



KEHITYSVAMMAISTEN
PALVELUSÄÄTIÖ



TAMPEREEN TEKNILLINEN YLIOPISTO

Virpi Sillanpää

Yksi naapureista

– yhteisöllisen asumisen
kustannusvaikuttavuuden
arviointi

Virpi Sillanpää

Yksi naapureista

– yhteisöllisen asumisen
kustannusvaikuttavuuden
arviointi

Sisällys

| | |
|--|----|
| Aluksi | 5 |
| Katsaus aikaisempiin tutkimuksiin | 7 |
| Tutkimuksen menetelmät: arviointikehikko ja tutkimuksen toteutus | 11 |
| Kehikko kustannusvaikuttavuuden arviointiin | 11 |
| Tutkimuksen toteutus | 13 |
| Tutkimuksen kohteena olevat henkilöt | 14 |
| Palveluiden käyttö ja niistä aiheutuneet kustannukset laitosasumisen aikana | 17 |
| Laitoksen taustatiedot | 17 |
| Käytetyt palvelut ja niistä aiheutuneet kustannukset | 18 |
| Palveluiden käyttö ja niistä aiheutuneet kustannukset asumispalveluyksikössä | 21 |
| Asumispalveluyksikön taustatiedot | 21 |
| Käytetyt palvelut ja niistä aiheutuneet kustannukset | 22 |
| Palveluiden käytön vertailu | 27 |
| Laadullinen arviointi: haastattelut | 31 |
| Muuton vaikutukset elämänlaatuun | 32 |
| Muuton vaikutukset talouteen | 35 |
| Yhteenveto | 37 |
| Lähteet | 39 |

Aluksi

Kehitysvammaisten laitosten hajauttaminen on ollut kansainvälisen keskustelun aiheena pitkään: jo toisen maailmansodan jälkeen osa Euroopan maista alkoi purkaa laitosjärjestelmäänsä ja siirtämään kehitysvammaisten tarvitsemia palveluita lähiyhteisöihin (Mansell, 2008). Suomessa laitospaikkojen vähentäminen ja painotus avopalveluihin on ollut tavoitteena 70-luvulta lähtien (Niemelä & Brandt, 2008). YK:n vammaisten henkilöiden oikeuksia koskevan yleissopimuksen mukaan, jonka Suomi on allekirjoittanut vuonna 2007, vammaisilla ihmisillä on oltava oikeus ja tarvittava tuki lähiyhteisössä elämiseen sekä oikeus valita missä ja kenen kanssa asuu. Kuitenkin Suomi on ainoita länsimaita, joissa laitoslakkauttamista ei ole vielä toteutettu.

Vuonna 2010 käynnistyi Kehitysvammaisten Palvelusäätiön koordinoima Yksi naapureista -hanke, jonka tavoitteena on edistää kehitysvammaisten ihmisten ihmisoikeuksien toteutumista mahdollistamalla laitosasumisen lakkauttaminen Suomessa. Tämän tutkimuksen tavoitteena on arvioida kehitysvammaisten laitosten lakkauttamisen kustannusvaikutuksia. Hankkeen tutkimusosioilla on kokonaisuutta täydentävä rooli, ja pyrkimyksenä on tuottaa hankkeelle – ja sen piirissä toimiville sidosryhmille, kuten kunnille – tietoa eri asumisvaihtoehtojen kustannuksista ja mahdollisesti myös muista mitattavista vaikutuksista päätöksenteon tueksi. Hanke on Raha-automaattiyhdistyksen rahoittama, ja kustannusvaikuttavuutta koskevan osan on toteuttanut Tampereen teknillinen yliopisto (TTY).

Raportin alussa on lyhyt katsaus aiheesta tehtyihin kansainvälisiin tutkimuksiin. Tämän jälkeen kuvataan tässä tutkimuksessa kustannusvaikuttavuuden arviointiin käytetty kehikko, tutkimuksen käytännön toteutus sekä tutkimuksen kohteena olevat henkilöt. Tutkimuksen tulososassa selvitetään palveluiden käyttöä ja niistä aiheutuneita kustannuksia sekä laitoksessa että asumispalveluissa, jonka jälkeen palveluiden käyttömääriä ja niistä aiheutuneita kustannuksia vertaillaan. Tulososion loppuun tarkastellaan muuton vaikutuksia asukkaan ja läheisten elämänlaatuun ja talouteen. Lopuksi esitetään yhteenvedo tutkimuksen tuloksista.

Kustannusvaikuttavuutta koskevan tutkimuksen toteuttaminen edellytti tiedonsaantia useilta eri tahoilta. Lämmin kiitos tutkimukseen osallistuneiden läheisille, joita ilman tämän tutkimuksen toteuttaminen olisi ollut mahdotonta. Suuret kiitokset myös asu-

mispalveluyksikön johtajalle ja henkilöstölle sekä laitoksen johtajalle, palvelupäällikölle, asiantuntijoille ja talousosaston henkilöstölle. Kiitokset Kehitysvammaisten Palvelusäätiön Petra Tiihoselle, Markku Virkamäelle ja Kirsi Konolalle hyvästä yhteistyöstä. Tutkimuksen tukena on ollut Yksi Naapureista -hankkeen tukiryhmä, ja Tampereen teknillisellä yliopistolla professori Antti Lönnqvist, joille suuret kiitokset asiantuntevista kommentteista.

Virpi Sillanpää

Katsaus aikaisempiin tutkimuksiin

Laitosten lakkauttamiseen ja lakkauttamisen kustannusvaikuttavuuteen liittyen on tehty kansainvälisesti paljon tutkimusta (esim. Mansell ym., 2007; Health Service Executive, 2011). Suomessa on tehty kattava selvitys kehitysvammaisten laitoshoidon hajauttamisesta ja laadittu ehdotukset toimenpiteistä, joiden avulla kehitysvammaisten laitostasumista voidaan hallitusti purkaa (Niemelä & Brandt, 2008). Selvityksessä huomioidaan palvelujärjestelmään tarvittavat muutokset (uusien palveluiden tarve, muutokset rahoituksessa), mutta siinä ei tehdä varsinaista kustannusvaikuttavuuden arviointia. 1980- ja 1990 -lukujen vaihteessa Suomessa on tehty tutkimusta kehitysvammaisten laitoshuollon purkamisen vaikutuksista ja eri asumismuotoja on arvioitu taloudellisesti (Rissanen, 1987; Saloviita, 1992), mutta tiettävästi 2000 -luvulla ei ole tehty laitosten purkamiseen liittyvää eri asumismuotojen taloudellista arviointia tai kustannusvaikuttavuusanalyysiä, joka perustuu toteutuneisiin kustannus- ja vaikuttavuustietoihin.

Taloudellisen arvioinnin taustalla on ajatus vähäisten resurssien parhaasta mahdollisesta hyödyntämisestä. Sosiaalipalveluiden taloudellisessa arvioinnissa voidaan erottaa erilaisia lähestymistapoja, kuten kustannus-hyötyanalyysit ja kustannusvaikuttavuusanalyysit. Näiden tavoitteena on tiettyjen interventioiden tai palveluohjelmien kustannusten ja hyötyjen systemaattinen vertailu. Taloudelliseen arviointiin liittyviä ominaispiirteitä ovat: 1) keskittyminen tiettyyn interventioon tai ohjelmaan, 2) kustannusten ja tulosten systemaattinen arviointi, 3) vertailukohdan sisällyttäminen (esim. ennen/jälkeen, tai vertailuryhmät) ja 4) pyrkimys kustannusten ja seurausten yhdistämiseen lopullisessa analyysissä. Peruserona kustannus-hyötyanalyysin ja kustannusvaikuttavuusanalyysin välillä on se, että kustannusvaikuttavuusanalyysi ei pyri muuttamaan tuotoksia rahamääräisiksi kuten kustannus-hyötyanalyysi, vaan tuotoksia mitataan niiden luonnollisissa yksiköissä, esimerkiksi muutoksina elämänlaadussa, lisääntyneinä elinvuosina tai kohentuneena asiakastyytyväisyytenä. (Pinkney & Ewing, 2005)

Laitosten purkamista koskevissa tutkimuksissa eri vaihtoehtojen tuloksellisuutta arvioidaan yleensä elämänlaatua koskevien muutosten avulla. Kohderyhmästä riippuu mitä ulottuvuuksia tuloksellisuuden ja elämänlaadun arviointiin on tarkoituksenmukaista ottaa mukaan. (Mansell ym. 2008; 59) Eri tutkimuksissa käytettyjä elämänlaatuun liittyviä

tekijöitä/ulottuvuuksia ovat mm. osaaminen ja henkilökohtainen kasvu, haastava käyttäytyminen, osallistuminen yhteisön toimintaan, osallistuminen mielekkääseen toimintaan ja kontaktit henkilöstön kanssa. Näiden lisäksi eri toimintamuotojen tuloksellisuutta on arvioitu seuraavien osatekijöiden suhteen: henkilökohtaiset taidot, aineellinen hyvinvointi, henkilön oikeus päättää omista asioista, riippumattomuus, sosiaaliset suhteet, ystävyyssuhteet, yhteisölliset aktiviteetit, työllistyminen, mielenterveys, tunne-elämän tasapaino, fyysinen hyvinvointi sekä henkilökohtainen tyytyväisyys elämään/perheenjäsenten tyytyväisyys (Health Service Executive, 2011). Hintsalan ym. (2007) mukaan keskeisiä kysymyksiä elämänlaadun arvioinnissa ovat: voiko kehitysvammainen henkilö vaikuttaa omaan elämiseen ja asumiseen, voiko hän osallistua mielekkääksi kokemaansa toimintaan, onko hänellä mielekäs rooli asuin- ja elinympäristössä sekä kohdellaanko häntä vuorovaikutus- ja avustamistilanteissa arvokkaasti ja iän mukaisesti. Heidän mukaansa elämänlaadun arvioinnin tulisi sisältää ainakin seuraavat ulottuvuudet: henkilön itsemääräämisoikeus, yksityisyys, arvokkuus, osallistumismahdollisuudet, sosiaalinen liittyminen ja mahdollisuus itsensä toteuttamiseen.

Eri vaihtoehtoihin liittyvää resurssien käyttöä arvioidaan yleensä asumisesta ja erilaisten palveluiden käytöstä johtuvien kustannusten avulla. Useissa tutkimuksissa kustannukset jaetaan perusasumisesta ja hoidosta johtuviin kustannuksiin sekä muista palveluista, kuten terveyspalveluista, sosiaalipalveluista, kuntoutuksesta, työ-/päivätoiminnasta, ja koulutuksesta johtuviin kustannuksiin (esim. Beecham ym.1997; Spreat ym., 2005; Knapp ym, 2005). Vertailuun sisällytettävät palvelut riippuvat paljolti tutkimuksen kohteena olevista henkilöistä ja tarkastelutilanteesta.

Pitkäaikaisten laitospotilaiden kuntouttamiseen liittyvät, Englannissa ja Pohjois-Irlannissa tehdyt tutkimukset ovat osoittaneet, että yhteisöllinen hoito (community-based care) on sairaalahoitoa kustannusvaikuttavampaa useimpien henkilöiden kohdalla (Mansell ym., 2008). Esimerkiksi Beecham ym. (1997) vertailivat tutkimuksessaan 192 laitoksesta erilaisiin avopalveluihin muuttaneen henkilön kustannuksia laitoksessa asumisen aikana ja sen jälkeen. Tutkimus osoitti yhteisöllisen asumisen olevan huomattavasti laitosasumista edullisempaa (laitosasumisen keskimääräinen kustannus/viikko £574, yhteisöllisen asumisen £356) useimpien henkilöiden osalta. Yhteisöllisen asumisen kustannukset tosin vaihtelivat huomattavasti asumismuodosta riippuen; kalleimman ja edullisimman yksikön ero oli jopa kuusinkertainen. Kallein yhteisöllisen asumisen hoitopaketti oli 1 ½ kertaa laitosasumista kalliimpi. Tutkimukseen osallistuneista vain kymmenen henkilön kustannukset olivat yhteisöllisessä hoidossa laitosasumista suuremmat.

