

JULKAISU

Leena Forma, Mari Aaltonen, Pia Teräväinen ja Jutta Pulkki

**MIKÄ MAKSAA JA KUKA MAKSAA?  
IKÄÄNTYNEIDEN HOIDON KUSTANNUKSET JA  
RAHOITUS -PILOTTITUTKIMUS**



**MIKÄ MAKSAA JA KUKA MAKSAA?  
IKÄÄNTYNEIDEN HOIDON  
KUSTANNUKSET JA RAHOITUS  
-PILOTTITUTKIMUS**

Leena Forma, Mari Aaltonen, Pia Teräväinen  
ja Jutta Pulkki

**MIKÄ MAKSAA JA KUKA MAKSAA?  
IKÄÄNTYNEIDEN HOIDON  
KUSTANNUKSET JA RAHOITUS  
-PILOTTITUTKIMUS**

**KAKS – Kunnallisan  
kehittämissäatiö**

Kunnallisan kehittämissäatiön Julkaisu 56  
2023

ISBN 978-952-349-103-8  
ISSN 2489-9631

# Sisällys

<b>Kirjoittajat</b> .....	<b>6</b>
<b>Esipuhe</b> .....	<b>7</b>
<b>1 Johdanto</b> .....	<b>8</b>
<b>2 Pilottitutkimuksen konteksti ja rajaukset</b> .....	<b>11</b>
<b>3 Ikääntyneiden hoito</b> .....	<b>11</b>
3.1 Virallisten palvelujen käyttö .....	12
3.2 Hoidon ja hoivan tarpeet .....	12
3.3 Omaishoito .....	13
<b>4 Ikääntyneiden hoidon rahoitus</b> .....	<b>14</b>
4.1 Ikääntyneiden hoidon rahoituksen haasteita ja ratkaisuja .....	17
<b>5 Yhteenvedo: Tarvitaan lisää tietoa kustannuksista ja rahoituksesta</b> .....	<b>20</b>
<b>6 Pilottitutkimuksen tavoitteet</b> .....	<b>20</b>
<b>7 Aineisto ja menetelmät</b> .....	<b>21</b>
7.1 Mikro kustannuslaskenta .....	21
7.2 Tutkimuksen toteutus.....	21
7.3 Tutkimusjoukko .....	22
7.4 Aineistot .....	23
7.4 Kustannusten ja rahoitusjakauman arviointi .....	26
<b>8 Tulokset</b> .....	<b>29</b>
8.1 Tutkimusjoukon kuvaus.....	29
8.2 Ikääntyneiden hoidon kustannukset .....	30
8.3 Ikääntyneiden hoidon rahoitusjakauma.....	32
8.4 Tulojen riittävyys.....	34
8.5 Tutkimuksen toteutettavuus.....	34
<b>9 Pohdinta</b> .....	<b>38</b>
9.1 Tulosten arviointia .....	38
9.2 Kustannuserien ja etuuksien tarkastelua.....	39
9.3 Omaisten rooli.....	40
9.4 Kun rahat eivät riitä.....	41
9.5 Tulevaisuudenkuvia .....	42
9.6 Jatkotutkimusaiheita .....	43
<b>10 Johtopäätökset</b> .....	<b>44</b>
<b>Lähteet</b> .....	<b>46</b>
<b>Liitteet</b> .....	<b>55</b>

# Kirjoittajat

Leena Forma, TtT, dosentti, toimii erikoistutkijana Laurea-ammattikorkeakoulussa ja yliopistotutkijana Tampereen yliopiston yhteiskuntatieteiden tiedekunnassa. Hänen tutkimuksensa kohdistuu ikääntyneiden sosiaali- ja terveystalvelujen käyttöön, kustannuksiin ja rahoitukseen.

Mari Aaltonen, TtT, dosentti, toimii johtavana tutkijana Terveyden ja hyvin-voinnin laitoksella ja yliopistotutkijana Tampereen yliopiston yhteiskuntatieteiden tiedekunnassa. Hänen tutkimuksensa keskittyy ikääntyneiden sosiaali- ja terveystalvelujen käyttöön ja palvelutarpeisiin.

Pia Teräväinen, TtM, työskentelee Kelan palveluksessa ratkaisuasiantuntijana. Hän tekee väitöskirjatutkimusta ikääntyneiden sosiaalisesta kuntoutuksesta Tampereen yliopistossa.

Jutta Pulkki, TtT, dosentti, on yliopistonlehtori Tampereen yliopiston yhteiskuntatieteiden tiedekunnassa. Pulkki tutkii muun muassa ikääntyneiden palvelujen käyttöä sekä ikääntyneiden hoivaan liittyvää politiikkaa.

Kirjoittajat ovat Gerontologian tutkimuskeskuksen (GEREC) ja Ikääntymisen ja hoivan tutkimuksen huippuyksikön (CoE AgeCare) tutkijoita.

# Esipuhe

Ikääntyneiden hoito rahoitetaan pääosin julkisin varoin. Tämän lisäksi asiakkaat maksavat asiakasmaksuja. Julkisen ja yksityisen tahon maksuosuudet eroavat palvelujen välillä. Yleensä asiakas maksaa vain osan hoitonsa kustannuksista, mutta siihen saattaa kuluu suuri osa hänen tuloistaan. Hoito ja siihen liittyvät maksut koskevat tiettyinä hetkenä vain osaa ikääntyneistä, mutta hyvin moni tarvitsee hoitoa jossain vaiheessa elämäänsä. Ikääntyneiden hoidon rahoitus onkin merkittävä kysymys sekä yhteiskunnalle että yksilöille.

Aikaisemmissa ikääntyneiden palvelujen käyttöä ja kustannuksia koskevissa tutkimuksissamme olemme havainneet, että eri hoitomuotojen kustannusten vertailu on vaikeaa. Tulokset riippuvat pitkälti siitä, mitä kustannuksiin lasketaan mukaan. Myöskään rahoitusjakaamaa ei tunneta tarkkaan. Näiden kokemusten pohjalta suunnittelimme ja toteutimme tämän pilottitutkimuksen, jossa pyrimme arvioimaan kustannuksia ja rahoitusjakaamaa mahdollisimman tarkasti hyödyntäen monia erilaisia aineistoja.

Pilottitutkimuksemme keskittyy hoidon kustannuksiin ja rahoitukseen. Hoidosta saatava hyöty jää näin ollen tarkastelujen ulkopuolelle. Tärkeimpänä hyötynä ovat hoidon vaikutukset asiakkaan hyvinvointiin, mutta hyötyjiä ovat monin tavoin myös asiakkaiden omaiset sekä yhteiskunta laajemmin. Ikääntyneiden virallinen hoito yhtäältä vapauttaa omaisia työssäkäyntiin ja toisaalta tarjoaa työpaikkoja suurelle joukolle ammattilaisia.

Ikääntyneiden hoidon rahoitus ja järjestäminen muuttuvat nopeasti. Sosiaali- ja terveyspalvelujen asiakasmaksulain muutokset tulivat voimaan 1.7.2021, ja sote-palvelujen järjestämisvastuu siirtyy hyvinvointialueille vuoden 2023 alussa. Pilottitutkimuksessa kehitettyjä menetelmiä voidaan soveltaa myös tutkittaessa uudenlaista palvelujen järjestämisympäristöä. Pilottitutkimuksen luonteen vuoksi on huomioitava, että kustannusten, rahoituksen ja tulojen riittävyyden osalta tulokset ovat tapauksia tai esimerkkejä, eivätkä ole yleistettävissä.

Pilottitutkimuksen aineistonkeruu osui ajankohtaan, jolloin ikääntyneiden hoidolle ja tutkimuksen tekemiselle piti nopeasti löytää uusia keinoja. COVID-19-pandemia muutti aineistonkeruuta, mutta hyödynsimme mahdollisuutta kysyä tutkittavilta heidän kokemuksistaan koronarajoitusten alkuvaiheessa.

Kiitämme tutkimukseen osallistuneita kotihoidon ja tehostetun palveluasumisen asiakkaita ja heidän omaisiaan arvokkaasta panoksesta tutkimushaastatteluihin osallistumisessa ja kulutuspäiväkirjan pitämisessä. Kiitämme tutkimuskunnan työntekijöitä heidän tärkeästä työstään tutkittavien rekrytoinnissa ja tietojen tuottamisessa. Kiitämme Kunnallisan kehittämissäätiötä pilottitutkimuksen rahoituksesta.

Tampereella 23.11.2022

Tekijät

# 1 Johdanto

Ikääntyneiden ja vammaisten pitkäaikais- ja kotihoidon reaaliset menot yli kaksinkertaistuivat vuodesta 2000 vuoteen 2019 (Suomen virallinen tilasto 2021a). Samana aikana ikääntyneiden määrä kasvoi merkittävästi: 70 vuotta täyttäneiden määrä kasvoi 552 tuhannesta 874 tuhanteen ja 90 vuotta täyttäneiden määrä 23 tuhannesta 54 tuhanteen (StatFin-tilastotietokanta 2021). Vaikka ikääntyneiden toimintakyky on jonkin verran parantunut viime vuosikymmeninä, ikääntyneiden määrän kasvu merkitsee väistämättä myös sosiaali- ja terveyspalvelujen tarpeen kasvua väestötasolla (Enroth ym. 2021, Forma ym. 2017a). Palvelujen tarve voi siirtyä aiempaa korkeampaan ikään, mutta ei poistu kokonaan.

Ikääntyneiden hoidon kustannuksiin varautuminen on yksilön näkökulmasta hankalaa. Ensiksi ei voida tietää, kuka tarvitsee pitkäaikaista hoitoa, kuinka paljon ja kuinka pitkään. Toiseksi kustannukset nousevat nopeasti niin suuriksi, että yksilö ei voi vastata niistä (OECD 2011). Sosiaali- ja terveysmenot henkilöä kohti kasvavat iän myötä, ja kasvu alkaa kiihtyä 70 ikävuoden jälkeen (Kapiainen ym. 2014). Ikääntyneiden ja vammaisten ympärivuorokautisen hoivan sisältämien asumispalvelujen menot olivat 2,5 miljardia euroa vuonna 2019. Nämä menot kasvoivat 3,5 % edellisestä vuodesta, kun taas kotihoidon menot olivat miljardi euroa, ja kasvoivat 8,4 %. (Suomen virallinen tilasto 2021a.) Pitkäaikais- ja kotihoidon menoista 84 % rahoitti valtio ja kunnat, ja 16 % kotitaloudet vuonna 2019 (Suomen virallinen tilasto 2021a).

Suomessa on päädytty siihen, että ikääntyneiden hoito maksetaan pääosin verovaroin. Joissain maissa (esimerkiksi Yhdysvalloissa ja Ranskassa) on tarjolla hoivavakuutus, jonka avulla voi varautua tähän epävarmaan mutta kalliiseen palvelutarpeeseen. Virallinen hoitojärjestelmä Suomessa on pohjoismaisen mallin mukainen: palvelujärjestelmän on tarkoitus olla universaali, eli kaikilla samassa tarpeessa olevilla pitäisi olla yhtäläiset oikeudet palveluihin. Periaatteen mukaan hoitoa saavat ne, jotka sitä eniten tarvitsevat. Tätä pidetään reiluna hoidon kohdentamisen tapana, jolla saadaan myös rahalle paras vastine (OECD 2011). Kuitenkin viime vuosikymmeninä universalismi on heikentynyt, ja esimerkiksi asiakkaiden maksama osuus palveluista on suurentunut (Szebehely ym. 2018). Tämä on todennäköisesti lisännyt ennakoimattomien, säännöstelemättömien ja kokonaiskustannusten arvioinnissa huomiotta jäävien maksujen määrää.

Ikääntyneiden virallinen hoito järjestetään nykyään yhä useammin yksityisissä kodeissa kuin ympärivuorokautista hoitoa tarjoavissa yksiköissä. Tämä deinstitutionalisaatio on jatkunut usean vuosikymmenen ajan, ja on samansuuntaista monissa maissa. Kehityksen voi liittää 'Ageing in Place' eli paikassa vanhenemisen politiikkaan, joka on myös Suomessa otettu ikääntymispolitiikan tavoitteeksi ja näkyy erityisesti kotona asumisen painottamisena (esim. Pulkki ym. 2020). Kotona asumista painottavaa politiikkaa on perusteltu sekä asiakkaiden toiveilla että kustannusten hillitsemisellä (ks. StVM 32/2014 vp). Näiden tavoitteiden toteutuminen on kuitenkin toistaiseksi epäselvää. On esimerkiksi viitteitä siitä, että ikääntyneet eivät kaikissa tilanteissa halua asua kotona (Vaarama ym. 2020, Pulkki ym. tulossa a). Tässä tutkimuksessa keskitymme siihen, miten kustannusten hillinnän toteutumista voidaan arvioida, eli miten ympärivuorokautisen ja kotihoidon kustannuksia voidaan verrata.



Tämän pilottitutkimuksen **menetelmällinen tarkoitus** on kehittää ja kokeilla menetelmää, jolla voidaan kattavasti arvioida ikääntyneiden hoidon kustannuksia ja rahoitusta. Tätä tarkoitusta varten sovellamme mikrokustannuslaskentamenetelmää ja arvioimme, miten sitä voi käyttää myöhemmin laajemmissa tutkimuksissa. Tutkimuksen **sisällöllinen tarkoitus** on selvittää ikääntyneiden hoidon ja asumisen näkyviä ja piilokustannuksia ja siten arvioida hoidon ja asumisen kokonaiskustannuksia sekä sitä, miten kustannukset jakautuvat eri rahoittajatahojen kesken. Laatikoon 1 on koottu näkemyksemme siitä, mitä tekijöitä kustannusten ja rahoituksen arvioinnissa tulee huomioida, mutta jotka usein jäävät arvioinnin ulkopuolelle.

## Laatikko 1. Ikääntyneiden hoidon kustannusten ja rahoituksen arvioinnissa huomioitavia asioita

1. **On huomioitava kaikkien rahoittajatahojen maksamat kustannukset.** Ikääntyneiden hoidon kustannuksia tarkastellaan usein vain esimerkiksi kunnan näkökulmasta, eikä oteta huomioon kokonaiskustannuksia ja asiakkaan itsensä, hänen omaisensa tai Kansaneläkelaitoksen (Kela) maksamia kustannuksia. Kotihoidon ja avohoidon pidettävän tehostetun palveluasumisen korostaminen laitoshoidon sijaan on siirtänyt rahoitusvastuuta paikallisilta toimijoilta kansallisen tason toimijoille (kunnilta Kelalle) ja julkiselta vastuulta yksityiselle vastuulle (kunnilta asiakkaille) (esim. Pehkonen-Elmi ym. 2013, Blomgren ym. 2015).
2. **On huomioitava kaikkien sosiaali- ja terveystalouden (sote-palvelujen) kustannukset,** ei vain kotihoidon tai asumispalvelun (vrt. Rissanen ym. 2015). Hoidon kustannuksia on siirtynyt tai siirretty palvelurakenteen muuttuessa pitkäaikaishoidosta akuuttihoitoon puolelle, sillä kotona asuvat ikääntyneet käyttävät huomattavasti enemmän terveystalouden palveluja kuin ympärivuorokautisen hoidon asiakkaat (Lumio 2015, Väisänen 2021, Terveystalouden ja hyvinvoinnin laitos 2018). Ensihoitokäynnit ovat yleisiä kotihoidon asiakkaille (Nyman ym. 2021), ja ikääntyneiden ympärivuorokautisen hoidon vähentämisen on todettu lisäävän ensihoitopalvelujen käyttöä (Valtiontalouden tarkastusvirasto 2019). Lisäksi muistisairaiden kotihoitoa voidaan tukea lyhyillä ympärivuorokautisen hoidon jaksoilla (Heikkilä ym. 2020). Tiedot tämän kaltaisista tukitoimista olisi tärkeää sisällyttää kustannuslaskelmiin.
3. **On huomioitava omaisten antaman avun ja hoidon kustannukset.** Vaikka Suomessa ikääntyneiden hoitoa ovat tuottaneet pitkälti julkiset toimijat (kunnat), omaiset tarjoavat virallista hoitojärjestelmää suuremman määrän hoitoa. Szebehely ym. (2018) kuvaavat, että perheiden vastuu ikääntyneiden hoidosta on kasvanut, kun universalismia on heikennetty. Omaisilla on kasvava rooli kotona asumisen tukemisessa (KOHO-työryhmä 2014), ja he auttavat paljon myös ympärivuorokautisessa hoidossa olevia läheisiään (Keefe ym. 2004, Lehto-Niskala ym. 2022). Kehusmaa ym. (2013) mukaan ikääntyneiden hoidon menot olisivat vuonna 2010 olleet 2,8 miljardia euroa suuremmat, jos omaiset eivät olisi hoitaneet läheisiään. Omaishoito on kunnan ja valtion näkökulmasta edullisempaa kuin viralliset palvelut, mutta sen taloudellisuutta tulisi tarkastella laajemmin ottamalla huomioon muun muassa omaishoitajille koituvat välilliset ja välittömät kustannukset (vrt. Karjalainen 2004).
4. **On oltava selvää, mitä verrataan.** Kun verrataan kotihoidon ja ympärivuorokautisen hoidon kustannuksia, verrataan oikeastaan kahta eri asiaa: kotihoidon kustannukset sisältävät vain (julkisesti järjestetyn) hoidon kustannukset, kun taas ympärivuorokautisen hoidon kustannukset voivat sisältää myös asumisen ja aterioiden kustannukset. Tehostetun palveluasumisen kansalliset yksikkökustannukset eivät sisällä asumisen kustannuksia, mutta palveluasumisen maksuihin asuminen kuuluu (Forma ym. 2017b).
5. **On huomioitava piilokustannukset.** Hoidon kokonaiskustannusten arviointi on vaikeaa, sillä monet hoidon ja asumisen kustannukset ovat ns. piilokustannuksia. Erityisesti asiakkaiden maksamat kustannukset sekä omaisten kustannukset jäävät usein huomioimatta.

## 2 Pilottitutkimuksen konteksti ja rajaukset

Tarkastelemme ikääntyneiden hoidon kustannuksia ja rahoitusjakaumaa seuraavissa hoitomuodoissa: **kotihoito** (kotipalvelu/-apu ja kotisairaanhoido) ja **tehostettu palveluasuminen**, jotka määritellään viralliseksi hoidoksi tai palveluksi sekä **omaishoito**, joka on omaisen tai muun läheisen antamaa epävirallista hoitoa, hoivaa ja apua. Näihin kaikkiin viittamme sanoilla hoito tai ikääntyneiden hoito. Omaishoidosta tarkastelemme vain omaisen antamaa apua ja hoitoa, emme omaishoidon tukea. Tehostettuun palveluasumiseen viittaamme myös sanalla asumispalvelu.

Tarkasteltava hoito vastaa sekä terveydellisiin, sosiaalisiin että moniin käytännöllisiin avun ja hoivan tarpeisiin. Kirjallisuudessa näihin hoitomuotoihin viitataan usein myös sanalla pitkäaikaishoito. Ikääntyneiden hoito pitää sisällään avun päivittäisissä perustoiminnoissa kuten peseytymisessä, pukeutumisessa, WC-käynneissä ja ruokailussa (ADL-toiminnot, activities of daily living) (vrt. OECD 2011). Lisäksi ikääntyneiden hoito käsittää usein avun myös välineellisissä päivittäisissä toiminnoissa kuten kaupassa käynnissä, ruoan valmistuksessa ja taloustöissä (IADL-toiminnot, instrumental activities of daily living).

Tehostettu palveluasuminen valittiin tarkasteluun sen yleisyyden sekä hoidon luonteen vuoksi. Tarkastelun ulkopuolelle jätettiin laitoshoido eli hoito vanhainkodeissa ja pitkäaikainen hoito terveyskeskussairaaloissa. Laitoshoidon edellytyksiä ovat nykyään vain lääketieteelliset perusteet ja asiakas- tai potilasturvallisuus (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 2012/980 § 14), ja sen ei siten katsottu tarjoavan apua ennen kaikkea ADL-toiminnoissa. Lisäksi laitoshoido on nopeasti vähenemässä. Kuten laitoshoido, tehostettu palveluasuminen on ympärivuorokautista hoitoa, sillä siellä on hoitohenkilökuntaa paikalla/saatavilla ympäri vuorokauden. Tarkastelun ulkopuolelle jätettiin myös ns. tavallinen palveluasuminen, missä hoitoa ei ole saatavilla ympäri vuorokauden, ja joka on ikääntyneillä suhteellisen vähän käytetty palvelu.

## 3 Ikääntyneiden hoito

Tutkimuksen pääpaino on kotihoidon ja tehostetun palveluasumisen vertailussa, minkä vuoksi kuvaamme tässä luvussa hoidon järjestelmää ja käytön yleisyyttä näiden palvelujen osalta, sekä omaishoidon roolia osana ikääntyneiden hoitoa. Muut sosiaali- ja terveyspalvelut täydentävät näitä palveluja, ja niiden kustannukset on huomioitu tutkimuksessa, mutta niiden taustaa ei kuvata. Ikääntyneiden hoidon menot on kuvattu lyhyesti Johdanto-luvussa ja rahoitus luvussa 4.

Suomessa ikääntyneiden palvelujen järjestäminen on kuntien vastuulla, ja vuoden 2023 alussa järjestämistä vastuu siirtyy hyvinvointialueille. Kunnat ovat voineet tuottaa palvelut itse tai yhdessä muiden kuntien kanssa, tai ostaa palvelut yksityisiltä toimijoilta. Viime vuosikymmeninä yksityisen sektorin rooli on kasvanut, ja vuonna 2018 se tuotti jo puolet

tehostetusta palveluasumisesta (Keskimäki ym. 2019, Suomen virallinen tilasto 2019). Ikääntyneet eivät kuitenkaan ole ostaneet ympärivuorokautista hoitoa juurikaan itse, vaan kunnat ovat ostaneet palveluja asukkailleen tai myöntäneet palveluseteleitä. Palvelusetelit ovat kattaneet yleensä vain osan palvelun maksusta, ja palvelun käyttäjät ovat maksaneet loput. Hyvässä sosioekonomisessa asemassa olevat ovat ostaneet usein myös yksityisiä tukipalveluja, kuten siivousta (Mathew Puthenparambil ym. 2015).

### 3.1 Virallisten palvelujen käyttö

Suurin osa ikääntyneistä asuu kotona ilman säännöllistä tukea tai palveluita (Taulukko 1). Yleisin avun muoto on säännöllinen kotihoito, joka voi sisältää tukipalveluja, kuten ateria- ja siivouspalveluita. Neljäsosa 75 vuotta täyttäneistä on omaishoidon tuen ja/tai säännöllisten palvelujen piirissä, 85 vuotta täyttäneistä lähes puolet. Moni saa apua omaltaan myös ilman virallista omaishoitosopimusta, eikä tämä näy tilastoissa.

