



Pirkanmaan hyvinvointialueen aluehallitukselle

Lausunto Pirkanmaan hyvinvointialueen Ikäihmisten palvelujen kehittämisohjelmasta (IKI2035)

Ikääntymisen ja hoivan tutkimuksen huippuyksiköltämme ei Pirkan ulkopuolisena toimijana ole pyydetty lausuntoa Pirkanmaan hyvinvointialueen ikäihmisten palvelujen kehittämisohjelmasta (IKI2023). Koska ohjelma on valtakunnallisestikin tärkeä ja sijoittuu omalle tutkimusalueellemme, haluamme kuitenkin esittää siitä alla olevat kommentit. Toivomme niiden olevan hyödyksi ohjelman jatkovalmistelussa.

Huomiomme pohjautuvat oman huippuyksikkömme sekä muiden suomalaisten ja kansainvälisten tutkimusten antamaan tietoon ikäihmisten terveydestä, toimintakyvystä, hoidon tarpeesta, palvelujärjestelmästä ja näiden kehityksestä, sekä palveluja koskevaan Suomen lainsäädäntöön.

Lainsäädännöllisen pohjan palvelujen järjestämiselle tarjoavat ennen kaikkea Perustuslain 14 § ("Jokaisella, joka ei kykene hankkimaan ihmisarvoisen elämän edellyttämää turvaa, on oikeus välttämättömään toimeentuloon ja huolenpitoon"), Vanhuspalvelulain 13 § 1 mom. ("Hyvinvointialueen on järjestettävä iäkkäälle henkilölle laadukkaita sosiaali- ja terveystalvueluja, jotka ovat hänen tarpeisiinsa nähden oikea-aikaisia ja riittäviä") sekä Sosiaalihuoltolaki.

Palvelujen tarpeen kehitys

Kehittämisohjelma keskittyy 80-vuotiaisiin ja sitä vanhempiin. Tämä on perusteltua sikäli, että tässä iässä hoidon tarve alkaa huomattavasti kasvaa. Toisaalta hoidon tarvetta, monisairastavuutta ja muistisairautta esiintyy nuoremmillakin, joten vain 80+-ikäryhmälle arvioitu hoidon tarve on välttämättä aliarvio. Valtakunnallisissa suunnitelmissa palvelujen peittävyys arvioidaan 75-vuotialle ja sitä vanhemmille sekä 85-vuotiaille ja sitä vanhemmille, joten Pirkan suunnitelman vertailu näihin tulee vaikeaksi.

Suomalaisten eliniän odote on kasvanut nopeasti liki 200 vuoden ajan ja erityisesti 1900-luvun alusta alkaen. Palveluiden tarpeen kannalta olennaista on muutama vuosikymmen sitten alkanut jo vanhuusiän saavuttaneiden ihmisten elinajan odotteen nousu, siis vanhuuden piteneminen ja hyvin vanhojen ihmisten määrän kasvu. Kuten ohjelmaluonnoksessa todetaan, tulevana vuosina 65–79-vuotiaiden määrä alueella

kasvaa hyvin vähän, kun taas yli 80-vuotiaiden määrän ennustetaan kasvavan 48–49 % vuosien 2022 ja 2030 välillä. Vuoteen 2035 mennessä ikäryhmän koko kasvaa noin 70 prosentilla.

Viime vuosina ainakin alle 80-vuotiaiden toimintakyky on parantunut, mutta monisairastavuus on lisääntynyt. Ihmiset elävät pidempään sairauksiensa kanssa. Pitkään elävien ihmisten elämän viimeisiin vuosiin kuuluu usein huonon terveyden vaihe. Yleisimpiä ikäihmisten sairauksia ovat sydän- ja verisuonisairaudet, nivelrikko, muistisairaus, masentuneisuus, diabetes ja syöpä. Erittäin harva 80-vuotias on ilman sairausdiagnoosia, keskimäärin niitä on ainakin neljä. Monisairastavuuden vaikutus toimintakykyyn ja hoidon tarpeeseen on suuri.