Tutkimuksessaan Spreat ym. (2005) vertasivat yhteisöllisen ja laitoshoidon kustannuksia ja tuloksia elämänlaadun ulottuvuuksien suhteen Yhdysvalloissa. Vertailun kohteena olivat 174 laitoksessa asuvaa henkilöä ja 174 yhteisöllisessä asumismuodossa asuvaa henkilöä, jotka olivat tiettyjen kriteerien suhteen samanlaisia (esim. ikä, sopeutuva käytös, haasteellinen käytös). Tutkimuksessa käytetyt elämänlaadun ulottuvuudet liittyivät terveyteen ja turvallisuuteen, perhesuhteisiin (kuinka usein tapaa perheenjäse-

niä), yhteisöön integroitumiseen/osallistumiseen, saatuun palveluun ja tukeen, asiakas-tyytyväisyyteen ja päätöksentekomahdollisuuksiin. Tutkimuksen mukaan yhteisöllinen asuminen osoittautui laitosasumista paremmaksi useiden ulottuvuuksien suhteen. Yhteisölliset asumis- ja hoitomuodot tarjosivat asukkaille enemmän palvelua kuin laitoshoidon (yhteisöllinen hoito keskimäärin 237.2 h/kk, laitoshoidon 203.4 h/kk). Osallistumismahdollisuuksien suhteen oli merkittävä ero: yhteisössä asuvilla oli keskimäärin 37.8 vuorovaikutustilannetta kuukaudessa kun laitoshoidossa vastaava luku oli 6.5. Yhteisöllisessä asumisessa asukkailla oli myös enemmän yhteydenpitoa perheenjäseniin. Terveystilanteen suhteen eri vaihtoehtojen välillä ei ollut eroja. Yhteisöllinen hoito oli keskimäärin laitoshoidon edullisempää; laitoshoidon kustannus oli 138 720 USD/vuosi, ja yhteisöllisen hoidon kustannus 123 384 USD/vuosi.

Saloviita (1992) selvitti Nastolan hoitokodin lakkauttamisen vaikutuksia useiden eri tekijöiden suhteen, esimerkiksi muutokset asukkaiden käyttäytymisessä, hoidon laadussa, integroitumisessa yhteisöön, taloudellisia vaikutuksia sekä muutoksen vaikutuksia organisaatioilmastoon. Tämän lisäksi tutkimuksessa selvitettiin työntekijöiden ja vanhempien suhtautumista laitoksen lakkauttamiseen. Tutkimuksen henkilöt olivat suurimmaksi osaksi syvästi tai vaikeasti kehitysvammaisia aikuisia. Tutkimuksen mukaan laitoshoidon purkamisella oli myönteisiä vaikutuksia kaikkiin tutkittuihin osa-alueisiin; esimerkiksi itsenäisen elämän taidot lisääntyivät lievästi ja keskivaikeasti kehitysvammaisten ryhmässä, haastava käyttäytyminen väheni, hoidon laatuun liittyen hoitokäytännöt muuttuivat ”dramaattisesti” positiiviseen suuntaan, tilojen viihtyvyys (sisustus) ja henkilöiden ulkonäön siisteys kohentuivat. Asukkaiden omaisyhteydet ja fyysinen integraatio lähiyhteisöön lisääntyivät merkittävästi ryhmäkodissa asumisen myötä. Vanhemmille tehtiin kysely, kun muutosta oli kulunut kaksi ja puoli vuotta, ja kyselyn mukaan 90 % vanhemmista katsoi lapsensa hyvinvoinnin ja elämänlaadun parantuneen muuton myötä, loput olivat asiasta epävarmoja. Kokonaiskustannuksiltaan asuminen ja hoito ryhmäkodissa oli kalliimpaa kuin laitoksessa. Kun vertailusta eliminoidaan asuintilojen pääomakustannuksista aiheutunut kustannus ja yksikön ulkopuolisen päivätoiminnan kustannukset, hoidon kustannus oli verrattavissa keskuslaitoksen hintaan. Saloviita toteaa, että ryhmäkodeista tehty kustannusvertailu osoitti, että laitoshoidon verrattavissa olevilla kustannuksilla pystyttiin luomaan laitoshoidon huomattavasti laadukkaampia palveluja, jonka vuoksi ryhmäkotien kustannusvaikuttavuutta voidaan pitää laitoshoidon parempana.

Laitoshoidon ja yhteisöllisen hoidon kustannusvertailujen lisäksi on tehty vertailuja erilaisten yhteisöllisten asumis- ja hoitomuotojen välillä. Esimerkiksi Hallam ym. (2002) vertailivat kolmen eri hoito-/asumismuodon kustannuksia: kyläyhteisöt (village communities), hoitokoti/palvelutalo (residential campus) ja hajautettu/itsenäinen asuminen (dispersed housing). Kustannukset vaihtelivat huomattavasti eri asumismuotojen välillä ja sisällä; vaihteluväli kaikkien ryhmien kesken oli £212 – £3747/viikko. Asukkaat olivat valikoituneet eri asumismuotoihin siten, että hoitokodeissa asui vaikeimmin vammaisia henkilöitä ja kyläyhteisöissä nuoria ja lievästi vammaisia. Yhteistä kaikille asumismuoto-

doille oli se, että suurin osa kustannuksista muodostui asumisesta ja perushoidosta (80 – 90 %). Asuminen, perushoito ja päivätoiminta muodostivat yhdessä noin 98 % kaikista kustannuksista.

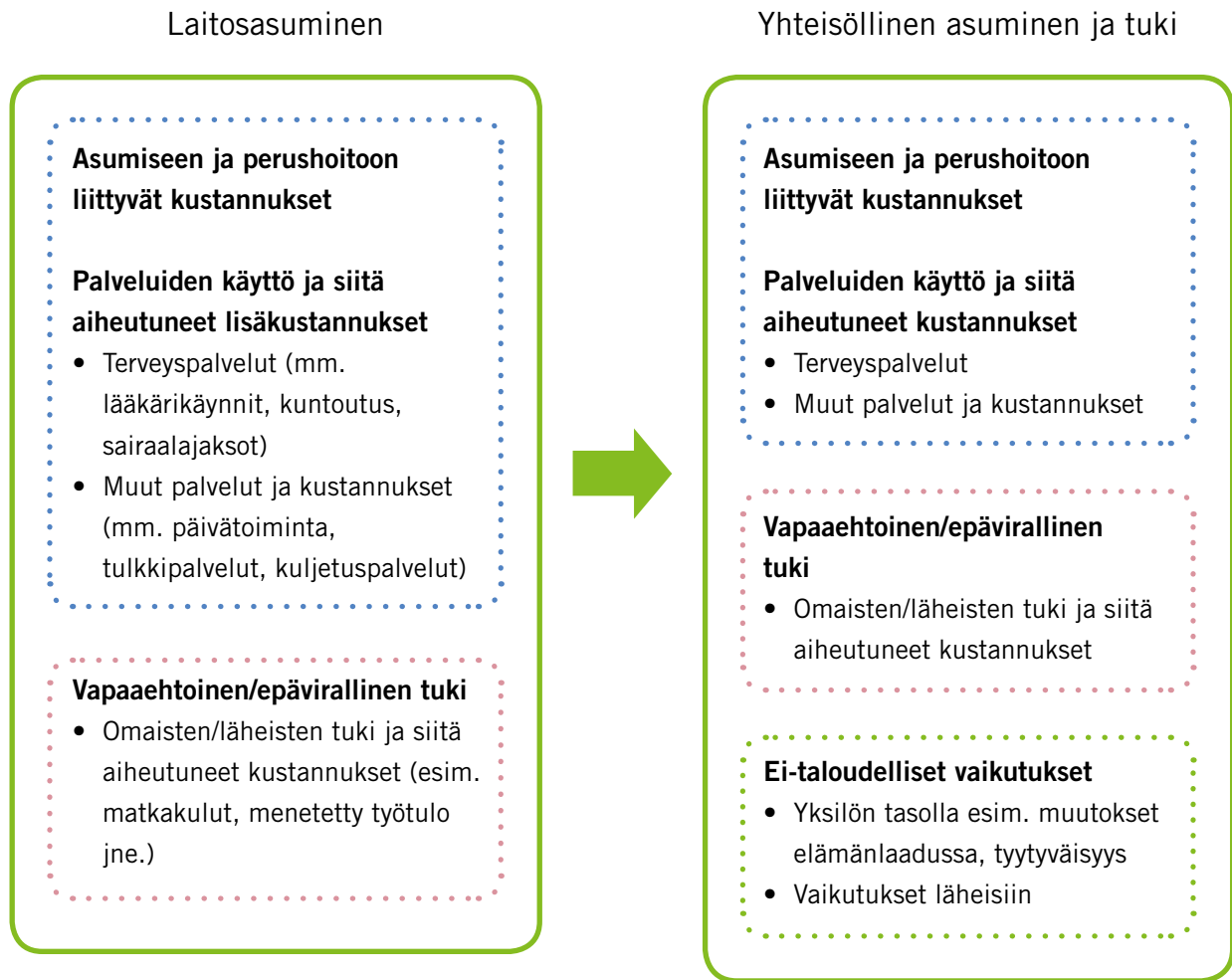
Samantyyppisiin tuloksiin päätyivät myös Beecham ym. (1997); heidän mukaansa asumisesta ja perushoidosta aiheutuvat kustannukset muodostivat asumisyksiköstä riippuen (yksityinen, julkinen, kolmannen sektorin yksikkö) 74 – 98 % kaikista kustannuksista. Stancliffe ym. (2000) vertailivat ryhmäkodin ja tuetun asumisen kustannuksia ja tuloksia. Tutkimukseen osallistui 27 saman tasoista henkilöä kummastakin asumisryhmästä. Tuloksellisuutta arvioitiin yhteensä 29 tekijän suhteen (kuten yksinäisyys, sosiaalinen tyytymättömyys, turvallisuus, elämänlaatuun liittyvät tekijät). Tutkimuksessa tuettu asuminen osoittautui ryhmäkoteja kustannustehokkaammaksi; pienemmillä kuluilla päästiin parempiin lopputuloksiin. Tuetussa asumisessa asuvat henkilöt saivat merkittävästi parempia tuloksia viidellä osa-alueella (vähemmän sosiaalista tyytymättömyyttä, säännöllisempää ja itsenäisempää yhteisten tilojen käyttöä, aktiivisempi osallistuminen kotitöiden tekemiseen, omatoimisuus) kun taas hoitokodissa asuvien tulokset eivät olleet millään osa-alueilla paremmat. Kustannuksiltaan hoitokodit olivat huomattavasti tuettua asumista kalliimpia; hoitokodin keskimääräinen kustannus oli \$64 105/vuosi ja tuetun asumisen \$14 602. Tutkimukseen osallistuneiden tuen tarve oli lievää tai vähäistä, jonka vuoksi tutkimuksen tuloksia ei voida soveltaa intensiivistä tukea tarvitseviin henkilöihin.

Näyttää siltä, että yhteisöllinen hoito on laitoshoidon kustannusvaikuttavampaa useimpien henkilöiden kohdalla. Tämä koskee erityisesti sellaisia henkilöitä, joilla on lievempi kehitysvammaisuus ja avun tarve. Vaativampien potilaiden hoito avohoidossa on osoittautunut laitoshoidon kalliimmaksi, tosin kliiniset ja sosiaaliset tulokset olivat kohentuneet (Mansell, 2008). Avohoidon kustannukset vaihtelevat merkittävästi riippuen hoidettavasta henkilöstä ja tavasta jolla asuminen ja tarvittavat palvelut on järjestetty (Knapp ym., 2005). Vaikeasti vammaisten henkilöiden hoito on suhteellisen kallista, järjestettiin se missä tahansa. Laitoshoidon alhaiset kustannukset liittyvät yleensä myös alhaiseen laatuun. Avohoidossa asuvien kehitysvammaisten tarpeet koskevat useita palvelujärjestelmän osia, kuten terveyspalvelut, koulutus, työvoimapalvelut, liikenne/kuljetuspalvelut, oikeudelliset palvelut ja sosiaaliturvaan liittyvät palvelut. Suuri osa kehitysvammaisten saamasta tuesta on epävirallista tukea (esim. läheisiltä saatu tuki), jota on vaikea muuttaa rahamääräiseksi kustannukseksi. Useissa tutkimuksissa avohoidon on todettu laitoshoidon kustannustehokkaammaksi: avohoidon liittyvät mahdolliset suuremmat kustannukset olivat yhteydessä myös parempiin lopputuloksiin. (Mansell ym., 2008) Eri tutkimusten vertailu on haastavaa, sillä tutkimusten kohteena olevat henkilöt, yhteisöllisen asumisen ratkaisut sekä niihin liittyvät palvelumallit vaihtelevat tapauskohtaisesti. Kuitenkin viimeisen 30 vuoden aikana aihepiiristä tehdyt tutkimukset osoittavat pääsääntöisesti yhteisöllisen asumisen tuottavan laitosasumiseen verrattuna parempaa elämänlaatua. (Health Service Executive, 2011)

Tutkimuksen menetelmät: arviointikehikko ja tutkimuksen toteutus

Kehikko kustannusvaikuttavuuden arviointiin

Tässä tutkimuksessa laitoksen lakkauttamisen kustannusvaikutuksia arvioidaan vertailemalla kehitysvammaisten henkilöiden asumisesta ja palveluiden käytöstä johtuvia kustannuksia laitosasumisen aikana ja yhteisössä asumisen aikana. Kustannusten lisäksi kartoitetaan muuton laadullisia vaikutuksia asukkaan ja läheisten elämään. Tutkimuksen kohteena ovat yhdestä laitoksesta asumispalveluyksikköön vuoden 2010 alussa muuttaneet kehitysvammaiset henkilöt. Tutkimuksessa pyritään arvioimaan yhteisöllisen asumisen hyötyjä taloudellisesti ja ei-taloudellisesti. Tutkimuksessa käytettävä arviointikehikko on esitetty kuvassa 1. Samantyyppistä arviointikehikkoa on aikaisemmin käytetty asunnottomuuden hoitoon tarkoitetun uudenlaisen asumispalvelun kustannusvaikuttavuuden arviointiin (ks. YMra 7/2011)



Kuva 1. Kehikko kustannusten ja hyötyjen arviointiin

Kehikkoon ei sisällytetty varsinaisia muuttovaiheen kustannuksia, kuten muuttovalmennuksesta tai erilaisista investoinneista aiheutuneita kustannuksia, esimerkiksi uuden asumispalveluyksikön investointikustannus, asukkaille muutosta aiheutuneet investointikustannukset tai apuvälineiden hankinnasta eri tahoille (kunnat, kolmannen sektorin toimija) aiheutuneet kustannukset. Tutkimukseen ei myöskään sisällytetä laitosalueen purkamiseen liittyviä kustannuksia, esim. rakennuksiin liittyvää investointitarvetta ja siitä aiheutuvia kustannuksia. Tutkimuksen kiinnostuksen kohteena oli nimenomaan eri asumismuotojen vertailu, joten investointikustannusten sisällyttämistä tähän tutkimusasetelmaan ei nähty tarpeelliseksi. Tutkimukseen ei myöskään sisällytetä laitoksen purkamisen alueellisia vaikutuksia, kuten työpaikkojen vähenemistä yhdellä paikkakunnalla ja vastaavasti lisääntymistä toisella paikkakunnalla.

