat henkilöt tai psykogeriatriset asukkaat. Samoin henkilökunnan koulutustausta ja muut tekijät, kuten ikärakenne sekä yksikön rakenteelliset puitteet voivat edellyttää henkilöstömäärän nostamista. Toimintayksikön ulkopuolisille tuottamia palveluja (esim. koti- ja ateriapalveluja) varten on varattava riittävät henkilöstöresurssit.

### Henkilöstörakenne ja kelpoisuudet sekä ammattitaidon ylläpito ja kehittäminen

- 1) ***Henkilökunnalla tulee olla sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön kelpoisuusasetuksen (804/92) mukainen kelpoisuus, nimenomaan sosiaali- tai terveysalan tutkinto sekä riittävä alan työkokemus.***

<sup>7</sup> Henkilöstömitoituksen laskentaperuste: Hoitoon osallistuvan henkilökunnan määrä suhteessa asukkaiden määrään osoittaa mitoitusta kuvaavan suhdeluvun. Esimerkiksi 6 työntekijää suhteessa 10 asukkaaseen antaa suhdeluvuksi 0,6 työntekijää asukasta kohden ( $6 : 10 = 0,6$ ).

<sup>8</sup> Esim. hoitajat (kuten sairaanhoitajat, perus- ja lähihoitajat ja mielenterveyshoitajat), kodinhoitajat, kuntahoitajat, fysioterapeutit, toimintaterapeutit sekä siirtymävaiheessa myös työpaikkakoulutetut hoitoapulaiset tai vastaavat.

<sup>9</sup> Muun henkilökunnan tarvemitoitusta määriteltäessä voidaan ottaa huomioon toimintayksiköiden kokovaihtelut esim. hoitopaikkojen määrän suhteen.

<sup>10</sup> Jokaisessa kunnassa ja toimintayksikössä siivoustyön edellyttämät henkilöstöresurssit tulisi ottaa huomioon henkilöstömitoitusta määriteltäessä, jotta siivoustyö ei heikennä asukkaiden hoidon toimintaedellytyksiä (ks. myös s.11).

**Oppisopimus-, täydennys- ja työpaikkakoulutuksella tulee turvata myös nyt alan kelpoisuutta vailla olevan henkilökunnan ammatillinen kehittyminen ja osaaminen.**

- 2) **Vanhustenhuollon toimintayksikön vastuuhenkilöllä tulee olla vähintään opistotasoinen sosiaali- tai terveydenhuollon tutkinto ja riittävä työkokemus alan tehtävissä.**
- 3) **Asiakkaiden hoito- ja palvelutarpeet edellyttävät vanhustyön ja siihen liittyvän hoidon moniammatillista osaamista. Erytystä huomiota tulee kiinnittää sosiaalialan ammatilliseen osaamiseen.**

**Kuntouttavan ja asukkaan toimintakykyä ylläpitävän työotteen tulee näkyä henkilöstöresursoinnissa.**

**Henkilökunnan mahdollisuuksista tarvittavaan työnohjaukseen on huolehdittava.**

**Kuntien tulisi ottaa yksityisten sosiaalipalveluyksiköiden henkilökuntaa mukaan omalle henkilöstölleen järjestämään koulutukseen ja kehittämistyöhön.**

- 4) **Asiakkaiden hoitoisuuden muutosta vastaamatonta henkilöstörakennetta tulee kehittää rakenteellisesti siten, että se tukee olemassa olevan henkilökunnan omaehtoista kouluttautumista alan kelpoisuudet täyttäviin tehtäviin (esim. hoitoapulaisen vakanssin muuttaminen hoitajan vakanssiksi). Vastaavasti alan tutkintoa tai koulutusta vailla olevan henkilökunnan vaihtuessa tulee muuttaa vakansseja siten, että saadaan palkatuksi ulkopuolelta alan kelpoisuudet täyttäviä henkilöitä.**

#### Asuin- ja toimitilat

Työryhmä suosittaa asuin- ja toimintatilojen mitoitusperusteiksi seuraavaa:

- 1) **Vanhainkodeissa yhden hengen asuinhuoneen tulee olla 16–23 neliometriä ja kahden hengen asuinhuoneen 20–28 neliometriä, kuitenkin niin että yhden asukkaan huoneen tulee olla vähintään 12–15 neliometriä ja kahden asukkaan huoneen 16–20 neliometriä.**
- 2) **Vanhainkotihoitoa korvaavissa tai täydentävissä tehostetuissa palveluasumisyksiköissä huonetilojen mitoitusperusteena on yksiöissä 35–40 neliometriä ja kaksioissa 50–55 neliometriä. Mitoitusperusteena yhden hengen huoneelle on 16–23 neliometriä ja kahden hengen huoneelle 20–28 neliometriä. Kuitenkin niin että yhden hengen asuinhuoneen minimikoko tulee olla vähintään 12–15 neliometriä ja kahden hengen asuinhuoneen 16–20 neliometriä.**
- 3) **Ryhmäasumisessa käytetään soveltaen edellä kohdassa 2 esitettyjä mitoitusperusteita, kuitenkin vähintään minimimitoitusterusteita noudattaen.**

Pääsääntönä tulee olla yhden hengen huoneet. Tilojen suunnittelussa ja toimintavarustuksen tasossa tulee ottaa huomioon asukkaiden palvelu- ja hoitotarpeet. Lisäksi yksikön yhteistilojen tulee olla toimintayksikön luonteen ja asukkaiden palvelutarpeet huomioonottavia. Erytystä huomiota tulee kiinnittää toimintayksikön sijoittumiseen lähiyhteisöön. Pihapiirin tulee olla liikuntaesteetön ja turvallinen.

Esteettisyys ja yleiset viihtyvyystekijät tulee ottaa huomioon toimintayksikön toiminnallista kokonaisuutta muodostettaessa.

#### Toimintavarustus

Toimintayksikkö tulee varustaa asukkaiden tarpeet sekä henkilökunnan työkyvyn ja jaksamisen huomioon ottavalla tavalla. Erityistä painoa tulee asettaa turvallisuustekijöihin unohtamatta viihtyvyyttä ja esteettistä näkökulmaa. Useissa tapauksissa toimintayksikön asianmukaiseen toimintavarustukseen kuuluu muun ohella erityisapuvälineistöä sekä asiakkaiden kuntoisuuden huomioon ottavaa inva-mitoitettua muuta varustusta.

#### Muut ehdotukset ja kannanotot

Työryhmä pitää erityisen tärkeänä monipuolisen ja kattavan hoitotarpeen arvioinnin ja hoitoisuusmittauksen kehittämistä ja käyttöönottoa kunnissa ja yksityisissä palveluyksiköissä.