**Taulukko 1. 75 ja 85 vuotta täyttäneet saadun palvelun mukaan vuonna 2018 (%).**  
Lähde: Sosiaali- ja terveysministeriö ja Kuntaliitto 2020.

	75+	85+
Kotona, ei säännöllistä tukea tai palvelua	75,4	52,7
Säännöllinen kotihoito	11,0	21,6
Tehostettu palveluasuminen	7,6	16,3
Omaishoidon tuki	4,9	7,1
Vanhainkoti tai terveyskeskussairaala	1,1	2,2
Perhehoito	0,8	0,1
Yhteensä	100	100

### 3.2 Hoidon ja hoivan tarpeet

Ikääntyneiden hoidon tarpeen merkittävimmät taustatekijät ovat ikä ja sen myötä yleistyvä toimintakyvyn heikkeneminen sekä muistisairaudet. Koti- ja ympärivuorokautisen hoidon tarve yleistyy iän myötä ja elämän viimeisinä vuosina (esim. Forma ym. 2017a, Kalseth ym. 2020). Säännöllisen kotihoidon asiakkaista 60 % oli 95-vuotiaita tai vanhempia, 30 % 85–94-vuotiaita ja 10 % 75–84-vuotiaita vuonna 2019 (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2020).

Monien sosiaali- ja terveysten palvelujen, myös kotihoidon ja asumispalvelujen, käyttö on yleisempää muistisairauksia sairastavilla kuin muilla iäkkäillä (Alzheimer’s Association 2021, Aaltonen ym. 2019, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2019). Kotihoidon asiakkaista 76 prosentilla ja ympärivuorokautisen hoidon asiakkaista 96 prosentilla oli kognitiivisia

häiriöitä vuonna 2021 (RAI-arvioidut 75 vuotta täyttäneet, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2022).

Ikääntyneet ovat ympärivuorokautisessa hoidossa yhä lyhyemmän ajan elämän loppuvaiheessa. Ympärivuorokautiseen hoitoon turvaudutaan vasta, kun kotona asuminen ei onnistu intensiivisenkään kotihoidon turvin (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2021a). Paljon pitkäaikaishoitoa käyttävien ryhmien eli dementiaa sairastavien ja kaikkein vanhimpien ympärivuorokautisen hoidon käyttö vähentyi systemaattisesti vuosien 2001 ja 2017 välillä (Aaltonen ym. 2021). Tämä merkitsee sitä, että sekä koti- että ympärivuorokautisen hoidon piiriin päästään entistä huonompikuntoisena, mutta samalla myös sitä, että hoitoa voi joutua odottamaan entistä huonommassa kunnossa.

### 3.3 Omaishoito

Omaishoidolla tarkoitetaan hoidon ja huolenpidon järjestämistä kotiloissa omaisen tai muun läheisen henkilön avulla (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2021b). Osa omaishoitajista on tehnyt kunnan kanssa toimeksiantosopimuksen, johon kuuluu rahallinen korvaus ja oikeus joihinkin palveluihin (Sosiaali- ja terveysministeriö 2021b). KOHO-työryhmän raportin (2014) mukaan omaisia oli omaishoidon tuen piirissä 40 500, mutta sitovaa hoitoa ja huolenpitoa antoi 60 000 omaista Suomessa. Omaishoidon tukea saavista omaishoitajista noin 80 % hoitaa läheistään lähes ympärivuorokautisesti sitovasti (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2021b). Tämän lisäksi moni auttaa omaisiaan pienemässä määrin.

Omaishoito ja viralliset palvelut voivat täydentää toisiaan, mutta on viitteitä siitä, että omaishoito ennen kaikkea korvaa virallisia palveluja. On arvioitu, että 57 % omaishoidettavista olisi intensiivisen kotihoidon tai tehostetun palveluasumisen asiakkaita, jos heillä ei olisi omaishoitajaa (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2021b). Kuntien välillä on arvioitu olevan eroa siinä, mitä palvelua omaishoito korvaa: kuntien omaishoidon ohjaajien ja heidän esihenkilöidensä mukaan se korvaa kotihoitoa, palveluasumista, tehostettua palveluasumista tai laitoshoidon (Mattila ja Kakriainen 2014). Kehusmaa ja kumppanit (2013) havaitsivat, että ikääntyneet, joilla oli omaishoitaja, olivat sairaalassa lyhyemmän aikaa kuin ne, joilla ei ollut omaishoitajaa. Siten omaishoito korvaa jossain määrin myös terveydenhuollon palveluja.

Omaishoitoa saavien avun tai seurannan tarvetta kysyttiin Kelan kyselyssä omaishoitosopimuksen tehneille omaishoitajille. Vastajista 69 % ilmoitti, että hoidettava tarvitsee apua ja seurantaa 13–24 tuntia vuorokaudessa. 16 % tarvitsi apua ja seurantaa 7–12 tuntia vuorokaudessa ja 15 % 0–6 tuntia. (Tillman ym. 2014.) Tästä näkökulmasta omaishoito näyttää vastaavaan varsin intensiiviseen palvelutarpeeseen. Ne, joilla ei ole omaishoitoa saatavilla, kuten yksin asuvat ja perheettömät ikääntyneet, saattavat tarvita virallisia palveluja esimerkiksi jo varhaisessa muistisairauden vaiheessa (Muistiliitto 2021).

Omaishoidon ja omaishoidon tuen nähdään lisäävän ikääntyneiden kotona asumisen mahdollisuuksia, ja Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi korostaakin omaishoitajien tukemista (Sosiaali- ja terveysministeriö ja Kuntaliitto 2020).

## 4 Ikääntyneiden hoidon rahoitus

Vaikka ikääntyneiden hoidon suurin rahoitusvastuu on valtiolla ja kunnilla (esim. Suomen virallinen tilasto 2021a), asiakkaat maksavat merkittävän osan, osin Kelan tukeamana. Asiakkaiden maksama osuus kuitenkin vaihtelee esimerkiksi hoidon tarpeen, tulojen ja asuinkunnan mukaan.

Osa asiakasmaksuista on tuloperusteisia ja osa tasasuuruksia (Taulukko 2). Asiakasmaksuissa huomioidaan nettotulot, ja varallisuutta ei edellytetä käytettävään hoitomaksuihin. Kuitenkin joissain tapauksissa asiakkaita on vaadittu käyttämään myös säästöjä (Yle 13.11.2016), ja omaisuus voi vaikuttaa siihen, voiko asiakasmaksusta saada tarvittaessa alennusta (Tampereen kaupunki 2022). Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksujen on tarkoitus olla kohtuullisia eikä niiden pitäisi estää hoitoon pääsyä, mutta niiden tarkoitus on myös hillitä epätarkoituksenmukaista palvelujenkäyttöä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2020). Ikääntyneiden hoidon kohdalla tällaiselle hillinnälle tosin ei juuri liene tarvetta, kun palvelujen piiriin on vaikea päästä. Ikääntyneiden hoidon hintajoustoa eli palvelun kysynnän muutosta suhteessa palvelun hinnan (asiakasmaksun) suuruuteen ei ole kuitenkaan tietääksemme tutkittu Suomessa.

Kotihoidon asiakasmaksut vaihtelevat paljon hoidon määrän mukaan. Niillä, joilla oli harvoja käyntejä, maksu oli keskimäärin 24 €/kk, kun taas niillä, joilla oli paljon käyntejä, maksu oli keskimäärin 273 €/kk vuonna 2017 (Ilmarinen ym. 2020). Silloin kun kotihoidon on tarkoitus korvata ympärivuorokautista hoitoa, on selvää, että käyntejä tarvitaan paljon.

Kunnat päättävät tukipalvelujen asiakasmaksuista (Taulukko 2). Niitä on selvittänyt Katja Ilmarinen (2017): ateriapalvelun hinta (asiakasmaksu) oli kunnissa tyypillisesti 7,5 € per kotiin kuljetettu ateria (vaihtelu 5–11 €). Kauppapalvelun hinta oli tyypillisesti 10 € per asiointikerta (vaihtelu 3–20 €), ja päiväkeskustoiminnan maksu oli tyypillisesti 15 € per kerta (vaihtelu 7–23 €). (Ilmarinen 2017.)

Tehostetun palveluasumisen asiakasmaksun määräytyminen on muuttunut merkittävästi viime vuosina. Pilottitutkimuksen toteuttamisvuonna 2020 maksun määräytymistä ei ollut säännelty, vaan kunta sai päättää siitä. Maksut riippuivat asiakkaan maksukykyistä, eivätkä ne saaneet olla korkeampia kuin palvelujen tuotantokustannukset. Yleensä asiakas maksoi vuokran ja erikseen palveluista (hoidosta) ja aterioista. (Kuntaliitto 2020b.) Tällä hetkellä tehostetun palveluasumisen asiakasmaksu määräytyy samaan tapaan kuin laitoshoidon asiakasmaksu (Taulukko 2).

Kotihoidon, tukipalvelujen ja tehostetun palveluasumisen säännöllisten maksujen lisäksi ikääntyneille kertyy maksuja käynneistä terveydenhuollossa. Terveyskeskuksen lääkärin vastaanoton kertamaksu on enintään 20,90 € tai vuosimaksu enintään 41,80 € vuonna 2022. Päivystyskäynnin maksu on enintään 28,70 €. Sairaalan poliklinikkakäynnin maksu on enintään 41,80 € ja hoitopäivämaksu enintään 49,60 €. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2022a.) Nämä maksut vaihtelevat kunnittain, osassa on käytössä enimmäismaksu, ja joissain ei peritä tietyistä palveluista maksuja lainkaan. Näiden esimerkkien lisäksi asiakkaalle voi tulla esimerkiksi suun terveydenhuollon tai kuntoutuksen maksuja.

Yksityishenkilöt rahoittavat hoivamenoja yleensä eläketuloilla, pääomatuloilla, varallisuuden purkamisella ja/tai yksityisten vakuutusten korvauksilla (Määttänen ja Valkonen 2020). Määttänen ja Valkonen (2020) tuovat esiin myös omaishoidon roolin julkisesti rahoitetun kotihoidon korvaajana, omaishoidon voi siis nähdä hoidon yksityisenä rahoituksena. Yksityistä rahoitusta voi keventää kotitalousvähennyksellä, jota voi saada pääosin yksityisestä kotitaloustyöstä sekä hoito- ja hoivatyöstä (Vero 2021).

## Taulukko 2. Ikääntyneiden palvelujen asiakasmaksut vuonna 2022.

	Pitkäaikainen / säännöllinen	Lyhytaikainen / tilapäinen																					
Kotihoito <sup>1</sup>	Kuukausittainen maksu, joka määräytyy palvelutuntien määrän, asiakkaan maksukyvyyn ja perheen koon mukaan. Enintään maksuprosentin osoittama osuus tuloista, jotka ylittävät tulorajan. Maksuprosentti kuvaa tilannetta, jossa hoitoa saadaan vähintään 38 h/kk.	Kotipalvelu:  ei säännelty, kunta päättää kohtuullisen maksun  Kotisairaanhoido:  enintään 18,90 € / lääkärin tai hammaslääkärin käynti  enintään 12,00 € / muun henkilön käynti																					
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Perheen koko</th> <th>Tuloraja, euroa/kk</th> <th>Maksuprosentti</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>588</td> <td>35</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>1 084</td> <td>24</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>1 701</td> <td>19</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>2 103</td> <td>16</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>2 546</td> <td>14</td> </tr> <tr> <td>6</td> <td>2 924</td> <td>12</td> </tr> </tbody> </table>	Perheen koko	Tuloraja, euroa/kk	Maksuprosentti	1	588	35	2	1 084	24	3	1 701	19	4	2 103	16	5	2 546	14	6	2 924	12	
Perheen koko	Tuloraja, euroa/kk	Maksuprosentti																					
1	588	35																					
2	1 084	24																					
3	1 701	19																					
4	2 103	16																					
5	2 546	14																					
6	2 924	12																					
Tukipalvelut <sup>1</sup>	Ei säännelty, kunta päättää kohtuullisen maksun.																						
Tehostettu palveluasuminen <sup>2</sup>	Riippuu asiakkaan maksukyvyistä, enintään 85 % kuukausittaisista nettotuloista. Jos puoliso, jolla on korkeammat tulot, on hoidossa, enintään 42,5 % puolisoitten yhteensumma tuloista. Vähintään 167 € / kk taataan henkilökohtaiseen käyttöön.																						
Laitoshoido <sup>2</sup>	Riippuu asiakkaan maksukyvyistä, enintään 85 % kuukausittaisista nettotuloista. Jos puoliso, jolla on korkeammat tulot, on hoidossa, enintään 42,5 % puolisoitten yhteensumma tuloista. Vähintään 112 € / kk taataan henkilökohtaiseen käyttöön. Maksu pitkäaikaishoidon mukaan hoidon alusta saakka, jos arvioidaan, että hoito kestää vähintään 3 kk, tai 3 kk hoidon jälkeen.	Enintään 49,60 € / hoitopäivä  Enintään 22,80 € / hoitopäivä, jos maksukatto on ylittynyt																					

<sup>1</sup> Kuntaliitto 2022a, <sup>2</sup> Kuntaliitto 2022b

Tukipalvelut: ateria-, vaatehuolto-, peseytymis-, siivous- ja turvapalvelut, kauppa- ja muut asiointipalvelut, sosiaalista kanssakäymistä edistävät palvelut

Laitoshoido: pitkäaikainen hoito vanhainkodissa tai terveyskeskussairaalassa

Kela rahoittaa ikääntyneiden hoitoa useiden tulonsiirtojen kautta, joista osa on tuloperusteisia ja osa kaikille samansuuruisia. Yleisimmät etuudet on kuvattu lyhyesti Laatikossa 2. Etuuksien ongelmana on nähty niiden alhainen taso ja se, että niiden hakeminen on hankalaa (Mattila ja Kakriainen 2014).

## Laatikko 2. Kelan tulonsiirrot, joilla voi rahoittaa ikääntyneiden hoitoa

Tasasuuruiset tulonsiirrot:

- **Eläkettä saavan hoitotuki:** tavoitteena on helpottaa vammaisen tai pitkäaikaisesti sairaan eläkkeensaajan jokapäiväistä elämää, toimintakykyä, kuntoutusta ja hoitoa. Porrastettu kolmeen tasoon avuntarpeen mukaan. (Kela 2021a.)
- **Lääkekorvaukset:** lääkkeet, kliiniset ravintovalmisteet ja perusvoiteet, jotka on määrätty reseptillä sairauden hoitoon, ja joille on vahvistettu korvattavuus (Kela 2021b).
- **Matkakorvaukset:** matkustaminen julkiseen tai yksityiseen terveydenhuoltoon, kun matkan syy on sairaus, koronarokotuksen saaminen tai kuntoutus (Kela 2021c).
- **Sairaanhoitokorvaus yksityisestä terveydenhuollosta:** lääkärinpalkkiot sekä tutkimus ja hoito (Kela 2021d, Kela 2021e).

Tuloperusteiset tulonsiirrot:

- **Asumistuki** (eläkkeensaajan asumistuki ja yleinen asumistuki): pienituloiselle ruokakunnalle asumismenojen helpottamiseksi. Määrään vaikuttavat asumismenot, ruokakunnan koko, asunnon sijaintikunta ja bruttokuukausitulojen yhteismäärä. (Kela 2021f, Kela 2021g.)
- **Toimeentulotuki:** viimesijainen tuki, jota voi saada henkilö tai perhe, jonka tulot ja varat eivät riitä välttämättömiin jokapäiväisiin menoihin. Tukea voidaan myöntää terveydenhuollon asiakasmaksuihin. (Kela 2021h.) Ikääntyneiden hoidon maksuja ei toimeentulotuen yhteydessä mainita Kelan sivuilla, ja esimerkiksi Tampereen kaupunki on määritellyt, että asumispalvelun asiakasmaksun alentaminen tai veloittamatta jättäminen on ensisijaista perustoimeentulotukeen nähden (Tampereen kaupunki 2022). Kuitenkin yksittäiseen suureen terveydenhuollon menoeraan voi hakea toimeentulotukea (Tampereen kaupunki, ikäihmisten palvelut 2020). Perustoimeentulotuesta vastaa Kela, ja täydentävästä ja ehkäisevästä toimeentulotuesta vastaavat kunnat (Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö 2022b).

Kolmannen sektorin järjestöt tuottavat monenlaista toimintaa, joka tukee ikääntyneiden hyvinvointia, ja jonka (osa)rahoittaja on usein valtio toiminta-avustusten kautta. Esimerkiksi Sotainvalidien veljesliitto, työvoimahallinto ja veteraanijärjestöt järjestävät ja rahoittavat avustajatoimintaa ikääntyneille sotainvalideille ja muille veteraaneille sekä heidän puolisoilleen ja leskilleen. Avustajatoiminta voi olla kevyttä siivousta, ruoanlaittoa, ulkoilua ja seurustelua. Toiminnan ei ole tarkoitus korvata, vaan täydentää julkisia palveluja. Toiminnasta peritään kohtuullinen asiakasmaksu. (Sotainvalidien veljesliitto 2021.)



## 4.1 Ikääntyneiden hoidon rahoituksen haasteita ja ratkaisuja

Tässä alaluvussa kuvaamme ikääntyneiden hoidon rahoituksen keskeisiä haasteita. Lisäksi esitämme tapoja, joilla haasteita on pyritty ratkaisemaan.

### 4.1.1 Haaste 1: korkeat asiakasmaksut

Vaikka ikääntyneiden hoito Suomessa on pääosin verorahoitteista, asiakkaiden rahoittama osuus hoidosta on suhteellisen korkea, huomattavasti korkeampi kuin muissa Pohjoismaissa (Szebehely ym. 2018). Aikaisemmin esitetyt arviot eri rahoittajatahojen osuuksista ovat erilaisia, eivätkä ne välttämättä sisällä kaikkia hoitoon liittyviä kustannuseriä, esimerkiksi lääkkeitä ja hoitotarvikkeita. Suomen virallinen tilaston (2021a) mukaan asiakkaat maksoivat 23 % laitoshoidon kustannuksista, 19 % tehostetun palveluasumisen kustannuksista ja 18 % kotihoidon kustannuksista vuonna 2019. Pehkonen-Elmin ym. (2013) laskennallisen arvion mukaan tehostetun palveluasumisen rahoitus jakautuu seuraavasti: kunta 59 %, asiakkaat 24 %, Kela 13 % ja Valtio/ARA 5 %.

#### *Ratkaisuja haasteeseen 1:*

Maksukattojen tavoitteena on välttää asiakasmaksujen liian kuormittava kasaantuminen yksilöille. Tällä hetkellä on erikseen maksukatot lääkkeille (592,16 € vuonna 2022), terveydenhuollolle (692 €) ja terveydenhuoltoon liittyville matkakustannuksille (300 €). Kun asiakas on maksanut tämän määrän kalenterivuodessa, loppuvuoden palvelut ja matkat ovat hänelle maksuttomia, ja reseptilääkkeiden omavastuu on 2,5 € per osto. (Kela 2022a, Sosiaali- ja terveysministeriö 2022c, Kela 2022b.) Maksukattoihin, joilla pyritään ratkaisemaan haastetta, sisältyy kuitenkin joitain ongelmia:

1. **Kaikkien palvelujen maksut eivät kerrytä maksukattoja:** kotihoidon ja ympärivuorokautisen hoidon maksut eivät kerrytä maksukattoja, lukuun ottamatta lyhytaikaisen laitoshoidon maksuja. Asiakasmaksulain uudistuksessa, joka tuli voimaan 1.7.2021, terveydenhuollon maksukattoon sisällytettävien palvelujen määrä laajeni, ja esimerkiksi suun terveydenhuollon maksut, tilapäisen kotisairaanhoidon ja kotisairaalan maksut kerryttävät maksukattoa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2021a.)
2. **Paljon palveluja tarvitsevien näkökulmasta maksurasite voi olla maksukattoista huolimatta suuri:** Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen ja Kelan arvion mukaan maksukattojen yhdistäminen keventäisi etenkin 75 vuotta täyttäneiden ja muiden paljon palveluja käyttävien maksurasitetta (Tervola ym. 2020a).
3. **Asiakkaan on itse seurattava terveydenhuollon maksukaton täyttymistä,** kun taas Kela seuraa matkakaton ja lääkekaton täyttymistä. Matkakorvausten hakeminen toki vaatii asiakkaalta tietoa korvauksesta ja sen hakemisesta sekä aktiivisuutta. Terveydenhuollon maksukaton seurantavastuun siirtämistä viranomaiselle selvitetään. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2021a.)
4. **Maksukatot toimivat kalenterivuosittain,** ja alkuvuodesta ennen kattojen täyttymistä yksilöllä voi olla paljon maksuja maksettavanaan. Tähän haasteeseen on esitetty ratkaisuksi osamaksumenettelyä tai eri maksukattojen nollautumisen hajuttamista eri kuukausille (Tervola ym. 2021a).
5. **Maksukatot ovat melko korkeita,** mikä voi heikentää niiden tavoitteen saavuttamista eli liian kuormittavien maksujen kasaantumisen estämistä.

Naapurimaissa maksukatot ovat matalammat: Ruotsissa terveydenhuollon maksukatto oli 109 € ja lääkkeiden 218 € (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies 2019a), Norjassa maksukatot olivat suuruudeltaan 236 € ja 208 € vuonna 2019 (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies 2019b).

#### *4.1.2 Haaste 2: kaikkien palvelujen maksut eivät ole säänneltyjä*

Edelleen osa pitkäaikaisesta ympärivuorokautisesta hoidosta tuotetaan laitoksissa eli vanhainkodeissa ja terveyskeskussairaaloissa. Hoitomaksut näissä ovat säänneltyjä, ja tietty vähimmäiskäyttövara jää asiakkaiden käyttöön asiakasmaksun jälkeen. Sen sijaan palveluasumisen asiakasmaksuja ei ollut vielä säädelty kansallisesti tämän tutkimuksen tekemisen aikaan, ja asiakasmaksut vaihtelivat palveluntuottajien välillä. Muutos tähän tuli 1.7.2021, mutta kuvaamme tässä vielä vanhan tilanteen.

Ennen asiakasmaksulain muutosta ei ollut tiedossa, minkä verran palveluasumisen maksukäytännöt vaihtelivat kuntien ja palveluntuottajien välillä. Joissain hoitopaikoissa maksut perustuivat hoitopaketteihin ja joissain asiakas maksoi joka palvelusta erikseen. Tämän takia maksuja oli vaikea vertailla, vaikka se olisi ollut asiakkaan valinnanvapauden kannalta tärkeää (Junnila ym. 2016). Tavallisesti asumisesta, hoidosta, aterioista ja tukipalveluista maksettiin erikseen. Lisäksi asiakkaat hankkivat lääkkeensä itse, ja Kela korvasi osan reseptilääkkeiden kustannuksista.