Tutkimuksen toteutus

Tutkimuksessa kartoitettiin laitoksesta asumispalveluyksikköön muuttaneiden asukkaiden terveys- ja sosiaalipalveluiden käyttöä ja niistä aiheutuneita kustannuksia laitostasumisen ajalta (1.1.2009 – 31.12.2009) ja asumispalveluyksikössä asumisen ajalta (1.6.2010 – 31.5.2011). Tutkimuksen kohteena olivat seuraavat palvelut ja niistä aiheutuneet kustannukset:

Terveyspalvelut:

- Käynnit ensiavussa, terveyskeskuspäivystyksessä
- Käynnit lääkärillä (varattu aika/omalääkäri)
- Käynnit sairaanhoitajalla/terveydenhoitajalla
- Sairaalavuorokaudet
- Mielenterveyspalvelut (psykologin palvelut)
- Käynnit erikoislääkärillä (hammaslääkäri, silmälääkäri, psykiatri jne.)
- Kuntoutus
- Puheterapia
- Fysioterapia
- Ravitsemusterapeutin palvelut

Asumispalvelut

- Vuokra
- Yhteisöllisen asumisen vuorokausihinta ja sen sisältämät palvelut
- Laitoksessa asumisen ajalta laitosvuorokauden hinta ja sen sisältämät palvelut

Muut palvelut ja kustannukset:

- Päivätoiminta, työtoiminta
- Toimintaterapeutin palvelut
- Tulkkipalvelut
- Kuljetuspalvelut
- Henkilökohtainen apu/henkilökohtainen avustaja
- Koulutuspalvelut
- Lääkkeet
- Apuvälineet
- Muut elinkustannukset (esim. vaatteiden osto, kampaajalla käynti jne.)
- Läheisten antama tuki

Palveluiden käytön selvittämisen lisäksi haastateltiin mahdollisimman useaa asukasta ja/tai läheistä, jotta pystyttiin selvittämään toimintamuodon laadullisia vaikutuksia sekä vaikutuksia asukkaan henkilökohtaiseen talouteen. Noin tunnin mittaisen haastattelun avulla pyrittiin selvittämään mahdollisia muutoksia esim. seuraavien tekijöiden suhteen:

- Haastava käyttäytyminen
- Osallistumismahdollisuudet/aktiviteetit
- Yksityisyys
- Henkilökohtaiset taidot
- Sosiaaliset suhteet; ystävät, läheiset
- Tarvittavien palveluiden saaminen
- Muutokset toimintakyvyssä
- Asukkaan tyytyväisyys
- Läheisten tyytyväisyys
- Vaikutukset asukkaan henkilökohtaiseen talouteen

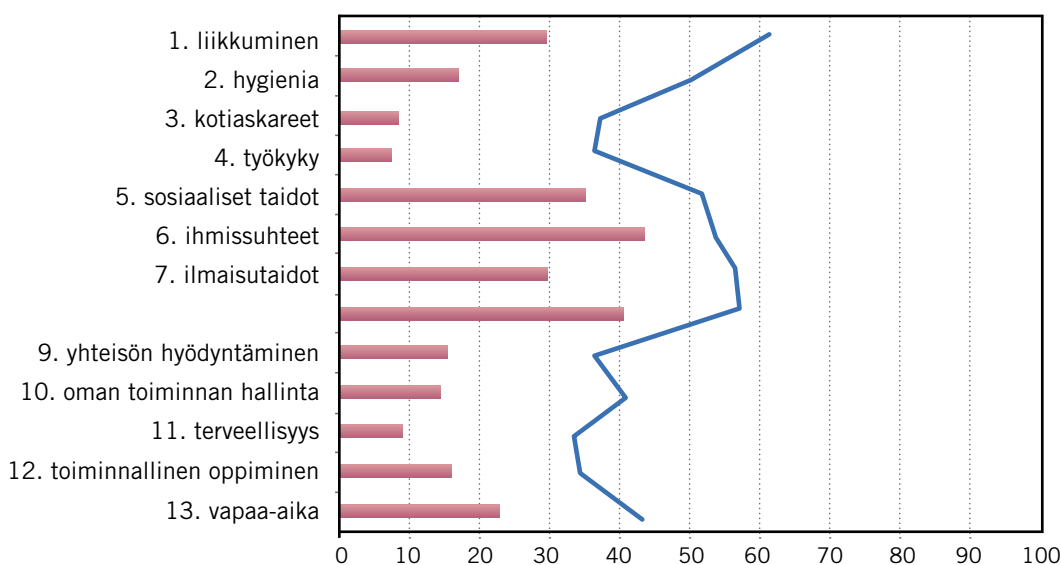
Asukkaiden palveluiden käyttöä koskevia tietoja ja niihin liittyviä kustannustietoja pyydettiin laitoksen edustajilta, asumispalveluyksiköstä, läheisiltä, alueen terveydenhuollon kuntayhtymästä sekä asukkaiden kotikuntien sosiaalitoimesta. Tiedonhankinta suoritettiin sen jälkeen, kun tutkimuksen kohteena olevien henkilöiden läheisiltä/hoitajilta saatiin kirjallinen suostumus tietojen selvittämiseen. Asukkaiden läheisille järjestettiin 19.9.2011 tiedotus- ja keskustelutilaisuus tutkimushankkeesta, jonka jälkeen heillä oli mahdollisuus tehdä päätös tutkimukseen osallistumisesta. Kaikilla läheisillä (myös niillä, jotka eivät päässeet osallistumaan tiedotustilaisuuteen) oli mahdollisuus tutustua tutkimustiedotteeseen ja saada lisätietoja tutkimuksesta ennen suostumuslomakkeen mahdollista hyväksymistä. Laitoksesta asumispalveluyksikköön muuttaneita henkilöitä oli 10, joista 8 osallistui tutkimukseen. Haastatteluun osallistui viiden asukkaan läheinen/läheiset, yksi asukas vastasi haastattelun kysymyksiin itse. Palveluiden käytön lisäksi eri organisaatioilta pyydettiin myös kustannustietoja käytetyistä palveluista (esim. laitospaikoissa hoitopäivän hinta, asumispalvelussa vuokra ja hoitopäivän hinta, lääkärikäynnin hinta).

Tutkimuksen kohteena olevat henkilöt

Tutkimukseen osallistui 8 kehitysvammaista henkilöä, kuusi naista ja kaksi miestä. Iältään osallistujat ovat 25 – 58 –vuotiaita, ja osallistujien keskimääräinen ikä on 44 vuotta. Suurin osa tutkimukseen osallistuneista henkilöistä oli asunut laitoksessa pitkään; osallistujista 3 oli asunut laitoksessa 7-9 vuotta ja 5 henkilöä oli asunut 30 – 40 vuotta (yksi vähän yli 40 vuotta). Ennen asumispalveluihin muuttoa kaikille asukkaille oli tehty avuntarpeen ja toimintakyvyn kartoitus, joka sisälsi KETO -toimintakyvyn arviot. KETO on Kehitysvammaliiton kehittämä kehitysvammaisen toimintakyvyn arviointiasteikko, joka koostuu kehitysvammaisuuden määritelmän osa-alueista. Sillä saadaan yleiskuva mm.

liikkumisen, hygienian ja siisteyden, kotiaskareiden, työtehtävien, sosiaalisten taitojen ja ihmissuhteiden sujumisesta. Asteikon tavoitteena on koota, jäsentää ja käsitteellistää lähipiirin asiakkaasta tekemiä havaintoja. (www.kehitysvammaliitto.fi)

KETO -toimintakyvyn arvioissa henkilön omatoimista selviytymistä arvioidaan 13 eri ulottuvuuden suhteen, jotka ovat: liikkuminen, hygienia ja siisteys, kotiaskareet, työkyky, sosiaaliset taidot, ihmissuhteet, ilmaisutaidot, viestien ymmärtäminen, yhteisön hyödyntäminen, oman toiminnan hallinta, terveellisyys, toiminnallinen oppiminen ja vapaa-ajan käyttö. Maksimipistemäärä kunkin ulottuvuuden osalta on 100, ja henkilön maksimipisteet voisivat olla 1300, mikäli henkilön tilanne eri osa-alueiden suhteen on erittäin hyvä. KETO ei ole varsinainen toimintakykymittari, vaan paremminkin apuväline henkilön kuvaamiseen (www.sosiaaliportti.fi). Tutkimukseen osallistuneiden henkilöiden kehitysvammaisuuden taso vaihtelee lievästä syvään; avuntarpeen ja toimintakyvyn kartoituksen mukaan kuusi henkilöä on vaikeasti tai syvästi kehitysvammaisia, yksi keskiasteisesti ja yksi lievästi kehitysvammainen. Koko yksikön asukasryhmän KETO -tulokset jäävät kaikilla osa-alueilla kehitysvammaisten asumisyksiköiden keskiarvon alapuolelle, suurimmat erot keskiarvon ja ryhmän tulosten välillä löytyvät kotiaskareiden, työkyvyn ja terveellisyyden osa-alueilta (ks. kuva 2). Kokonaispistemääriä tarkasteltaessa tutkimukseen osallistuneiden pistemäärät vaihtelevat 100 – 400 pisteen välillä.



Kuva 2. Asumisyksikön asukkaiden KETO osa-alueiden keskiarvot verrattuna kehitysvammaisten asumisyksiköiden keskiarvoon (Kirjavainen 2009).

Palveluiden käyttö ja niistä aiheutuneet kustannukset laitosasumisen aikana

Laitoksen taustatiedot

Laitos on perustettu 1960 -luvulla, ja se oli viimeisimpiä suuria Suomeen rakennettuja laitosalueita. Laitosalue oli kylämäinen yhteisö ja se sijaitsi kauniilla paikalla järven läheisyydessä noin 7 kilometriä lähimmästä kuntakeskuksesta. Ennen laitoksen purkamista alueella asui enimmillään noin 350 asukasta. Laitoksessa asui kaiken ikäisiä kehitysvammaisia alle kouluikäisistä lapsista vanhuksiin. Laitosalueella oli oma koulu, sairaala laboratorioineen, apteekki, terapeutin/asiantuntijayksikkö, kriisi- ja tukikeskus, liikunta- ja uimahalli sekä toimintakeskus päivätoimintaa varten. Laitoksella oli omat lääkärit, erikoislääkärit sekä asiantuntijat, joten lääkäri- ja kuntoutuspalvelut tuotettiin laitoksen sisällä. Vuosina 2008 – 2009 asukkaista alettiin muodostaa ryhmiä muuttopaikan ja -ajankohdan mukaisesti. Tämän tutkimuksen kohteena olevat henkilöt olivat ensimmäisten muuttajien joukossa. Vuoden 2011 lopussa laitoksessa asui vielä 30 henkilöä, ja suunnitelman mukaan viimeiset muuttavat pois keväällä 2012.