Hoitoisuus- ja palvelutarvemäärittely on keskeinen pohja asiakaslähtöiselle palvelutuotannolle, asianmukaiselle resursoinnille ja suunnitelmalliselle vanhustenhuollon strategialle ja sen käytännön toimeenpanolle. Valtakunnallista määrittelyä ja selkeyttämistä edellyttävät mm. avo- ja laitoshoidon määrittelyproblematiikka. Erityisesti tarkastelua ja sopimista edellyttävät sosiaalihuoltolain mukaiset asumispalvelut ja niiden luokittelu- ja sisältömäärittelyt. Keskeinen vastuu valtakunnallisesta selvitys- ja määrittelytyöstä on sosiaali- ja terveysministeriöllä, Stakesilla ja Suomen Kuntaliitolla.

Erikseen tulisi selvittää ja ohjeistaa valtakunnallisesti sosiaalihuollon palvelujen lääkehuollon järjestäminen.

Työryhmä pitää erityisen tärkeänä ja kiireellisenä Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelmaan 2000–2003 (TATO) perustuvan Ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskevan laatusuosituksen (STM ja Suomen Kuntaliitto 2001) aktiivista toimeenpanoa siinä esitettyine konkreettisine toimenpideohjelmineen palvelujen resurssimitoitus mukaan lukien.

Etelä-Suomen lääninhallitus on tehnyt sosiaali- ja terveysministeriölle kesäkuussa 1999 kirjallisen aloitteen ympärivuorokautisen sosiaalipalvelutoiminnan määrittelyn, mitoituspusteiden sekä muiden seikkojen selvittämisestä ja ohjeistamisesta mm. lääninhallituksen kehittämis-, ohjaus- ja valvontatoiminnan tueksi. Myös Valtiontalouden tarkastusvirasto ehdottaa tuoreessa tarkastuskertomuksessaan (6/2000 Vanhustenhuollon rahoitus), että vanhustenhuollolle olisi määriteltävä yhteiset laatukriteerit ja laatuvaatimukset (tilat, henkilöstön määrä ja koulutustaso). Kriteerit loisivat myös tarkastusviraston mukaan pohjan lääninhallitusten tekemille arvioinneille, hallintokantelujen perusteella tehtävälle valvonnalle ja siten valtion ohjaukselle yleisesti.

Työryhmä painottaa valtakunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallintasuosituksen (STM ym. 1999) aktiivista ja oma-aloitteista toimeenpanoa kaikissa alan toimintayksiköissä.

Sosiaali- ja terveysministeriön Suomen Kuntaliiton kanssa yhteistyössä laatima Ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskeva laatusuositus (2001) on yksi keskeisimpiä lääninhallituksen informaatio-ohjauksen välineitä. Laatusuositus on tarkoitettu ensisijaisesti päättäjille ja johdolle kunnallisen vanhuspolitiikan suunnitteluun ja päätöksentekoon. Laaja-alaisuutensa vuoksi laatusuositus ei anna riittävän konkreettista perustaa lääninhallitukselle sen joutuessa käyttämään ns. kovia ohjaus- ja

valvontakeinoja hallintokantelujen ja yksityisten sosiaalipalvelujen lupapäätöksiä käsitellessään. Käytännössä lääninhallitus joutuu jatkossakin ohjaus-, lupa- ja valvontaviranomaisena arvioimaan ja tulkitsemaan yksittäistapauksittain, mitä vähimmäistaso perustuslain säätämänä oikeutena (PL 731/1999, 19 § 3 mom.) riittävään sosiaalipalveluun merkitsee, kuten esim. riittävä ja asianmukainen vanhainkoti- ja asumispalvelut. Yksittäistapauksittainen harkinta ja päätöksiin liittyvät muutoksenhakutiet ovat samalla johtamassa siihen, että tuomioistuimista muodostuu keskeinen sosiaali- ja terveyspalvelujen toimintapoliittinen linjaaja sekä vähimmäistason määrittäjä.

Yhdenvertainen, hyvälaatuinen sekä asiakkaan hoito- ja palvelutarpeet huomioon ottava toiminta vaatii samat yhteneväiset toimintaedellytyskriteerit (henkilöstömitoitus, toimitilat, toimintavarustus sekä muut vastaavat) riippumatta palveluntuottajaorganisaatiosta, rahoitusjärjestelmistä tai toimintayksikön sijainnista.

## LÄHDEAINEISTO

Ahonen, S. & Kiuru, S. (1989). Vanhainkoti elämysyhteisönä. Lapin korkeakoulun yhteiskuntatieteellisiä julkaisuja. B. Tutkimusraportteja ja selvityksiä. Rovaniemi: Lapin Maakuntapaino.

Ailasmaa, R. (2000). Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstö kuntasektorilla 1999. Tilastoraportti 10/2000. Stakes.

Alhava, E. Osteoporoosi – uusi kansantauti. Lääkäripäivät 1999, 3.–7.1.1999, Helsinki. Luentolyhennelmät. s. 297.

Aro, P. & Sivonen, S. (2000). Mittarit kuntoon. Mittaaminen ja mittarit ohjauksen sekä kehittämisen apuna. Vanhustyön Keskusliitto. Helsinki.

Asuntohallitus & Stakes & Raha-automaattiyhdistys (1993). Ryhmäkoti, dementoituneille vanhuksille ja muille erityisryhmille.

Aura S. & Horelli L. & Korpela K. (1997). Ympäristöpsykologian perusteet. Porvoo: WSOY - Kirjapainoyksikkö.

Autio, T. (1996). Palvelun laatu, hoidon laatu, elämän laatu... - ikääntyvien asiakkaiden kokemuksia sosiaali- ja terveydenhuollosta. I-osa. Hämeen lääninhallitus & Sosiaalikehitys Oy & Stakes. Hämeenlinna.

Byckling, L. (1994). Vanhusten näkökulma. Teoksessa Leena Byckling & Raija Tenkanen: Työn ja elämän sisällöt, ajatuksia vanhainkotityön kehittämisestä. Stakes, Raportteja 144. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy. s. 50–74.

Castren, M. (1999). Materiaalivalinnoilla turvallisempi vanhuus. Suomen Pelastusalan Keskusjärjestö. Vanhustyö 1/99, s. 17–20.

Elovainio, M. & Sinervo, T. (1994). Vanhainkotien kehittämisen seurantatutkimus. Stakes, Tutkimuksia 44:1994. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Espoon kaupunki (2000). Vanhustenhuollon asumispalvelujen laatuksiterit, v. 2000, uudet yksiköt. Espoon kaupunki: Sosiaali- ja terveystoimi, Sairaala- ja laitospalvelut.

Etelä-Suomen lääninhallitus. Sosiaalipalvelutilojen palo- ja henkilöturvallisuus (2000). Kirje PTK 84B, 7.11.2000. ESLH, Pelastusosasto, Kouvolan alueellinen palveluyksikkö.

Etelä-Suomen lääninhallitus (1999). Selvitys terveydenhuollon laadunhallinnasta 1999. Kanta-Häme ja Päijät-Häme.

Grönfors, M. (1982). Kvalitatiiviset kenttätutkimusmenetelmät. WSOY: Juva.

Hallituksen esitys Eduskunnalle laeiksi sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista sekä sosiaalihuoltolain muuttamisesta ja eräksi niihin liittyviksi laeiksi. HE 137/1999 vp.