Tärkein hoidon tarvetta aiheuttava sairaus on muistisairaus, oikeammin muistisairaudet, joista yleisin on Alzheimerin tauti. Se on elimellinen rappeuttava aivosairaus, joka aiheuttaa ensin kognitiivisten eli tiedonkäsittelyyn liittyvien toimintojen vaikeuksia ja johtaa edetessään elimistön toimintojen yleiseen heikkenemiseen ja kuolemaan. Muistisairaus on suomalaisten kolmanneksi yleisin kuolinsyy. Varhaisvaiheen muistisairas kykenee asumaan omassa asunnossaan yksinkin, toimimaan yhteisössään ja elämään hyvää elämää vähitellen lisääntyvän avun turvin. Sairauden edetessä kyky ympäristön ja ajan hahmottamiseen heikkenee ja oman toiminnan ohjaus vaikeutuu. Tuttu ympäristö muuttuu vieraaksi ja kyky arkisiin perustoimintoihin heikkenee. Tähän liittyy usein voimakas ahdistuneisuus ja masentuneisuus. Vähitellen sairastunut on kaikissa perustoiminnoissaan, WC-toiminnoissa, puhtaudessa ja syömisessä ja ympäristönsä ymmärtämisessä toisen ihmisen avun varassa. Tavallista on vuorokausirytmien häiriytyminen. Sairauteen kuuluu usein myös käytöshäiriöitä, impulsiivisuutta ja jopa itseä tai muita vahingoittavaa käytöstä.

Muistisairaus lisääntyy voimakkaasti iän myötä. Yli 70-vuotiailla sen ainoa riskitekijä on lisääntyvä ikä. 80–84-vuotiailla yleisyys on noin 15 %, mutta sataa vuotta lähestyvillä 40–50 %. Sairauteen ei ole parantavaa hoitoa tai ehkäisykeinoja, eikä niitä ole lähivuosina odotettavissa.

Hoidon tilanne Pirkanmaalla

Tutkimustietoa siitä, missä määrin hoidon saatavuus vastaa tarpeeseen, on Pirkanmaalla huonosti saatavilla muualta kuin Tampereelta, vaikka yli puolet ikäryhmästä asuu muualla. On kuitenkin arvioitavissa, että perustilanne on eri kunnissa samansuuntainen. Tampereen osalta tiedetään, että ympärivuorokautisen hoidon ja kotihoidon saatavuus ei vastaa tarvetta. Hoivaköyhyys, siis tilanne, jossa hoitoa tarvitaan mutta ei saada, on yleistynyt.

Kotihoidon niukkuuden vuoksi se on yhä enemmän keskittynyt muistisairaille. Yli 90-vuotiailla, joita huomattava osa hoitoa saavista on, ainakin 4–5:llä kymmenestä kotihoitoa saavasta on muistisairaus, säännöllistä kotihoitoa saavista vielä useammalla. Kotonaan asuu monia, joille useakaan kotihoidon pikainen käynti päivässä ei riitä vaan he tarvitsisivat ympärivuorokautista hoitoa.

Ympärivuorokautisessa hoidossa ainakin 7–8:lla kymmenestä on muistisairaus. Useat muutkin sairaudet yhdessä väistämättömän biologisen vanhenemisprosessin kanssa aiheuttavat ympärivuorokautisen hoidon tarvetta. Tervaskannot 90+ -tutkimuksen tulosten mukaan kotona, joko kotihoidon turvin tai ilman sitä, asuvista yli 90-vuotiaista 7 kymmenestä on tyytyväinen asumistilanteeseensa, kaksi kymmenestä tarvitsisi

enemmän apua voidakseen asua kotona ja joka kymmenes tarvitsisi ympärivuorokautisen hoitopaikan. Voi siis arvioida, että Tampereella on ainakin 150 pelkästään yli 90-vuotiaita kotona asuvia, jotka tarvitsisivat ympärivuorokautista hoitoa. Tarvetta on nuoremmillakin. Ikäihmisten, omaisten ja hoitajien kokemukset muilta paikkakunnilta ovat samansuuntaisia.