Vaikka kotihoidon asiakasmaksut perustuvat lainsäädäntöön, ne vaihtelevat kuntien välillä, sillä lain soveltaminen, esimerkiksi maksuluokat, eroavat (Ilmarinen 2017, Ilmarinen ym. 2020). Sote-uudistuksen odotetaan vähentävän kuntien välistä vaihtelua asiakasmaksuissa, mutta vaihtelu hyvinvointialueiden välillä on edelleen mahdollista (Ilmarinen 2017). Tukipalvelut jäivät edelleen sääntelyn ulkopuolelle.

#### *Ratkaisuja haasteeseen 2:*

Asiakasmaksulaki on uudistunut, ja muutokset ovat tulleet voimaan. Uudistuneessa laissa pitkäaikaisen (vähintään kolme kuukautta kestävä) tehostetun palveluasumisen asiakasmaksuihin sovelletaan samoja sääntöjä kuin laitoshoidon asiakasmaksuihin. Näin ollen maksuperusteet yhtenäistyivät, ja palveluasumisessakin käyttöön tuli asiakkaalle jäävä vähimmäiskäyttövara (167 €/kk). Selvityksiä muutosten vaikutuksista asiakkaiden maksuihin ja eri tahojen rahoittamiin osuuksiin ei vielä ole.

Edelleen ongelmalliseksi jää se, että palveluasumisen ja kotihoidon kustannusten vertaileminen on vaikeaa, sillä ne sisältävät eri kustannuseriä. Joissain maissa asumiskustannukset on erotettu asumispalvelun/hoivakodin kustannuksista, jotta vertailu kotihoitoon olisi reilua (OECD 2011).

#### *4.1.3 Haaste 3: Osaoptimoinnin mahdollisuudet*

Kun hoidon rahoittajana on useita osapuolia, joiden vastuita ei tarkkaan tunneta, saattaa tulla mahdollisuus ja kannuste siirtää kustannuksia toisten osapuolien maksettavaksi. Joidenkin laitoshoitoon kuuluvien asioiden, esimerkiksi lääkkeiden ja hygieniatuotteiden, siirtyminen asiakkaan maksettaviksi osassa palveluasumisen yksiköitä on esimerkki tästä. Ratkaisu saattaa olla edullinen kunnan, mutta ei asiakkaan kannalta. Rahoituksen pirstaleisuus ei kannusta myöskään panostamaan hoidon jatkuvuuteen (OECD 2011, 223).

### *Ratkaisuja haasteeseen 3:*

On tärkeää hahmottaa hoidon kustannuksia yhteiskunnallisesta näkökulmasta eli niin, että kaikki kustannuserät otetaan huomioon, riippumatta siitä, kuka ne maksaa. Erityisesti asiakkaiden maksama osuus tulee huomioida paremmin.

Sote-uudistuksen tavoitteena oleva sosiaali- ja terveystalouden parempi integraatio voi osaltaan tuoda ratkaisuja tähän haasteeseen, kun palveluja tarkastellaan laajempina kokonaisuuksina ja asiakaslähtöisesti. Esimerkiksi kotihoito on jo integroitu, kun sekä kotipalvelu että -sairaanhoito toteutetaan monin paikoin samassa organisaatiossa.

#### *4.1.4 Haaste 4: Ikääntyneiden tulot eivät aina riitä palveluiden hankkimiseen*

Kuten edellä on todettu, ikääntyneiden hoidon asiakasmaksut voivat olla korkeita palvelujen käyttäjille. Maksuja kasaantuu runsaasti joillekin henkilöille, jotka tarvitsevat monialaisia palveluja, erityisesti dementiaa sairastaville henkilöille (Vaalavuo 2018a). Palvelujen tarve on suurempi pienituloisilla kuin suurituloisilla ikääntyneillä. Heistä osa joutuu kuitenkin jättämään lääkkeitä ostamatta tai palveluja käyttämättä, kun tulot eivät riitä tai asiakasmaksut ovat liian korkeat (Hannikainen 2018, van Aerschot 2014). Edelleen, jos lääkkeitä ja palveluja jätetään käyttämättä, niiden toimintakykyä ylläpitävä ja raskaampaa hoidon tarvetta ennaltaehkäisevä tarkoitus jää toteutumatta (Ilmarinen 2018).

### *Ratkaisuja haasteeseen 4:*

Koska henkilön taloudellinen asema ei saisi olla esteenä palvelujen saatavuudelle (PeVL 39/1996), tätäkin haastetta on pyritty ratkaisemaan. Osa keinoista on samoja kuin haasteen 1 kohdalla, ja nämä liittyvätkin läheisesti toisiinsa. Maksukattojen lisäksi yhtenä ratkaisuna haasteeseen on se, että kuntien pitää alentaa maksuja tai olla veloittamatta niitä, jos asiakkaalla on maksuvaikeuksia (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista 734/1992, 11 §). Kuntien välillä on havaittu olevan eroja siinä, miten yleistä maksujen alentaminen tai veloittamatta jättäminen on: toisissa kunnissa tämä oli harvinaista ja toisissa osa normaalia toimintaa (Mattila ja Kakriäinen 2014). Lisäksi Kela ja kunnat maksavat toimeentulotukea maksuihin niille, jotka sitä tarvitsevat.

## 5 Yhteenveto: Tarvitaan lisää tietoa kustannuksista ja rahoituksesta

Kotihoidon ja tehostetun palveluasumisen kaikkia kustannuseriä ja siten kokonaiskustannuksia ei tunneta. Kotihoitoa pidetään yleisesti edullisempänä hoitovaihtoehtona, mutta palveluja ei voida vertailla, koska kokonaiskustannukset eivät ole tiedossa.

Usein vertailuja tehdään vain yhden rahoittajan, kuten kunnan, näkökulmasta. Tällöin esimerkiksi asumisen ja aterioiden kustannukset voivat sisältyä asumispalveluun, mutta ei kotihoidon kustannuksiin. Jos halutaan tarkastella eri asumis- ja hoitomuotoja yhteiskunnan (kaikkien rahoittajatahojen) näkökulmasta, tulee huomioida myös esimerkiksi asiakkaan maksamat asumiskustannukset. Näin saadaan todellisuutta paremmin vastaava vertailutietoa ympärivuorokautisen hoidon ja kotihoidon väliltä.

Yksityiskohtaista tutkimustietoa rahoitusvastuun jakautumisesta ei juuri ole. Näin ollen myöskään palveluista asiakkaille kertyvän maksurasitteen suuruudesta ei ole kokonaiskuvaa (vrt. Ilmarinen 2017).

Tehostetun asumispalvelun maksukäytäntöjen kirjavuus ja monet piilokustannukset ovat hankaloittaneet kustannusten ja rahoituksen tutkimusta ja arviointia. Tässä pilottitutkimuksessa kokeilemme menetelmää, jolla eri kustannuserät saataisiin mahdollisimman kattavasti näkyviin.

## 6 Pilottitutkimuksen tavoitteet

Tämän pilottitutkimuksen ensisijaisena tavoitteena oli kehittää ja kokeilla menetelmää, jolla voitaisiin arvioida yksityiskohtaisesti ikääntyneiden hoidon kokonaiskustannuksia ja rahoitusjakaumaa. Tavoitteena oli tuottaa tietoa myöhemmin suunniteltavan laajemman tutkimushankkeen pohjaksi, jotta siinä vältetään mahdolliset ongelmakohdat (vrt. Kistin ym. 2015).

Tavoitteena oli myös tuottaa alustavaa tietoa kotihoidon ja tehostetun palveluasumisen kustannuksista ja rahoitusjakaumasta. On kuitenkin huomioitava, että aineisto perustuu pieneen väestönäytteeseen, eikä tuloksia voida näin ollen pitää yleistettävänä.

Tutkimustehtävinä oli:

- 1) kehittää menetelmää ikääntyneiden hoidon ja asumisen kustannusten ja rahoitusjakauman arvioimiseksi. Kehittämisen yhteydessä arvioitiin tutkimuksen keskeisiä piirteitä:
  - a. miten onnistuttiin tutkittavien rekrytoinnissa?
  - b. miten tutkimukseen osallistuminen kuormitti tutkittavia ja tutkimuskunnan henkilöstöä?
  - c. millaiset olivat tutkimuksen kustannukset?
- 2) tuottaa tietoa hoidon ja asumisen kustannuksista ja rahoitusjakaumasta. Tässä tehtävässä tarkemmat tutkimuskysymykset olivat:

- a. mitkä ovat hoidon ja asumisen kustannukset a) kotona ja b) tehostetussa palveluasumisessa asuvilla ikääntyneillä?
- b. miten ikääntyneiden hoidon ja asumisen rahoitusvastuu a) kotona ja b) tehostetussa palveluasumisessa jakautuu eri tahojen kesken?
- c. missä määrin ikääntyneet ovat jättäneet palveluita käyttämättä tai lääkkeitä ostamatta rahan puutteen vuoksi? Missä määrin ikääntyneet ovat joutuneet tukeutumaan viimesijaiseen toimeentuloturvaan (toimeentulotuki)?

## 7 Aineisto ja menetelmät

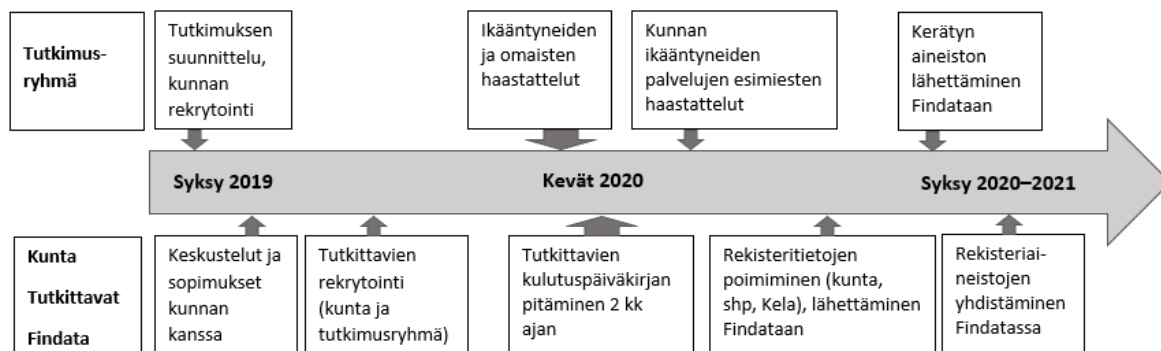
### 7.1 Mikrokustannuslaskenta

Koska tavoitteena oli selvittää hoidon kustannukset yksilöä kohden mahdollisimman kattavasti, sovelsimme mikrokustannuslaskentaa (micro-costing). Menetelmää käytetään, kun hallinnollinen aineisto ei ole riittävää tarkkojen kustannusten arvioimiseksi (Barnett 2009). Suomalaiset aikaisemmat laskelmat ikääntyneiden hoidon kustannuksista perustuvat pääosin hallinnollisiin aineistoihin kuten kuntien tilinpäätöksiin (Kuusikko-työryhmä 2020). Mikrokustannuslaskennan tavoitteena on arvioida kaikkien käytettyjen voimavarojen määrä ja niiden arvo (Frick 2009), ja saada selville todelliset kokonaiskustannukset.

Mikrokustannuslaskennassa käytetään monenlaisia aineistonkeruumenetelmiä, kuten palvelun tuottajan hallinnollisia rekistereitä, vakuutuksen antajan rekistereitä, havainnointia ja päiväkirjoja (Frick 2009, Barnett 2009). Laskennan suunta on siis alhaalta ylöspäin. Fukudan ym. (2009) mukaan mikrokustannuslaskenta on tarkin ja läpinäkyvin kustannusten arvioinnin menetelmä. Menetelmän mukaisesti käytimme erilaisia aineistoja. Näitä olivat haastattelut, kulutuspäiväkirja ja rekisteriaineistot. Täydensimme aineistoa kunnan ikääntyneiden palvelujen esihenkilöiden sähköpostihaastatteluilla. Mukaan pyrittiin ottamaan kaikkien rahoittajatahojen maksamat kustannukset.

### 7.2 Tutkimuksen toteutus

Pilottitutkimus alkoi syksyllä 2019. Aineiston keruu tehtiin pääosin alkuvuodesta 2020, ja viimeinen osa rekisteriaineistosta saatiin syksyllä 2021 (Kuva 1). Tutkimus tehtiin yhteistyössä tutkimuskunnan kanssa, ja aineistot yhdistettiin Sosiaali- ja terveydenhuollon tietolupaviranomaisen (Findata) toimesta.



Kuva 1. Pilottitutkimuksen toimijat ja vaiheet.

Tutkimukselle haettiin eettisen toimikunnan lausunto Tampereen yliopistollisen sairaalan erityisvastuualueen alueelliselta eettiseltä toimikunnalta (R19092), tutkimuslupa kunnalta, joka tuotti tutkitut palvelut kahden kunnan alueella, ja luvat rekisteriaineistojen käyttöön Findatan kautta. Tutkittaville kerrottiin tutkimuksesta sekä suullisesti että kirjallisesti, ja heiltä pyydettiin tietoinen suostumus osallistua tutkimukseen.

### 7.3 Tutkimusjoukko

Alun perin tutkimus suunniteltiin toteutettavaksi yhdessä noin 20 000 asukkaan kunnassa, mutta koska tämä kunta tuottaa myös toisen kunnan sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut, mukaan otettiin asiakkaita myös toisesta, alle 5 000 asukkaan kunnasta. Kuntia ei kuvailla tarkemmin, jotta niitä ei voida tunnistaa.

Koska aineiston kerääminen mikrokustannuslaskentaa varten vaatii paljon työtunteja, pilottitutkimuksessa ei voitu tarkastella kovin suurta tutkimusjoukkoa. Tutkittaviksi poimittiin harkinnanvarainen näyte 75 vuotta täyttäneistä säännöllisen kotihoidon ja tehostetun palveluasumisen asiakkaista. Harkinnanvarainen näyte sopii tutkimukseen, joissa ei pyritä yleistämiseen suurempaan perusjoukkoon (Tilastokeskus 2022). Tavoitteena oli saada tutkimukseen 30 henkilöä, 15 kotihoidosta ja 15 tehostetusta palveluasumisesta. Tavoitteena oli myös, että näytteeseen tulisi mukaan erilaisessa palvelun tarpeessa olevia henkilöitä sekä henkilöitä, joista osa saa omaishoitoa ja osa ei. Kunnan ikääntyneiden palvelujen esihenkilöt pyrkivät varmistamaan, että tutkimukseen kutsuttiin siihen soveltuvia henkilöitä, sillä heillä oli käytössään tiedot palvelun tarpeesta ja omaisista.

Potentiaaliset tutkittavat saivat ensin tietoa tutkimuksesta kotihoidon ja asumispalvelun hoitajilta. Jos henkilö oli alustavasti kiinnostunut osallistumaan tutkimukseen, tutkimusavustaja soitti hänelle, kertoi lisää tutkimuksesta ja sopi ensimmäisen haastattelukerran.

Tutkittavia oli vaikea rekrytoida, etenkin kotihoidosta. Tästä syystä tutkimusavustaja kävi esittelemässä tutkimusta ikääntyneiden päivätoimintakeskuksessa kahdelle kotihoidon asiakkaista koostuvalle ryhmälle. Ensimmäisellä vierailulla ei saatu rekrytoitua tutkittavia, mutta toisella vierailulla neljä osallistujaa halusi osallistua tutkimukseen. Vierailun jälkeen pyrittiin vielä rekrytoimaan lisää kotihoidon asiakkaita painamalla tutkimuksesta 150 esitettä, jotka kotihoidon henkilöstö jakoi kotihoidon asiakkaille. Esitteiden avulla ei saatu lisää tutkittavia (Taulukko 3).

**Taulukko 3. Tutkittavien rekrytointi ja näytteen koko.**

	Kotihoidon asiakkaat	Tehostetun palveluasumisen asukkaat
Näytteen tavoitekoko	15	15
Rekrytointi		
Kunnan työntekijät	4	13
Tutkija päivätoiminnassa	4	-
Esitteet kotihoidossa	0	-
Tutkittavat		
Aloitti	8	11
Keskeytti	2	0
Tutkimuksen lopussa	6	11

## 7.4 Aineistot

Aineistoja kerättiin kahden kuukauden ajalta, ja tutkittaviin oltiin tänä aikana yhteydessä kolme kertaa (Kuva 2). Tutkittavat pitivät kahden kuukauden ajan kulutuspäiväkirjaa, ja vastaavalta ajalta poimittiin rekisteriaineistoa sosiaali- ja terveyspalvelujen käytöstä ja tulonsiirroista.



*Kuva 2. Aineistonkeruun aikapisteet (t0=lähtötilanne, t1=1 kuukausi, t2=2 kuukautta).*

### 7.4.1 Haastattelut

Haastattelut toteutettiin teemahaastatteluina. Haastattelujen keskeiset teemat olivat tulo ja niiden riittävyys, asiakasmaksut sekä maksujärjestelmän helppous tai vaikeus (Taulukko 4, haastattelurungot liitteinä 1–3). Tuloja ja varallisuutta kysyttiin, koska tarkoituksena oli arvioida, miten nämä ovat yhteydessä kokemuksiin tulojen riittävydestä ja näkemyksiin varallisuuden käytöstä. Lisäksi tutkittavilta kysyttiin asumisesta ja avuntarpeesta, koska nämä asiat ovat yhteydessä hoidon ja asumisen kustannuksiin. Kartoitimme myös tutkimusaikana mahdollisesti tapahtuneita muutoksia. Kokemuksia kulutuspäiväkirjan täytöstä ja tutkimukseen osallistumisesta kysyttiin, jotta voitiin arvioida aineistonkeruutapojen käytettävyyttä.

**Haastattelussa I** tutkittaville kerrottiin vielä tarkemmin, mistä tutkimuksessa on kyse. Tutkimusavustaja pyysi tutkittavan tietoisesta suostumuksesta kirjallisena. Suostumuslomakkeeseen pyydettiin kirjaamaan myös henkilötunnus rekisteriaineistojen yhdistämistä varten. Aineistoa käsitellessä henkilötunnukset korvattiin tutkimusnumeroilla.

Mikäli tutkittava ei kyennyt antamaan tietoista suostumusta esimerkiksi muistisairaudesta, omainen antoi suostumuksen hänen puolestaan. Näissä tilanteissa omainen oli myös haastatettava, joko yhdessä tutkittavan kanssa tai yksin (tutkittavan puolesta). Osassa haastatteluista tutkittavan omainen oli mukana, vaikka tutkittava antoi itse suostumuksen. Arvion siitä, kuka oli kykenevä antamaan suostumuksen, teki asiakkaan tunteva kunnan työntekijä. Haastattelun lisäksi tutkittavalle ja/tai omaiselle annettiin ohjeet kustannusten ja omaisen antaman avun seurannasta kulutuspäiväkirjan avulla.

**Soitto** tehtiin kuukauden kuluttua haastattelusta I. Tutkimusavustaja soitti tutkittavalle tai hänen omaiselleen. Tarkoituksena oli erityisesti kysyä, miten kulutuspäiväkirjan täyttäminen oli sujunut, ja tarvittaessa tarkentaa ohjeita. Samalla kysyttiin kuulumisia ja sitä, onko voinnissa tai palveluissa tapahtunut muutoksia.

**Haastattelu II** oli suunniteltu kasvokkaiseksi tapaamiseksi, mutta COVID-19-pandemiaan liittyvien rajoitusten vuoksi tämäkin haastattelu tehtiin puhelimitse. Haastattelussa kysyttiin kokemuksia tutkimukseen osallistumisesta ja pandemian aiheuttamista muutoksista tutkittavien elämässä.

Haastattelut teki tutkimusavustaja, mutta ensimmäisessä haastattelussa oli mukana myös kokeneempi tutkija varmistamassa, että haastattelutilanne sujuu hyvin.



## Taulukko 4. Haastatteluteemat

Haastatteluteemat	Teemat tarkemmin
<b>Haastattelu I</b>	
Asuminen	Yksin/jonkun kanssa
Avuntarve	Tarvitseeko apua, kuka auttaa, avun riittävyys
Tulot ja varallisuus	Eläke, muu tulo, tulonsiirrot, varallisuus Olisiko hyvä, jos ihmiset käyttäisivät varallisuuttansa palveluihin? Oletteko tarvinnut palveluja, mutta ette ole saanut niitä, koska ei ole ollut varaa?
Helppous/vaikeus	Laskujen maksaminen, tukien hakeminen, tietämys maksukatoista. Saako näihin asioihin apua, keneltä tai mistä?
<b>Soitto</b>	
Muutokset	Asumismuodossa, palvelujen tarpeessa, avun tai palvelujen saamisessa
Kulutuspäiväkirja	Onko kulutuspäiväkirjaa täytetty? Onko kulutuspäiväkirjan täyttäminen helppoa?
Täydentävät kysymykset	Täydentäviä kysymyksiä, jos haastattelussa I oli jäänyt jotain olennaista kysymättä
<b>Haastattelu II</b>	
Muutokset	Asumismuodossa, palvelujen tarpeessa, avun tai palvelujen saamisessa
Kulutuspäiväkirja	Kuka täytti: tutkittava vai omainen? Millaista oli täyttää kulutuspäiväkirjaa, mikä oli helppoa, mikä vaikeaa? Kuinka paljon meni aikaa kulutuspäiväkirjan täyttämiseen?
Kokemuksia osallistumisesta	Millaista oli puhua raha-asioista? Mistä raha-asioista oli helppo/vaikea puhua?
COVID-19	Onko ollut mahdollista tavata läheisiä? Minkä verran on saanut apua läheisiltä/muulta taholta poikkeusaikana?
Täydentävät kysymykset	Täydentäviä kysymyksiä, jos jotain olennaista jäi kysymättä haastattelussa I tai soiton aikana

### 7.4.2 Kulutuspäiväkirja

Kulutuspäiväkirja oli painettu vihkonen (Liitteet 4 ja 5), jossa oli jokaiselle viikolle kaksi aukeaman kokoista taulukkoa. Ensimmäisessä taulukossa kysyttiin viikon aikana maksettuja maksuja euromääräisinä ja toisessa omaisilta saatua apua tunteina sekä omaisten antamaa rahallista apua. Lisäksi yhdellä sivulla kysyttiin säännöllisesti toistuvista maksuista, jotta niitä ei tarvinnut toistaa useaan kertaan. Tämä sivu täytettiin ensimmäisellä haastattelukerralla yhdessä tutkimusavustajan kanssa. Eri maksuista ja omaisten avusta kysyttiin yksityiskohtaisesti, jotta mikään ei unohtuisi, ja jotta kävi selville, millaisista asioista haluttiin tietoa.

Kulutuspäiväkirjaa käytettiin, koska arvioitiin, että ajantasaisen päiväkirjan pitäminen on luotettavampaa kuin maksujen ja omaisten antaman avun muisteleminen jälkeinpäin haastattelussa. Päädyimme kahden kuukauden tutkimusaikaan, koska arvioimme, että sinä aikana tutkittaville tulisi erilaisia maksuja ja käyntejä, ja näistä haluttiin saada kattava kuva.