Hallituksen esitys Eduskunnalle perustuslakien perusoikeussäännösten muuttamisesta. HE 309/1993 vp.

Hansebo, G. & Kihlgren, M. & Ljunggren, G. & Winblad, B. (1998). Staff views on the resident assessment instrument, RAI/MDS, in nursing homes, and the use of the cognitive performance scale, CPS, in different levels of care in Stockholm, Sweden. *J Adv Nurs* 28, s. 553–642.

Harisalo, R. (1999). Johdatus organisaatioteoriaan ja johtamiseen. Luento. Tampere: Tampereen yliopisto.

Hartikainen, O. & Perkka, A. (1983). Laitos työ- ja hoitoyhteisönä. Teoksessa Karjalainen & Hartikainen & Perkka & Eloniemi-Korhonen & Kyyrönen & Vuoripalo: Vanhus ja työntekijä laitoksessa. Suomen Kaupunkiliitto & Vanhustyön keskusliitto. Jyväskylä: Gummerus Oy.

Haverinen, R. (1996). Julkispalveluiden johtamisen haaste – lisää tilaa ja avoimuutta. Laatusanomaa, sosiaalihuollon laatuprojekti, *Stakes*, numero 2/1996, s. 23–27.

Heikkinen, E. & Heikkinen, R.-L. & Kauppinen, M. & Laukkanen, P. & Ruoppila, I. & Suutama, T. (1990). Iäkkäiden henkilöiden toimintakyky. Iki vihreät-projekti, Osa I. Sosiaali- ja terveysministeriö, suunnitteluosasto. Helsinki: Valtion painatuskeskus.

Helsingin kaupungin sosiaalivirasto. Sosiaalipalvelujen ja sosiaalityön kohde, merkitys ja vaikutukset. Arvioinnin kriteerit ja käytännöt. Vaikuttavuusprojektin 1. osaraportti (1990). Sosiaaliviraston julkaisusarja A3/1990.

Helsingin kaupungin sosiaalivirasto (1990). Valtakunnallinen vanhuspoliittinen pitkän aikavälin toimintaohjelmaprojekti. Helsingin I-vaiheen projektiraportti. Sosiaaliviraston julkaisusarja B 1/1990.

Helsingin kaupungin sosiaalivirasto, terveysvirasto (1999). Vanhusten laitoshoidon ja tehostetun palveluasumisen henkilöstömitoitus ja ammattirakenne. Sosiaaliviraston julkaisusarja B 3/1999, Helsingin kaupungin terveysviraston raportteja 1999:11.

Helsingin kaupunki (1996). Vanhusten palveluasuntojen suunnitteluopas: sosiaalivirasto, sosiaali- ja terveydenhuollon kiinteistöpalvelukeskus.

Henricson, U.-S. (1997). Palvelut kotiin. Sosiaaliviraston julkaisusarja A1/1997. Helsinki: Helsingin kaupungin sosiaalivirasto.

Holma, T. & Virnes, E. (1999). Laadunhallinta vanhusten kotihoidossa ja asumispalveluissa, toimintamalleja ja työvälineitä tueksi laatutyöhön. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.

Honkanen, R. & Komulainen, J. Sairaalahoidon johtaneet vanhusten vammat Suomessa vuonna 1980. *Soslaäk Aikak* 23: 392-400, 1986.

Hämeen lääninhallitus (1997). Terveystieteiden potilasasiakirjojen tietosuojat Hämeen läänissä 1996 (1997). Hämeen lääninhallituksen julkaisusarja 1997:3. Hämeenlinna.

Häggman-Laitila, A. & Kotilainen, H. (1996). Tämähkö on nyt sitten se paras ratkaisu? Uudentyyppiset ja perinteiset pitkäaikaishoidon tilat ja ympäristöt vertailussa. *Stakes, Raportteja* 202. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy.

Innolink Research Oy (2001). Sosiaalipalvelut-tutkimus. Yritykset ja järjestöt. Moniste. Kauppa- ja teollisuusministeriön ja Raha-automaattiyhdistyksen toimeksi antama kyselytutkimus. Tampere.

liskola, R. (1996). Vanhusten palveluasuminen. Sosiaaliviraston julkaisusarja B 4/1996. Helsinki: Helsingin kaupungin sosiaalivirasto.

liskola, R. (1998). Vanhusten tehostetun palveluasumisen käyttö Helsingissä. Asu-  
mispalvelutyöryhmän muistio. Sosiaaliviraston julkaisusarja C 4/1998. Helsingin  
kaupungin sosiaalivirasto.

liskola, R. Vanhuspalveluiden kehittämiskonsultti, Helsingin sosiaalivirasto. Esitelmä  
14.6.2000.

Isola, A. (2000). Laadun arviointi dementiatyössä. Luentotiivistelmä Optimaaliset  
henkilöstöresurssit sosiaali- ja terveydenhuollon dementiatyössä -seminaarista.

Isola, A. & Voutilainen, P. (1998). Vanhusten pitkäaikaishoidon ulkopuolinen tarkas-  
tus. Helsingin kaupungin terveystieteiden raportteja 1998:8. Helsinki: Helsingin kau-  
pungin terveystieteiden virasto.

Juva, K. (1994). Dementia in the city of Helsinki. Prevalence, prognosis and func-  
tional capacity of patients. Väitöskirja. Helsinki: Helsingin yliopisto.

Karjalainen, E. & Herala, M. & Levón, B.-V. & Kivelä, S.-L. (1996). Palvelutalojen tilat ja  
varustus sekä asukkaiden ja työntekijöiden tyytyväisyys niihin. Oulun yliopisto, kan-  
santerveystieteen ja yleislääketieteen laitos. Oulu: Oulun yliopistopaino.

Kirmanen, L. (2000). Lääninhallitus vanhuspalvelujen ohjaajana ajan hengessä.  
Lopputyö. Sosiaali- ja terveysjohtamisen täydennyskoulutusohjelma, PD I 1996-  
1999, Helsingin yliopisto, Aikuiskoulutuskeskus. Etelä-Suomen lääninhallitus.

Koskivirta, P. (2000). Kari Lehtola, Suomen tunnetuin onnettomuustutkija. Turvalli-  
suus 2/2000, s. 26–27.

Kurkinen, E. (2000). Dementiapotilaiden hoitopaikkojen nykyiset henkilöstöresurssit  
ja henkilöstöresurssien vaikutus hoidon laatuun – Suomen dementiahoitoyhdistyk-  
sen selvityksen tulokset. Suomen dementiahoitoyhdistys. Luentotiivistelmä Opti-  
maaliset henkilöstöresurssit sosiaali- ja terveydenhuollon dementiatyössä -  
seminaarissa.

Lahtinen, Y. & Rajala, T. & Paunio, P. & Liukko, M. (1999). Suurten kaupunkien RAVA -  
tutkimus: Vanhusten toimintakyky ja avun tarve. Suomen Kuntaliitto. Helsinki.