Hoidon tarpeen arviointi ja ennakointi IKI2035 -ohjelmaluonnoksessa

IKI 2035 -ohjelmaluonnos ei arvioi eikä ennakoiki ikääntyneen väestön terveyden kehitystä eikä sitä, missä määrin nykyiset ja suunnitellut palvelut vastaavat tarpeeseen. Tällainen arvio antaisi hyvän perustan tulevan ohjelman suunnittelulle. Nykyisen luonnoksen laskelmat perustuvat pelkästään väestöennusteeseen ja kuluihin. Tätä voi ihmetellä, sillä Vanhuspalvelulain 5 § edellyttää, että hyvinvointialueen on "arvioitava ikääntyneen väestön hyvinvoinnin tilaa, ikääntyneelle väestölle tarjolla olevien palvelujen riittävyttä ja laatua sekä ikääntyneen väestön palveluntarpeeseen vaikuttavia tekijöitä". Voi epäillä, täyttääkö ohjelmaluonnos tältä osin lain vaatimukset.

"Painopisteen siirtäminen kevyempiin asumispalveluihin" – palvelujen saatavuutta koskevat ehdotukset

IKI2035 ehdottaa, että vuoteen 2030 mennessä yli 80-vuotiaiden ympärivuorokautisen palveluasumisen kattavuutta vähennettäisiin palvelujen nykyiseen peittävyYTEEN verrattuna 1107 asuinpaikalla, lisäksi vähennettäisiin 415 laitospaikkaa ja 3182 säännöllisen kotihoidon asiakasta. Yhteisöllisen asumisen ja perhehoidon yhteiskattavuutta lisättäisiin 738 paikalla ja omaishoitajien määrä kasvaisi 302:lla. Ympärivuorokautisen palveluasumisen ja laitoshoidon yhteenlaskettu kattavuus on tarkoitus laskea 11,3 %:sta 8,0 %:iin ja säännöllisen kotihoidon kattavuus 21,2 %:sta 14,3 %:iin. Absoluuttisestikin on vuoden 2023 tasosta tarkoitus vähentää 209 kotihoidon asiakasta ja 43 ympärivuorokautisen palveluasumisen/laitoshoidon paikkaa. Tämä siis samaan aikaan, kun kyseinen ikäryhmä ja sen myötä hoidontarpeet kasvavat erittäin nopeasti. (Samalla kuitenkin tarkoitus on jonkin verran lisätä muiden kuin tämän ikäryhmän, ilmeisesti siis nuorempien, ympärivuorokautisen hoidon paikkoja. Ohjelma ei kerro, mikä palvelujen tarvitsijaryhmä on kyseessä.)

Laitoksessa, siis sairaalan vuodeosastolla tai perinteisessä vanhainkodissa, asuminen on nykyisinkin koko maassa vähäistä, vaikka Tampereella Koukkuniemen takia vähän maan keskiarvoa yleisempää. Vanhuspalvelulain 14a§ säättää, että asuminen tällaisissa laitoksissa lakkaa. Tämä edellyttää, että monisairaidenkin tarvitsema hoito ja huolenpito voidaan antaa ympärivuorokautisessa palveluasumisessa. Laitosasumisen poistuminen siis lisää ympärivuorokautisen palveluasumisen tarvetta ja siellä annettavan hoidon vaativuutta. Kokonaan laitoshoidon ei ikäihmisiltä poistu vaan heidän on muiden ikäryhmien tavoin saatava sairaalahoitoa, kun heidän terveydentilansa sitä edellyttää.

Laitosasumisen lakkauttaminen ja ympärivuorokautisen palveluasumisen suunniteltu vähentäminen merkitsevät vuoteen 2030 mennessä yhteensä yli 1500 paikan saatavuuden vähenemistä ympärivuorokautisessa hoidossa. Kotihoidon vähentämissuunnitelma taas merkitsee täyskäännöstä Suomessa yleisesti hyväksytystä politiikasta, jossa kotihoitoa on pidetty ikääntyvien palvelujen selkärankana ja ymmärretty, että mitä enemmän ympärivuorokautista hoitoa halutaan välttää, sen runsaampaa ja parempaa tulee kotihoidon olla. Ohjelmassa kotihoidon vähentämistä ei

perustella sanallakaan. Käsitteemme on, että vähentämisen seuraukset tulevat olemaan merkittävät.