Omaiset saivat auttaa tutkittavia kulutuspäiväkirjan täyttämässä, tai täyttää päiväkirjan kokonaan tutkittavan puolesta. Päiväkirjassa kysyttiin, kuka sen on täyttänyt. Päiväkirjaan oli tarkoitus merkitä kaikkien omaisten antama apu, sillä yhtä tutkittavaa saattoi auttaa useampi omainen.

Kulutuspäiväkirjaa kommentoi ennen sen käyttöönottoa kaksi tutkimusryhmän ulkopuolista tutkijaa, joilla oli avun tarpeessa olevia ikääntyneitä omaisia. Tällä tavoin saimme arvokkaita huomioita siitä, mitä vielä piti kysyä, sekä vinkkejä saatetekstin selventämiseksi.

Tutkittavien oli tarkoitus palauttaa täytetty kulutuspäiväkirja haastattelussa II, mutta koska haastattelu toteutettiin pandemiarajoitusten vuoksi puhelimitse, tutkittaville lähetettiin palautuskuoret, joiden postimaksu oli maksettu, ja he palauttivat päiväkirjat postitse tutkimusryhmälle. Päiväkirja ei sisältänyt henkilötietoja (vain tutkimusnumeron), minkä vuoksi sen lähettäminen postitse ei vaarantanut tietoturvaa.

### 7.4.3 Rekisterit

Rekisteriaineistoa haettiin tutkimuskunnan, sairaanhoitopiirin ja Kelan rekistereistä. Tarkoitus oli, että rekistereistä haetaan mahdollisimman paljon tietoja, jotta tutkittavia ei tarvinnut kuormittaa useammilla kysymyksillä. Kuitenkin esimerkiksi reseptilääkeostot sekä kysyttiin tutkittavilta että poimittiin rekistereistä. Näin voitiin arvioida, missä määrin itse raportoitu ja rekisteritieto olivat yhdenpitäviä.

Rekistereistä poimittavat tiedot olivat:

- Kunnan järjestämien sosiaali- ja terveystalvelujen käyttö
- Sairaanhoitopiirin tuottamien erikoissairanhoidon palvelujen käyttö
- Kelan rekisteröimät maksut ja maksamat etuudet: lääkekustannukset ja -korvaukset, matkakustannukset ja -korvaukset, lääkärinpalkkiot, tutkimus ja hoito, eläkkeen saajien asumistuki, perustoimeentulotuki, vammaistuet (eläkettä saavan hoitotuki)

Henkilötunnukset ja tutkimusnumerot sekä haastatteluissa ja kulutuspäiväkirjoissa kerätty määrällinen aineisto toimitettiin Findataan Nextcloud-siirtopalvelun kautta. Findatassa tutkimusryhmän keräämät ja eri rekisterinpitäjien poimimat aineistot yhdistettiin henkilötunnuksen avulla, jonka jälkeen henkilötunnukset poistettiin aineistosta. Yhdistetty aineisto siirrettiin Findatan Kapseli-etäkäyttöympäristöön, jossa sitä käsitteli yksi hankkeen tutkija.

Rekisterinpitäjät poimivat tiedot tutkittaville neljän kuukauden ajalta, josta tutkijat rajasivat kullekin tiedot yksilölliseltä kahden kuukauden seuranta-ajalta (ensimmäisen ja viimeisen haastattelun välinen aika).

### 7.4.4 Ikääntyneiden palvelujen esihenkilöiden sähköpostihaastattelut

Ikääntyneiden palvelujen esihenkilöitä haastateltiin, koska haluttiin saada selville 1) missä määrin tutkimus kuormitti heitä ja ikääntyneiden palvelujen työntekijöitä, 2) kokemuksia rekrytointimenetelmistä ja 3) ajatuksia siitä, miten tutkimuksen toteutusta voitaisiin kehittää. Haastattelut toteutettiin sähköpostitse. Haastateltavat olivat kotihoidon ja asumispalvelujen esihenkilöt, jotka vastasivat tutkittavien rekrytoinnista.

## 7.4 Kustannusten ja rahoitusjakauman arviointi

Kustannukset ja rahoitusjakauma kuvattiin haastatteluissa ilmoitettujen maksujen, kulutuspäiväkirjan sekä rekisteriaineistojen perusteella. Asumisen kustannuksissa huomioitiin säännöllisesti toistuvat maksut kuten vuokrat, yhtiövastikkeet, vakuutukset, vesi- ja sähkömaksut sekä satunnaiset, esimerkiksi huoltotöihin, liittyvät maksut.

Mikäli hoidon kustannuksia ei ollut suoraan saatavilla, ne laskettiin palvelujen käytön määrän ja kansallisten yksikkökustannusten (Mäklin ym. 2020) perusteella (Taulukko 5).

Kustannukset muutettiin julkisten menojen kuntatalouden hintaindeksillä (sosiaali-toimi) (Mäklin ym. 2020) vuoden 2020 eli tutkimusvuoden hintatasoon. Koska tietoja tar-koista erikoissairaanhoidon kustannuksista ei ollut yksikkökustannusraportissa, niiden osalta käytettiin Pirkanmaan sairaanhoitopiirin (2020) hinnastoa.

**Taulukko 5. Käytetyt yksikkökustannukset € 2017 (Mäklin ym. 2020) sekä muu-tettuna tutkimusvuoden hintatasoon € 2020.**

	€ 2017	€ 2020
<b>Fysioterapia</b>		
Kotikäynti	136	143
Ryhmä	37	39
Vastaanotto (keskipitkä)	110	117
Kotihoito, ilman tukipalveluita, oma tuotanto	33	35
<b>Lääkäri</b>		
Kotikäynti	183	195
Puhelu	45	48
Vastaanotto (ajanvaraus tai päivystys)	83	88
<b>Sairaanhoitaja</b>		
Kotikäynti	83	88
Vastaanotto	35	37
<b>Tehostettu palveluasuminen (asumisvuorokausi)</b>		
Pitkäaikainen, oma tuotanto	172	183
Pitkäaikainen, osto <sup>1</sup>	124	132
Terveyskeskussairaala, lyhytaikainen hoito (hoitovuorokausi)	359	382
Vanhusten päivätoiminta, hoitopäivä	115	122

<sup>1</sup> Oman tuotannon ja ostopalvelun yksikkökustannukset eivät välttämättä ole vertailukelpoiset, sillä osto-palvelusopimus voi sisältää eri asioita kuin oma tuotanto (Kuusikko-työryhmä 2020).

Tukipalveluiden yksikkökustannuksista ei ole saatavilla tietoja, minkä vuoksi rapor-toimme kustannusten sijaan tukipalvelujen asiakasmaksut (Taulukko 6). Tukipalvelun asiakasmaksu ei saa olla korkeampi kuin sen tuotantokustannus (Kuntaliitto 2020a), minkä vuoksi kyseessä ei ole ainakaan yliarvio. Rekisteritiedoista kävi ilmi eri tukipalve-luja saaneet henkilöt, mutta ei saadun palvelun määrää. Tämän vuoksi arvio tukipalvelu-jen kustannuksista perustuu Taulukossa 6 kuvattuun laskentatapaan.

## Taulukko 6. Tukipalvelujen asiakasmaksut € 2016, laskentatapa sekä asiakasmaksut muutettuna tutkimusvuoden hintatasoon € 2020.

Tukipalvelu	Asiakasmaksu 2016	Laskentatapa 2 kk tutkimusajalle	€ 2020
Ateriapalvelu	7,5 €/ateria <sup>1</sup>	60*7,5 €=450 €	478,80 €
Kauppapalvelu	10 €/kerta <sup>1</sup>	8*10 €=80 €	85,10 €
Turvaranneke	30 €/kk <sup>2</sup>	2*30 €=60 €	63,85 €

<sup>1</sup> Ilmarinen 2017, <sup>2</sup> useiden kuntien asiakasmaksuista laskettu keskiarvo

Omaishoidon kustannuksia voidaan tarkastella *vaihtoehtoiskustannuksen käsitteen* kautta, jolloin hoitoon käytetty tuntihinta vastaisi omaishoitajan työn tuntihintaa työmarkkinoilla (Kehusmaa ym. 2013). Tällöin pitäisi olla tiedossa omaishoitajan palkka. Omaishoitajat ovat usein itsekin ikääntyneitä ja eläkkeellä, mikä ei toki tarkoita sitä, että heidän ajallaan ei olisi vaihtoehtoiskustannusta.

Omaishoidon vaihtoehtoiskustannuksen laskeminen vaatisi siis tarkempaa tietoa hoitajan tilanteesta. Tämän vuoksi laskimme omaishoidon kustannukset *markkinakustannusmenetelmää* käyttäen (vrt. Kehusmaa ym. 2013). Ajatus on, että jos omaisen ei auttaisi läheistään, tarvittaisiin palkattu henkilö antamaan tämä apu. Oletamme, että hoiva-avustaja olisi tämä avun antaja, eli kerroimme omaisen avun antamiseen käyttämän ajan hoiva-avustajan työn kustannuksella 11 €/tunti, (JHL 2021, Sosiaalipalvelujen palkka- taulukot 2018–2019). Valitsimme tähän matalimman hoiva-alan koulutuksen saaneen henkilön työn kustannuksen, koska omaisella ei oletettavasti ole koulutusta hoivatyöhön. Työnantajan sivukuluja ei ole huomioitu.

Kustannukset jaettiin eri rahoittajatahoille seuraavasti: asiakkaan ja omaisen maksut kulutuspäiväkirjan perusteella, Kelan maksut rekisterien perusteella. Kunnan osuus palveluiden rahoituksesta saatiin, kun ikääntyneiden hoidon ja terveydenhuollon kustannuksista vähennettiin asiakasmaksut. Omaisten raportoima rahallinen tuki oli vähäistä, mutta olemme laskeneet omaisen antaman avun (käytetyn ajan) kustannukset omaisen rahoitusosuudeksi.

Aineistoa kuvaillaan keskiluvuin. Tilastollista testausta ei tehty aineiston pienen koon vuoksi ja koska tarkoituksena ei ollut yleistää tuloksia laajempaan väestöön.

# 8 Tulokset

Tulosluvussa esittelemme ensin tutkimusjoukon sekä tutkimustehtävän 2 tutkimuskysymyksiin a-c vastaavat tulokset. Tutkimustehtävään 1 eli menetelmän kehittämiseen esitetään tuloksia ja pohdintaa omassa alaluvussaan Tutkimuksen toteutettavuus.

## 8.1 Tutkimusjoukon kuvaus

Tutkimukseen osallistumisen aloitti 8 kotihoidon ja 11 tehostetun palveluasumisen asiakasta (Taulukko 7). Kotihoidon asiakkaista suurin osa oli miehiä ja palveluasumisen asiakkaista naisia. Kotihoidon asiakkaat olivat vanhempia kuin palveluasumisen asiakkaat. Kotihoidon asiakkaista kaikki muut paitsi yksi asuivat yksin. Kaikki tutkittavat saivat apua omaisiltaan. Kaikki kotihoidon asiakkaat olivat mukana haastatteluissa, joko yksin tai omaisen kanssa. Palveluasumisen asiakkaista neljä osallistui haastatteluihin.

**Taulukko 7. Taustatiedot ensimmäisessä haastattelussa.**

	Kotihoito	Tehostettu palveluasuminen
Tutkittavat yhteensä, n	8	11
Sukupuoli, n		
Naisia	2	8
Miehiä	6	3
Ikä vuosina		
Vaihteluväli	82–94	70–90
Mediaani	88	79
Asuminen, n		
Yksin	7	-
Puolison kanssa	1	-
Saa apua omaisilta, n	8	11
Vastaaja haastattelussa, n		
Tutkittava	5	3
Tutkittava ja omainen (omaiset)	3	1
Omainen	-	7

## 8.2 Ikääntyneiden hoidon kustannukset

Tässä luvussa kuvataan asumisen ja hoidon kokonaiskustannukset riippumatta siitä, kuka ne on maksanut. Rahoitusjakauma kuvataan seuraavassa luvussa.

Kaikilta tutkittavilta ei ollut saatavilla kaikkia tietoja, sillä kotihoidon asiakkaista kaksi keskeytti tutkimuksen eikä siten palauttanut kulutuspäiväkirjaa. Keskeyttäneet olivat kuitenkin antaneet suostumuksensa osallistua tutkimukseen, joten heistä raportoidaan alkuhaastattelussa kerätty tieto ja rekisteritiedot. Kotihoidon asiakkaista yksi palautti osin täytetyn päiväkirjan ja tehostetun palveluasumisen asukkaista yksi ei palauttanut päiväkirjaa ollenkaan. Rekisterien poimimisen yhteydessä kävi ilmi, että yhden tutkittavan henkilötunnus oli virheellisesti tallennettu. Hänelle ei voitu poimia rekisteriaineistoja. Eri kustannuserät raportoidaan siis eri määriltä ja hyvinkin pieniltä määriltä tutkittavia. Kulutuspäiväkirjan osalta ei tiedetä, tarkoittaako tyhjäksi jätetty kohta sitä, että kustannuksia ei ollut, vai sitä, että kustannuksia ei raportoitu.

### 8.2.1 Hoidon ja asumisen kustannukset yhteensä

Kotihoidon asiakkaiden hoidon ja asumisen kustannusten mediaani oli 5 300 euroa ja asumispalvelujen asiakkaiden mediaani 11 700 euroa kahden kuukauden aikana. Hajonta oli erityisen suurta kotihoidon asiakkaiden joukossa (minimi 710 €, maksimi 11 900 €), eli suurimmat kotihoidon asiakkaan kustannukset olivat yhtä suuret kuin asumispalvelun kustannusten mediaani.

Kotihoidon asiakkaiden kokonaiskustannuksista 38 % oli kotihoidon kustannuksia, kun taas asumispalvelun asiakkaiden kokonaiskustannuksista 94 % oli asumispalvelun kustannuksia. Tähän on useita syitä: 1) ruokakustannukset sisältyvät asumispalvelun kustannuksiin, mutta kotihoidon asiakkaiden ruokakustannukset laskettiin erikseen (mediaani 400 €, kvartiiliväli 160 €), 2) asumisen kustannukset olivat kaksinkertaiset kotihoitossa asumispalveluun verrattuna, 3) päivätoiminta ja tukipalvelut olivat merkittäviä kustannuseriä kotihoidon asiakkailla ja 4) omaishoidon, reseptilääkkeiden ja yksityisen hoidon kustannukset olivat korkeammat kotihoitossa kuin asumispalvelussa.

### 8.2.2 Kotihoito, päivätoiminta ja tukipalvelut

Kotihoidon käyntimäärät vaihtelivat asiakkaiden välillä 8 ja 239 käynnin välillä. Ääripäät olivat siis yksi käynti viikossa ja 4 käyntiä päivässä. Siten kustannuksetkin vaihtelivat asiakkaiden välillä paljon (mediaani 2 000 €, kvartiiliväli 3 350 €). Neljä kotihoidon asiakasta oli käynyt päivätoiminnassa (mediaani 490 €, kvartiiliväli 980 €) ja seitsemän oli saanut tukipalveluja: turvapuhelin ja ateriapalvelu olivat yleisimmät tukipalvelut, ja kauppa- ja kuljetuspalveluja saivat yksittäiset asiakkaat (mediaani 540 €, kvartiiliväli 610 €).

### 8.2.3 Asumispalvelu

Kaikki asumispalveluasiakkaat asuivat koko tutkimusajan asumispalvelussa (mediaani 10 980 €). Vaihtelua kustannuksiin tuli siitä, oliko asumispalvelu ostopalvelua vai kunnan omaa tuotantoa (ks. yksikkökustannukset, Taulukko 5), mutta tästä vaihtelusta huolimatta kvartiiliväli oli nolla euroa. Kenelläkään kotihoidon asiakkaista ei ollut tutkimusajana hoitojaksoja asumispalvelussa.

#### *8.2.4 Asuminen*

Kotihoidon asiakkaiden asumiskustannukset (mediaani 1 060 €, kvartiiliväli 450 €) olivat noin kaksi kertaa suuremmat kuin asumispalvelun asiakkailla (mediaani 500 €, kvartiiliväli 300 €). Asumispalvelujen asiakkaiden asumiskustannukset koostuivat lähinnä vuokrasta. Kotihoidon asiakkaiden asumiskustannukset koostuivat yhtiövastikkeista, sähkö-, vesi-, öljy- ja huoltokustannuksista, kotivakuutuksesta ja kiinteistöveroista. Nämä pyrittiin jyvittämään kahden kuukauden ajalle. Osalla asumispalvelun asiakkaista oli kuluja muusta asunnosta, ja osalla oli muu asunto, mutta tutkittava ei maksanut siitä aiheutuvia kuluja, vaan esimerkiksi puoliso maksoi ne kokonaisuudessaan. Asumisen kustannukset laskettiin ensimmäisessä haastattelussa läpi käytyjen säännöllisten menojen ja kulutuspäiväkirjassa raportoitujen asumiskustannusten perusteella.

#### *8.2.5 Terveystenhoito*

Terveystenhoitokustannusten mediaani oli kotihoidon asiakkailla 64 € (kvartiiliväli 330 €) ja tehostetun palveluasumisen asiakkailla 117 € (kvartiiliväli 280 €). Hajontaa oli paljon (minimi 0 €, maksimi 2 800 €).

Kotihoidon asiakkaista viidellä oli terveystenhoitokustannuksia kahden kuukauden tutkimusaikana. Viidellä oli kontakteja perusterveydenhooltoon, joko lääkärin tai hoitajan koti- tai vastaanottokäyntejä (ml. päivystyskäynnit) tai fysioterapiakäyntejä.

Asumispalvelun asiakkailla ei ollut sairaalahoitajaksoja tutkimusaikana. Kuudella oli kontakteja perusterveydenhooltoon. Nämä olivat lääkärin vastaanotto- tai kotikäyntejä tai puhelinkontakteja. Viisi oli osallistunut fysioterapiaan joko vastaanotolla, ryhmässä tai kotikäynnillä. Lisäksi sekä kotihoidon että asumispalvelun asiakkailla oli yksittäisiä muun terveystenhoillon käyttökertoja.

#### *8.2.6 Yksityinen hoito*

Yksityisen hoidon kustannukset olivat korkeammat kotihoidon (mediaani 530 €, kvartiiliväli 760 €) kuin tehostetun palveluasumisen asiakkailla (mediaani 120 €, kvartiiliväli ei laskettavissa). Tutkittavilla ei ollut yksityisten lääkärikäyntien tai yksityisen hoidon ja tutkimuksen merkintöjä Kelan rekistereissä tutkimusaikana, mutta sekä kotihoidon että asumispalvelun asiakkaista muutama raportoi yksityistä hoitoa kulutuspäiväkirjassa. Tämä oli yksityistä kotihoitoa, fysioterapiaa tai muuta yksityistä hoitoa. Muun yksityisen hoidon sisältö jäi epäselväksi, koska kulutuspäiväkirjoista ei voitu keskustella toisessa haastattelussa koronapandemiaan liittyvien rajoitusten takia.

#### *8.2.7 Omaisilta saatu apu ja sen kustannukset*

Omaisilta saadun avun määrä perustuu kulutuspäiväkirjan tietoihin. Kotihoidon asiakkaista neljä oli raportoinut omaisilta saatua apua kulutuspäiväkirjassa (mediaani 550 €, kvartiiliväli 1 270 €). Asumispalvelun asiakkaista seitsemän oli raportoinut omaisilta saatua apua kulutuspäiväkirjassa (mediaani 80 €, kvartiiliväli 120 €).

Ne kotihoidon asiakkaat, jotka raportoivat saaneensa omaisilta apua, olivat saaneet sitä keskimäärin 7,5 tuntia viikossa (mediaani 6,3 tuntia). Eniten aikaa oli käytetty kyytiapuun ja toiseksi eniten muuhun apuun, jonka sisältö jäi epäselväksi. Kaikki omaisilta saatua apua raportoineet asuivat yksin, eli avun antaja oli muualla asuva omainen. Tämä

tarkoittaa todennäköisesti omaiselle myös jonkinlaista matkaa, jonka kustannuksia (aika ja raha) ei ole tässä voitu arvioida.

Asumispalvelun asiakkaat olivat saaneet omaisilta apua keskimäärin 2,5 tuntia viikossa (mediaani 52 minuuttia) eli kolmanneksen siitä kuin kotihoidon asiakkaiden omaiset. He eivät olleet saaneet omaisilta apua käytännön asioissa kuten kyyti, kauppa, ruoanlaitto ja siivous. Omaisten antama apu olikin yleisimmin asioiden hoitamista ja muuta apua, mutta myös apua henkilökohtaisessa hoidossa oli saatu.

Rahallista apua omaisilta oli saanut vain harva tutkittava, ja rahamäärät olivat pieniä.

### *8.2.8 Apteekkiostot*

Kaikilla tutkittavilla oli reseptilääkeostoja tutkimusaikana Kelan rekisterin perusteella (kotihoiton asiakkaat mediaani 260 €, kvartiiliväli 280 €; asumispalvelun asiakkaat mediaani 80 €, kvartiiliväli 250 €). Lisäksi kulutuspäiväkirjaan oli merkitty muita apteekkiostoja (mediaanit 60 € kotihoiton ja 25 € asumispalvelun asiakkailla, kvartiilivälit ei laskettavissa). Kotihoiton asiakkailla oli noin kolme kertaa suuremmat lääkekustannukset kuin asumispalvelun asiakkailla.

### *8.2.9 Muut kustannukset*

Kustannuksia matkoista terveydenhuoltoon oli muutamilla sekä kotihoiton että asumispalvelun asiakkailla, mediaanikustannukset olivat molemmissa asiakasryhmissä nolla euroa.

Maksimissaan 50 euron hygieniatarvikkeiden kustannuksia raportoi muutama kotihoiton ja asumispalvelun asiakas. Yksittäiset tutkittavat raportoivat maksimissaan 100 euron apuvälinekustannuksia.