Laiho, U.-M. & Hurnasti, T. & Laiho, K. & Ojala, K. & Sundström, L. (1991). Vanhusten  
asumisen vaihtoehdot. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Leikas, J. & Salo, J. & Poramo, R. (1996). Turvahälytysjärjestelmä dementoituneen  
kotona asumisen tukena. Stakes, Raportteja 195. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino  
Oy.

Liukko, M. (1997). Erikoissairaanhoidon laatu kunnan näkökulmasta. Teoksessa Taru  
Mikkola & Maarit Outinen (toim.) Kohti ensi vuosituhatta. Näkymiä erikoissairaanhoidon  
laadunhallintaan. Stakes, Raportteja 205. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino  
Oy. s. 16–24.

- Luukinen, H. & Koski, K. & Hiltunen, L. & Kivelä, S.-L. (1994). Incidence rate of falls in an aged population in Northern Finland. *J Clin Epidemiol* 47, s. 843–850.
- Luukinen, H. & Viramo, P. & Koski, K. & Laippala, P. & Kivelä, S.-L. (1999). Head injuries and cognitive decline among older adults. A population based study. *Neurology* 52, s. 557–562.
- Lüthje, P. & Kataja, M. & Nurmi, I. & Santavirta, S. & Avikainen, V. (1995a). Four-year survival after hip fractures – an analysis in two health care regions. *Ann Chir Gyn* 84: 395–401.
- Markkanen, K. & Merasto, M. & Pokki, H. (1999). Huomispäivän huutolaiset? Päätökset tehdään tänään. Selvitys vanhustenhuollon tilanteesta. Tehy ry, sarja B: selvityksiä 1/1999. Tehy ry.
- Morfitt, J.M. (1983). Falls in older people at home: intrinsic versus environmental factors in causation. *Public Health* 97: 115–120.
- Nurmi, I. (2000). Yli 60-vuotiaiden kaatumistapaukset laitoshoidon aikana. Vaaratekijät, kustannukset ja selviytyminen. Helsingin yliopisto, yleislääketieteen ja perusterveydenhuollon laitos. Väitöskirjat 2:2000. Helsinki: Yliopistopaino. Verkkojulkaisu: [http://ethesis.helsinki.fi/lääketieteellinen\\_tiedekunta/kliininen\\_laitos/väitöskirjat](http://ethesis.helsinki.fi/lääketieteellinen_tiedekunta/kliininen_laitos/väitöskirjat)
- Outinen, M. & Lempinen, K. & Holma, T. & Haverinen, R. (1999). Seitsemän laatupolkua, vaihtoehtoja laadunhallintaan sosiaali- ja terveydenhuollossa. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.
- Partinen, M. (1993) Vanhusten unihäiriöt. Teoksessa Reijo Tilvis ja Leif Sourander (toim.) *Geriatría*. Helsinki: Duodecim. s.161–170.
- Peiponen, A. & Nikkilä, R. (1998). Hoitoisuusmittaus Helsingin sosiaali- ja terveystoimen vanhustenhoitolaitoksissa 1997–1998. Sosiaaliviraston julkaisusarja A4/1998. Helsinki: Helsingin kaupungin sosiaalivirasto.
- Perälä, M.-L. (1995). Potilaan hoidon laadun arviointi: laatumittarin (qualpac) validatio. Kuopion yliopisto, hoitotieteen laitos. Stakes. Jyväskylä: Kirjapaino Gummerus Oy.
- Perälä, M.-L. & Eerola, E.-L. & Räikkönen, O. & Koponen, L. & Kerppilä, S. (1995). Yhdessä uudistuen laadunhallintaan, Kuopion läänin hoitotyön laatuprojektin arviointi. Stakes, Raportteja 1995:183. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Pesola, K. & Karjalainen, E. (1999). Ryhmäkoti, koti fyysisesti huonokuntoisille vanhuksille. Fyysisesti huonokuntoisten vanhusten ryhmäasumisprojekti. Raportti projektin 1. vaiheesta. Vanhustyön keskusliitto. Ituja vanhustyöhön, Vanhustyön keskusliiton raportti nro 5/1999. Helsinki: Tyylipaino Oy.
- Porokuokka, P. (2001). Vanhustenhuollon hallinnollinen ja toiminnallinen järjestäminen Etelä-Suomessa. Etelä-Suomen lääninhallitus.
- Päivärinta, E. (1996). Palvelutalojen elämänlaatua etsimässä – palveluasuminen asukkaiden kuvaamana. Stakes, Raportteja 198. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.
- Päivärinta, E. 28.4.2000. Puhelinhaastattelu.

Raha-automaattiyhdistys (1998). Raha-automaattiyhdistyksen rakennuttamisohje.

Rakennushallitus (1992). Siivoustyön menetelmä- ja aikastandardit. Helsinki: Valtion painatuskeskus.

Rakennustietosäätiö (1994). Vanhusten palvelutalot ja -asunnot, RT-ohjekortti.

Rakennustietosäätiö (1990). Ohjeita rakenteellisen paloturvallisuuden määräysten soveltamisesta vanhojen hoito- ja huoltolaitosten peruskorjaukseen. Sisäasiainministeriö, kaavoitus- ja rakennusosasto, yleiskirje n:o 489/540/81,24.9.1981. Säännöstötiedosto, huhtikuu 1990.

Rokka, S. (1995). Vanhustenhuollon avo- ja laitoshoidon lausunnot. Sosiaali- ja terveysministeriö. Lausunto 14.11.1995.

Rokka, S. (2000). Mitä on laatu dementiahoidossa. Luentotiivistelmä Optimaaliset henkilöstöresurssit sosiaali- ja terveydenhuollon dementia-työssä -seminaarista.

Rostila, I. & Mäntysaari, M. (1996). Tapauskohtainen arviointi sosiaalityössä - menetelmän rajat ja mahdollisuudet. Janus: Teema 97.

Routio, R. (1991). Dementoituneiden vanhusten fyysisen ympäristön suunnittelusta. Teoksessa Liukkonen, A. & Vaarama, M. (toim.) Dementoituneiden vanhusten palvelujen kehittäminen. Sosiaali- ja terveyshallitus, Raportteja 32. Helsinki.

Rämö, J. (2000). Paloturvallisen vuoteen sijaaminen. Rakennustekniikka. 13.1.2000.

Sisäasiainministeriö (1998). Ohje sisusteiden paloturvallisuudesta. Ohje 4/01/98, pvm. 1.5.1998, Sarja A:56. Helsinki: Sisäasiainministeriö, pelastusosasto.

Sosiaalhallitus (1982a). Vanhustenhuollon kehittäminen. Yleiskirje nro A7/1982/hu. Helsinki: Valtion painatuskeskus.

Sosiaalhallitus (1982b). Vanhainkodin toimitilojen suunnittelu. Yleiskirje A8/1982/hu. Helsinki: Valtion painatuskeskus.