Asukkaat asuivat yhden tai kahden hengen huoneissa. Yhden hengen huoneet olivat kooltaan noin 10 – 11 m², ja kahden hengen huoneet olivat kookkaampia. Yhdellä osastolla asui 12-13 asukasta, joilla oli yhteiset wc- ja suihkutilat sekä keittiö ja oleskelutilat. Asumispalveluyksikköön muuttaneet henkilöt tulivat kahdelta eri osastolta, joista toinen oli luonteeltaan suljetumpi. Tilaratkaisuiltaan osastot olivat kuitenkin täysin samanlaisia, eroja saattoi olla lähinnä sisustusratkaisujen suhteen. Osastojen henkilökunta oli pääsääntöisesti hoitoalan koulutuksen saaneita sairaanhoitajia ja lähihoitajia, laitoksen purkamisvaiheessa oli myös kouluttamattomia hoitoapulaisia. Henkilöstö teki kolmivuorotyötä; päivävuorossa oli 9 henkilöä (määrä vaihteli tilanteen mukaan) ja yövuorossa oli kaksi henkilöä.

Tutkimusta varten tarvittavat eri palveluiden käyttöä koskevat tiedot saatiin laitoksen asiantuntijapalveluista ja taloustiedot kuntayhtymän talousosastolta. Tiedon etsintä vuoden 2009 palveluiden käytöstä oli haasteellista, sillä tapahtumien kirjaaminen tietojärjestelmiin on ollut osittain puutteellista, ja osa palveluiden käyttötiedoista etsittiin paperiarkistoista. Laitoshajautuksen myötä henkilöstö on vähentynyt merkittävästi, mikä lisäsi tiedonhaun haasteellisuutta; esimerkiksi henkilöiden omahoitajia, jotka tunsivat hoitohistorian parhaiten, ei enää ollut.

Laitosasumisen hoitomaksu sisältää lähtökohtaisesti kaikki asukkaiden tarvitsemat palvelut, kuten asumisen, ateriat, hoidon ja huolenpidon sekä terveydenhuollon palvelut ja kuntoutuksen. Laitoksessa oli oma asiantuntijapalveluyksikkö, jossa työskenteli esim. lääkäreitä, psykologeja, hammaslääkäri, suuhygienisti, sosiaalityöntekijä, sosiaaliohjaaja, erilaisia terapeutteja, kuten toimintaterapeutti, fysioterapeutti, ja kommunikatioterapeutti (AAC-terapeutti). Laitoksessa toimi oma laboratorio ja apteekki, mutta erikoissairaanhoidon palvelut hankittiin talon ulkopuolelta. Laitos tuotti itse myös tuki- ja hallintopalvelut, kuten siivouksen sekä hallinnon ja henkilöstön tukipalvelut, jotka työllistivät parhaimmillaan yli 20 henkilöä.

Käytetyt palvelut ja niistä aiheutuneet kustannukset

Taulukkoon 1 on koottu laitosasumisen aikana käytetyt palvelut ja niistä aiheutuneet erilliskustannukset, jos kustannus ei ole sisällynyt laitoksen hoitomaksuun. Kuten taulukosta nähdään, lähes kaikki käytetyt palvelut sisältyivät hoitomaksuun. Palveluiden käyttömäärät on saatu laitoksen asiantuntijapalveluista. Taulukkoon on myös listattu eri palveluita käyttäneiden henkilöiden määrä. Kaikki tutkimukseen osallistuneet olivat käyttäneet vuonna 2009 lääkärin, sairaanhoitajan, suuhygienistin ja laboratorion palveluita. Lääkäri- ja sairaanhoitajakäynneissä myös puhelinsoitot on kirjattu käynneiksi.

Lähes kaikki tutkimukseen osallistuneet olivat osallistuneet päivätoimintaan. Toimintapäivien määrä on laskettu saatujen käyttökertojen mukaan siten, että vuodelle on laskettu olevan 45 toimintaviikkoa (esim. jos ilmoitetut käyttömäärät ovat 3 krt/viikko/hlö, koko vuoden käyttömäärä: $45 \cdot 3 = 135$ /hlö). Laitoksessa päivätoimintaa järjestettiin siten, että joko ohjaaja kiersi yksiköissä tai asukkaat osallistuivat toimintatalossa järjestettäviin ryhmiin. Koska päivätoiminta sisältyi hoitopäivän hintaan, ja lähes kaikki osallistuivat siihen, järjestettiin toimintaa kahdessa ryhmässä: aamupäivällä klo 9 – 11.30 ja iltapäivällä klo 13 – 15.30. Asukkaat osallistuivat joko aamu- tai iltapäiväryhmään. Toimintaa ohjasi sosiaalialan opistotason koulutuksen saanut ohjaaja yksiköiden hoitajien avustuksella. Päivätoiminta oli monipuolista ja asiakaslähtöistä ja se sisälsi erilaisia ryhmiä ja teemoja. Ohjaajat pyrkivät hyödyntämään laitoksen vahvuuksia, kaunistamaan luontoa, järjestämällä retkiä ja ulkoilutapahtumia (esim. kelkkailua talvella) lähimaastossa. Päivätoiminta ei välttämättä ollut aina jatkuvaa, sillä työntekijän palaverit, työnohjaukset, lomat, sairauslomat jne. saattoivat katkaista toiminnan jopa viikoiksi.

Kohtaan kuntoutus/terapiat on laskettu fysioterapeutin ja hierojan käynnit. Säännöllistä kuntoutusta/terapiaa oli saanut kaksi henkilöä (käyntien määrät 42 ja 20), kahden muun henkilön saamat fysioterapeutin palvelut liittyvät lähinnä apuvälineiden arviointiin ja avustamiseen niiden hankinnassa. Toimintaterapeutin palvelut liittyvät pääasiassa apuvälineisiin. Tutkimukseen osallistuneista kukaan ei ollut saanut AAC -terapeutin tai puheterapeutin palveluita vuoden 2009 aikana. Apuvälineet ja tarvittavat lääkkeet sekä kuljetukset (retkille, kauppakeskukseen) sisältyivät hoitomaksuun, joten niistä aiheutuneita kustannuksia ei ole erikseen saatavilla.

Taulukko 1. Laitosaikana käytetyt palvelut ja niistä aiheutuneet lisäkustannukset.

| | Palveluiden käyttömäärät | Palveluita käyttäneiden henkilöiden määrä | Lisäkustannus (ei sisälly laitoshintaan) |
|--|-----------------------------|---|--|
| Terveyspalvelut | | | |
| Käynnit lääkärillä | 65 | 8 | |
| Käynnit sairaanhoitajalla | 59 | 8 | |
| Sairaalavuorokaudet | 15 | 1 | 4080 |
| Erikoislääkärikäynnit | 3 | 2 | 900 |
| Hammaslääkärikäynnit | 9 | 5 | |
| Laboratoriokäynnit | 69 | 8 | |
| Suuhygienisti | 16 | 8 | |
| Kuntoutus/terapiat | 65 | 4 | 498 |
| Toimintaterapeutti | 9 | 6 | |
| Jalkahoitajan palvelut | 2 | 1 | |
| | | | |
| Muut palvelut ja kustannukset | | | |
| Päivätoiminta | 720 | 7 | |
| Muut kustannukset | | 3 | 2101 |
| Omaisille aiheutuneet kustannukset ¹ | | 5 | 7310 |
| Lisäkustannukset yhteensä | | | 14 889 |

1. Tiedot saatavilla viiden henkilön osalta.

Laitoshoidon(hoitomaksuista johtuva) kustannus vuodelta oli 2009 yhteensä 644 595 €, josta asukasmaksujen osuus oli 52 451€ (8 %). Kunnat maksoivat hoitomaksuina 585 825 €. Kuntien hoitomaksut ja asukkaiden maksamat asiakasmaksut eivät kattaneet kaikkia kustannuksia, joten laitos teki tutkimusajankohtana kyseisten henkilöiden osalta tappiota 6 319 €. Koska kunnat kattavat viime kädessä laitoksen mahdolliset tappiot, eikä asiakkailta voida veloittaa enempää, on tässä erotus lisätty kuntien hoitomaksuihin. Siten *kuntien osuus laitospalveluista oli tutkimusajalta 592 144 €*. Laitosasumisen aikana asiakasmaksu määräytyi asukkaan tulojen perusteella, ja se oli 85 % tuloista. Asukkaiden tulot muodostuivat kansaneläkkeestä, joka oli noin 584 €/kk.

Laitos tuotti pääosan käytetyistä palveluista. Laitoksen ulkopuolisia erikoislääkärikäyntejä oli 3 kappaletta, ja laitoksen ulkopuolisia sairaalavuorokausia oli 10, joista aiheutui lisäkuluja arviolta 4 980€. Sairaalamaksujen ja erikoislääkärikäyntien hinnat on arvioitu keskussairaalan hinnaston ja paikallisesta sairaalasta saadun hintatiedon perusteella. Tämän lisäksi yhdelle asukkaalle oli hankittu yksityisiä kuntoutuspalveluita, joista asukkaalle oli aiheutunut kustannuksia 498 €. Kohta ”muut kustannukset” sisältää asukkaiden esim. vaatehankinnoista, lääkärikäyntien ja sairaalavuorokausien omavastuista johtuvia kustannuksia. Näitä tietoja oli saatavilla ainoastaan kolmen asukkaan kohdalta. Asukkaille hankittiin esim. vaatteita, sisustustarvikkeita ja liinavaatteita heidän omilla rahoilla, ja hoitajilla oli käytössä asukkaiden varoja jokapäiväisiin pieniin käyttömenoihin, joten todennäköisesti suuri osa näistä kustannuksista jäi laskennan ulkopuolelle. Kohta ”omaisille aiheutuneet kustannukset” sisältävät omaisten käynneistä aiheutuneita matkakuluja, jotka on arvioitu haastatteluiden perusteella saatujen käyntikertojen määrän mukaan. Matkakustannusten laskennassa on käytetty yleistä kilometrikorvauksen määrää vuonna 2009 (0,45 €/km). Matkakustannusten arviot perustuvat läheisten haastatteluissa esiin tulleisiin käyntimääriin. Kaikkien tutkimukseen osallistuneiden läheisiä ei haastateltu, joten matkakustannusten suhteen tiedot ovat puutteellisia. Kun laitosasumisen kustannuksiin lisätään sairaalavuorokausista ja erikoislääkärikäynneistä aiheutuneet kustannukset, muut kustannukset ja omaisille aiheutuneet kustannukset, saadaan laitosasumisen kokonaiskustannukseksi **659 484 €**, josta kuntien osuus oli **597 124 €** (91 %). Asukkaiden osuus kokonaiskustannuksista oli 8,4 %, ja ne sisälsivät pääasiassa hoitomaksun asiakasosuudesta, pienistä henkilökohtaisista hankinnoista ja sairaalakäyntien omavastuista johtuvia kustannuksia. Asukkaiden läheisille aiheutuneet kustannukset johtuivat pääasiassa matkakuluista. Haastatelluista läheisistä vain yksi raportoi olleensa tutkimusajankohtana pois työstä. Tämä kustannus on otettu laskelmissa huomioon, mutta vierailuihin käytettyä aikaa ei ole huomioitu läheisille aiheutuneeksi kustannukseksi.

Palveluiden käyttö ja niistä aiheutuneet kustannukset asumispalveluyksikössä

Asumispalveluyksikön taustatiedot

Tutkimuksen kohteena oleva yksikkö tarjoaa ympärivuorokautista tehostettua palveluasumista paljon erityistä tukea tarvitseville aikuisille. Yksikössä asuu 15 asukasta, joista 10 on muuttanut yksikköön suoraan laitoksesta. Yksikkö aloitti toimintansa vuonna 2010 ja se on kolmannen sektorin toimijan omistuksessa. Yksikössä on 16 vakituista toimea, ja kaikilla vakituisilla työntekijöillä on vähintään sosiaali- ja terveydenhuollon ammatillinen perustutkinto, viidellä työntekijällä on sosiaali- ja terveydenhuoltoalan AMK -tutkinto.

Asumispalveluyksikkö muodostuu kolmesta viiden asukkaan kotiryhmästä. Jokaisella asukkaalla on käytössään oma vuokra-asunto (28 – 29,5 m²), jossa on huone, alkovi/ varastotila ja wc/pesuhuone. Osalla asunnoista on oma minikeittiö. Jokaisessa kotiryhmässä on lisäksi yhteinen tupakeittiö (38 m²). Sauna, pesuhuone ja kodinhoito/pyykinhuoltotilat ovat kaikkien asukkaiden yhteisessä käytössä.

Tehostetun palveluasumisen piiriin kuuluvat palvelut, jotka ovat välttämättömiä asukkaan jokapäiväiselle suoriutumiselle, kuten avustaminen pukeutumisessa, henkilökohtaisessa hygieniassa, ruokailussa sekä asunnon siivouksessa. Lisäksi palvelun piiriin kuuluvat sellaiset palvelut, joita tarvitaan asukkaan terveyden, kuntoutuksen ja viihtyvyyden edistämiseksi. Palvelut toteutetaan yksilöllisten tarpeiden ja toiveiden mukaisesti ja palveluiden toteutuksessa huomioidaan asukkaan toimintakyvyn ylläpito ja edistäminen.