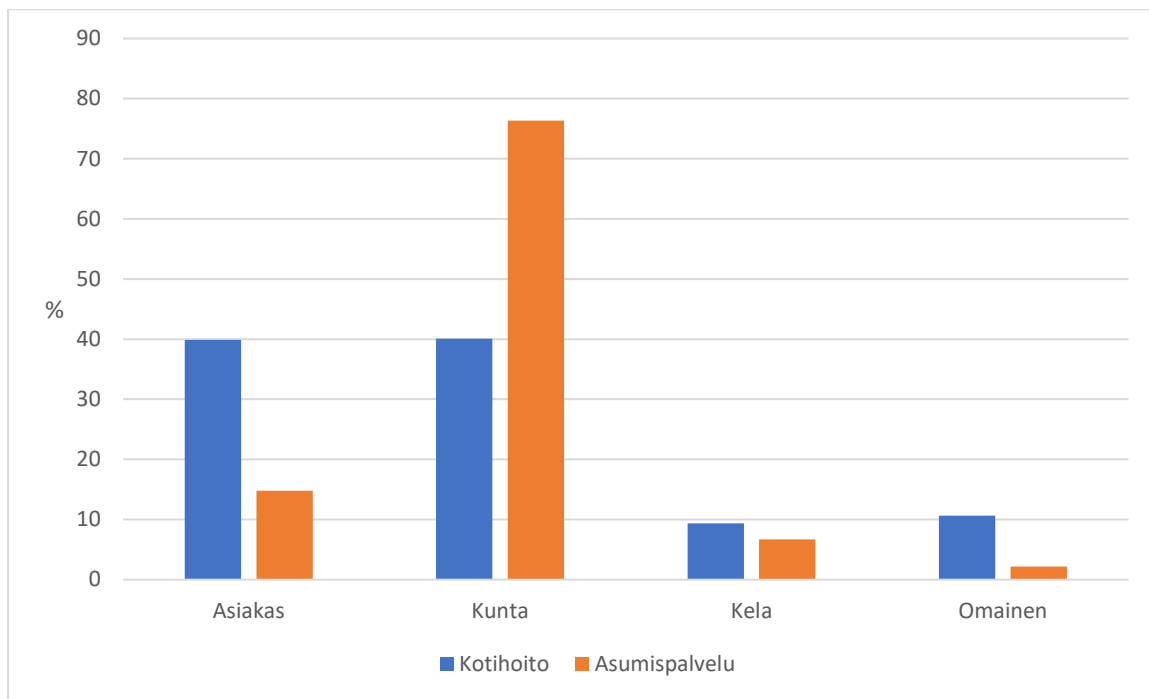
Osa raportoi kulutuspäiväkirjassa merkittäviä määriä muita kustannuksia, mutta ne jätettiin tarkastelusta pois, koska sisällöstä ei ollut tarkempaa tietoa. Näistä olisi ollut tärkeää keskustella tutkittavien kanssa, mutta tämä ei ollut mahdollista koronarajoitusten vuoksi.

## **8.3 Ikääntyneiden hoidon rahoitusjakauma**

### *8.3.1 Kunta*

Kunnan maksama osuus asumispalvelun asiakkaiden kustannuksista oli 76 % ja kotihoiton asiakkaiden kustannuksista 40 % (Kuva 3). Kunta rahoitti ikääntyneiden hoitoa järjestämiensä palvelujen kautta. Rekisterien mukaan kunnan maksamaa toimeentulotukea tai omaishoidon tukea ei ollut saanut kukaan tutkittavista.





Kuva 3. Rahoitusjakauma 2 kuukauden aikana.

### 8.3.2 Asiakas

Asiakkaan rahoittama osuus oli 15 % asumispalveluissa ja 40 % kotihoidossa. Paitsi suhteellisesti, asiakkaiden maksama osuus oli myös rahallisesti korkeampi kotihoidossa kuin asumispalvelussa. Asiakkaiden maksama osuus koostui lääkkeiden ja matkojen omavastuista, julkisten ja yksityisten palvelujen asiakasmaksuista (säännölliset ja epäsäännölliset), muista apteekkiostoista, apuvälineiden ja hygieniatarvikkeiden hankkimisesta sekä asumis- ja ruokakustannuksista.

### 8.3.3 Kela

Kelan maksama osuus oli huomattavasti pienempi kuin kunnan ja asiakkaan osuus, ja se oli hieman korkeampi kotihoidossa kuin asumispalveluissa.

Kaikilla tutkittavilla oli reseptilääkeostoja, mutta kaikki asumispalvelun asiakkaat eivät olleet saaneet niistä Kelan korvausta. Tutkimus tehtiin alkuvuodesta, minkä vuoksi kaikilla tutkittavilla ei todennäköisesti ollut vielä lääkkeiden alkuomavastuu maksettu. Toisaalta myöskään lääkekatto ei ollut täynnä yhdelläkään tutkittavista (jolloin omavastuu olisi ollut 2,50 euroa per ostos).

Pieni osa tutkittavista oli saanut eläkkeensaajan asumistukea. Kaikki tutkittavat saivat eläkettä saavan hoitotukea, joka vaihteli 71 ja 328 €/kk välillä. Asumispalvelun asiakkaista suurin osa sai korkeinta hoitotukea. Kelan matkakorvausta oli saanut vain harva tutkittava. Kukaan tutkittavista ei saanut Kelan maksamaa toimeentulotukea.

### 8.3.4 Omaiset

Omaisten maksama osuus oli huomattavasti pienempi kuin kunnan ja asiakkaan osuus, ja se oli korkeampi kotihoidossa kuin asumispalveluissa. Omaiset rahoittivat hoitoa ennen kaikkea antamalla apua ja hoivaa läheiselleen, eivät niinkään rahallisesti.

## 8.4 Tulojen riittävyys

Kotihoidon asiakkaat arvioivat pääosin, että heidän tulonsa riittävät kaikkeen tarpeelliseen, osalla juuri ja juuri (lukuja ei esitetä). Kaikki olivat pystyneet hankkimaan tarvitsemansa lääkkeet, mutta puolet kertoi tinkineensä palveluiden käyttämisestä tulojen riittämättömyyden vuoksi (Taulukko 8).

Asumispalvelun asiakkaista suurimmalla osalla tulot eivät riittäneet kaikkeen tarpeelliseen pitämäänsä, vaan he joutuivat käyttämään varallisuutta, tai omaiset maksoivat osan (lukuja ei esitetä). Kaikki kuitenkin raportoivat, että he olivat pystyneet hankkimaan tarvitsemansa palvelut ja lääkkeet (Taulukko 8).

Kummastakaan ryhmästä kukaan ei raportoinut saaneensa toimeentulotukea. Tiedosamme ei ole, oliko kenenkään asiakkaan asiakasmaksuja alennettu tai jätetty veloittamatta pienistä tuloista johtuen.

**Taulukko 8. Tulojen riittävyys (alkuhaastattelu).**

	Kotihoito, n=8	Asumispalvelu, n=11
Onko pystynyt hankkimaan tarvittavat palvelut?		
Kyllä	4	11
Ei	4	0
Onko pystynyt hankkimaan tarvittavat lääkkeet?		
Kyllä	8	11
Ei	0	0
Onko saanut toimeentulotukea?		
Kyllä	0	0
Ei	8	11

## 8.5 Tutkimuksen toteutettavuus

Tässä luvussa kuvaamme ja pohdimme kokemuksia pilottitutkimuksesta, eli valitun lähestymistavan toteutettavuutta (tutkimustehtävä 1). Etukäteen oli tiedossa, että mikrokustannuslaskenta on työläs menetelmä, sillä se vaatii monenlaisia aineistoja. Sitoutumista tarvittiin niin tutkittavilta ja heidän omaisiltaan kuin tutkimuskunnan henkilöstöltäkin.

### 8.5.1 Rekrytointimenetelmien onnistuminen

Tutkittavien rekrytointi oli vaikeaa. Erityisesti kotihoidosta ei saatu lähellekään suunniteltua määrää (15) tutkittavia rekrytoitua. Yritimme tehostaa rekrytointia edellä kuvatuin tavoin (vierailu päivätoiminnassa ja kotihoidon asiakkaille jaettavat esitteet), ja

päivätoiminnasta saatiinkin rekrytoitua neljä tutkittavaa lisää. Vaikutelmaksi jäi, että tutkimukseen kutsutut pitivät tutkimusta työläänä, eivätkä halunneet lähteä mukaan kaksi kuukautta kestävään tutkimukseen. Kutsuttujen ei tarvinnut selittää, miksi he eivät halunneet osallistua, mutta osa ilmaisi, että he eivät halunneet ylimääräistä kuormitusta arkeensa. Tutkimukseen osallistuvat eivät pitäneet raha-asioista puhumista vaikeana (ks. alaluku 8.5.5, Tutkittavien kokemukset tutkimukseen osallistumisesta), mutta osalle ikääntyneistä ja omaisista tutkimus on voinut olla aiheen puolesta arka, eivätkä he mahdollisesti tämän vuoksi halunneet osallistua.

Tutkittavien rekrytointi tehtiin kunnan kautta. Yhteistyö tutkimuskunnan kanssa sujui hyvin, mutta näin ei välttämättä olisi kaikkien palvelujen järjestäjien kohdalla. Palvelun järjestäjällä voi olla intressejä valikoida tutkittavia, tai rekrytoitavalle voi tulla epämuokava tunne, kun palvelua tarjoava taho pyytää osallistumaan tutkimukseen. Annettujen tietojen voidaan pelätä vaikuttavan palveluihin tai maksuihin, vaikka tiedotteessa kerrotaan, että yksittäisten henkilöiden tiedot pidetään vain tutkijoiden saatavilla. Emme myöskään tarkalleen tiedä, mitä ja miten tutkimuksesta kerrottiin potentiaalisille tutkitaville rekrytointivaiheessa. Jatkossa rekrytointia ei kannatakaan tehdä kunnan tai hyvinvointialueen kautta, vaan esimerkiksi järjestöjen tai lehti-ilmoitusten avulla.

Tavoitteena oli saada tutkittaviksi erilaisissa tilanteissa olevia ikääntyneiden palvelujen asiakkaita. Vaihtelua tavoiteltiin asiakkaiden toimintakyvyssä ja siten palvelujen tarpeessa sekä omaisen avun saatavuudessa. Omaisettomien osallistuminen tutkimukseen ei toteutunut, sillä tutkittavien oli vaikeaa osallistua tutkimukseen itsenäisesti, ja he tarvitsivat siihen omaisen apua. Kaikilla tutkittavilla oli siis omaisia, jotka auttoivat heitä arjessa, mutta suurinta osaa myös tutkimustietojen antamisessa. Aineiston keruuta olisi tärkeä kehittää siten, että myös omaisettomien ikääntyneiden hoidon kustannuksista ja rahoituksesta saadaan tietoa.

### *8.5.2 Tutkimuskunnan henkilöstön kuormittuminen*

Tutkittavien rekrytointi sekä rekisteritietojen poimiminen ja toimittaminen Findataan olivat kunnan henkilöstölle ylimääräistä työtä. Kunnan ikääntyneiden palvelujen esihenkilöt pitivät tutkimusta kuitenkin tärkeänä. He arvioivat, että tietoa voitaisiin käyttää kehitettäessä maksukäytäntöjä.

Esihenkilöt arvioivat, että tutkimus ei vienyt paljoa heidän tai hoitajien aikaa. Heidän mielestään tutkimustiedote oli pitkä, ja tutkimuksen kulun selostaminen arkikielellä oli tärkeää. Kahden kuukauden tutkimusaikaa he pitivät pitkänä. Lyhyet perehdytykset rekrytointia tekeville hoitajille olisivat olleet paikallaan, sillä nyt tieto rekrytoinnista kulki hoitajille esihenkilöiden kautta.

### *8.5.3 Tutkimuksen kustannukset*

Tutkimuksen kustannukset koostuivat tutkimusryhmän palkoista, kulutuspäiväkirjojen painatuksesta, haastattelujen litteroinnista, tutkimusavustajan matkoista haastattelemaan tutkittavia sekä rekisteriaineiston hankkimis- ja käyttökustannuksista. Suurimmat kustannuserät olivat palkat sekä rekisteriaineiston kustannukset.

Rekisteriaineisto hankittiin sosiaali- ja terveydenhuollon tietolupaviranomainen Findatan kautta. Ennen aineiston poimintaa Findata toimitti tutkimusryhmälle enimmäiskustannusarvion, joka oli yli 9 000 euroa. Jouduimme pohtimaan, onko mahdollista ja

järkevää maksaa aineistosta näin paljon (tutkimushanke oli saanut Kunnallisalan kehittämissäätiöltä 40 000 € rahoituksen). Tiedossa oli kuitenkin, että arvio kustannuksista olisi todennäköisesti yliarvio. Rekisteriaineisto oli tutkimuksen kannalta oleellinen, ja se haluttiin hankkia korkeista kustannuksista huolimatta. Hankkeellamme oli isomman tutkimusinfrastruktuurin tuki, ja tarvittaessa olisimme saaneet apua kustannuksiin sieltä, jos hankkeen oma rahoitus ei olisi riittänyt. Kaikilla hankkeilla ei ole tällaista tukea saatavilla, ja herääkin kysymys, millaiset mahdollisuudet tutkimusryhmillä on tehdä rekisteritutkimusta, kun kustannukset ovat näin korkeat.

Toteutuneet aineiston poimintaan, lupaan ja käsittelyyn liittyvät kustannukset olivat lopulta hieman yli 8 000 euroa, eli 1 000 euroa vähemmän kuin enimmäiskustannusarvio. Tämän lisäksi tuli kuitenkin vielä Kapseli-etäkäyttöympäristön kustannukset, jotka olivat 1 850 €. Rekisteritietojen saaminen kesti yllättävän pitkään, taustalla oli useiden prosessiin osallistuneiden osapuolien hitautta. Tämän vuoksi jouduimme myös pyytämään tietoluvan pidennystä (maksu tietoluvan muutoksesta 350 €).

Rekisterikustannukset olivat siis yhteensä 10 300 €. Kustannukset olisivat todennäköisesti olleet samansuuruiset huomattavasti suuremmallekin aineistolle, sillä pienemmän ja suuremman aineiston poimimiseen saattaa mennä yhtä paljon aikaa. Tässä tutkimuksessa aineiston korkeat kustannukset korostuvat, kun tutkittavia oli vähän.

#### *8.5.4 Kulutuspäiväkirja*

Tutkittavat olivat täyttäneet kulutuspäiväkirjaa pääosin hyvin huolellisesti. Päiväkirjaa täytettiin kahden kuukauden ajalta, koska odotettiin, että tänä aikana tulisi monipuolisesti erilaisia tapahtumia. Jälkikäteen arvioituna tämä oli liian pitkä aika, ja tästä syystä moni todennäköisesti myös kieltäytyi osallistumasta tutkimukseen. Uudelleen arvioituna esimerkiksi kaksi viikkoa voisi olla sopiva aika päiväkirjan täyttämiseksi. Mikäli otoskoko olisi riittävän suuri, tässä ajassa saataisiin näkymään monenlaisia tapahtumia.

Kulutuspäiväkirjaa oli tarkoitus käydä läpi yhdessä tutkittavan kanssa viimeisen haastattelun aikana, mutta tämä ei ollut mahdollista koronapandemiaan liittyvien rajoitusten takia. Arvioimme, että yksityiskohtainen keskustelu päiväkirjasta olisi ollut puhelimesta hankalaa. Tämän vuoksi jäi epäselväksi esimerkiksi se, mitä eri kohtiin merkityt ”muut kulut” tarkoittavat.

Tutkimuksen toteutettavuutta tarkastellessa kiinnostuksen kohteena oli myös se, missä määrin rekisteri- ja kulutuspäiväkirjan tiedot ovat yhdenpitäviä. Tätä tarkasteltiin reseptilääkkeiden osalta vertaamalla Kelan rekisterin lääkeostojen omavastuuosuutta kulutuspäiväkirjassa raportoituihin reseptilääkeostoihin. Kymmenen tutkittavaa oli ilmoittanut kulutuspäiväkirjassa suuremman lääkeomavastuun kuin rekistereissä oli, ja viisi tutkittavaa oli ilmoittanut pienemmän määrän. Erot saattoivat olla moninkertaisia. Osa tutkittavista on voinut sekoittaa reseptilääkeostot ja muut apteekkiostot, minkä vuoksi he raportoivat suuremmat omavastuut kuin rekistereissä oli kirjattuna. Lääkeomavastuiden raportoinnissa havaitut epätarkkuudet herättävät kysymyksen siitä, miten luotettavia kulutuspäiväkirjan tiedot muilta osin olivat. Tiedonkeruumenetelmää tulee kehittää ja sen luotettavuutta arvioida jatkossa lisää.

### 8.5.5 Tutkittavien kokemukset tutkimukseen osallistumisesta

Puhelinhaastattelussa sekä haastattelussa II kartoitettiin kokemuksia tutkimukseen osallistumisesta, koska jatkotutkimusta varten haluttiin tietää, millaista oli puhua raha-asioista ja oliko päiväkirjan pitäminen työlästä tai haastavaa.

**Raha-asioista puhuminen:** Suurin osa sekä tutkittavista sekä omaisista koki, että raha-asioista puhuminen oli kohtuullisen helppoa ja luontevaa, eikä sitä koettu ongelmalliseksi. Yksi tutkittavan omaisista totesi olevan helppoa puhua raha-asioista, koska ei puhuttu hänen rahoistaan. Jotkut omaiset totesivat, että raha-asioista puhuminen ei epäilyttänyt siksi, että kyseessä oli yliopiston toteuttama tutkimus.

Tutkittavilta kysyttiin myös, oliko jostain tietyistä raha-asioista helpompi puhua. Tutkittavat ja omaiset kertoivat, että sekä rahavaikeuksista että suuresta varallisuudesta voi olla vaikeampi puhua kuin muista raha-asioista. Lisäksi saatettiin pelättyä, että varallisuuden paljastuminen nostaisi hoitomaksuja, vaikka näin ei luonnollisestikaan ollut.

**Kulutuspäiväkirjan täyttäminen:** Kotihoidon asiakkaista kolme täytti kulutuspäiväkirjaa itse ja kolmen osalta päiväkirjan täytti omainen. Lähes kaikilla oli hiukan eri tapa täyttää kulutuspäiväkirjaa, mutta suurin osa täytti sen jälkikäteen. Joku täytti joka toinen päivä, joku kerran viikossa, joku kerran kuukaudessa. Asumispalvelun asiakkaista vain harva oli täyttänyt päiväkirjaa itse, ja omaiset täyttivät päiväkirjaa pääosin.

Mikäli kulutuspäiväkirjassa oli tyhjää, tutkittavilta ja omaisilta kysyttiin tutkimuksen puolivälissä tehdyn soiton yhteydessä, eikö kirjattavaa ollut ollut, vai eikö kirjauksia ollut tehty. Pääsääntöisesti vastaukset viittasivat siihen, että kirjattavaa ei ollut, tosin unohduksiakin oli sattunut. Muutama omainen toi esiin koronan vaikutuksen kirjauksien vähenemiseen. Karanteeni oli vähentänyt omaisten käyntejä, rahan käyttöä ja kaupassakäyntejä. Merkintöjä kerrottiin jääneen tekemättä myös siitä syystä, että esimerkiksi kunnan laskua olisi ollut liian työlästä eritellä ja merkitä, sillä lasku sisälsi monia eri kuluja. Useampi tehostetussa palveluasumisessa asuvan tutkittavan omainen totesi, ettei merkintöjä tullut, koska tutkittava sai lähes kaiken asumisyksiköstä. He pitivät kuitenkin päiväkirjan täyttämistä hyvänä siltä osin, että saattoivat itsekin seurata, kuinka paljon aikaa kului tutkittavan auttamiseen.

Suurin osa ei pitänyt päiväkirjan pitämistä hankalana, mutta osa tutkittavista ja omaisista toi esiin joitain haasteita: 1) ei tiedetty, mihin kohtaan tulee kirjata, 2) asioita ei päässyt ilmaisemaan tarpeeksi, 3) euro- ja tuntimäärät kerättiin eri sivuilla, 4) tutkittavalla saattoi olla useampi omainen auttamassa ja 5) tapahtumia ei osunut juuri tähän ajanjaksoon. Viimeksi mainittu ei ollut tutkimuksen kannalta ongelma, sillä haimme tapahtumia vain rajatulta ajalta.

Kysyttäessä päiväkirjan täyttöön käytettyä aikaa, kukaan ei osannut sanoa tarkkaa aikaa. Pääsääntöisesti arvioitiin käytetyn aikaa kokonaisuudessaan noin kaksi tuntia. Käytetyn ajan ääripäät olivat 10 minuutista lähes pariin kymmeneen tuntiin.

# 9 Pohdinta

## 9.1 Tulosten arviointia

Tämän pilottitutkimuksen tarkoituksena oli kehittää ja kokeilla tutkimusmenetelmää, jolla saadaan mahdollisimman kattava aineisto ikääntyneiden hoidon kustannuksista ja rahoituksesta. Tutkimustehtävään 1 eli tutkimuksen toteutettavuuteen liittyvä pohdinta on esitetty siihen liittyvien tulosten yhteydessä luvussa 8.5.

Tässä luvussa pohdimme tutkimustehtävään 2 eli hoidon ja asumisen kustannuksiin ja rahoitusjakaumaan liittyviä tuloksia. Koska tutkimus perustui pieneen väestönäytteen, tuloksiin tulee suhtautua tapauksina eli esimerkkeinä ikääntyneiden hoidon asiakkaista, ei yleistettävänä tuloksina.

### **Laatikko 3. Tulosten tiivistelmä (tutkimustehtävä 2, tieto kustannuksista ja rahoitusjakaumasta)**

- Kotihoidon asiakkaiden hoidon ja asumisen kustannukset olivat matalammat kuin asumispalvelujen asukkaiden, mutta hajonta oli hyvin suurta. Korkeimmat kotihoidon kustannukset olivat samat kuin asumispalvelujen kustannukset keskimäärin.
- Kunnan rooli rahoittajana oli suurin asumispalvelussa, asiakkaiden ja kunnan rooli oli yhtä suuri (40 %) kotihoidossa.
- Omaiset auttoivat melko runsaasti läheisiään molemmissa palveluissa, mutta enemmän kotihoidossa kuin asumispalvelussa.
- Kaikki tutkittavat saivat Kelan lääkekorvauksia ja eläkettä saavan hoitotukea. Asumistuen ja matkakorvausten saaminen ei ollut niin yleistä. Kukaan ei saanut toimeentulotukea.
- Suuri osa tutkittavista sai fysioterapiaa, joko kunnan tai yksityisen tuottajan tuottamana.
- Kaikki tutkittavat kokivat, että heidän tulonsa olivat riittäneet lääkkeisiin, mutta kotihoidon asiakkaista puolella rahat eivät olleet riittäneet kaikkiin tarvittaviin palveluihin.

Tutkittavat kotihoidon asiakkaat olivat vanhempia kuin asumispalvelun asukkaat, ja heistä suurempi osa oli miehiä, mikä ei vastaa palvelua käyttävien ryhmiä todellisuudessa (Suomen virallinen tilasto 2020, Saukkonen ym. 2021). Tutkittavat olivat palvelutarpeiltaan erilaisia, ja kotihoidon asiakkaiden kotihoidon käyntien määrä vaihteli paljon. Alaryhmäanalyysija hoidon tarpeen mukaan ei voitu tehdä aineiston pienuuden vuoksi.

Pilottitutkimuksen päätulokset raportoidaan tässä raportissa. Monipuolista aineistoa on hyödynnetty myös tieteellisissä ja muissa artikkeleissa (Aaltonen ym. 2021a, Aaltonen ym. 2021b, Pulkki ym. tulossa b) sekä yhdessä pro gradu -tutkielmassa (Teräväinen 2021).