Vaikka optimistiset arviot omaishoidon ja yhteisöllisen asumisen lisäämisestä toteutuisivat, suunnitelmassa on jättää vuoteen 2030 mennessä kokonaan vaille palveluja 3664 sellaista yli 80-vuotiasta henkilöä, jotka nykytilanteessa saisivat hoitoa. Koska yhteisöllinen hoito ei vastaa suureen palvelutarpeeseen eikä ole tiedossa, missä määrin omaishoitoa voidaan lisätä, palveluja vaille jääviä on luultavasti enemmän. Kehittämishojelman ydin näyttää olevan palvelujen saatavuuden raju heikentäminen. Ikäihmisten määrää sekä terveyden ja hoidontarpeen kehitystä koskevan tiedon valossa suunnitelma vaikuttaa mahdottomalta.

Yhteisöllinen asuminen ei voi korvata ympärivuorokautista palveluasumista

IKI2030 haluaa keventää asumispalveluja siten, että ympärivuorokautisen hoidon vähentämistä jossakin määrin korvattaisiin yhteisölliseksi sanotulla asumisella. Asumisen käsitteitä selventävässä liitteessä kerrotaan lakitekstiä mukaillen, että ”yhteisöllisellä asumisella tarkoitetaan hyvinvointialueen järjestämää asumista esteettömässä ja turvallisessa asumisyksikössä, jossa henkilön hallinnassa on hänen tarpeitaan vastaava asunto ja jossa asukkaille on tarjolla sosiaalista kanssakäymistä edistävää toimintaa, että asiakkaiden yksilöllisen tarpeen mukaiset muut sosiaalipalvelut järjestetään erikseen esimerkiksi tukipalveluina, kotihoitona tai muina kotiin annettavina palveluina, että yhteisöllistä asumista järjestetään henkilölle, joka tarvitsee sitä sillä perusteella, että hänen toimintakykynsä on alentunut ja hoidon ja huolenpidon tarpeensa kohonnut korkean iän, sairauden, vamman tai muun vastaavaan syyn vuoksi, ja että asiakkaalla on säännöllinen ja päivittäinen avun ja tuen tarve, mutta avun ja tuen tarve yöaikaan on pääsääntöisesti vähäistä.”

Hyvinvointialueen talouden kannalta tärkein myönteinen seikka yhteisöllisessä asumisessa lienee, että sitä ei henkilöstömitoitutus koske.

Ero ympärivuorokautiseen palveluasumiseen on suuri. Toisin kuin yhteisöllisessä asumisessa, ympärivuorokautisessa palveluasumisessa asuminen ja palvelut muodostavat kokonaisuuden, henkilöstö on paikalla ympärivuorokautisesti, palveluun kuuluvat mm. ateriat, vaatehuolto, siivous, toimintakykyä ylläpitävä toiminta sekä osallisuutta ja sosiaalista kanssakäymistä edistävä toiminta. Terveystuon peruspalvelut ja lääkinällinen kuntoutus kuuluvat kokonaisuuteen. Yhteisöllisessä asumisessa ateriat, siivous ja vaatehuolto ovat erikseen ostettavia tukipalveluita. Vaikka Pirkanmaalla ilmeisesti pyritään jonkinlaiseen hybridimalliin, jossa yhteisöllisen asumisen palvelujen tuottajille annetaan kotihoitoon vaikeasti soveltuvia veloitteita, tärkein ongelma on selvä: yhteisöllisessä asumisessa hoitajat eivät ole koko aikaa paikalla.

Muistisairaiden ympärivuorokautinen palveluasuminen järjestetään usein ryhmäkotimuotoisena, jolloin asukkaiden omat yksityiset huoneet ovat yhteisten tilojen välittömässä yhteydessä, mikä tuo sekä turvallisuutta että sosiaalista yhteisyyttä. Nyt suunniteltu yhteisöllinen asuminen ei sovellu edennyttä muistisairautta sairastavan asuinpaikaksi. Yhteisöllisen asumisen perusehto, että yöaikaisen avun ja tuen tarpeen tulisi olla vähäinen, ei täyty. Fyysisen ja käytännöllisen, usein ennakoimattoman avuntarpeen, orientaatiovaikeuksien, käytösongelmien ja mahdollisesti yölläkin yllättäen ilmaantuvan lääkitystarpeen vuoksi muistisairas voi turvallisuuden ja hengen vaarantumatta asua vain paikassa, jossa hoitaja on läsnä ympäri vuorokauden. Ajoittain käyvä tai erillisellä kutsulla saapuva kotihoito ei tätä tarvetta täytä. Kun