Kolmannen sektorin toimija omistaa tilat, ja on vuokrannut ne kaupungille, joka edelleen vuokraa asunnot asukkaille. Yksikön asukkaat ovat kotoisin lähialueen kunnista; tutkimukseen osallistujat ovat neljän eri kunnan alueelta. Terveyspalveluiden osalta asukkaat käyttävät pääasiassa yleisiä julkisia palveluita. Paikallinen terveyskeskus sijaitsee

lähellä, joten asukkaat pääsevät terveystalouteihin helposti henkilökunnan avustuksella. Myös muiden tarvittavien palveluiden suhteen ajatuksena on käyttää yleisiä palveluita (esim. kampaajalla, ostoksilla käynti), jotta asukkaiden elämä ei rajaudu asumisyksikön seinien sisäpuolelle. Asumisyksikkö sijaitsee keskeisellä paikalla, joten pääsy palveluihin on helppoa.

Asumisyksikössä järjestetään asukkaille yhteisiä tapahtumia ja toimintaa asukkaiden toiveiden ja mieltymysten mukaan. Toiminta sisältää esim. ulkoilua, askartelua ja erilaisten aisti-elämyksien tarjoamista osana virikkeellistä, normaalia arkea. Lisäksi kunta järjestää päivätoimintaa, johon osa asukkaista osallistuu. Osallistuminen päivätoimintaan riippuu sekä asukkaan halusta osallistua toimintaan että siitä, onko kotikunta ostanut palvelun päivätoimintaa järjestävältä kunnalta. Myös paikallinen kehitysvammaisten tukiyhdistys järjestää toimintaa, johon osa asukkaista osallistuu säännöllisesti.

Käytetyt palvelut ja niistä aiheutuneet kustannukset

Taulukossa 2 on esitetty asumisesta ja perushoidosta aiheutuneet kustannukset tutkimusajankohdalla ja niiden jakautuminen eri maksajatahojen kesken. Asukkaat maksavat asunnoistaan vuokraa, ja saavat siihen KELAlta asumistukea, mutta vuokraosuutta jää myös kuntien maksettavaksi. Kunnat maksavat hoitovuorokausihinnan, joka kattaa asukkaan tarvitseman hoidon ja hoivan. Asukkaat maksavat aterioista ateriamaksua käytön mukaan. Lämpimät ateriat hankitaan lähellä sijaitsevasta laitoskeittiöstä, ja aamu-, iltan- ja välipalat tehdään yksikössä itse, jolloin asukkailla on mahdollisuus vaikuttaa niiden sisältöön. Ateriamaksun lisäksi asukkaat maksavat yhteishankintamaksua jolla katetaan yleisiä yhteisiä esim. pyykinpesuaineiden hankinnasta johtuvia kustannuksia.

Kunnilla on oikeus saada 5 % suuruinen laskennallinen palautus arvonlisäverolaissa tarkoitettuista verottomista terveyden- ja sairaudenhoitoon sekä sosiaalihuoltoon liittyvistä hankinnoista (Verohallinnon ohje Nro 41/40/2002), joita ovat tässä tapauksessa kuntien maksamat hoitovuorokausimaksut. Näin ollen hoidon varsinainen kustannus saadaan, kun kuntien maksamista hoitomaksuista vähennetään 5 % laskennallinen palautus. Taulukossa 2 on esitetty asumispalveluyksikön kustannukset ja niiden jakautuminen eri maksajatahojen kesken. Kuten taulukosta nähdään, ovat *asumisesta ja hoidosta aiheutuneet kokonaiskustannukset vuoden ajalta 635 935 €*, josta kuntien osuus on 552 873 € (87 %), asukkaiden osuus 53 993 € (8,4 %) ja KELAn osuus on 29 068 € (4,5 %). Taulukon suluissa näkyvät summat ovat kustannustietoja ilman arvonlisäveron laskennallista palautusta. Arvonlisäveron laskennallinen palautus ei vaikuta muihin kuin hoitokustannuksiin (ei vaikutusta vuokriin, asukkaiden maksamiin aterioihin tai yleiskustannuksiin). Eri hoitomuotoja vertailtaessa (laitos/yksityiseltä toimijalta ostettu avohoito) on tarkoituksenmukaista käyttää verovähennyksen jälkeisiä hintoja, sillä

palvelun tuotanto laitospäristössä on arvonlisäverotonta, jolloin myös yksityisen avopalvelun hoitomaksusta on tehtävä 5 % laskennallinen arvonlisäveron palautus, jotta kustannukset olisivat vertailukelpoisia.

Taulukko 2. Asumisyksikön kustannukset.

| Palveluasumisen kustannukset | Asukkaiden osuus | Kuntien osuus | KELAn osuus2 | Yhteensä |
|---|------------------|-----------------------------|---------------|-----------------------------|
| Asuminen (vuokrat) | 13 292 | 31361 | 29 068 | 73721 |
| Hoito (vuorokausimaksut) | | 521 512 (548 960) | | 521 512 (548 960) |
| Ateriat | 38 301 | | | 38 301 |
| Yleiset yhteiset kustannukset | 2 400 | | | 2400 |
| Asumisesta ja perushoidosta aiheutuneet kustannukset | 53 993 | 552 873 (580 321) | 29 068 | 635 935 (663 382) |

Avohoidossa asukkaiden maksut muodostuvat lähtökohtaisesti palveluiden käytön mukaan, ei tietynä osuutena asiakkaan tuloista kuten laitoshoidossa. Avohoidossa asukkaiden tulot muodostuvat kansaneläkkeestä, asumistuesta, hoitotuesta ja mahdollisesta lisäeläkkeestä. Tulotietoja ei ollut saatavilla kaikkien tutkimukseen osallistujien osalta, mutta neljän asukkaan tietojen perusteella eläke ja hoitotuki ovat yhteensä noin 890 €/kk, asumistuki 325 €/kk ja lisäeläke/takuueläke 101 €/kk.

2. KELAn asukkaille maksamat asumistuet. KEHAS -työryhmä on käyttänyt samanlaista jaottelua.

Taulukkoon 3 on koottu asumispalveluyksikön ulkopuolisten palveluiden käyttömääriä ja käytöstä aiheutuneita kustannuksia. Eri palveluiden käytön ja erityisesti niistä aiheutuvien kokonaiskustannusten selvittäminen asumispalveluissa asumisen ajalta on haastavaa, sillä sekä palvelun tuottajia että maksajia on useita. Asumispalveluyksikössä on kirjattu asukkaiden käyttämät palvelut ja palveluiden tuottajat huolellisesti, joten palveluiden käyttötiedot perustuvat pääasiassa asumispalveluista ja palvelun tuottajilta saatuihin tietoihin. Päivätoimintaa koskevat hintatiedot saatiin toimintaa järjestävältä kunnalta, ja kuljetuspalveluita ja tutkimusajankohtana hankittuja apuvälineitä koskevat tiedot saatiin asukkaiden kotikunnasta.

Kuten taulukosta 3 näkyy, terveyspalveluiden käytöstä aiheutunut kustannus oli tutkimusajankohtana noin 24 180 €. Kuntoutus muodostaa suurimman osan terveyspalveluihin liittyvistä kustannuksista. Säännöllistä kuntoutusta sai tutkimusajankohtana 3 asukasta, joista kahdella kuntoutus on KELAn myöntämää ja maksamaa, yhden asukkaan kuntoutuksen korvaa kunta/terveyskeskus. KELAlle kuntoutuksesta ja niihin liittyvistä matkoista aiheutunut kustannus on 12 187 €, kuntien osuus kuntoutuksesta on noin 3 354 € ja asukkaiden osuus kuntoutuksesta ja niihin liittyvistä kuljetuksista on 547 €. Sairaalavuorokausia tutkimusajankohtana ei ollut lainkaan, vain muutama päiväkäynti erikoissairaanhoidossa.

Taulukko 3. Asumisyksikön ulkopuolisten palveluiden käyttö ja siitä aiheutuneet kustannukset.

| | Palveluiden käyttömäärät | Palveluita käyttäneiden henkilöiden määrä | Palvelun käytöstä aiheutunut kustannus |
|---|-----------------------------|--|---|
| Terveyspalvelut | | | |
| Käynnit lääkärillä, sairaanhoitajalla | 37 | 7 | 3706 |
| Ensiapu/tk-päivystyskäynnit | 3 | 2 | 330 |
| Sairaalavuorokaudet | 0 | 0 | 0 |
| Erikoislääkärikäynnit | 9 | 5 | 2802 |
| Hammaslääkärikäynnit | 2 | 2 | 148 |
| Laboratoriokäynnit | 9 | 7 | 315 |
| Suuhygienisti/ hammashoitajakäynnit | 2 | 2 | 148 |
| Kuntoutus/terapiat (sisältää matkat) | 160 | 3 | 16087 |
| Jalkahoitajan palvelut | 11 | 4 | 645 |
| Terveyspalvelut yhteensä | | | 24181 |
| Muut palvelut ja kustannukset | | | |
| Päivätoiminta | 203 | 5 | 16396 |
| Kuljetuspalvelut (taksikortti) | | 6 | 1422 |
| Lääkkeet | | 8 | 15487 |
| Apuvälineet (tutkimusajankohtana hankitut) | | 4 | 1478 |
| Muut kustannukset | | | 8096 |
| Muut palvelut ja kustannukset yhteensä | | | 42879 |
| Asumisyksikön ulkopuolisten palveluiden käytöstä aiheutuneet kustannukset yhteensä | | | 67 060 |

Muiden palveluiden ja kustannusten osalta päivätoiminta muodostaa suurimman kustannuserän, noin 16 400 €. Päivätoiminnassa käy 4 henkilöä kerran viikossa, ja yksi henkilö kerran kahdessa viikossa. Käyntien kokonaismäärä on arvioitu sen perusteella, että vuodessa on 45 toimintaviikkoa, jolloin käyntien yhteismääräksi saatiin 203. Päivätoiminta järjestetään erillisessä päivätoimintakeskuksessa, jonne osallistujille järjestetään kuljetus. Päivätoiminnan kustannus sisältää myös matkat. Toimintapäivä alkaa aamupäivällä 8.30 ja päättyy iltapäivällä klo 15 (keskiviikkoisin klo 13). Päivätoiminta tarjoaa asiakkaille monipuolista toimintaa ja tapahtumia, ja toiminnassa huomioidaan asiakkaiden mieltymykset ja kuntoisuus. Toiminta on hyvin suunnitelmallista ja vaihtelevaa; toimintasuunnitelmassa on omat teemat eri kuukausille ja ryhmille on laadittu yksityiskohtaiset päiväohjelmat. Päivätoiminnassa on kolme eri ryhmää, jotka on muodostettu asiakkaiden toimintakyvyn ja iän mukaan. Kussakin ryhmässä työskentelee sosionomin koulutuksen saanut ohjaaja, lähihoitaja ja avustaja (opiskelija). Päivätoiminnassa jokaiselle asiakkaalle tehdään henkilökohtainen ohjaussuunnitelma, jota tarkistetaan vähintään kaksi kertaa vuodessa tai tarvittaessa.

Toiseksi suurin kustannuserä on lääkkeet, 15 487 €. KELAn osuus lääkemenkuluista oli 11 023 € ja asukkaiden osuus 4 464 €. Apuvälineitä oli tutkimusajankohtana hankittu ainakin neljälle asukkaalle ja niistä aiheutuneet kustannukset olivat noin 1 500 €. Kuljetuspalveluita tutkimusajankohtana oli käyttänyt kuusi henkilöä, ja niistä aiheutuneet kustannukset olivat noin 1 400 €. Kohta muut kustannukset sisältää asukkaiden käyttörahoilla hankittuja pieniä jokapäiväisiä ostoksia sekä muita omia hankintoja, esim. vaatteita, hygieniatuotteita, sisustustavaroita tai elektroniikkaa. Muiden hankintojen osalta tiedot ovat puutteelliset, sillä käytössä oli vain neljän asukkaan tiedot, jotka saatiin läheisiltä haastatteluiden yhteydessä. Tutkimuksen kohteena olevista henkilöistä kenelläkään ei ollut henkilökohtaista avustajaa tutkimusajankohtana. Asumisyksikön ulkopuolisten palveluiden käytöstä yhteensä aiheutunut kustannus oli 67 060 €. Kunnat maksoivat asumisyksiköiden ulkopuolisista kustannuksista noin 28 500 €, KELA noin 23 500 € ja asukkaat itse noin 14 700 €.