## 9.2 Kustannuserien ja etuuksien tarkastelua

Asiakkaiden maksama osuus kotihoidon kustannuksista oli suurempi kuin aiemmin on raportoitu. Vuonna 2019 kotitalouksien maksuosuuden arvioitiin olevan 17,7 % kotihoidon menoista (Suomen virallinen tilasto 2021a). Tämä arvio piti kuitenkin sisällään lähinnä kotihoidon asiakasmaksut, eikä pilottitutkimuksessa mukaan laskettuja muita kuluja.

Yksityiseltä palveluntuottajalta ostetun tehostetun palveluasumisen yksikkökustannukset olivat huomattavasti edullisemmat (132 €/vrk) kuin kunnan itse tuottaman (183 €/vrk). Luvut eivät ole vertailukelpoiset, sillä ostopalvelusopimus voi sisältää joko hoivan, vuokran ja ateriat tai hoivan ja ateriat tai pelkän hoivan (Kuusikko-työryhmä 2020). Tässä tutkimuksessa käytimme yksikkökustannuksina aikaisempia laskelmia. Jos mikrokustannuslaskenta olisi viety pidemmälle, olisimme voineet avata tarkemmin myös yksikkökustannuksia. Nyt kuitenkin keskityimme tarkentamaan asiakkaiden ja omaisten maksamia kustannuksia sekä eri rahoittajatahojen maksamia osuuksia.

Tämänkään tutkimuksen laskelmissa ei voitu huomioida kaikkien rahoittajatahojen osuutta. Asumisen rahoitus- ja kehittämiskeskuksen (ARA) rahoitusta palveluasumiselle ei huomioitu. Lisäksi valtionosuusjärjestelmän vuoksi osa kunnan rahoitusosuudesta on valtion maksamaa. Yksittäiset tutkittavat olivat Sotainvalidien veljesliiton avustajatoiminnan piirissä, joten heidän hoitonsa rahoittajia olivat osin myös Sotainvalidien veljesliitto ja työvoimahallinto.

Laskelmia tehdessämme havaitsimme, että tukipalvelujen yksikkökustannuksista ei ole saatavilla kansallisen tason tietoa. Tukipalvelut ovat tärkeitä, kun tavoitellaan ikääntyneiden asumista kotona mahdollisimman pitkään. Palveluiden kustannukset ja asiakkaalle tuleva maksurasite olisi tärkeää saada näkyviksi, muuten tämä oletettavasti merkittävä kustannuserä voi unohtua ikääntyneiden, omaisten ja palveluja järjestäviä tahojen tehdessä valintoja palvelujen välillä.

Haastatteluissa kävi ilmi, että tutkittavat ja heidän omaisensa eivät aina olleet kovin hyvin perillä siitä, mitä maksuja he maksavat ja mitä etuuksia he saavat. Osa kustannuksista maksettiin laskutuksella tai suoraveloituksella, eikä niitä siksi tullut välttämättä seurattua tarkkaan. Taustatekijänä on myös maksu- ja etuusjärjestelmien monimutkaisuus, minkä vuoksi kokonaisuuksia on vaikea hahmottaa (vrt. Virrankari ym. 2021). Tällainen epätietoisuus antaa huonon pohjan sille, että ikääntyneiden palvelujen asiakkaiden ja heidän omaistensa tulisi olla kuluttajan roolissa ja tehdä tietoisia valintoja eri palvelujen välillä (esim. Karsio ym. 2017).

Asumistuen saamisen harvinaisuus oli tässä pilottitutkimuksessa yllättävä tulos, sillä tilastojen perusteella oletimme asumispalvelun asiakkaiden saavan yleisemmin asumistukea. 41 500 palvelutalossa tai asumispalveluyksikössä asuvaa henkilöä sai eläkkeensaajan asumistukea vuoden 2020 lopussa (Tilastotietokanta Kelasto). Terveysten ja hyvinvoinnin laitoksen mukaan tavallisessa tai tehostetussa palveluasumisessa oli 43 909 ikääntynyttä (75+) asukasta vuoden 2020 lopussa (Suomen virallinen tilasto 2021b). Yleisesti näyttää siis siltä, että lähes kaikki palveluasumisen asukkaat saivat asumistukea, joskin osa tilastossa olevista eläkkeensaajan asumistukea saajista voi olla myös nuorempia eläkeläisiä.

Asumistuen kuten muidenkin etuuksien kohdalla on mahdollista, että henkilö ei ole ollut tietoinen oikeudestaan etuuteen, tai ei ole kyennyt muista syistä sitä hakemaan. Kaikki eivät toki ole etuuksiin oikeutettuja esimerkiksi korkeiden tulojensa vuoksi. Palveluneuvojat ja sosiaalityöntekijät ovat keskeisessä asemassa siinä, että he kertovat asiakkaille mahdollisuuksista hakea etuuksia, ja käytännössä auttavat hakemisessa. Ikääntyneiden ja omaisten jaettua toimijuutta talousasioiden hoidossa tarkastelevassa osatutkimuksessa havaittiin, että asumispalvelussa olevat ja heidän omaisensa saivat tukea henkilökunnalta erilaisten tukien hakemisessa, mutta kotihoidon asiakkaat eivät (Pulkki ym. tuossa b).

Lääkekustannukset olivat tutkittavilla melko matalat. Lääkkeitä oli saatettu hankkia suurempi määrä loppuvuodesta, minkä vuoksi alkuvuoden lääkekustannukset ovat matalammat kuin muina ajankohtina. Lääkekatto ei ollut tullut täyteen vielä aineistonkeruun aikaan alkuvuodesta. Lääkkeet saatetaan ostaa ja käyttää jossain määrin eri ajankohtina, mutta tässä tutkimuksessa kiinnostus oli ostoajankohdassa.

Tässä raportissa tarkasteltujen kustannuserien lisäksi tutkittavat toivat esiin monia muita maksamiaan kuluja, kuten haudan hoito, puhelin- ja lehtitilaukset, erilaiset jäsenmaksut, jätevesimaksu, tien hoito ja polttopuut. Näitä ei huomioitu laskelmissa, mutta ne muistuttavat siitä, että ikääntyneiden hoidon asiakkailla on monia velvoitteita ja intressejä. Jos hoidon jälkeen jäljelle jäävä osuus tuloista on hyvin pieni, voi tulla vaikeuksia kattaa muita tärkeitä kuluja.

### 9.3 Omaisten rooli

Omaiset käyttivät melko runsaasti aikaa tutkittavien auttamiseen: keskimäärin 7,5 tuntia viikossa kotihoidon asiakkaiden ja 2,5 tuntia viikossa asumispalvelun asukkaisen auttamiseen. Kotona asuvat saivat siis enemmän omaisten apua kuin asumispalvelussa asuvat, mutta omaisten antaman avun tarve ei kuitenkaan lopu asumispalveluun siirryttäessä. Lisäksi omaishoito ja kotihoito täydentävät toisiaan: jos ikääntynyt saa apua omaiselta, hän voi tarvita vähemmän virallista kotihoitoa, tai jos ikääntynyt ei saa riittävästi virallista kotihoitoa, omaisen on ”pakko” täydentää sitä (vrt. van Aerschoot ym. 2021). Omaisilla ei kuitenkaan ole lakiin perustuvaa velvollisuutta auttaa läheistään, joskin hoivavastuuta on todettu siirtyneen perheille viime vuosikymmeninä (Szebehely ym. 2019). Omaishoitajat ovat usein hoidettavien puolisoita ja itsekin ikääntyneitä, mutta tässä tutkimuksessa omaiset olivat useammin seuraavaa sukupolvea. Heillä puolestaan voi olla haasteena sovittaa yhteen työ, hoivavastuu ja mahdollinen muu perhe.

Omaisten antama apu oli erityyppistä kotihoidossa ja asumispalvelussa. Kotihoidossa korostui apu käytännön asioissa kuten kyyti, kauppa, ruuanlaitto ja siivous, mutta asumispalvelussa apu asioiden hoidossa (esim. pankkiasiat). Myös Halosen (2022) mukaan aikuiset lapset auttavat kotona asuvia muistisairaita vanhempiaan juuri monissa arkisissa asioissa, kuten pankki- ja paperiasioissa, kodinhoidossa ja kulkemisessa.

Omaishoidolle ei useinkaan lasketa kustannuksia, tai huomioidaan vain heidän saamansa omaishoidon tuki, joka sisältää rahallisen palkkion (tulonsiirto) ja palvelut. Tässä tutkimuksessa arvioimme kustannuksia markkinakustannusmenetelmän avulla eli olettamalla, että hoiva-avustaja olisi antanut avun, mikäli omainen ei tätä olisi tehnyt tai omaista ei olisi. Omaishoito kuitenkin korvaa myös raskaita sosiaali- ja terveystaloudellisia palveluja



(Kehusmaa ym. 2013). Tämän vuoksi omaishoidon kustannukset olisi voitu arvioida korkeammiksikin.

Omaisten antaman avun määrä perustui kulutuspäiväkirjassa raportoituihin lukuihin. On mahdollista, että tutkittavat ovat tulkinneet ja laskeneet apua jossain määrin eri tavoin. Esimerkiksi käynti vanhemman luona voi olla tavallinen kyläily, mutta sisältää myös jonkin verran avun antamista tai sen tarkistamista, että kaikki on hyvin. Raja hoidon ja avun ja tavallisen perheen kanssakäymisen välillä on häilyvä. Tästä epävarmuudesta huolimatta päiväkirjan pitäminen annetun avun ja hoivan tyyppistä ja määrästä vaikuttaa toimivalta tavalla kerätä tietoa. Tämän tyyppinen laajempi aineistonkeruu toisi näkyviin omaisten antaman avun määrää ja eri tehtäviä, jotka usein jäävät havaitsematta.

Omaisten käynnit asumispalvelussa päättyivät koronarajoitusten alkaessa. Samoin kotihoidon asiakkaat ja heidän omaisensa joutuivat pohtimaan, voiko apua ja tapaamisia jatkaa, kun ikääntyneille suositeltiin karanteenin omaisia olosuhteita (ks. Aaltonen ym. 2021b). Tästä johtuen tutkittavat saivat todennäköisesti vähemmän omaisten antamaa apua kuin tavallisesti, erityisesti asumispalvelussa.

Kaikki tutkittavat saivat omaiseltaan apua tai hoitoa. On syytä muistaa, että kaikilla ikääntyneillä ei tätä mahdollisuutta ole. Ahsolan (2018) mukaan sen lisäksi, että omaisettoimat hoivan tarvitsijat eivät saa omaisten antamaa epävirallista apua ja hoivaa, heillä ei ole ketään, joka varmistaisi virallisen avun saamisen.

## 9.4 Kun rahat eivät riitä

Kaikki tutkittavat olivat pystyneet ostamaan tarvitsemansa lääkkeet, mutta kotihoidon asiakkaat eivät olleet pystyneet hankkimaan kaikkia tarvittavia palveluja. Todennäköisesti tutkittavat priorisoivat lääkkeitä palveluja korkeammalle. Reseptillä määrättyä lääkettä saatetaan pitää tärkeämpänä kuin esimerkiksi tukipalveluja, jos valintoja joudutaan tekemään.

Tutkittavien joukossa yleiset fysioterapiakäynnit kuvaavat sitä, että ikääntyneiden hoidossa pyritään pitämään toimintakykyä yllä. Tämä on tärkeä tavoite, mutta on huomiotava sen tuomat lisämaksut asiakkaille, ja se, että kaikilla tarvitsevilla ei välttämättä ole varaa kuntoutukseen. Toimintakyvyn ylläpitäminen voi toki vähentää muiden palvelujen tarvetta ja niistä aiheutuvia maksuja. Yleensä fysioterapia ei sisälly kotihoitoon tai asumispalveluun, vaan asiakas maksaa siitä erikseen.

Kunnilla (myöhemmin hyvinvointialueilla) on velvollisuus järjestää tarpeenmukainen hoito asukkailleen. On kuitenkin runsaasti viitteitä siitä, että osa ei voi käyttää tarvitsemaansa palveluita, koska tulot eivät riitä kattamaan kaikkia menoeriä. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen kyselyn mukaan 28 % suomalaisista oli kokenut, että oma rahatilanne, ja 22 % että korkeat asiakasmaksut vaikeuttivat sosiaalipalvelujen saamista (Ilmarinen ym. 2016). Yli 40 prosentilla naisista, joilla oli toimintakyvyn rajoitteita, korkeat asiakasmaksut olivat vaikeuttaneet hoidon (terveyspalvelujen) saamista. Miehillä osuus oli yli 30 %. Osuudet olivat huomattavasti korkeammat niillä, joilla oli toimintarajoitteita verrattuna muuhun väestöön (Sainio ym. 2019.) Myös omaishoitoperheet ovat Kelan tutkimuksen mukaan jättäneet tarpeellisia palveluja käyttämättä asiakasmaksujen vuoksi (Mattila ja Kakriainen 2014). Noin 10 % vanhuuseläkeläisistä on ilmoittanut joutuneensa tinkimään terveydenhuolto- ja lääkemenosta (Ahonen ym. 2018).

Hoivaköyhyyden IADL-tarpeissa (henkilö ei saa tarpeeseensa vastaavaa apua välineellisissä päivittäisissä perustoiminnoissa) on todettu olevan yleisempää alemmissa kuin korkeammissa tuloluokissa (Kröger ym. 2019). Korkeat asiakasmaksut voivat johtaa tuloköyhyyteen tai siihen, että palveluja ei käytetä (Forma ym. 2020). Terveysmenoilla onkin havaittu olevan suuri vaikutus ikääntyneiden köyhyyteen (Tervola ym. 2020b). Sosiaali- ja terveystaloudellisen merkityksen on suurin pienituloisille eläkeläisille. Julkiset palvelut tasaavat tuloeroja, mutta asiakasmaksut rasittavat eniten pienituloisten toimeentuloa. (Vaalavuo 2018b.)

Sosiaali- ja terveystaloudellisten palvelujen asiakasmaksut aiheuttavat siis Suomessa ongelmia, erityisesti niille, jotka tarvitsevat palveluita eniten. Palvelujen käyttämättä jättäminen saattaa heikentää elämänlaatua ja suurentaa myöhempää raskaampien palvelujen tarvetta.

## 9.5 Tulevaisuudenkuvia

Ikääntyneiden hoidon rahoituksessa tullaan lähitulevaisuudessa todennäköisesti keskustelemaan monista vaihtoehdoista. Esittelemme niistä alla muutamia lyhyesti, ottamatta kantaa minkään vaihtoehdon puolesta. Monen ehdotuksen toteutus vaatisi laajaa julkista keskustelua ja lainsäädännön muutoksia.

**Yksityinen varautuminen:** julkisen hoivalupauksen täydentäminen yksityisillä vapaaehtoisilla vakuutuksilla tai omaisuutta realisoimalla (Määttä ym. 2020, Kalliomaa-Puha ym. 2015). On havaittu, että erityisesti nuorempi ja paremmin koulutettu osa väestöstä olisi valmis käyttämään varallisuuttaan palvelujen rahoittamiseen (Karvonen ym. 2014).

Vaikka keskusteluissa voidaan korostaa yksilön vastuuta ja varautumista, on tärkeää huomata, että hyvinvointivaltiossa on päätetty jakaa hoidon aiheuttamaa taloudellista riskiä. Tätä päätöstä on murennettu pikkuhiljaa siirtämällä yhä enemmän maksuja asiakaiden maksettavaksi. Näin ei pitäisi toimia ilman, että muutokset tuodaan julkiseen keskusteluun: millaista riskinjakoa odotamme hyvinvointivaltiolta, ja millaista järjestelmää olemme valmiita rahoittamaan. On myös muistettava, että kaikilla hoitoa tarvitsevilla ei ole mahdollisuutta omaan varautumiseen.

**Omaisten vastuu:** nykyinen järjestelmä nojaa yllättävän paljon omaisten varaan. Perherakenteen muuttuessa ja työurien pidentyessä ei ole selvää, voivatko ja haluavatko omaiset hoitaa läheisiään ja huolehtia heidän asioistaan entiseen tapaan (vrt. Mattila ja Kakriäinen 2014). Lisäksi kaikilla ei ole omaisia lainkaan, tai omaiset asuvat kaukana apua tarvitsevasta läheisestään.

Omaisten ja perheen vastuun pohdintaan kuuluu myös se, miten puolison tulot huomioidaan, kun maksuja määritellään. Tässä tutkimuksessa useampi haastateltavista sanoi, että puoliso, joka ei tarvitse hoitoa, maksaa hoitoa tarvitsevan maksuja ja suuremman osan yhteisen kodin maksuista. Periaatteessa maksut määräytyvät yksilöllisesti, mutta ainakin joissain perheissä niistä huolehditaan yhteisesti.

**Tasasuuruus vai tulosidonnaisuus:** monet ikääntyneiden hoidon säännölliset maksut ovat tuloperusteisia, mutta tukipalvelujen ja monien terveydenhuoltopalvelujen asiakasmaksut ovat tasasuuruisia. Tasasuuruiset maksut ovat suhteessa suurempi rasite pienituloisille kuin suurempituloisille. Myös tuloperusteiset asiakasmaksut voivat olla

varsin korkeita, esimerkiksi kotihoidon asiakasmaksu 35 % tulorajan ylittävistä osasta matalimmassa tuloluokassa (Taulukko 2).

**Rahoituksen riittävyys:** tässä pilottitutkimuksessa arvioitiin ikääntyneiden hoidon kustannuksia ja rahoitusjakaamaa. Emme pyrkineet arvioimaan rahoituksen riittävyyttä, josta käydään parhaillaan tärkeää keskustelua. Professori Teppo Kröger on todennut, että Suomen vanhustenhoidosta puuttuu miljardi euroa, jotta se olisi samalla tasolla kuin muissa Pohjoismaissa (Yle 31.1.2019). Eri maiden järjestelmien vertaaminen on vaikeaa, vaikka Pohjoismaissa onkin monin tavoin samankaltaiset järjestelmät. On kuitenkin kiinnostavaa pohtia, millä tavalla rahoituksen jakautuminen olisi mahdollisesti erilaista, tai missä määrin palveluja olisi enemmän saatavilla, jos jaettavan rahoituksen määrä olisi suurempi.

Ikääntyneiden palvelujen rahoituksessa asiakasmaksujen osuus on huomattavasti suurempi (18 %) kuin muissa sosiaalipalveluissa, kuten lasten ja perheiden palveluissa (7 %) (Suomen virallinen tilasto 2021c). Ei ole selvää, miksi näin on, mutta mahdollisesti ikääntyneiden palveluista ei nähdä olevan sellaista yhteiskunnallista hyötyä kuin lasten ja perheiden palveluissa, jotka mahdollistavat vanhempien työssäkäynnin tai lasten varhaiskasvatuksen.

Vanhuuteen liittyvistä sosiaaliturvamenoina keskustellessa ei aina muisteta, että suurin osa, 88 %, niistä kuluu toimeentuloturvaan (vanhuuseläkkeet) ja pienempi osa, 12 %, palveluihin (vuoden 2019 tilanne, Suomen virallinen tilasto 2021c).

Edellä kuvattujen rahoitukseen liittyvien näkökohtien lisäksi keskeinen tulevaisuudessa ratkaistava asia on **ikäntyneiden hoidon laatu ja riittävyys**: ikääntyneiden hoidon laadusta on oltu huolissaan pitkään, ja erityisesti vuonna 2019 alkaneen hoivakriisin jälkeen. Lisähaasteita on tuonut koronapandemia ja siihen liittyvät rajoitukset sekä pahe-neva hoitajapula. Rahoituksen lisääminen niin, että hoitajia voisi palkata enemmän, todennäköisesti lisäisi hoidon laadun edellytyksiä, joskin hoitajapulan taustalla on myös muita kuin rahoituksen riittävyyteen liittyviä tekijöitä.

Ikääntyneiden palveluiden piiriin on monin paikoin vaikea päästä, sillä virallinen hoito on suunnattu sitä kaikkein eniten tarvitseville. Ympäri vuorokautisen hoidon hoitajamitoituksen nostamisen pelätään heikentävän kotihoitoa, jos hoitajia ei enää riitä sinne. Kotihoito puolestaan on haastavaa muutenkin, sillä kotona hoidetaan hyvin huonokuntoisia ihmisiä, joille sopivin hoitopaikka saattaisi olla ennemmin ympärivuorokautisessa hoidossa. Vuosikymmeniä jatkunutta laitoshoidon vähentämistä ei ole kokonaan korvattu tehostetulla palveluasumisella tai kotihoidolla (Blomgren ym. 2015, Kokko ym. 2008, Suomen virallinen tilasto 2021c). Tähän hoidon riittävyyteen liittyvään kysymykseen ei ole juuri esitetty ratkaisuja.

## 9.6 Jatkotutkimusaiheita

Aineistosta on jäänyt tarkemmin analysoimatta yksi kiinnostava haastattelukysymys: ”Olisiko hyvä, että ihmiset käyttäisivät varallisuuttaan palveluiden hankkimiseen?” Tästä aiheesta suunnitellaan kerättävän jatkossa laajempi ja yksityiskohtaisempi aineisto. Aihe nousee välillä keskusteluun, ja olisi tärkeää saada ikääntyneiden näkemyksiä tästä esiin.

Ensimmäisellä haastattelukerralla kartoitettiin myös tutkittavien tuloja ja varallisuutta. Tarkoituksena oli tarkastella, miten tulot ovat yhteydessä kokemuksiin niiden riittävydestä, ja miten ajatukset varallisuuden käytöstä hoidon rahoitukseen vaihtelevat tulojen ja varallisuuden mukaan. Jätimme tämän tarkastelun kuitenkin tekemättä yhtäältä sen vuoksi, että tulotietoja ei saatu kerättyä täysin yhteismitallisesti ja toisaalta aineiston pie-  
nuuden vuoksi. Jatkossa tulotiedot kannattaisi hankkia tutkittavien suostumuksella ve-  
rotustiedoista.

Tutkimuksessa keskityttiin hoidon kustannuksiin ja rahoitukseen. On huomattava, että myöskään hoidon vaikuttavuudesta ei tiedetä paljoa, vaikka tämä olisi myös tärkeä tieto hoitovaihtoehtoja vertailtaessa. Vaikuttavuutena voisi arvioida esimerkiksi hoivaan liittyvää elämänlaatua (vrt. Auvinen ym. 2021).

Koska omaiset auttoivat ikääntyneitä merkittävästi, olisi tärkeää tutkia, kuka auttaa omaisettomia tai saavatko omaisettomat riittävästi apua, ja missä määrin heidän virallisten palvelujen kustannuksensa ovat korkeammat kuin niillä, joilla on omaisia.