ympäri vuorokautisen palveluasumisen asukkaat nytkin ovat monisairaita ja laitoshoidon lopettaminen tuo huolehdittaviksi lisää vaikeasti sairaita ihmisiä, on myös säännöllinen lääketieteellinen seuranta ja hoito välttämätöntä, eikä sitä voida kattaa kotihoidolla eikä kotisairaalalla. Joissakin keskusteluissa esitetty ryhmämuotoinen yhteisöllinen asuminen on tämän ryhmän kohdalla mahdotonta, kun hoitaja ei ole läsnä ympäri vuorokauden; ilman sitä asukkaat voivat olla vaaraksi itselleen ja toisilleen. Näin vaikeasti sairaiden ihmisten kesken ei myöskään synny yhteisöllisyyttä, ellei hoitaja ole sitä luomassa. Parempikuntoisille yksinäisyydestä ja turvattomuudesta kärsiville ikäihmisille yhteisöllinen asuminen voi olla hyvin sopiva asumistapa tavallisessa asunnossa asumisen sijaan. Mutta kun nykyisinkään palvelujen piiriin ei pääse tällaisin perustein, on vaikea ajatella, että niihin pääsisi palvelujen saatavuuden kiristämisen jälkeenkään. Yhteisöllinen asuminen ei voi korvata ympärivuorokautista palveluasumista, koska se ei vastaa samaan palvelutarpeeseen.

Omaishoito

Omaishoidosta ohjelmassa puhutaan ihmeteltävän vähän. Sen määrää suunnitellaan kasvatettavaksi. Ei ole tiedossa, missä määrin tämä on realistista, kun hoidettavien iän noustessa mahdolliset puoliso hoitajatkin ovat yhä vanhempia, ja lasten omaishoitajuus on ristiriidassa työllisyyden lisäämisen ja työurien pidentämisyrittämisen kanssa.

Parempi tuesta tiedottaminen, vapaiden tukeminen lyhytaikaishoidolla ja päivätoiminta ovat kannatettavia. Tärkeintä olisi kuitenkin omaishoitajan tuen ja avun lisääminen, niiden kokoaminen yhteen saatavaksi yhdestä paikasta ja käytäntöjen yksinkertaistaminen. Nykyisellään omaishoitaja joutuu kohtuuttomasti asioimaan useiden toistensa toimintakenttää tuntemattomien palveluntarjoajien kanssa erilaisten toistensa kanssa ristiriitaisten sääntöjen viidakossa.

Muut ehdotukset

Yöaikaisen kotihoidon laajentamista koko Pirkan alueelle ja lyhytaikaisen hoidon paikkojen lisäämistä pidämme tarpeellisina ja kannatettavina ehdotuksina.

Digitaalisten "ratkaisujen" hankinnan ja käyttöönoton tukeminen ovat hyvä ehdotuksia. Niistä voi oikein kohdennettuina koitua säästöjä. Etenevää muistisairautta sairastavalle digitaalinen yhteydenpito ei kuitenkaan sovi. Vaikka fyysisiä hoitotoimia ei tarvittaisikaan, vaikkapa muistisairaana syömistä tai lääkkeiden ottoa ei voi luotettavasti seurata etänä.

Kuntoutuksen lisääminen ja siihen panostaminen on tärkeää ja kannatettavaa. Se tarvitsee kuitenkin tarkkaa kohdentamista ja suunnitelmallista ammattityötä, mistä aiheutuu kustannuksia. Lonkkamurtumapotilaan järjestelmällinen kuntoutus toisi paljon hyötyä. Muistisairaana fyysistä toimintakykyä ja psyykkistä hyvinvointia voi auttaa kuntoutuksella, mutta sairauden etenemiseen se ei vaikuta.