Avohoidon kokonaiskustannus tutkimusajankohtana oli 702 995 €. Tehostettu palveluasuminen muodosti suurimman osan, noin 90 % kaikista kustannuksista. Yksikön ulkopuolisista palveluista päivätoiminta, kuntoutus ja lääkkeet muodostivat suurimmat kustannuserät, mutta niiden osuus kokonaiskustannuksista oli suhteellisen vähäinen (2 - 3 %). *Kuntien osuus kokonaiskustannuksista oli 581 400 €, KELAn osuus oli noin 52 600 € ja asukkaiden osuus noin 68 500 €.*

Palveluiden käytön vertailu

Taulukossa 4 on vertailtu palveluiden käyttöä asumispalveluyksikössä ja laitosasumisessa. Kuten taulukosta nähdään, palveluiden käyttö asumispalveluyksikössä on vähentynyt lähes kaikkien terveyspalveluiden osalta. Eniten ovat vähentyneet käynnit lääkärillä ja sairaanhoitajalla: asumispalveluyksikössä asumisen aikana käyntejä oli 84 vähemmän kuin laitoksessa. Laitosaikana lääkäri- ja sairaanhoitajakäynnit jakautuivat siten, että kolmen henkilön käynnit muodostivat yli puolet kaikista käynneistä. Asumispalveluyksikössä asumisen aikana heidän lääkäripalveluiden käyttö on vähentynyt merkittävästi. Myös laboratoriokäynnit ovat vähentyneet huomattavasti, 60 käynnillä. Laitosaikana yksi henkilö oli ollut sairaalahoidossa sekä laitoksen omassa sairaalassa että laitoksen ulkopuolella, asumispalveluyksikössä sairaalajaksoja ei tutkimusajankohtana ollut, ja koko asumisen ajalta sairaalavuorokausia oli kertynyt kaksi. Huomattavin kasvu palveluiden käytössä terveyspalveluiden osalta liittyy kuntoutukseen: asumispalveluyksikössä asumisen aikana kuntoutus-/terapiakäynnit ovat lisääntyneet 95 käynnillä. Toisaalta kuntoutuspalveluita käyttäneiden henkilöiden määrä on vähentynyt yhdellä, joten ne henkilöt, jotka ovat käyttäneet kuntoutuspalveluita, ovat saaneet säännöllistä ja jatkuvaa kuntoutusta. Asumispalveluyksikössä on käytetty enemmän erikoislääkärin ja jalkahoitajan palveluita kuin laitoksessa.

Muiden palveluiden osalta päivätoiminnan käynnit ovat vähentyneet valtavasti; asumispalveluyksikössä käyntejä on kertynyt noin 500 vähemmän kuin laitoksessa. Laitosaikana yhtä lukuun ottamatta kaikki tutkimuksen kohteena olevat henkilöt kävivät päivätoiminnassa noin 2-3 kertaa viikossa, kun asumispalveluyksikössä päivätoiminnassa käy viisi henkilöä noin kerran viikossa. Päivätoiminta laitoksessa ja avohoidossa poikkeavat toisistaan ainakin toiminnan keston ja sijainnin suhteen: laitoksessa päivätoiminta kesti noin 2,5 tuntia/kerta, kun avohoidossa päivätoiminta kestää kerrallaan 6,5 tuntia. Laitoksessa päivätoiminta järjestettiin joko omassa yksikössä tai laitosalueella sijaitsevassa toimintatalossa, kun yhteisöllisessä asumisessa päivätoiminta järjestetään ulkopuolisessa toimintakeskuksessa. Päivätoiminnan sisältöihin ei tässä tutkimuksessa syvennytä tarkemmin, mutta näyttää siltä, että asumisyksikössä tarjottava virikkeellinen arki sisältää toimintaa, joka laitosasumisen aikana sisältyi päivätoimintaan (esim. ulkoilu, askartelu).

Taulukko 4. Muutokset palveluiden käytössä

| | Palveluiden käyttömäärät | Palveluita käyttäneiden henkilöiden määrä | Palvelun käytöstä aiheutunut kustannus |
|---|-----------------------------|--|---|
| Terveyspalvelut | | | |
| Käynnit lääkärillä, sairaanhoitajalla, ensiapu/tk- päivystyskäynnit | -84 | +/- 0 | +4036 |
| Sairaalavuorokaudet | - 15 | -1 | - 4080 |
| Erikoislääkärikäynnit | +6 | +3 | +1902 |
| Hammaslääkärikäynnit | -7 | -3 | +148 |
| Laboratoriokäynnit | -60 | -1 | +315 |
| Suuhygienisti/hammashoitajakäynnit | -14 | -6 | +148 |
| Kuntoutus/terapiat (sisältää matkat) | +95 | -1 | +15589 |
| Jalkahoitajan palvelut | +9 | +3 | +645 |
| Terveyspalvelut yhteensä | | | +18 703 |
| Muut palvelut ja kustannukset | | | |
| Päivätoiminta | -517 | -2 | +16396 |
| Kuljetuspalvelut (taksikortti) | | 5 | +1422 |
| Lääkkeet | | 8 | +15487 |
| Apuvälineet (tutkimusajankohtana hankitut) | | 4 | +1475 |
| Muut kustannukset | | | +5995 |
| Omaisille aiheutuneet kustannukset | | | -7310 |
| Muut palvelut ja kustannukset yhteensä | | | +33 465 |
| Yksikön ulkopuolisten palveluiden käytöstä aiheutuneiden kustannusten lisäys | | | +52 168 |

Laitosasuminen sisälsi lähes kaikki käytetyt palvelut, joten asumispalveluissa yksikön ulkopuoliset käytetyt palvelut ovat kasvattaneet kokonaiskustannuksia. Kuten taulukosta nähdään, ulkopuolisten palveluiden käytöstä johtuneet kustannukset ovat kasvaneet noin 50 000 €.

Kun vertaillaan laitosasumisen hoitomaksuja ja tuetun asumisen asumisesta ja perushoidosta johtuvia kustannuksia (vuokrat, hoitomaksut, ateriat, jotka tulevat maksettavaksi asukkaan kunnosta ja terveydentilasta riippumatta), on tuetun asumisen kustannus 8 660 € laitosasumista pienempi (644 595 € - 635 935 €). Laitosasumisen aikana kustannus jakautui kuntien ja asukkaiden kesken, kun taas tuetussa asumisessa kustannusten kattamiseen osallistuu myös KELA maksamalla asukkaille asumistukea. *Tuetussa asumisessa kuntien maksut asumisen ja perushoidon osalta olivat 39 271 € alhaisemmat kuin hoitomaksut laitosasumisen ajalta (592 144 € - 552 873 €).* Asukkaiden osuus perushoidosta ja asumisesta oli 1 542 € enemmän tuetussa asumisessa kuin laitoksessa. KELAn osuus asumisesta oli 29 068 €. Tässä vertailussa on huomioitava, että laitosasuminen sisälsi suuren osan avopalveluissa yksikön ulkopuolelta hankittavista palveluista, kuten lääkäripalvelut, lääkkeet ja kuntoutuksen sekä päivätoiminnan. Tuetussa asumisessa terveyspalveluista, kuntoutuksesta ja päivätoiminnasta maksetaan palveluiden käytön mukaan, ja kustannuksiin osallistuvat kunnat, KELA ja asukas itse.

Kun vertaillaan eri hoitomuotojen **kokonaiskustannuksia** yhden vuoden ajalta (tutkitujen kahdeksan henkilön osalta), *on tehostetun palveluasumisen kokonaiskustannus 43 511 € (n. 7 %) laitosasumisen kustannusta korkeampi (702 995 € - 659 484 €)*, joka tarkoittaa noin 5 440 € lisäkustannusta henkilöä kohden vuodessa. Tehostetussa palveluasumisessa *kuntien osuus* kaikista kustannuksista oli noin 581 400 €, joka oli noin 83 % kokonaiskustannuksista ja noin 15 700 € vähemmän kuin laitosasumisen aikana (597 124 €). KELAn osuus oli noin 52 600 € (7 %) ja asukkaiden osuus noin 68 500 € (10 %).

Yksilötasolla kustannuserot vaihtelivat eri hoitomuotojen välillä melko paljon. Kahden henkilön kohdalla kokonaiskustannukset laskivat tehostetussa palveluasumisessa (toisen noin 3 000 €, toisen noin 2 000 €). Nämä kaksi henkilöä ovat keskenään hyvin erilaisia; toinen on syvästi kehitysvammainen ja toisen kehitysvamman astetta kuvataan lieväksi. Yksilötasolla suurimmat kustannusten kasvut olivat noin 20 000 € /henkilö, ja näitä tapauksia oli tutkimukseen osallistuneissa kaksi. Kustannusten kasvua näyttäisi selittävän keskimääräistä alhaisempi hoitomaksu laitosasumisen aikana, mutta esim. kehitysvammaisuuden asteella ei näissä tapauksissa ole yhteyttä kustannusten kasvuun. Nämä henkilöt käyttivät hyvin vähän palveluita sekä laitoksessa asuessaan että yhteisöllisen asumisen aikana.

Laadullinen arviointi: haastattelut

Kustannusvaikuttavuuden arviointi sisältää kustannusten lisäksi eri vaihtoehtojen laadullisen arvioinnin. Yleensä laadullisen arvion avulla pyritään selvittämään tietyn intervention vaikutuksia potilaan/asiakkaan terveydentilaan, toimintakykyyn ja elämänlaatuun kokonaisuudessaan. Kehitysvammaisille henkilöille on kehitetty omia elämänlaadun mittareita (esim. Cummins, 1997). Usein kyselypatteristot ovat kuitenkin sellaisia, jotka edellyttävät henkilön kykyä itse vastata kyselyihin. Valtaosa tähän tutkimukseen osallistuneista henkilöistä on vaikeasti tai syvästi kehitysvammaisia, moni ei kommunikoi puheella, joten tutkimuksen laadullisen arvioinnin osassa haastateltiin henkilöiden läheisiä. Yksi osallistujista vastasi haastattelukysymyksiin itse, ja haastattelun suoritti hänen omahoitajansa. Muiden viiden asukkaan kohdalla haastateltiin läheisiä. Haastatteluista 4 tehtiin asumisyksikön tiloissa ja yksi oli puhelinhaastattelu. Haastattelun kesto vaihteli noin ½ tunnista 1 ½ tuntiin. Haastattelun yhteydessä läheiset luovuttivat myös asukkaiden taloudellisia tietoja (esim. tulot, henkilökohtaiset menot), joka oli erittäin tärkeää, sillä muuten noiden erien selvittäminen olisi ollut mahdotonta.

Haastattelun tavoitteena oli selvittää muuton vaikutuksia asukkaan ja läheisten elämänlaatuun sekä henkilökohtaiseen talouteen. Haastattelu koostui seuraavista teemoista, jotka oli valittu mukailien kirjallisuudessa esiin nousseita elämänlaatuun liittyviä tekijöitä:

Muuton vaikutukset elämänlaatuun

Tarvittavien palveluiden saaminen (asumisyksikön ulkopuoliset palvelut)
Osallistumismahdollisuudet/aktiviteetit
Terveys ja henkilökohtaiset taidot
Yksityisyys; tilat, mahdollisuus yksityisyyteen
Sosiaaliset suhteet
Asukkaan tyytyväisyys ja turvallisuuden tunne
Läheisten tyytyväisyys ja luottamus

Muuton vaikutukset talouteen

Läheisten osuus palveluiden tuottamisessa ja taloudelliset vaikutukset
Muuton vaikutukset asukkaan henkilökohtaiseen talouteen

Muuton vaikutukset elämänlaatuun

Asumisyksikön ulkopuolisten palveluiden saaminen. Valtaosa haastateltavista arvioi asumisyksikön ulkopuolisten palveluiden saannin hyväksi tai melko hyväksi. Pääsyä terveyspalveluihin pidettiin hyvänä, vaikka osalla läheisistä oli aluksi huoli juuri terveyspalveluista, sillä nyt käytetään yleisen terveyskeskuksen palveluita, kun taas laitoksessa oli omat kehitysvammaisiin erikoistuneet lääkärit. Lääkärikäynnit olivat kuitenkin sujuneet hyvin, ja omalääkärijärjestelmä toimii läheisten mukaan hyvin. Hyvänä koettiin se, että lääkärikäynneille lähtee mukaan asiantunteva hoitaja, joka kertoo tilanteen lääkärille. Kolme haastattelun kohteina olevista asukkaista käy säännöllisesti päivätoiminnassa ja kolme saa säännöllistä kuntoutusta. Moni läheinen ilmaisi tyytymättömyytensä laitosaikaiseen kuntoutukseen. Muutaman asukkaan läheiset näkivät nykyisen kuntoutuksen jatkuvampana ja parempana kuin laitosaikana. Kahden asukkaan läheiset vertasivat nykyistä palvelutarjontaa aikaan ennen laitokseen muuttoa, jolloin henkilö asui kotona. Heidän mukaansa kehitysvammaisten lääkäri- ja terveyspalvelut ovat parantuneet viimeisen 9 vuoden aikana, tosin pääsy KELA -kuntoutukseen ei välttämättä onnistunut samalla tavoin kuin aikaisemmin. Vastaajista yksi oli selkeästi tyytymätön pääsyyn asumisyksikön ulkopuolisten palveluiden piiriin (kuntoutus, päivätoiminta, henkilökohtaisen avustajan saaminen). Se myös koettiin ongelmalliseksi, että samassa kodissa asuvilla on erilaiset mahdollisuudet osallistua esim. päivätoimintaan, koska palveluiden saaminen riippuu kotikunnasta. Tutkimusajankohtana kenelläkään tutkimukseen osallistujista ei ollut käytössä henkilökohtaista avustajaa. Vastaajista kolme näki tarvetta henkilökohtaiselle avustajalle.