Sosiaalhallitus (1985a). Sosiaalihuoltolain mukaisten asumispalvelujen järjestäminen. Yleiskirje A5/1985/hu. Helsinki: Valtion painatuskeskus.

Sosiaalhallitus (1985b). Vanhainkotihoito sisällön kehittämistä sekä henkilömäärää ja rakennetta selvittäneen työryhmän muistio. Sosiaalhallituksen julkaisusarja 10/1985. Helsinki: Valtion painatuskeskus.

Sosiaalhallitus & lääkintöhallitus (1988). Kunnan vanhustenhuolto sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyönä. Sosiaalhallituksen opas 2/1988. Lääkintöhallituksen opassarja nro 3. Helsinki: Valtion painatuskeskus.

Sosiaalhallitus (1989). Tiivistelmä teoksesta Vanhusten palveluasunnot. Opas 1/1989.

Sosiaali- ja terveyshallitus (1991). Dementiaprojektin loppuraportti. Raportteja 32/1991. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy. s. 61–65.

Sosiaali- ja terveysministeriö (1985). Vanhainkotien tilamitoitustyöryhmän muistio. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistio 1985:31. Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö (1996). Vanhuspolitiikkaa vuoteen 2001. Suomen vanhuspolitiikan tavoite- ja strategiatoimikunta. Komiteamietintö 1996:1. Helsinki: Oy Edita Ab.

Sosiaali- ja terveysministeriö (1998a). Yksityisten sosiaalipalvelujen toimintaedellytyksiä pohtineen työryhmän muistio (SOSPA-työryhmä). Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 1998:17. Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö (1998b). Vuosiin elämää, YK:n ikäihmisten vuosi 1999. Vanhuspolitiikkaa vuoteen 2001, Suomen vanhuspoliittisen tavoite- ja strategiatoimikunnan mietintö. Sosiaali- ja terveyspalveluosasto. Julkaisuja 1998:1. Helsinki: Oy Edita Ab.

Sosiaali- ja terveysministeriö (1999). Valtioneuvoston päätös. Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma 2000-2003. Julkaisuja 1999: 16. Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö & Stakes & Suomen Kuntaliitto (1999). Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinta 2000-luvulle. Valtakunnallinen suositus. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Sosiaali- ja terveysministeriö (2001a). Sosiaalialan ammatinharjoittamistyöryhmän muistio. Työryhmämuistioita 2000:32. Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö (2001b). Sosiaali- ja terveydenhuollon työvoimatarpeen ennakointitoimikunnan mietintö. Komiteamietintö 2001:7. Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö (2001c). Turvallisuussuunnitteluopas sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksiköille. Oppaita 2001:2. Helsinki: Edita Oyj.

Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen Kuntaliitto (2001). Ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskeva laatusuositus. Oppaita 2001:4. Helsinki.

Stakes (1995). Laadunhallinta sosiaali- ja terveydenhuollossa. Valtakunnallinen suositus sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinnan järjestämisestä ja sisällöstä.

Stakes (2001a). SOSPA-rekisteri. Yksityisten sosiaalipalveluntuottajien rekisteri: Toimintayksiköiden hoito-, kuntoutus- ja kasvatustehtävissä olevan henkilökunnan koulutus. Toimintayksiköiden palvelut ja hoitopaikat. Toimintayksiköiden lista.

Stakes (2001b). SOTKA. Sosiaali- ja terveydenhuollon tilastotietokanta.

Strömberg, L. & Öhlen, G. & Svensson, O. (1997). Prospective payment systems and hip fracture treatment costs. *Acta Orthop Scand* 68: 6–12.

Sulkava, R. & Erkinjuntti, T. & Palo, J. (1989). Dementia, tutkimus ja hoito. Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen itsenäisyyden juhluvuoden 1967 rahasto. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Suomen Kuntaliitto (2000a). Asiakkaiden omien rahavarojen käsittely sosiaali- ja terveystoimessa. Yleiskirje 4/80/2000. Helsinki.

Suomen Kuntaliitto (2000b). Tapaus Hämeenlinna. Perusturva 4/2000, s.9-11.

Suomen pelastusalan keskusjärjestö (1999). Turvallista elämää seniorivuosiin - ohjelma käynnistyi. Tiedote 27.10.1999. (<http://www.spek.fi/spek8020.htm>)

Suomen psykologiliitto (1999). Psykologin ammattieettinen tietopaketti. Helsinki.

Suominen H (1986). Elintapojen merkitys iäkkään ihmisen toimintakykyisyydelle. Teoksessa Huttunen, J. & Jylhä, M. & Kivelä, S.-L. & Raijas, T. (toim.) Tutkimus ja kansanterveys 1986. Vanhenemisen ja vanhuuden tutkimus osa II. Suomen Akatemian julkaisuja 10/1986.

Tietoa perusoikeusuudistuksesta, <http://www.opas.vn.fi/>

Tietosuojavaltuutetun toimisto (2000). Asiakirjahallinto ja asiakkaan yksityisyyden suoja yksityisessä sosiaalihuollon yksikössä. Asiaa tietosuojasta nro 2/2000, 20.4.2000.

Tilastokeskus (1999). Väestörakenne 1998. Väestö 1999:5. Vantaa: Tummavuoren Kirjapaino Oy.

Tilastokeskus (2001a). Kunnallinen henkilökisteri: Vanhainkotien, vanhusten palvelutalojen ja terveyskeskusten koko- ja osa-aikainen henkilökunta kuntasektorilla (kunnittain) lokakuussa 1999.

Tilastokeskus (2001b). Kuntien ja kuntayhtymien vanhustenhuollossa toimiva henkilökunta (ammattiryhmittäin) lokakuussa 1999.

Tutkijatyöryhmä (Honkanen, Risto & Luukinen, Heikki & Lüthje, Peter & Nurmi, Ilona & Palvanen, Mika): Ikäihmisten kaatumiset ja niiden ehkäisy. Opas sosiaali- ja terveydenhuollon henkilökunnalle. Koti- ja vapaa-ajan tapaturmien ehkäisykampanja, lokakuu 1999. Verkkojulkaisu: [www.health.fi/kampanjat](http://www.health.fi/kampanjat)

Törmä, S. (1992). Menot, palvelut, vaikuttavuus. Sosiaalihuollon menot ja vanhusten palvelujen vaikuttavuus Hämeen läänissä. Sosiaali- ja terveyshallitus, Raportteja 73. Helsinki: Valtion painatuskeskus.

Vaarama, M. (1992). Vanhusten palvelujen tavoitteet ja todellisuus, katsaus vanhuseväestön elinoloihin, palvelutarpeisiin ja sosiaali- ja terveyspalveluihin. Sosiaali- ja terveyshallitus, Raportteja 48. Helsinki: Valtion painatuskeskus.

Vaarama, M. (1995). Vanhusten hoivapalvelujen tuloksellisuus hyvinvoinnin tuotantonäkökulmasta. Stakes. Tutkimuksia 55. Väitöskirja: Lapin yliopisto, yhteiskuntatieteiden tiedekunta. Jyväskylä: Kirjapaino Gummerus Oy.