Pilottitutkimuksen jälkeen olisi tärkeää tehdä tutkimus, joka tuottaisi kaikkiin kotihoidon tai tehostetun palveluasumisen asiakkaisiin yleistettävää tietoa hoidon kustannuksista ja rahoituksesta. Tällaista voitaisiin saada satunnaisotoksella tai kokonaistutkimuksella esimerkiksi jonkin alueen kaikista kyseisten palvelujen asiakkaista.

## 10 Johtopäätökset

Ikääntyneiden hoito ja asuminen aiheuttavat runsaasti erilaisia kustannuksia, joista osa jää helposti piiloon. Suunniteltaessa ikääntyneiden hoidon asiakasmaksuja erilaiset kustannukset tulisi huomioida tarkasti, jotta voitaisiin taata ihmisille heidän tarvitsemansa hoito. Eri hoitomuotojen kustannusten ja rahoitusjakauman tunteminen auttavat palvelujen kehittämisessä ja valintojen tekemisessä niin palvelujen järjestäjän kuin niiden käyttäjän näkökulmasta. Todelliset valinnat eivät ole mahdollisia, jos kustannuksia ja rahoitusjakaumaa ei tunneta, tai jos palvelu-, maksu- ja etuusjärjestelmät ovat niin vaikeaselkoisia, että hoitoa tarvitsevat ja heidän omaisensa eivät niitä ymmärrä.

Arvioita ikääntyneiden palvelujen kustannuksista esitetään eri tahoilta. Kustannuksia raportoimassa on tärkeää kertoa avoimesti ja selvästi se, mitkä kustannuserät sisältyvät raportoituihin kustannuksiin. Näin lukija voi itse arvioida, vertaillaanko samoja vai eri asioita.

Rahoitustaakan siirtymisestä aiempaa enemmän palvelua käyttäville yksilöille tarvitaan lisää tutkittua tietoa ja julkista keskustelua. Tämän kaltaista muutosta ei pitäisi tehdä hiljaisesti, vaan vaihtoehtoista tulee hyvinvointivaltiossa keskustella ja sopia.

Kaikki tutkittavat tarvitsivat omaisen apua arjessa tai asioiden hoitamisessa, ja myös tutkimukseen osallistumisessa. Jatkossa olisi syytä pohtia, miten myös omaisettomat saadaan tutkimukseen mukaan. Vielä tärkeämpää on tunnistaa 1) omaisten keskeinen rooli ikääntyneiden hoidossa ja tarjota heille sitä tukea, jota läheisen auttamisessa ja hoitamisessa tarvitaan sekä 2) omaisettomien ikääntyneiden avun ja tuen tarve.

Olemme pyrkineet raportoimaan pilottitutkimuksen toteutuksen mahdollisimman yksityiskohtaisesti, samoin tunnistamamme kehittämiskohteet. Käyttämäämme laskentamenetelmää voidaan näin ollen soveltaa myös muissa tutkimuksissa. Pilottitutkimuksen perusteella voimme todeta, että mikrokustannuslaskentaa voi soveltaa ikääntyneiden hoidon kustannusten ja rahoituksen arviointiin. Hoitoa saavat ovat kuitenkin yleensä niin huonokuntoisia, että eivät kykene itsenäisesti tuottamaan tietoja tutkimusta varten. Eri aineistojen yhdistäminen on työlästä ja kallista, mutta antaa rikkaan kuvan ilmiöstä.

Vaikka osoittautui, että kaksi kuukautta on liian pitkä aika pitää kulutuspäiväkirjaa, näemme kulutuspäiväkirjan hyvänä tapana kerätä tietoja asiakasmaksuista ja omaishoidon määrästä. Tietojen luotettavuutta voidaan kuitenkin vielä kehittää.

Pilottitutkimuksen keskeinen havainto menetelmän osalta on rekisteriaineiston hankkimisen hitaus ja korkeat kustannukset. Tutkimusryhmämme on tehnyt rekisteritutkimusta pitkään, ja olemme huolissamme kasvaneista kustannuksista, jotka vaarantavat aineistolaatuisten suomalaisten rekisterien hyödyntämisen tieteellisessä tutkimuksessa. Tarvitaan keskustelua siitä, kenen tulisi maksaa aineistokustannukset, ja riittävää rahoitusta rekisteritutkimukselle.

# Lähteet

Aaltonen M, Forma L, Pulkki J 2021a: COVID-19 – Kestävyys ja kekseliäisyys testissä. Vanhustyö 2/2021.

Aaltonen M, Pulkki J, Teräväinen P, Forma L 2021b: Ikääntyneiden kokemukset hoivan ja avun saamisesta koronapandemian aikana. Gerontologia 35, 326–341.

Aaltonen M, Forma P, Pulkki J, Raitanen J, Rissanen P, Jylhä M 2019: The joint impact of age at death and dementia on long-term care use in the last years of life: changes from 1996 to 2013 in Finland. Gerontology and Geriatric Medicine 5, 1-9. doi.org/10.1177/2333721419870629

Aaltonen M, Forma L, Pulkki J, Jylhä M, Raitanen J 2021: The use of long-term care among people aged 70+ at the end of life: Utilization decreased over time among the oldest old with and without dementia. 5<sup>th</sup> Transforming Care Conference. Time in Care: The Temporality of Care Policy and Practices. June 24-26<sup>th</sup> 2021, Ca' Foscari University, Italy. <http://www.transforming-care.net/conference-2021-venice/book-of-abstract/>

Ahonen K, Palomäki LM, Polvinen A 2018: Eläkeläisten toimeentulokokemukset vuonna 2017. Helsinki, Eläketurvakeskuksen tutkimuksia 3/2018.

Ahosola P 2018: Vanhushoivapolitiikan uusfamiliarismi. Omaisettomat hoivan tarvitsijat institutionaalisen hallinnan kohteena. Acta Universitas Tampereensis 2401. Tampere, Tampere University Press.

Alzheimer's Association 2021: Alzheimer's disease facts and figures. Alzheimer's Dement 2021: 17(3).

Auvinen T, Kaarakainen M, Linnosmaa I, Reijula J 2021: Tehostetun palveluasumisen vaikuttavuus ja asiakkaiden elämänlaatu. Hallinnon Tutkimus. <https://doi.org/10.37450/ht.98156>

Barnett P 2009: An improved set of standards for finding cost for cost-effectiveness analysis. Medical Care 47, S82-S88. DOI: [10.1097/MLR.0b013e31819e1f3f](https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e31819e1f3f)

Blomgren J, Einiö E 2015: Laitoshoidon vähenemisen yhteys ikääntyneiden muihin pitkäaikaishoivan palveluihin ja sairausvakuutuksen korvaamien lääkkeiden kustannuksiin vuosina 2000–2013. Yhteiskuntapolitiikka 80, 334–348.

Enroth L, Raitanen J, Halonen P, Tiainen K, Jylhä M 2021: Trends of physical functioning, morbidity, and disability-free life expectancy among the oldest old: six repeated cross-sectional surveys between 2001 and 2018 in the Vitality 90+ study. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 76, 1227-1233.

Forma L, Aaltonen M, Pulkki J, Raitanen J, Rissanen P, Jylhä M 2017a: Long-term care is increasingly concentrated in the last years of life: a change from 2000 to 2011. European Journal of Public Health 27, 665–669. doi: 10.1093/eurpub/ckw260

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

Forma L, Kuivalainen S 2020: Tulot, menot ja sote-palveluiden asiakasmaksut: millainen on ikääntyneen toimeentulo? Gerontologia 34, 333-338.

Frick K 2009: Micro-costing quantity data collection methods. Medical Care 47, S76-S81. doi: [10.1097/MLR.0b013e31819bc064](https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e31819bc064)

Fukuda H, Imanaka Y 2009: Assessment of transparency of cost estimates in economic evaluations of patient safety programmes. Journal of Evaluation in Clinical Practice 15, 451-459. DOI: [10.1111/j.1365-2753.2008.01033.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2008.01033.x)

Halonen U 2022: Aikuiset lapset muistisairaana vanhemman kotona asumisen mahdollistajina. Gerontologia 36, 16-32.

Hannikainen K 2018: Ikääntyneiden sosiaali- ja terveyspalvelujen tarve ja käyttö eroavat tulotason mukaan. Suomen sosiaalinen tila 1/2018. Tutkimuksesta tiiviisti 3/2018. Helsinki, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Heikkilä R, Mäkelä M, Noro A, Lammintakanen J, Laulainen S 2020: Millaisilla palveluilla enintään keskivaikeasti muistisairaant henkilöt pärjäävät kotona? Gerontologia 34, 74-87.

Ilmarinen K, Aalto AM, Muuri A 2016: Sosiaalipalvelut väestön ja asiakkaiden arvioimana. Helsinki, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Tutkimuksesta tiiviisti 10/2016.

Ilmarinen K 2017: Iäkkäiden kotihoidon ja tukipalvelujen asiakasmaksuissa isoja eroja kuntien välillä. Helsinki, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Tutkimuksesta tiiviisti 3/2017.

Ilmarinen K 2018: Kotona asumisen tuen asiakasmaksut lohkaisevat merkittävä osan vanhuksen tuloista. Optimi – terveys- ja sosiaalitalouden uutiskirje 23.5.2018.

Ilmarinen K, Mukkila S, Tervola J 2020: Kotihoidon asiakasmaksut iäkkäillä. Yhteiskuntapolitiikka 85, 407-415.

JHL 2021: Hoiva-avustajan palkkauksesta. <https://www.jhl.fi/tyoelama/ammattialat/sosiaali-ja-terveyspalveluala/hoiva-avustaja/hoiva-avustajan-palkkaus/> (Viitattu 3.12.2021)

Junnila M, Sinervo T, Aalto AM, Jonsson PM, Hietapakka L, Keskimäki I, Pekurinen M, Sepälä TT, Tynkkynen LK, Whellams A 2016: Valinnanvapaus sosiaali- ja terveydenhuollossa – kriittiset askeleet toteuttamisessa. Helsinki, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Päätösten tueksi 2/2016.

Kalliomaa-Puha L, Kangas O 2015: Yhteistä ja yksityistä varautumista – vanhusten hoivan tulevaisuus. Kalevi Sorsa -säätio.

Kalseth J, Anthun KA, Forma L 2020: Health care and long-term care costs by age and proximity to death in a publicly funded universal system: A descriptive study of population data. *Nordic Journal of Health Economics* 8, 31-45.. <https://doi.org/10.5617/njhe.7070>

Kapiainen S, Eskelinen J 2014: Miesten ja naisten terveystilat ikäryhmittäin 2011. Helsinki, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Raportti 17/2014.

Karjalainen T 2004: Ammattihoito ja omaishoito? *Yhteiskuntapolitiikka* 69, 546-553.

Karsio O, van Aerscht L 2017: Vanhuspalvelut ja valinnanvapaus – johtavien viranomaisten näkemyksiä palvelustelistä. *Gerontologia* 31, 165-180.

Keefe J, Fancey P 2004: The care continues: Responsibility for elderly relatives before and after admission to a long-term care facility. *Fam Relat* 49: 235-44.

Kehusmaa S, Autti-Rämö I, Helenius H, Rissanen P 2013: Does informal care reduce public care expenditure on elderly care? Estimates based on Finland's Age Study. *BMC Health Serv Res* 13: 317. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-317>

Kehusmaa S, Autti-Rämö I, Rissanen P 2013: Omaishoidon vaikutus ikääntyneiden hoidon menoihin. *Yhteiskuntapolitiikka* 78, 138-151.

Kela 2021a: Eläkettä saavan hoitotuki. <https://www.kela.fi/elaketta-saavan-hoitotuki> (Viitattu 2.12.2021)

Kela 2021b: Lääkekorvaukset. <https://www.kela.fi/laakkeet> (Viitattu 2.12.2021)

Kela 2021c: Matkakorvaukset. <https://www.kela.fi/matkat> (Viitattu 2.12.2021)

Kela 2021d: Lääkäripalkkiot. [https://www.kela.fi/sairaanhoito\\_laakarinpalkkiot](https://www.kela.fi/sairaanhoito_laakarinpalkkiot) (Viitattu 2.12.2021)

Kela 2021e: Tutkimus ja hoito. [https://www.kela.fi/sairaanhoito\\_tutkimus-ja-hoito](https://www.kela.fi/sairaanhoito_tutkimus-ja-hoito) (Viitattu 2.12.2021)

Kela 2021f: Yleinen asumistuki. <https://www.kela.fi/yleinen-asumistuki> (Viitattu 2.12.2021)

Kela 2021g: Eläkkeensaajan asumistuki. <https://www.kela.fi/elakkeensaajan-asumistuki> (Viitattu 2.12.2021)

Kela 2021h: Toimeentulotuki. <https://www.kela.fi/toimeentulotuki> (Viitattu 2.12.2021)

Kela 2022a: Vuosiomavastuu eli lääkekatto. [https://www.kela.fi/laakkeet\\_laakekatto](https://www.kela.fi/laakkeet_laakekatto) (Viitattu 23.11.2022)

Kela 2022b: Matkakorvauksen määrä ja omavastuu. <https://www.kela.fi/matkakorvaus-omavastuu> (Viitattu 23.11.2022)



Keskimäki I, Tynkkynen LK, Reissel E, Koivusalo M, Syrjä V, Vuorenkoksi L, Rechel B, Karanikolos M 2019: Finland health system review. Health Systems in Transition Vol. 21 No. 2 2019. European Observatory on Health Systems and Policies.

Kistin C, Silverstein M 2015: Pilot studies: a critical but potentially misused component of interventional research. JAMA 314, 1561-1562. doi:10.1001/jama.2015.10962

KOHO-työryhmä (Kansallista omaishoidon kehittämisohjelmaa laativa työryhmä) 2014: Kansallinen omaishoidon kehittämisohjelma. Työryhmän loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2014: 2.

Kokko S, Valtonen H 2008: Kunnat ja vanhuspalveluiden pitkäaikaishoidon rakennemuutokset. Yhteiskuntapolitiikka 73, 12–23.

Kröger T, Van Aerschot L, Mathew Puthenparambil J 2019: Ikääntyneiden hoivaköyhyys. Yhteiskuntapolitiikka 84, 124-134.

Kuntaliitto 2020a: Kotihoidon maksut. <https://www.kuntaliitto.fi/sosiaali-ja-terveysasiat/sosiaali-ja-terveydenhuollon-asiakasmaksut/kotihoidon-maksut> (Viitattu 20.10.2020)

Kuntaliitto 2020b: Sosiaalihuoltolain mukaisten asumispalvelujen maksut. <https://www.kuntaliitto.fi/sosiaali-ja-terveysasiat/sosiaali-ja-terveydenhuollon-asiakasmaksut/sosiaalihuoltolain-mukaisten-asumispalvelujen-maksut> (Viitattu 25.3.2021)

Kuntaliitto 2022a: Jatkuvasta ja säännöllisestä kotona annettavasta palvelusta sekä pitkäaikaisesta asumispalvelusta perittävä maksu. <https://www.kuntaliitto.fi/sosiaali-ja-terveysasiat/sosiaali-ja-terveydenhuollon-asiakasmaksut/kotihoidon-maksut> (Viitattu 4.5.2022)

Kuntaliitto 2022b: Pitkäaikaisen tehostetun palveluasumisen, pitkäaikaisen perhehoidon ja pitkäaikaisen laitoshoidon maksut. <https://www.kuntaliitto.fi/sosiaali-ja-terveysasiat/sosiaali-ja-terveydenhuollon-asiakasmaksut/laitoshoidon-maksut> (Viitattu 18.3.2022)

Kuusikko-työryhmä 2020: Kuuden suurimman kaupungin vanhusten sosiaali- ja terveyspalvelujen kustannusten vertailu vuonna 2019. Kuusikkotyöryhmän julkaisusarja 6/2020.

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 980/2012. Annettu Helsingissä 28.12.2012.

Lehto-Niskala V, Jolanki O, Jylhä M 2022: Family's role in long-term care—A qualitative study of Finnish family members' experiences on supporting the functional ability of an older relative. Health & Social Care in the Community 30, e2571-e2579. DOI: 10.1111/hsc.13700

Lumio J 2015: Laitoksesta kotiin – syntyikö säästöjä? Ikäihmistien palveluiden muutosten kustannusvaikutukset Tampereella. Sitran selvityksiä 94.

Mathew Puthenparambil J, Kröger T, van Aerschot L 2015: Users of home-care services in a Nordic welfare state under marketisation: the rich, the poor and the sick. *Health and Social Care in the Community* 25, 54–64. doi: 10.1111/hsc.12245

Mattila Y, Kakriainen T 2014: Kunnan työntekijät arvioimassa omaishoitoa – kuntien omaishoidon työntekijöiden näkemyksiä omaishoitajärjestelmän toimivuudesta ja kehittämistarpeista. Teoksessa Tillman P, Kalliomaa-Puha L, Mikkola H (toim.): Rakas mutta raskas työ. Kelan omaishoitohankkeen ensimmäisiä tuloksia. Helsinki, Kela Työpapereita 69/2014. s. 10–45.

Muistiliitto 2021: Kotona asuminen. <https://www.muistiliitto.fi/fi/tuki-ja-palvelut/hoito-ja-kuntoutus/kotona-asuminen> (Viitattu 7.6.2021)

Mäklin S, Kokko P (toim.) 2020: Terveyden- ja sosiaalihuollon yksikkökustannukset Suomessa vuonna 2017. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, työpaperi 21/2020.

Määttänen N, Valkonen T 2010: Yksityinen varautuminen hoivan rahoitusta täydentämässä. Helsinki, Elinkeinoelämän tutkimuslaitos Raportti No 98.

Nyman J, Porthan K, Sippola-Soininen M, Soini H 2021: Kotihoidon asiakkaiden avuntarve lisää ensihoitohälytyksiä. *Gerontologia* 35, 32-50.

OECD 2011: Help wanted? Providing and paying for long-term care. OECD Health Policy Studies. OECD, Paris.

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies 2019a: Sweden: Country Health Profile 2019, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies 2019b: Norway: Country Health Profile 2019, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.

Pehkonen-Elmi T, Kettunen A, Pulliainen M 2013: Laitoshoidosta omaan kotiin. Kustannus selvitys vanhusten ja kehitysvammaisten asumisesta siirryttäessä laitoshoidosta palveluasumiseen. Lahti, Asumisen rahoitus- ja kehittämiskeskuksen raportteja 5/2013.

PeVL 39/1996 vp – HE 208/1996 vp: Perustuslakivaliokunta, lausunto hallituksen esitykseen.

Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2020: Tuotteet ja hinnat 2020. Tampereen yliopistollinen sairaala (Tays).

Pulkki J, Enroth L, Aaltonen M, Jylhä M (tulossa a): The preferences for living and caring places among the home-dwelling oldest old. The Vitality 90+ Study. Käsikirjoitus.

Pulkki J, Aaltonen M, Teräväinen P, Forma L (tulossa b): Distributed agency in financial tasks of older people with long-term care needs. Käsikirjoitus.

Pulkki J, Tynkkynen L-K 2020: Misunderstanding home: Exploring depictions of home in old age policy decision-making. *International Journal on Ageing and Later Life* 14, 151–174. DOI 10.3384/ijal.1652-8670.1546

Rissanen P, Forma L, Aaltonen M, Raitanen J, Pulkki J, Jylhä M 2015: Onko tehostettu palveluasuminen halvempaa kuin vanhainkotiasuminen? Teoksessa Mäklin S (toim.): Terveystaloustiede 2015. Terveystaloustieteen päivä 6.2.2015. Helsinki, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Työpaperi 5/2015. S. 34–40.

Sainio S, Parikka S, Pentala-Nikulainen O, Ahola S, Aalto AM, Muuri A, Nurmi-Koikkalainen P, Martelin T 2019: Toimintarajoitteisten ihmisten kokemuksia terveyspalveluista. Teoksessa Kestilä L, Karvonen S (toim.) Suomalaisten hyvinvointi 2018. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 246–264.

Saukkonen SM, Mölläri K, Puroharju T 2021: Kotihoito 2020. Yli puolella säännöllisen kotihoidon asiakkaista palvelujen käyttö on päivittäistä. Helsinki, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Tilastoraportti 27/2021.

Sosiaali- ja terveysministeriö ja Kuntaliitto 2020: Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2020–2023. Tavoitteena ikäystävällinen Suomi. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2020: 29.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2020: Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksut. <https://stm.fi/sotehuollon-asiakasmaksut> (Viitattu 13.11.2020).

Sosiaali- ja terveysministeriö 2021a: Asiakasmaksulain uudistus. <https://stm.fi/asiakasmaksulain-uudistus> (Viitattu 24.5.2021)

Sosiaali- ja terveysministeriö 2021b: Omaishoito. <https://stm.fi/omaishoito> (Viitattu 2.12.2021)

Sosiaali- ja terveysministeriö 2022a: Terveydenhuollon maksut. <https://stm.fi/terveydenhuollon-maksut> (Viitattu 23.11.2022)

Sosiaali- ja terveysministeriö 2022b: Toimeentulotuki. <https://stm.fi/toimeentulotuki> (Viitattu 17.11.2022)

Sosiaali- ja terveysministeriö 2022c: Terveydenhuollon maksukatto. <https://stm.fi/terveydenhuollon-maksukatto> (Viitattu 23.11.2022)

Sosiaalipalvelujen palkkataulukot 2018–2019. <https://www.jhl.fi/wp-content/uploads/2018/05/sos-palv-palkkataulukot-2018-2019.pdf>

Sotainvalidien veljesliitto 2021: Avustajatoiminta. <https://sotainvalidit.fi/sotainvalidien-korvaukset/avustajatoiminta/#:~:text=Vuonna%202021%20avustajatoimintaa%20on%20Etel%C3%A4,kaikissa%20paikoissa%20jatkaa%20niiden%20loputtua.> (Viitattu 5.5.2020)

StatFin-tilastotietokanta 2021: Väestö iän (1-v., 1–112) ja sukupuolen mukaan, 1972–2020. Viitattu 2.12.2021.

StVM 32/2014 vp – HE 240/2014 vp Sosiaali- ja terveysvaliokunnan mietintö 32/2014 vp. <https://www.eduskunta.fi/FI/vaski/sivut/trip.aspx?triptype=ValtiopaivaAsiakirjat&docid=stvm+32/2014>

Suomen virallinen tilasto 2019: Kotihoito ja sosiaalihuollon laitos- ja asumispalvelut 2018. Helsinki, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Tilastoraportti 41/2019.

Suomen virallinen tilasto 2020: Sosiaalihuollon laitos- ja asumispalvelut 2019. Kehitysvammaisten pitkäaikainen laitoshoido vähenee – lyhytaikaiset hoitajaksot kestävät tyyppillisesti alle 7 päivää. Helsinki, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Tilastoraportti 45/2020.

Suomen virallinen tilasto 2021a: Terveydenhuollon menot ja rahoitus 2019. Terveydenhuollon menot kasvoivat kaikissa suurissa toiminnoissa. Helsinki, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Tilastoraportti 15/2021.