Osallistumismahdollisuudet. Monet haastateltavat listasivat tapahtumia (esim. ystävänäpäivätanssit, konsertit, teatterikäynnit), joihin asukkaat olivat osallistuneet asuessaan asumispalveluyksikössä. Järjestettyjen tapahtumien lisäksi asukkaat käyvät hoitajien kanssa asioilla läheisessä kauppakeskuksessa, torilla ja ulkoilemassa luonnossa. Asukkailla järjestetään omassa yksikössä pieniä tapahtumia, esim. grillijuhlia ja asukkaat vierailevat toistensa luona eri kodeissa. Haastatteluun osallistunut asukas ei halunnut käydä päivätoiminnassa tai eri tapahtumissa, mutta toivoi, että yksikössä pidettäisiin erilaisia esityksiä. Läheiset vaikuttivat tyytyväisiltä osallistumismahdollisuuksiin, ja yksikön sisäinen toiminta nähtiin aktiivisena. Erään läheisen mukaan ”Kun tullaan käymään, täällä ei ole joskus oikein ketään. Ovat tuolla kylillä”. Haastateltavista kolme kertoi toiminnan olevan vireämpää kuin laitosasumisen aikana.

Terveys ja henkilökohtaiset taidot. Haastateltavista kolme koki asukkaan terveydentilan kohentuneen jollakin tavalla asumispalveluyksikössä asumisen aikana. Konkreettinen muutos yhden asukkaan kohdalla on sairaalajaksojen huomattava väheneminen laitoshoidon verrattuna; laitosaikana tulehduksesta johtuvia sairaalavuorokausia oli useita (15), kun asumispalveluyksikössä asuessa niitä oli kertynyt vain 2, eikä tutkimusajankohtana yhtään. Nyt lääkitys aloitetaan ajoissa, jolloin sairaalaan joutuminen voidaan välttää. Muutama läheinen kertoi kommunikaatio-ongelmista tai mielialasta johtuvan

aggressiivisen käyttäytymisen vähentyneen. Yksi vastaajista koki mielialaan liittyvät hyvät kaudet nyt pidemmiksi kuin ennen. Yhden asukkaan fyysinen kunto on kohentunut/keho voimistunut selvästi kuntoutuksen myötä. Kahden terveydentila on haastattelujen perusteella pysynyt ennallaan. Kahden asukkaan lääkitystä on pystytty vähentämään asumispalveluissa asumisen aikana, yhden lääkitystä on jouduttu lisäämään. Muutoksia henkilökohtaisissa kyvyissä tai taidoissa ei ole nähtävissä.

Yksityisyys ja tilat. Lähes kaikki haastateltavista kokivat, että asukkailla oli nyt entistä paremmat mahdollisuudet olla yksin silloin kun haluaa ja toisaalta olla muiden seurassa niin halutessaan. Asumisyksikössä jokaisella asukkaalla on oma huone, joka mahdollistaa yksityisyyden. Laitoksessa osa asukkaista oli jakanut huoneen toisen asukkaan kanssa, jolloin samanlaista mahdollisuutta yksityisyyteen ei ollut. Oman huoneen tuoma yksityisyys on myös läheisten kannalta miellyttävä asia; vierailuilla voidaan vetäytyä seurustelemaan ja kahville omaan huoneeseen ja tulla sen jälkeen keskustelemaan muiden kanssa. Laitoksessa ei ollut samanlaista mahdollisuutta. Yleisesti läheiset olivat tyytyväisiä asumisyksikön tiloihin. Muutaman läheisen mukaan tilojen viihtyvyyden suhteen oli tapahtunut suuri muutos verrattuna laitosaikaan. Asukkaiden huoneet olivat tilavia, ja ne on kalustettu oman maun mukaan. Muutamalla asukkaalla on oma TV tai musiikin kuunteluun tarvittavat välineet omassa huoneessa. Tiloihin liittyvänä puutteena yksi haastateltava näki suuremman yhteistilan puuttumisen, jossa voitaisiin pitää koko yksikön tapahtumia, esim. joulujuhlia tai syntymäpäiviä.

Sosiaaliset suhteet. Asukkaiden läheisiä ovat pääasiassa heidän vanhempansa ja sisarusket (perheineen), osalla asukkaista myös muut sukulaiset (tädit, sedät). Moni on asunut laitoksessa niin pitkään, että laitoksen ulkopuolisia ystäviä ei juuri ole. Muutolla asumispalveluyksikköön on ollut merkittävä vaikutus asukkaiden ja heidän läheistensä väliseen yhteydenpitoon. Matkaa laitokseen kertyi keskimäärin 100km/suunta, ja sen vuoksi perheenjäsenten vierailut olivat paljon vähäisempiä kuin nyt, kun matkaa on 400 m – 20 km. Laitosaikana valtaosa haastateltavista kävi katsomassa läheistään 4-6 kertaa vuodessa. Yhden asukkaan läheiset kävivät viikoittain ja toisen kerran kuukaudessa. Nyt moni läheinen kertoi käyvänsä yksikössä jopa monta kertaa viikossa. Vierailuihin ei tarvitse varata enää koko päivää, vaan kylään voi poiketa esim. kauppareissun yhteydessä. Läheisillä on myös mahdollisuus osallistua hoitoon, esim. tulla syöttämään tai ulkoittamaan asukasta. Muutaman asukkaan lapsuuden aikaiset ystävät ja kaukaisemmat sukulaiset ovat käyneet kylässä nyt kun asukas on muuttanut takaisin kotiseudulle. Asukkaista ainakin yksi käy säännöllisesti kotona vanhemmillaan kylässä. Haastatteluista käy ilmi, että yhteydenpito läheisten ja asukkaiden sekä läheisten ja asumispalveluyksikön henkilöstön välillä on tiiviimpää kuin laitosasumisen aikana. Moni vastaajista totesi, että eri tekijöitä, esim. osallistumismahdollisuuksia laitosasumisen ja nykyisen tilanteen välillä oli hankala vertailla, koska he eivät tienneet kaikkea mitä laitosasumisen aikana tapahtui. Nyt yhteydenpito on paljon tiiviimpää, ja läheiset ovat paremmin tietoisia asukkaan tekemisistä ja tilanteesta.

Asukkaan tyytyväisyys ja turvallisuuden tunne. Tyytyväisyyden arviointi on hankalaa, sillä asukkaat eivät pääsääntöisesti pysty ilmaisemaan itseään puhumalla. Läheiset pystyvät arvioimaan tyytyväisyyttä kuitenkin käyttäytymisen avulla, ja haastatteluun osallistuneet näkivät asukkaiden käytöksessä merkkejä tyytyväisyydestä (esim. ruoka maistuu, tyytyväinen ääntely, rauhallisuus, ei esiinny itseä satuttavaa käytöstä). Kaikki haastateltavat näkivät, että asukas oli tyytyväisempi nyt kuin laitosasumisen aikana. Erään läheisen mukaan elämänlaatu on parantunut valtavasti, ”ei sitä osaa kuvailla ollenkaan”, toinen näki läheisensä olevan nyt huomattavasti onnellisempi kuin edellisen 9 vuoden aikana. Syitä tyytyväisyyteen nähtiin olevan monia: esiin nousi mm. yksilöllisten tarpeiden ja mieltymysten huomiointi hoidossa: esim. jos asukas pitää tietyistä ruuista ja herkuista, hänelle annetaan sellaisia (esim. suklaata silloin tällöin). Myös viihtyisät tilat, uudet apuvälineet ja mahdollisuus yksityisyyteen ja seurusteluun sekä toiminnallisuus vaikuttavat tyytyväisyyteen. Haastatteluun itse vastannut asukas kertoi pitävänsä asumisesta asumisyksikössä, eikä hän haluaisi muuttaa siellä mitään. Oma asunto tuntuu myös turvalliselta. Muiden osalta turvallisuuden tunnetta oli vaikea arvioida.

Läheisten tyytyväisyys ja luottamus. Kaikki haastatellut olivat aikaisempaan verrattuna tyytyväisempiä nykyiseen tilanteeseen. Eräs läheinen kuvaili asumisyksikköön pääsyä ”ihanaksi asiaksi”, koska matkat jäivät pois ja nyt tiedetään koko ajan mitä tapahtuu. Jos joku asia vaivaa, siitä voi myös heti kysyä ja käydä katsomassa. Samat asiat nousivat esiin useassa haastattelussa. Läheiset ovat tyytyväisiä nähdessään asukkaan olevan puhdas, hyvin hoidettu ja iloinen. Läheiset olivat olleet pääsääntöisesti tyytyväisiä myös laitosasumiseen. Eräs läheinen totesi olleensa tyytyväinen laitosasumiseen, mutta näkee että tämä on kuitenkin paljon parempi ratkaisu; on tunne että läheisellä on kaikki asiat nyt huomattavasti paremmin. Osa haastateltavista oli ollut huolissaan muuttovaiheesta siitä, miten esim. lääkärikäynnit ja kuntoutus hoituvat. Kaikki on kuitenkin sujunut hyvin, esim. lääkärikäynnit hoituvat henkilökunnan avustuksella, eikä läheisten tarvitse huolehtia niistä. Huolenaiheina nousi esiin henkilöstön vaihtuvuus yksikössä.

Osa haastateltavista oli yllätynyt muuton myötä lisääntyneen paperityön määrästä aikaisempaan verrattuna; aikaisemmin oli huolehdittavana yksi hoitomaksu ja muutama satunnainen maksu, nyt maksujen määrä on huomattavasti suurempi. Huolta aiheutti myös se, että miten läheiset osaavat hakea kaikkia tarvittavia tukia ja palveluita. Nähtiin, että palveluita on hankala saada, koska niitä täytyy osata hakea oikein: esim. henkilökoh- taista avustajaa ei voi saada ellei henkilö itse ilmaise tarvitsevansa sitä. Kun kyseessä on vaikeasti vammaisen henkilö, ilmaisu on mahdotonta. Neuvonta tarjolla olevista palveluista ja niiden hakemisesta vaihtelee kuntakohtaisesti; osa vastaajista oli hyvin tyytyväisiä nykyiseen palveluneuvontaan, kun taas toiset kokivat etteivät saa tarpeeksi tietoa ja opastusta.

Muuton vaikutukset talouteen

Läheisten osuus palveluiden tuottamisessa ja taloudelliset vaikutukset. Pääsääntöisesti läheiset eivät koe osallistuvansa asukkaan varsinaiseen hoitoon, vaan hoitovastuu on asumispalveluyksikön henkilöstöllä. Useassa vastauksessa korostui se, että läheiset käyvät asukkaan luona kylässä, eikä sitä pidetä hoitoon osallistumisena, vaan normaalin kanssakäymisenä. Ainakin muutama haastateltava kertoi kuitenkin osallistuvansa hoitoon esim. syöttämällä ja ulkoiluttamalla läheistään. Yksi asukas käy säännöllisesti kotilomilla, mutta vanhemmat eivät koe käyntejä hoidoksi tai osaa arvioida käynneistä aiheutuneita kustannuksia erikseen, sillä käynnit ovat verrattavissa muiden lasten käynteihin kotona. Tutkimusajankohtana (laitosasumisen aikana) ainoastaan yksi läheinen oli ollut pois työstä asukkaan hoidon/tuen vuoksi. Vierailuista ei aiheudu enää kustannuksia, kun matkat laitokseen ovat jääneet pois. Läheiset tuovat asukkaille tuliaisia (esim. herkkuja) ja vaatteita ja osallistuvat esim. muiden asukkaiden syntymäpäivälahjoihin ja hoitajien läksiäislahjoihin, mutta näiden kustannusten arvioitiin olevan hyvin pieniä. Kenenkään läheisen ei ole tarvinnut avustaa taloudellisesti asukasta asumispalveluyksikössä asumisen tai laitoshoidon aikana, vaan heidän omat tulonsa ovat kattaneet hoidosta ja asumisesta aiheutuneet kustannukset.