Vaarama, M. & Lehto, J. (1996). Vanhuspalvelujen rakennemuutos 1988–1994. Teoksessa Viialainen, R. & Lehto, J. (toim.) Sosiaali- ja terveyspalvelujen rakennemuutos. Laitoshoidon vähentämisestä avopalvelujen kehittämiseen. Sosiaali- ja Terveysministeriö & Stakes. Raportteja 192. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy. s. 39–60.

Vaarama, M. & Arajärvi, E. & Kokko, S. & Kotilainen, H. & Noro, A. & Päivärinta, E. & Sinervo, T. & Topo, P. (1998). Katsaus vanhusten hoidon tilaan Suomessa. Stakes, Aiheita 1998:15. Helsinki.

Vaarama, M. & Kainulainen, S. & Perälä, M.-L. & Sinervo, T. (1999). Vanhusten laitoshoidon tila – Voimavarat, henkilöstön hyvinvointi ja hoidon laatu. Stakes, Aiheita 1999: 46.

Vaarama, M. & Hakkarainen, A. & Voutilainen, P. & Päivärinta, E. (2000). Vanhusten palvelut. Teoksessa Uusitalo, H & Parpo, A. & Hakkarainen A. (toim.) Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2000. Stakes. Raportteja 250. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Vaarama, M. & Luomahaara, J. & Peiponen, A. & Voutilainen, P. (2001). Koko kunta ikääntyneiden asialle. Näkökulmia ikääntyneiden itsenäisen selviytymisen sekä hoidon ja palvelun kehittämiseen. Stakes, Raportteja 259. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy.

Valtiontalouden tarkastusvirasto (2000). Vanhusten huollon rahoitus. Tarkastuskertomus 6/2000. Helsinki.

Valtiontilintarkastajain kertomus vuodelta 1999 (2000). Helsinki: Oy Edita Ab.

Voutilainen, P. (1996). Dementoituvien hoidon kehittämishaasteet Suomessa: Dementoituneiden tukipalvelujen kehittäminen -projektin väliraportti. Helsinki: Alzheimer-keskusliitto.

Voutilainen, P. & Muuronen, S. & Vaarama, M. & Isola, A. (2001). Vanhusten hoitotyön nykytila Helsingin kaupungin vanhainkodeissa. Toistaiseksi julkaisematon raportti.

Vuorela, T. (1992). Kunnallisten sosiaalipalvelujen arviointi, vaikuttavuuden arvioinnin mallit. Sosiaali- ja terveyshallitus, Raportteja 57. Helsinki: Valtion painatuskeskus.

Vähäkangas, P. (2000). Laadun mittaaminen dementiatyössä. Luentotiivistelmä Optimaaliset henkilöstöressurit sosiaali- ja terveydenhuollon dementiatyössä -seminaarissa.

Ympäristöministeriö (1996) Palveluasumistyöryhmän muistio.

## LAIT JA ASETUKSET

Asetus sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön kelpoisuusehdoista 804/1992  
Asetus terveydenhuollon ammattihenkilöistä 564/1994  
Henkilötietolaki 532/1999  
Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992  
Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2000  
Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 564/1994  
Laki vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista 380/1987  
Laki yksityisten sosiaalipalvelujen valvonnasta 603/1996  
Pelastustoimilaki 561/1999  
Rakennuslaki 370/1958  
Sosiaalihuoltolaki (SHL) 710/1982  
Sosiaalihuoltoasetus 607/1983  
Suomen hallitusmuoto 94/1919  
Suomen perustuslaki 731/1999  
HE 309/1993

## MUU KIRJALLISUUS

Aalto, V.-L. & Myllynpää, A. & Uotinen, S. (1998). Sosiaali- ja terveydenhuollon tietoteknologian hyödyntäminen. Osa II, Tietosuoja ja tietoturva. Sosiaali- ja terveysministeriö, työryhmämuistioita 1998:9. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Byckling, L. & Tenkanen, R. (1994). Työn ja elämän sisällöt. Ajatuksia vanhainkotityön kehittämisestä. Stakes, Raportteja 144. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Byckling, L. (1994a). Muutos vanhainkotityössä, vanhainkotien kehittämisprojektin loppuraportti. Stakes, Raportteja 146. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Dementia: A Positive View. (1994). A collection of articles by health professionals and carers. The Health Program Commonwealth, Department of Veterans' Affairs Canberra. Commonwealth of Australia.

Elovainio, M. & Sinervo, T. (1996). Työn piirteiden suhde työn koettuihin rasitustekijöihin vanhustenhuollon työntekijöillä. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti nro 33:257-264.

Gothoni, R. (1990). Vanhusten sosiaaliset verkostot ja sosiaalinen tuki- tutkimus kalliolaisten ja kiteeläisten vanhusten elämäntilanteesta, sosiaalisista verkostoista ja tuesta. Sosiaali- ja terveysministeriö, suunnitteluosasto. Julkaisuja 1990:2. Helsinki: Valtion painatuskeskus.

Heikkinen, R.-L. & Suutama, T. (toim.) (1991). Iäkkäiden henkilöiden toimintakyvyn ja terveyden arviointi. Ikkivihreät-projekti, Osa II. Sosiaali- ja terveysministeriön kehittämisosaston julkaisuja 1991:10. Helsinki: Valtion painatuskeskus.

Heino, T. (1991). Vertailu pitkäaikaissairaanhoidon osastojen soveltuvuudesta, Malmin sairaalan, Järvenpään ja Sipoon terveyskeskusten vuodeosastot. Tiivistelmä Helsingin yliopiston yleislääketieteen laitoksen Pro gradu -tutkielmasta. Sosiaali- ja terveyshallitus, Raportteja 18/1991. Helsinki: Valtion painatuskeskus.

Heinonen, I. & Kankaanpää-Walterman & Karhunen, M.-L. & Koivisto, R. & Sundback, K. (1993). Vanhusten asumisen A ja O. Raportti puutteellisesti asuvien vanhusten asuinoloista ja asuntojen korjausmahdollisuuksista Vaasan läänissä. Vaasa: Vaasan lääninhallitus.

Helsingin kaupungin sosiaalivirasto (1995). Sisältötyöryhmän raportti. Sosiaaliviraston julkaisusarja B 3/1995.

Hervonen, A. & Pohjolainen, P. (1983). Gerontologian perusteet. Tampere: Lääketieteellinen oppimateriaalikustantamo Oy.

Hervonen, A. (1998). Aivojen suojelu on viisasta vanhenemista. Gerontologia 3/1998. s. 147–153.

Holma, T. & Outinen, M. & Haverinen, R. (toim.) (1997). PIELA – kohti laatuajattelua. Sosiaali- ja terveydenhuollon pienten työyksiköiden ja yksin toimivien ammattihenkilöiden laadunhallinnan keinot. Suomen Kuntaliitto & Stakes. Helsinki.