Vaihtoehtoiskustannukset ja vaikutusarviot

Kotihoidon, digitalisaation, omaishoidon tuen ja muiden ehdotettujen lisätoimien kustannuksia ei ohjelmassa arvioida.

Kunnollista vaikutusarviota suunnitelma ei sisällä. Se on selvä puute, sillä ilman sitä ei esitettyjen toimenpiteiden seurauksia kokonaisuudessaan voi arvioida – ja hyvä hallintotapakin sellaista edellyttäneet. Useita myönteisiä vaikutuksia luetellaan, mutta niitä ei perustella. Yhtään kielteistä vaikutusta ei suunnitelmassa tunnisteta. Ikäihmisten palvelujen puutteiden seurauksista on kuitenkin paljon tietoa. Kun kotona ei kykene olemaan eikä muutakaan paikkaa ole, ambulanssikuljetukset toistuvat, ensihoito ruuhkautuu ja erikoissairaanhoido kuormittuu potilaista, jotka eivät sinne kuulu. Nämä vaikutukset kohdistuvat suoraan Pirhaan. Muita tiedossa olevia vaikutuksia ovat poliisin kasvavat tehtävät eksyneiden muistisairaiden etsimisessä sekä omaisten vaikeudet jatkaa työuriaan. Ikäihmisten hoivaköyhyyden voi ennakoida näkyvän myös hoitoalan kasvavana työvoimapulana. On hyvin luultavaa, että ehdotetuilla toimilla ei saavuteta toivottuja kustannussäästöjä. Palvelujen puuttumisella on tutkimusten perusteella merkittäviä kielteisiä seurauksia ikääntyneiden terveydentilaan ja elämänlaatuun, vakavimmillaan on kyse ennenaikaisesta kuolemasta – hoivaköyhyyden on havaittu lisäävän kuolleisuutta. Hoidon vähentymisen myötä virallisten ja epävirallisten omaishoitajien kokema paine kasvaa, mikä voi johtaa ikääntyneisiin kohdistuvaan väkivaltaan.

Yhteenveto

IKI2035-kehittämissuunnitelman ydin näyttää olevan ikääntyneiden palveluiden merkittävä vähentäminen ajanjaksona, jolloin niiden tarve kasvaa. Ohjelman laskelmien mukaan yli 3000 pirkanmaalaista palveluja tarvitsevaa yli 80-vuotiasta ikäihmistä jää vuonna 2030 kokonaan palveluilla vailla. Ympäri vuorokautista palveluasumista halutaan osittain korvata yhteisölliseksi sanotulla asumisella, jota hoitajamitoitus ei koske ja jossa henkilökunta ei ole läsnä ympärivuorokautisesti. Korvaaminen ei tutkimustiedon perusteella ole mahdollista, koska hoitomuodot eivät vastaa samaan palvelutarpeeseen. Muistisairaille, jotka ovat suurin palvelujen tarvisijaryhmä, korvaaminen johtaisi hengen ja turvallisuuden vaarantumiseen. Kotihoidon jopa absoluuttinen vähentäminen merkitsisi täydellistä, oudoksuttavaa suunnanmuutosta aikaisemmasta kansallisesta palvelupolitiikasta.

Ohjelmaluonnos ei lain edellyttämällä tavalla perustu palvelutarpeiden ja palvelujen riittävyyden arviointiin eikä tätä koskevaa tutkimustietoa ole käytetty hyväksi. Siitä puuttuu myös tällaiselle suunnitelmalle olennainen vaikutusten ja seurannaiskustannusten arviointi.

On vaikea vakuuttua siitä, että suunnitelma antaisi hyvän pohjan ikääntyneiden palvelujen kehittämiselle.

28. syyskuuta 2023

Ikääntymisen ja hoivan tutkimuksen huippuyksikkö (CoE AgeCare)



Teppo Kröger
Yhteiskuntapolitiikan professori
Jyväskylän yliopisto
CoE AgeCaren johtaja



Marja Jylhä
Gerontologian professori
Tampereen yliopisto
CoE AgeCaren Tampereen ryhmän toinen johtaja