Muuton vaikutukset asukkaan henkilökohtaiseen talouteen. Muuton myötä asukkaiden tuloissa ja menoissa on tapahtunut muutos: aikaisemmin pääosa asukkaista sai kansaneläkkeen, josta meni tietty osuus hoitomaksuna laitokselle. Asumispalveluyksikössä asuessa asukkaat saavat kansaneläkkeen lisäksi asumistukea, hoitotukea sekä ainakin osa asukkaista saa lisäeläkettä. Muutama asukas saa korvausta vakuutuksen perusteella. Asumispalveluissa kuluja ovat vuokra, ateriamaksut, yhteishankintamaksut, kuljetusten, kuntoutuksen ja lääkkeiden omavastuut sekä muut henkilökohtaiset menot (esim. vaatteet, kampaajalla käynnit jne.). Vastaajista kolme koki, että asukkaan taloudellinen tilanne oli parempi nyt kuin laitosasumisen aikana. Kaksi näki, että tilanne on aika lailla sama kuin ennenkin. Taloudellinen tilanne riippuu pitkälti asukkaan kunnosta; lääkärikäynnit, sairaalamaksut ja lääkkeiden omavastuut nostavat kustannuksia helposti.

Yhteenvedo

Tämän tutkimuksen tavoitteena oli kehitysvammaisten laitosten lakkauttamisen kustannusvaikutusten arviointi. Kustannusvaikuttavuutta arvioitiin vertailemalla erilaisten kehitysvammaisten henkilöiden tarvitsemien palveluiden käytöstä aiheutuneita kustannuksia laitosasumisen ja yhteisöllisen asumisen aikana. Kustannusten arvioinnin lisäksi tutkimuksessa selvitettiin yhteisöllisen asumisen laadullisia vaikutuksia haastatteleamalla tutkimukseen osallistuneiden läheisiä ja yhtä asukasta.

Tutkimuksen mukaan yhteisöllinen hoito on noin 7 % laitoshoidoa kalliimpaa. Yhteisöllisessä asumisessa asumisesta ja perushoidosta aiheutuvat kustannukset ovat laitoshoidoa pienemmät. Yhteisöllisen hoidon kokonaiskustannuksia nostivat asumisyksikön ulkopuolisten palveluiden käyttö ja niistä aiheutuneet kustannukset, jotka laitosasumisessa sisältyivät hoitovuorokauden hintaan. Tämän tutkimuksen perusteella näyttää siltä, että siirryttäessä laitoshoidosta yhteisölliseen asumiseen kuntien maksut pienenevät; tässä kuntien kustannukset pienenevät noin 15 700 €.

Palveluiden käytön suhteen suurimmat erot löytyvät terveyspalveluiden ja päivätoiminnan käytöstä; näitä palveluita käytettiin asumispalveluyksikössä huomattavasti vähemmän kuin laitoksessa asuessa. Suurin määrällinen ero palveluiden käytössä liittyi päivätoimintaan. Laitoksessa päivätoiminta kuului hoitovuorokauden hintaan, ja lähes kaikki asukkaat osallistuivat siihen. Päivätoiminta laitoksessa ja avohoidossa poikkeaa toisistaan ainakin keston ja sijainnin suhteen: laitoksessa päivätoiminta kesti noin 2,5 tuntia kerralla, kun avohoidossa päivätoiminta kestää 6,5 tuntia/kerta. Laitoksessa päivätoimintaa järjestettiin joko asukkaiden omissa yksiköissä tai laitosalueella sijaitsevassa toimintatalossa, ja avohoidossa asumispalveluyksikön ulkopuolisessa toimintakeskuksessa. Tämän tutkimuksen puitteissa ei päivätoiminnan sisällöllisiä eroja selvitetty tarkemmin, mutta näyttää siltä että asumisyksikön tarjoama normaali virikkeellinen arki sisältää toimintaa, joka laitosasumisessa kuului päivätoiminnan piiriin (esim. ulkoilu, askartelu). Tutkimuksen perusteella ei voida ottaa kantaa palvelukäytön vähenemisen syihin, mutta tutkimuksen laadullisen arvioinnin perusteella näyttää siltä, että asumispalveluyksikössä terveyspalvelut ovat toimineet hyvin, ja niitä on ollut saatavilla riittävästi.

Kustannusten lisäksi kustannusvaikuttavuuden arviointi sisältää tuloksellisuuden arvioinnin. Tässä tutkimuksessa laitoksesta muuton tuloksia arvioitiin kartoittamalla

muuton aikaansaamia mahdollisia muutoksia asukkaiden elämänlaadussa. Laadullinen arvio suoritettiin haastattelemalla asukkaiden läheisiä. Lähes kaikki haastatellut läheiset kokivat asukkaan elämänlaadun kohentuneen huomattavasti. Osalla asukkaista terveydentila oli kohentunut; esimerkiksi sairaalajaksot olivat vähentyneet, käytös rauhoittunut tai lääkkeiden määrää oli voitu vähentää. Yksi merkittävimmistä muutoksista koski sosiaalisia suhteita: nyt vuorovaikutus asukkaan ja läheisten sekä läheisten ja hoitajien välillä on entiseen verrattuna huomattavasti aktiivisempaa. Läheiset olivat myös pääsääntöisesti tyytyväisiä asumisyksikössä tarjottaviin osallistumismahdollisuuksiin. Läheiset kokivat asukkaiden elämänlaadun kohonneen asumispalveluyksikössä asumisen myötä. Läheiset olivat tyytyväisempiä nyt kuin laitosasumisen aikana, ja he kokivat että myös asukkaat itse olivat nyt tyytyväisempiä. Taloudellisesti läheiset eivät olleet joutuneet tukemaan asukkaita laitoksessa tai asumisyksikössä asumisen aikana. Laitosaikana kustannuksia aiheutui matkoista, sillä laitos sijaitsi suhteellisen kaukana kotikunnasta. Asukkaiden taloudellinen tilanne oli joko pysynyt ennallaan tai kohentunut hieman asumispalveluyksikköön muuton myötä. Moni laadullisista tulostekijöistä, kuten aggressiivisen käyttäytymisen väheneminen, asukkaiden omaisyhteyksien tiivistyminen ja läheisten yleinen tyytyväisyys yhteisölliseen asumiseen olivat saman suuntaisia aikaisempien laitosten purkamista koskevien tutkimusten kanssa (esim. Saloviita 1992).

Näyttäisi siltä, että tämä tutkimus tukee aikaisempia yhteisöllisen hoidon kustannusvaikuttavuudesta tehtyjä tutkimuksia. Tässä tutkimuksessa korkeammat kustannukset liittyvät huomattavasti parempaan lopputulokseen, joka antaa viitteitä siitä, että yhteisöllinen asuminen on laitoshoidon kustannusvaikuttavampaa. Kuten aikaisemmissa tutkimuksissa on todettu, paljon tukea vaativien henkilöiden osalta yhteisöllisen hoidon kustannukset saattavat olla laitoshoidon korkeammat. Tämän tutkimuksen kohteena olevat henkilöt ovat paljon tukea tarvitsevia, joten kustannusten osalta tulokset ovat linjassa aikaisempien tutkimusten kanssa.

Tämän tutkimuksen perusteella voi todeta, että palveluiden käytön ja kokonaiskustannusten jäljittäminen yhteisöllisen asumisen ajalta on haastavaa. Yhteisöllisessä asumisessa tarvittavat palvelut hankitaan eri palvelun tuottajilta, ja kustannuksiin osallistuu useita eri tahoja palvelusta tai kustannuslajista riippuen. Näyttäisi siltä, että kuntien suhteellinen osuus kustannuksista laskee yhteisöllisen asumisen myötä, ja KELAn ja asukkaiden osuus maksajina kasvaa.

Tässä tutkimuksessa selvitettiin ja vertailtiin palveluiden käyttöä ja niistä aiheutuneita kustannuksia 8 kehitysvammaisen henkilön osalta laitosasumisen ja yhteisöllisen asumisen ajalta. Suurin osa tutkimukseen osallistuneista henkilöistä oli syvästi tai vaikeasti kehitysvammaisia, paljon tukea tarvitsevia henkilöitä. Tutkimuksen otos on suppea, ja osallistujat paljon tukea tarvitsevia, joten tämän selvityksen perusteella ei voi tehdä laajoja yleistyksiä tai päätelmiä kehitysvammaisten laitosten lakkauttamisen kustannusvaikutuksista yleisellä tasolla. Tutkimus antaa kuitenkin suuntaviivoja siitä, mitkä ovat palvelutarpeet ja minkälaisiksi kustannukset muodostuvat sekä mitkä ovat laadulliset tulokset, kun vaikeasti vammaiset henkilöt muuttavat yhteisölliseen asumiseen.

Lähteet

- BEECHAM, J., KNAPP, M., MCGILLOW, S., DONNELLY, M., KVANAGH, S., FENYO, A. & MAYS, N. (1997), The cost-effectiveness of community care for adults with learning disabilities leaving long-stay hospital in Northern Ireland, *Journal of Intellectual Disability Research*, Vol. 41, No. 1, pp. 30-41.
- CUMMINS, R.A. (1997), *Comprehensive quality of life scale – intellectual/cognitive disability*, 5th edition, School of Psychology, Deakin University.
- HALLAM, A., KNAPP, M., JÄRNRINK, K., NETTEN, A., EMERSON, E., ROBERTSON, J., GREGORY, N., HATTON, C., KESSISSOGLU, S. & DURKAN, J. (2002). Costs of village community, residential campus and dispersed housing provision for people with intellectual disability, *Journal of Intellectual Disability Research*, Vol. 46, No. 5, pp. 394-404.
- HEALTH SERVICE EXECUTIVE (2011), *Time to Move from Congregated Settings, A Strategy for Community Inclusion*, Report of the Working Group on Congregated Settings.
- KIRJAVAINEN, P. (2009). *Tuen ja avun arviointi, Kehitysvammaisten palvelusäätiö.*
- KNAPP, M., COMAS-HERRERA, A., ASIN, J., BEECHMAN, J. & PENDARIES, C. (2005), Intellectual disability, challenging behavior and cost in care accommodation: what are the links?, *Health and Social Care in the Community*, Vol. 13, No. 4, pp. 297-306.
- MANSSELL, J., KNAPP, M., BEADLE-BROWN, J. & BEECHAM, J. (2007), *Deinstitutionalisation and community living – outcomes and costs: report of a European Study, Volume 2, Main Report*, Canterbury, Tizard Centre, University of Kent.
- NIEMELÄ, M. & BRANDT, K. (2008), *Kehitysvammaisten yksilöllinen asuminen. Pitkäaikaisesta laitostasumisesta kohti yksilöllisempiä asumisratkaisuja. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen selvityksiä 2007: 73.*
- PINKNEY, S., EWING, S. (2005), *How Does this Help Again? Economic Evaluation and Homelessness Policy. Proceedings of 'Looking back, looking forward: a quarter-century of social change', the Australian Social Policy Conference, Sydney, New South Wales, Australia, 20–22 July 2005.*
- RISSANEN, P. (1987), *Kehitysvammahuollon eri asumismuotojen taloudellinen evaluaatio. Valtakunnallisen tutkimus- ja kokeiluyksikön julkaisu 42/1987, Kehitysvammaliitto.*
- SALOVIITA, T. (1992), *Takaisin yhteiskuntaan. Tutkimus kehitysvammaisten laitoshuollon purkamisesta. Teoriasta käytäntöön 2, Kehitysvammaisten tukiliitto.*
- SPREAT, S., CONROY, J., FULLERTON, A. (2005), *A cost-benefit analysis of community and institutional placements for persons with mental retardation in Oklahoma, Research in Developmental Disabilities*, Vol. 26, pp. 17-31.
- STANCLIFFE, R. J., KEANE, S. (2000), *Outcomes and costs of community living: A matched comparison of group homes and semi-independent living, Journal of Intellectual & Developmental Disability*, Vol. 25, No. 4, pp. 281-305.

YMRA 7/2011, Asunnottomuuden vähentämisen taloudelliset vaikutukset, Ympäristöministeriön raportteja, 7/2011, 114 s. URN:ISBN:978-952-11-3848-5. ISBN 978-952-11-3848-5 (PDF). Julkaisu on saatavana vain sähköisessä muodossa: <http://www.ymparisto.fi/download.asp?contentid=124810&lan=fi>

HINTSALA, S., SEPPÄLÄ, H., TEITTINEN, A. (2007), Kehitysvammaisten asumispalvelun suuntaviivoja. Teoksessa NIEMELÄ, M. & BRANDT, K. (toim.) (2008), Kehitysvammaisten yksilöllinen asuminen. Pitkäaikaisesta laitosasumisesta kohti yksilöllisempiä asumisratkaisuja. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2007: 73.