Hurskainen, R. & Kuusisto, M.-L. & Strandman, A. (1998). Vanhustenhuollon palvelutuotannon ohjaus. Sosiaali- ja terveystalouden logistiikkamallin kehittämissuunnitelman loppuraportti. Länsi-Suomen lääninhallitus, julkaisusarja nro 4/1998. Turku.

Höysniemi, M. & Iiskola, R. (1997). Vanhusten palveluasumisen korjaus- ja toteuttamissuunnitelma vuosille 1998–2003. Sosiaaliviraston julkaisusarja B 2/1997. Helsingin kaupungin sosiaalivirasto.

Jokela, K. (1990). Vanhustenhuolto sairaanhoitopiirissä. Aluetason työmalli, työkirja. Tavoitteena toimiva vanhustenhuolto 5. Suomen Kaupunkiliitto & Sairaaliitto & Suomen Kunnallisiitto. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Jylhä, M. & Salonen, P. & Mäki, O. & Hervonen, A. (1996). 25 tunnin vuorokausi. Omaisten kokemuksia elämästä dementiapotilaan kanssa. Vanhus- ja lähimmäispalvelun liitto ry. Stakes, Raportteja 196. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Kalpa, H. & Kuusisto-Niemi, S. (1997). Jäsennellyn tiedon avulla palveluketjun hallintaan. Asiakas- ja potilasasiakirjaprojektin loppuraportti. Stakes 11/1997. Helsinki.

Kandelberg, K. & Karjalainen, T. (1994). "Kustannusaukko". Tutkimus kuuden kunnan vanhustenhuollon kustannusrakenteesta. Stakes, Tutkimuksia 169. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Kauppinen, S. (1998). Yksityiset sosiaalipalvelut 1997. Tilastoraportti. Stakes, tilastot ja rekisterit -yksikkö. Helsinki.

Kehittyvä ja laadukas hoitotyö Pohjois-Karjalassa 1992–1995, Pohjois-Karjalan lääninhallituksen hoitotyön asiantuntijaryhmän loppuraportti (1996). Joensuu: Pohjois-Karjalan lääninhallitus.

Ketola, M. (1991). Byrokraatti vai asiakkaan asianajaja, asiakaspalvelun ongelmat ja mahdollisuudet vanhusten asuntojen korjausavustusjärjestelmässä. Asuntohallitus, tutkimus- ja suunnitteluosasto, julkaisuja 5: 1991. Helsinki: Valtion painatuskeskus.

Kokkola, A. & Kotilainen, H. (toim.) (1997). Pieni on kaunista -projekti vuosina 1994–1996. Suomen Kuntaliitto & Stakes. Helsinki: Kuntatalon painatuskeskus.

Koskiahho, B. (1988). Yhteiskunnallistettu vanhuskysymys. Sosiaalihuollon julkaisuja 11/1988. Helsinki: VAPK Kampin VALTIMO.

Koskinen, S. & Ruikka, I. & Ruth, J. E. & Karjalainen, P. & Pilkama, A. (1983). Vanhuus ja vanhuksen tukeminen. Suomen Kaupunkiliitto & Suomen Kunnallisiitto & Vanhustyön keskusliitto. Jyväskylä: Gummerus Oy.

Koskinen, S. & Ahonen, S. & Jylhä, M. & Korhonen, A.-L. & Paunonen, M. (1992). Vanhustyö. Vanhustyön keskusliitto. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Koskinen, S. (1993). Sosiaalityö vanhusten parissa, Review-tutkimus gerontologisen sosiaalityön muotoutumisesta. Lapin yliopiston yhteiskuntatieteellisiä julkaisuja, B. Tutkimusraportteja ja selvityksiä 17. Rovaniemi: Lapin yliopisto.

Koskinen, S. & Aalto, L. & Hakonen, S. & Päivärinta, E. (1998). Vanhustyö. Vanhustyön keskusliitto. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Kukkonen, H. & Mieskonen, E. & Ristola, K. (1989). Asu kotona. Erityisryhmien vaatimusten kustannukset asuntotuotannossa. Sosiaalihuollon julkaisuja 10/1989. Helsinki: Valtion painatuskeskus.

Kunnan vanhustenhuolto sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyönä. Sosiaalihuollon opas 2/1988. Lääkintöhallituksen opassarja nro 3. Helsinki: Valtion painatuskeskus.

Laadunhallinta sosiaali- ja terveydenhuollossa (1996). Valtakunnallinen suositus sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinnan järjestämisestä ja sisällöstä. Stakes. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Laitoksesta koteja! Aatekilpailu, 20.9-21.12.1993. Arvostelupöytäkirja (1993). Y-säätiö & Arkkitehtiliitto & asuntohallitus & Helsingin kaupunki & Rakennusliitto & Stakes & Suomen Kuntaliitto.

Levón, B.-V. (1991). Asuinympäristö kaikille. Pohjoismainen kirjallisuusluettelo. Sosiaali- ja terveyshallitus, Raportteja 36/1991. Helsinki: Valtion painatuskeskus.

Levón, B.-V. (1992). Ikäihmisten arkiympäristö. Asuntohallitus, tutkimus- ja suunnitteluosasto, asuntotutkimuksia 6:1992. Helsinki: Valtion painatuskeskus.

Levón, B.-V. (1994). Asumismahdollisuuksia etsimässä. Teoksessa Bengt.-Vilhelm. Levón (toim.) Asumisen uudet mahdollisuudet. Stakes, Raportteja 139. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy. s.11–20.

Liukkonen, A. (1991). Dementoituneen vanhuksen hoidon opas. Sosiaali- ja terveyshallitus, Oppaita 7/1991. Helsinki: Valtion painatuskeskus.

Liukkonen, A. (1991). Dementoituneiden vanhusten palvelujen järjestäminen. Teoksessa Arja Liukkonen & Marja Vaarama (toim.) Dementoituneiden vanhusten palvelujen kehittäminen. Dementiaprojektin loppuraportti. Sosiaali- ja terveyshallitus, Raportteja 32/1991. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy. s. 17–19.

Mikkola, T. & Outinen, M. (toim.) (1997). Kohti ensi vuosituhatta. Näkymiä erikoissairaanhoidon laadunhallintaan. Stakes, Raportteja 205. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy.

Muhli, K. (1998). Laadusta ei tingitä. Suomen lähi- ja perushoitajien liitto ry:n lehti Super 5/98. s. 3.

Nores, T. H. (1994). The Elderly Care. University of Tampere, Department of nursing. Publications A 4/94. Tampere: Tampereen yliopisto.

Perusteet avo- ja laitoshoidon määrittelemiseksi. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen määräyskokoelma 1999:81. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus.

Pihlaja, R. (1991). Avohuollon ja laitoshuollon yhteistyö vanhustyössä. Työkirja. Suomen kaupunkiliitto, Sairaalaliitto & Suomen Kunnallisliitto. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Pohjois-Karjalan lääninhallitus (1996). Vanhustyön laadun kehittäminen Pohjois-Karjalan vanhustyössä.

Raassina, A. (1994). Vanhuspolitiikka, lähtökohdat tulevaisuudelle. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen julkaisuja 1994:6. Helsinki: Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus.

Ritamo, J. & Paasivuori, A. & Salminen, M. & Tolvanen, A. & Östergård, I. & Kahapää, A. & Valvanne, J. (1995). Vanhusten laitoshoidon sisältö ja laatu.

Rokka, S. (1998). Mitkä tekijät määrittelevät sosiaalihuoltolain 22–23 §:n mukaisia asumispalveluja? PAO/16.9.1998. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö.

Ruth, J.-E. & Heikkinen, E. (toim.) (1983). Vanhuus Suomessa. Espoo: Amer-yhtymä Oy Weilin+Göös kirjapaino.

Rämö, J. & Ylä-Sulkava, T. (1999). Sisusteiden paloturvallisuus. VTT. Espoo.

Salmela, T. (1997). Asiakaspalautteen haasteet. Menetelmiä ja esimerkkejä. Stakes, Oppaita 32. Gummerus Kirjapaino Oy.

Sarola, J.P. (1994). Asuinympäristön ja paikan merkitys vanhalle ihmiselle. Teoksessa Antti Uutela & Jan-Erik Ruth (toim.) Muuttuva vanhuus. Tampere: Tammer-Paino Oy. s. 116–129.

Sihvonen, A.-P. (1994). Suomalaisten toimintakykyiset elinvuodet, Metodien tarkastelu ja mittaaminen. Stakes, Raportteja 148. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Siitonen, T. (1997). Porstua kammarista palvelutaloon – ikäihmisten asuntoja ja asuttamista. Teoksessa Antti Karisto (toim.) Vanhuus kaupungissa. Miina Sillanpään syntymän 130-vuotisjuhlakirja. WSOY: Juva. S. 125–150.

Sinervo, T. & Elovainio, M. (1998). Työ ja hyvinvointi vanhuspalveluissa. Gerontologia 12:3–13.

Sinervo T. (2000). Work in care for the elderly. Stakes Research reports 2000:109.

Sosiaalihuolto (1986). Asumispalveluina järjestettävät vanhusten ja vammaisten asuntojen varustamis-, korjaus- ja muutostyöt. Yleiskirje A1/1986/hu. Helsinki: Valtion painatuskeskus.

Sosiaalihuolto (1989). Hyvään palveluasumiseen. Opas 1/1989. Helsinki: Valtion painatuskeskus.

Sosiaali- ja terveystieteiden peruspalvelujen arviointi vuonna 1998 (1999). Eripainos julkaisusta Peruspalvelut Etelä-Suomen läänissä vuonna 1998. Etelä-Suomen lääninhallituksen julkaisuja 22. Hämeenlinna: Etelä-Suomen lääninhallitus.

Suomen Kaupunkiliitto & Sairaalliliitto & Suomen Kunnallisiitto (1991). Vanhusten asumisen vaihtoehdot. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Suomen Kuntaliitto & Tietosuojavaltuutetun toimisto (1996). Tietosuojan toteuttaminen kunnassa. Osa II, Henkilörekisterilain säännösten soveltamisesta kunnissa. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.

Suutama, T. & Salminen, K. & Ruoppila, I. (1988). Iäkkäiden elinolosuhteet sekä psyykkinen ja sosiaalinen toimintakyky, osa 2. Fyysinen ja sosiaalinen toimintakyky. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja M:63. Helsinki: Kansaneläkelaitos.

Tapaturmatilanne ja turvallisuuskulttuuri, koti- ja vapaa-ajan tapaturmien ehkäisyn tavoitteet. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö. Julkaisu 2000:6. Helsinki: Oy Edita Ab.

Thorslund, M. (red.) (1992). Fler vårdbehövande, familjens roll och samhällets ansvar. Social- och hälsovårdsministeriet. Helsingfors: Statens tryckericentral.

Uusitalo, H. & Parpo, A. & Hakkarainen, A. (toim.) (2000). Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2000. Stakes, Raportteja 250.

Uutela, A. & Ruth, J.-E. (toim.) (1994). Muuttuva vanhuus. Gaudeamus. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Vaarama, M. (1992). Vanhusten palvelujen tavoitteet ja todellisuus, katsaus vanhusväestön elinoloihin, palvelutarpeisiin ja sosiaali- ja terveystalouteen. Sosiaali- ja terveyshallitus, Raportteja 48. Helsinki: Valtion painatuskeskus.

Vaarama, M. & Hurskainen, R. (1993). Vanhuspolitiikan tulevaisuuskuva ja kehittämissuunnitelmat. Stakes, Raportteja 95. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Vaarama, M. & Hurskainen, R. (1993). Hyvään vanhuuteen 1990- ja 2000-luvulla. Toimintaohjelma kuntien vanhuspolitiikan kehittämiseen ja strategiseen suunnitteluun. Stakes, Raportteja 92. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Vaarama, M. & Noro, A. (1997). Vanhusten sosiaali- ja terveystaloutta. Teoksessa Hannu Uusitalo & Mikko Staff (toim.) Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 1997. Stakes, Raportteja 214. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy. s. 93–104.

Vammaisten ja vanhusten asumisen parantaminen (1989). Työryhmäraportti 2/1989. Ympäristöministeriö, kaavoitus- ja rakennusosasto. Helsinki: Valtion painatuskeskus.

Vanhuksen hyvä hoito (1991). SPRI ja Sairaanhoidtajien koulutussäätiö. Helsinki.

Vanhus ja työntekijä laitoksessa (1983). Suomen Kaupunkiliitto & Suomen Kunnallislitto & Vanhustyön keskusliitto. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Vanhuspoliittinen katsaus (1986). Vanhusten elinoloja ja vanhuspolitiikan ajankohtaisia haasteita kartoittava raportti. Sosiaali- ja terveysministeriö, suunnittelusihteeristö. Helsinki.

Viljaranta, L. (1991). Vanhainkotielämä yksilölliseksi, työntekijät arjen vaihtoehtoja etsimässä. Sosiaaliturvan Keskusliitto. Forssan Kirjapaino.

Voutilainen, P. & Nikkonen, M. & Merjola-Partanen, T. (toim.) (1994). Kissa ja kiikkutuoli?? Näkökulmia vanhusten hoitotyön kehittämiseen. Stakes, Raportteja 160. Jyväskylä: Kirjapaino Gummerus Oy.

Vuorela, T. (1991). Sosiaalihuollon vaikuttavuuden arvioinnin mallit. Sosiaali- ja terveyshallitus. Tutkimuksia 6/1991. Helsinki: Valtion painatuskeskus.

Yksityisten sosiaali- ja terveystaloutta valvonnan ja laadun arvioinnin kehittämissuunnitelma - sosteri (1996). Hämeenlinna: Hämeen lääninhallitus.

Åkerblom, S. (1991). Tilat toimiviksi vanhustenhuollossa. Sosiaali- ja terveyshallitus, raportteja 33/1991. Helsinki: Valtion painatuskeskus.