Suomen virallinen tilasto 2021b: Sosiaalihuollon laitos- ja asumispalvelut 2020. Sosiaalihuollon laitos- ja asumispalvelujen kokonaisasiakasmäärä kasvoi hieman. Helsinki, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Tilastoraportti 39/2021.

Suomen virallinen tilasto 2021c: Sosiaaliturvan menot ja rahoitus 2019. Sosiaaliturvan menot kasvoivat, mutta sosiaaliturvan menojen bruttokansantuotesuhde säilyi entisellään. Helsinki, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, tilastoraportti 14/2021.

Suomen virallinen tilasto SVT 2022: Julkisten menojen hintaindeksi. Helsinki, Tilastokeskus. <http://www.stat.fi/til/jmhi/> (Viitattu 18.3.2022)

Szebehely M, Meagher G 2018: Nordic eldercare – Weak universalism becoming weaker? Journal of European Social Policy 28, 294–308.

Tampereen kaupunki 2022: Palveluasumisen ja tehostetun palveluasumisen maksut. [Palveluasumisen ja tehostetun palveluasumisen maksut \[Tampereen kaupunki - Sosiaali- ja terveystilastot - Asiakasmaksut\]](#) (Viitattu 6.4.2022)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2018: Kolmasosa vanhustalvelujen henkilöstöstä työskentelee kotihoidossa – asiakkaat ovat entistä huonokuntoisempia. Tiedote 3.12.2018. <https://thl.fi/fi/-/kolmasosa-vanhuspalvelujen-henkilostosta-tyoskentelee-kotihoidossa-asiakkaat-ovat-entista-huonokuntoisempia> (Viitattu 2.6.2021)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2019: Kahdeksan faktaa vanhustalvelujen tilasta. Uutinen 3.1.2019. [https://thl.fi/fi/-/8-faktaa-vanhuspalvelujen-tilasta?redirect=https%3A%2F%2Fthl.fi%2Ffi%2Fetusivu%3Fp\\_p\\_id%3D101\\_IN-STANCE\\_tcsSJTqcGlON%26p\\_p\\_lifecycle%3D0%26p\\_p\\_state%3Dnormal%26p\\_p\\_mode%3Dview%26p\\_p\\_col\\_id%3Dcolumn-2-1-3%26p\\_p\\_col\\_pos%3D1%26p\\_p\\_col\\_count%3D2](https://thl.fi/fi/-/8-faktaa-vanhuspalvelujen-tilasta?redirect=https%3A%2F%2Fthl.fi%2Ffi%2Fetusivu%3Fp_p_id%3D101_IN-STANCE_tcsSJTqcGlON%26p_p_lifecycle%3D0%26p_p_state%3Dnormal%26p_p_mode%3Dview%26p_p_col_id%3Dcolumn-2-1-3%26p_p_col_pos%3D1%26p_p_col_count%3D2) (Viitattu 2.6.2021)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2020: Kotihoito 2019. Yli puolella säännöllisen kotihoidon asiakkaista talvelujen käyttö on päivittäistä. Helsinki, Tilastoraportti 34/2020.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2021a: Muuttuvat vanhustalvelut. <https://thl.fi/fi/web/ikaantyminen/muuttuvat-vanhuspalvelut> (Viitattu 5.5.2021)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2021b: Omaishoito ja perhehoito. <https://thl.fi/fi/web/ikaantyminen/muuttuvat-vanhuspalvelut/omaishoito-ja-perhehoito#Omaishoito> (Viitattu 3.5.2021)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2022: Iäkkäiden säännöllisten talvelujen RAI-tietokanta. THL:n kuutioraportti. Saatavilla <https://thl.fi/fi/web/ikaantyminen/palvelutarpeiden-arviointi-rai-jarjestelmalla/rai-vertailutietokannat>

Tervola J, Heino P 2020a: Onko yhdistetyssä terveydenhuollon maksukatossa järkeä? Vaikutusarvio eri vaihtoehtoista. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, työpaperi 22/2020.

Tervola J, Aaltonen K, Heino P, Kajantie M, Kari H, Ollonqvist J 2020b: Kotitalouksien terveysmenojen vaikutukset köyhyyteen Suomessa. INVEST working papers 1/2020. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-29-7977-6>

Teräväinen P 2021: Kotona asuvien ikääntyneiden avun ja palveluiden riittävyys. Pro gradu -tutkielma, Tampereen yliopisto. <https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/130950/Ter%c3%a4v%c3%a4inenPia.pdf?sequence=2&isAllowed=y>

Tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanet 2021: Ikääntyminen. [www.sotkanet.fi](http://www.sotkanet.fi) (Viitattu 2.12.2021)

Tilastokeskus 2022: Harkinnanvarainen näyte. [https://www.stat.fi/meta/kas/hark\\_var\\_nayte.html](https://www.stat.fi/meta/kas/hark_var_nayte.html) Viitattu 4.5.2022

Tillman P, Kallioma-Puha L, Mattila Y, Ahola E, Mikkola H 2014: Kyselytutkimus vuonna 2012 omaishoitajana olleille – kyselyn toteutus ja omaishoitajien, omaishoidettavien ja omaishoitotilanteen perustiedot. Teoksessa Tillman P, Kalliomaa-Puha L, Mikkola H (toim.): Rakas mutta raskas työ. Kelan omaishoitohankkeen ensimmäisiä tuloksia. Helsinki, Kela Työpapereita 69/2014. s. 56–68.

Vaalavuo M (toim.) 2018a: Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksujen kohdentuminen, vaikutukset ja oikeudenmukaisuus. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 30/2018.

Vaalavuo M 2018b: Sosiaali- ja terveyspalveluiden merkitys eläkeläisten toimeentulolle. Helsinki, Eläketurvakeskus, Eläketurvakeskuksen tutkimuksia 2/2018.

Vaarama M, Jylhä M 2020: Syrjintä pois ja palvelut kuntoon – kohti tietoon perustuvaa ikääntymispolitiikkaa. Gerontologia 34, 317–322.

Valtiontalouden tarkastusvirasto 2019: Ohjauksen vaikutus ensihoitopalvelun toimivuuteen. Tuloksellisuustarkastuskertomus. Valtiontalouden tarkastusviraston tarkastuskertomukset 9/2019.

Van Aerscht L 2014: Vanhusten hoiva ja eriarvoisuus. Sosiaalisen ja taloudellisen taustan yhteys avun saamiseen ja palvelujen käyttöön. Acta Universitatis Tamperensis 1971, Tampere University Press.

Van Aerscht L, Eskola P, Aaltonen M 2021: Muistisairaiden ja puoliso-omaishoitajien kokemuksia tuen riittämättömyydestä. Gerontologia 35, 264–282. <https://doi.org/10.23989/gerontologia.99262>

Vero 2021: Kotitalousvähennys tavanomaisesta kotitalous-, hoiva- ja hoitotyöstä. <https://www.vero.fi/syventavat-vero-ohjeet/ohje-hakusivu/81186/kotitalousv%c3%a4hennys-tavanomaisesta-kotitalous--hoiva-ja-hoitoty%c3%b6st%c3%a4/> (Viitattu 2.12.2021)

Virrankari L, Mattila H, Saikku P, Sihvonen E, Tervola J (toim.) 2021: Tutkimuskatsaus Suomen sosiaaliturvan monimutkaisuuteen. Sosiaaliturvakomitean julkaisuja 2021: 1. Helsinki, Sosiaali- ja terveysministeriö.

Väisänen V 2021: Täällä taas: toistuvasti päivystykseen hakeutuvat. Pro gradu -tutkielma, Tampereen yliopisto.

Yle 13.11.2016: Vanhuksen säästöt voivat huveta hoivakotiin – käyttörahaa ei tarvitse jäädä. <https://yle.fi/uutiset/3-9348205> (Viitattu 16.6.2020)

# Liitteet

## Liite 1. Haastattelunko 1

Tutkimusnumero

1. Asumisesta:
  - a. kuinka kauan on asunut tässä asunnossa?
    - i. Jos on muuttanut hiljattain (alle 5 vuotta), miksi?
    - ii. oletko harkinnut muuttoa, miksi?
    - iii. millaista on asua tässä, onko esimerkiksi kauppa- tai muut palvelut lähellä?
  - b. asumismuoto
    - i. omistusasunto
    - ii. vuokra-asunto
    - iii. muu, mikä
2. Omaiset: kenen kanssa asuu, keitä kotitalouteen kuuluu?
  - a. parisuhde
    - i. parisuhteessa, missä puoliso asuu?
    - ii. ei parisuhteessa
  - b. lasten lukumäärä
  - c. asuvatko lapset lähellä?
3. Avun tarve, saaminen ja riittävyys kotona asuessa:
  - a. Mihin tarvitsee apua?
  - b. kuka auttaa, kun tarvitsee apua? (hoitajat, omaiset)
  - c. Kuinka usein saa apua?
  - d. Onko apua riittävästi, onko se oikeanlaista eli vastaako se tarpeisiin?
4. Tulot, varallisuus, velat, tulonsiirrot
  - a. aikaisempi ammatti
  - b. Mistä tuloon koostuvat?
  - c. Nettotulot kuukaudessa
    - i. <1000 euroa
    - ii. 1000–1499 euroa
    - iii. 1500–1999 euroa
    - iv. >2000 euroa
  - d. Onko muita tuloja?
  - e. Varallisuus (asunto, metsä, talletukset, osakkeet ym.)
    - i. onko vai ei, millaista on?
    - ii. <50 000 euroa
    - iii. 50 000–99 900 euroa
    - iv. 100 000–149 000 euroa
    - v. >150 000 euroa
  - f. Onko teillä velkaa? minkä verran?
  - g. Tulonsiirrot
    - i. saako palveluihin rahallista tukea (palvelusetelit)?
    - ii. asumistuki, toimeentulotuki, eläkkeen saajien hoitotuki
    - iii. kotitalousvähennys palvelujen hankkimiseen tai asunnon muutostöihin?

5. Tulojen riittävyys
  - a. Riittävätkö tulot kaikkeen tarpeelliseen?
  - b. Onko joutunut jättämään palveluita käyttämättä tai lääkkeitä ostamatta rahan puutteen vuoksi? Jos on, miten tämän kokee?
  - c. olisiko hyvä, että ihmiset käyttäisivät varallisuuttaan palveluiden hankkimiseen? Entä te itse?
6. Maksukatot:
  - a. tuliko viime vuonna jokin maksukatto täyteen (lääkekatto, terveydenhuollon maksukatto, matkakatto)
  - b. kuinka hyvin tietää erilaisista maksukatoista, onko tietoa saatavilla?
  - c. kuka hoitaa tähän liittyvät käytännön asiat (ilmoitus maksukaton täyttymisestä)?
7. Tieto:
  - a. tuntuvatko maksut ja tuet hankalilta?
  - b. saako niihin apua ja mistä?



## Liite 2. Puhelinhaastattelurunko

Tutkimusnumero

Yleisten kuulumisten jälkeen:

Tuliko viime kerran tapaamisen jälkeen mieleen heti jotain mikä jäi sanomatta?

1. Onko asumisasioihin tullut muutoksia?  
Jos kyllä, niin mitä
2. Onko hoitoasioihin tullut muutoksia?  
Onko hoidontarve muuttunut?  
Onko palvelut muuttuneet; saatteko esimerkiksi nyt enemmän apua tms.?
3. Oletteko muistanut täyttää päiväkirjaa?  
-Onko tullut täytettyä sekä omaisten antamaa apua tunneissa sekä käytettyjä euronääriä?  
  
-Miten täyttö on sujunut?  
  
-Onko täyttämässä ollut jotain hankaluuksia? Jos on ollut, niin mitä?  
  
-Onko päiväkirjasta kysyttävää?
4. Täydentäviä kysymyksiä edellisen haastattelun perusteella (haastattelija täydentää lisäkysymykset)

## **Liite 3. Haastattelurunko 2**

Yleiset kuulumiset

**1 Onko tullut muutoksia asumiseen tai hoidon tarpeeseen/palveluihin ensimmäiseen kertaan?**

### **2 Päiväkirja**

Missä päiväkirja on ja kuka on täyttänyt?

Miten päiväkirjan täyttö on sujunut?

Mitä haasteita on ollut?

Oliko päiväkirjan täyttäminen työlästä?

Paljonko suunnilleen meni aikaa?

Jos ei juurikaan merkintöjä, mistä johtuu? Eikö ole ollut merkittävää vai eikö vain ole tullut kirjattua?

### **3 Kokemukset tutkimukseen osallistumisesta**

Millaista oli puhua raha-asioista, miltä se tuntui?

Epäilyttikö asioista puhuminen?

Onko joistain raha-asioista helpompi puhua kuin toisista? (tulot, tulonsiirrot, varallisuus, vaikeudet)

Miksi?

### **4 Koronatilanne**

Miltä tämä koko tilanne on tuntunut?

Miltä ajatus eristyksestä on tuntunut?

Mitä ajatuksia se on herättänyt, että kuuluu 70+ joukkoon / riskiryhmään, jota on kehoitettu erityykseen?

Miten on vaikuttanut omaisten tapaamiseen? Onko tapaamisissa muutoksia?

Mitä ajatuksia se on herättänyt, että omaiset eivät saisi vierailia?

Onko vaikuttanut arjen sujuvuuteen? Miten?

Onko vaikuttanut hoidon ja avun saamiseen omaisten suhteen? Miten näkyy siis arjen hoitotilanteissa?

Entä hoitohenkilöstön osalta?

Miten esimerkiksi ruokakaupassa ja apteekissa käyminen on muuttunut vai onko?

Mitä ajatuksia herättää tulevan suhteen?

Huolettaako ja jos niin mikä huolettaa?

Onko jotain koronatilanteeseen liittyviä kysymyksiä, esim. hoidon saatavuuteen, järjestämiseen ym. mitkä yhä askarruttavat?

**Lisäksi täydennetty aikaisemmista haastatteluista mahdollisesti puuttuvia tietoja, jotta asiat on kysytty samalla tavalla kaikilta:**

### **5 Kuinka usein tarvitsette apua**

1 monta kertaa päivässä

2 päivittäin

3 2–5 kertaa viikossa

### **6 Tarvitsetteko apua**

1 vuoteesta ylösnousemiseen ja vuoteeseen menemiseen

2 pukeutumiseen ja riisuutumiseen

3 peseytymiseen

4 ruoan laittoon

5 ruokailuun

6 liikkumiseen sisätiloissa

7 liikkumiseen ulkona

8 liikkumiseen portaissa

9 muuhun, mihin?

### **7 Maksut ja tuet**

Kuka auttaa maksuissa ja tuissa?

Mistä saa apua?

Jos omainen huolehtii puolesta, niin miksi on päädytty siihen tilanteeseen?

Miltä se tutkittavasta tuntuu?

### **8 Jos on jäänyt palveluita käyttämättä, mitä on jäänyt?**

## Liite 4. Kulutuspäiväkirja, kotihoidon asiakkaat



Ikääntyneiden hoidon kustannukset ja rahoitus –pilottitutkimus

Kulutuspäiväkirja

Tutkimusnumero: \_\_\_\_\_

Tutkimus on osa Ikääntymisen ja hoivan tutkimuksen huippuyksikön toimintaa.

Tutkimusta rahoittaa Kunnallisanalan kehittämissäätiö.

Yhteystiedot:

Tutkimuksesta vastaava henkilö

Leena Forma, dosentti, TtT

Tutkimusavustaja

Pia Teräväinen, th, kansanterveystieteen opiskelija

## Tiivistelmä tutkimustiedotteesta

Olette antanut suostumuksen osallistua tutkimukseen, jossa tutkitaan hoidon kustannuksia ja rahoitusta kotihoidossa ja tehostetussa palveluasumisessa.

Tutkimuksen tarkoituksena on kehittää menetelmää, jolla hoidon kustannuksia ja rahoitusta voidaan yksityiskohtaisesti seurata. Lisäksi saadaan tietoa esimerkiksi siitä, mitä hoito maksaa ja kuinka suuri osuus maksuista jää asiakkaan vastuulle. Tampereen yliopistollisen sairaalan erityisvastuualueen alueellinen eettinen toimikunta on arvioinut tutkimussuunnitelman ja antanut siitä puoltavan lausunnon. Tämä tarkoittaa sitä, että tutkimukseen osallistumisesta ei koidu teille haittaa.

Tutkimuksen toteuttavat dosentti Leena Forma, Tampereen yliopisto ja Gerontologian tutkimuskeskus (GEREC) sekä Ikääntymisen ja hoivan tutkimuksen huippuyksikkö. Teitä käy haastattelemassa tutkimusavustaja Pia Teräväinen, joka on Tampereen yliopiston opiskelija.

Tutkimuksen kesto on 2 kuukautta: \_\_.\_\_.2020. Tutkimusavustaja käy luonanne 3 kertaa. Aluksi teitä haastatellaan, ja teitä ohjeistetaan pitämään päiväkirjaa tutkimusajankäyttämistänne palveluista ja palveluiden maksuista. Kuukauden kuluttua tutkija käy kysymässä, miten päiväkirjan pito sujuu, ja voi antaa tarkentavia ohjeita. Kahden kuukauden kuluttua teitä haastatellaan uudelleen ja käydään läpi pitämäännne päiväkirjaa. **Halutessanne omainen tai muu läheinen voi auttaa teitä päiväkirjan pidossa.**

Henkilötietojanne käsitellään vain tätä tutkimusta varten. Henkilötietojen käsittelyn perusteena on teidän nimenomainen suostumuksenne. Teistä kerättyä tietoa ja tutkimustuloksia käsitellään luottamuksellisesti henkilötietojen käsittelyä koskevan lainsäädännön edellyttämällä tavalla. Tampereen yliopisto vastaa tutkimuksen yhteydessä tapahtuvan henkilötietojen käsittelyn lainmukaisuudesta. Näitä tietoja ei anneta tutkimuksen ulkopuolisille henkilöille. Lopulliset tutkimustulokset raportoidaan ryhmätasolla. Yksittäisen tutkittavan tunnistaminen ei ole mahdollista tutkimustulosten julkaisuista. Tutkimuskunnan nimeä ei julkaista raporteissa.

Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja voitte keskeyttää osallistumisen, milloin tahansa syytä ilmoittamatta ilman, että siitä koituu teille mitään haittaa. Tutkimukseen osallistuminen tai sen keskeyttäminen ei vaikuta asiakasmaksuihinne, saamiinne palveluihin tai oikeuteenne saada tilanne edellyttämää hoitoa.

Tämä sivu täytetään yhdessä tutkimusavustajan kanssa

## Taustatiedot

### Asumismuoto

- a) omistusasunto
- b) vuokra-asunto
- c) muu, mikä \_\_\_\_\_

### Asuntotyyppi

- a) omakotitalo
- b) kerrostalo
- c) rivitalo
- d) muu, mikä \_\_\_\_\_

Kotitalouden koko: \_\_\_\_\_ henkilöä

### Kenen kanssa asuu

- a) yksin
- b) puolison kanssa
- c) lapsen (ja tämän perheen) kanssa
- d) muun, kenen \_\_\_\_\_

Onko teillä (virallinen) omaishoitaja?                      a) ei                      b) kyllä

### Asuminen, jatkuvat menot

Asuntolainan lyhennys (kk): \_\_\_\_\_

Vuokra (kk): \_\_\_\_\_

Yhtiö- ja hoitovastike (kk): \_\_\_\_\_

Sähkö (kk): \_\_\_\_\_

Vesi (kk): \_\_\_\_\_

Säännölliset huoltotyöt (kk): \_\_\_\_\_

Kotivakuutus (vuodessa): \_\_\_\_\_

Kiinteistövero (vuodessa): \_\_\_\_\_

### Muuta

---

---

## Kulutuspäiväkirja

Kirjatkaa tähän päiväkirjaan kahden kuukauden ajalta

1. omaiselta tai muulta läheiseltä saamanne avun määrä.
2. kaikki hoivaanne ja hoitoonne (sosiaali- ja terveystalvet) sekä asumiseenne liittyvät kulut.

Täyttäkää vain ne kohdat, jotka koskevat teitä, muut kohdat voitte jättää tyhjäksi.

Jokaiselle viikolle on oma aukeamansa. Tärkeää ei ole kirjata kulua oikealle viikonpäivälle, vaan voitte kirjata kaikki kulut vaikka kerran viikossa yhdelle päivälle.

Säilyttäkää myös mahdollisuuksien mukaan kuitit maksuista.

Viikko 1: \_\_.\_\_.2020

1. Kirjatkaa omaisilta (esimerkiksi puoliso) tai läheisiltä saatu apu **tunteina**.

	Maanan- tai	Tiistai	Keski- viikko	Torstai	Perjantai	Lauantai	Sunnun- tai
Kyyti / lääkärikäynti / muu asiointi yhdessä teidän kanssanne							
Kaupassa- käynti							
Henkilökoh- tainen hoito (pukeutumi- sessa, pesey- tymisessä, ruokailussa auttaminen ym.)							
Ruoan valmistami- nen							
Siivous							



Asioiden hoito (pankki ym.)							
Muu apu							
Rahallinen apu/tuki <b>(euroina)</b>							

Tarkennuksia:

---



---



---



---

2. Kirjatkaa käyttämäne **euromäärä**.

	Maa- nantai	Tiistai	Keski- viikko	Torstai	Perjan- tai	Lauantai	Sunnun- tai
<b>Henkilökohtaiset menonne:</b>							
<b>Asiakas- maksut</b> (terveys- keskus, poliklinikka ym.)							
<b>Yksityis- lääkärillä käynti</b>							
<b>Yksityinen fysioterapia</b>							
<b>Yksityinen kotihoito ja tukipalvelut</b> (ateriapal- velu, siivous ym.)							

<b>Muu yksityinen hoito</b>							
<b>Matkakulut</b> palvelujen käyttöön liittyen, myös ambulanssi							
<b>Apteekki-ostot</b> reseptilääkkeet							
<b>Apteekki-ostot</b> muut kuin reseptilääkkeet							
<b>Apuvälineet</b> (rollaattori, silmälasit ym.)							
<b>Koko kotitalouden menot:</b>							
<b>Ruoka</b>							
<b>Puhelin ja internet, lehdet</b>							
<b>Hygieniatarvikkeet</b> (wc-paperi, vaipat, pesuaineet ym.)							
<b>Asuminen-</b> asunnon muutostyöt, lumityöt, remontti ym.							
<b>Muu</b>							

Oletteko saanut apua kulutuspäiväkirjan täyttämässä?

- a) täytin itsenäisesti
- b) täytin yhdessä jonkun kanssa
- c) puolestani kulutuspäiväkirjan täytti
  - a. puoliso
  - b. lapsi
  - c. edunvalvoja (tämän lisäksi voit ympyröidä toisenkin kohdan)
  - d. muu, kuka \_\_\_\_\_

Tähän voitte vielä kirjoittaa kommentteja ja/tai tarkennuksia halutessanne:

---

---

---

---

Voitte kirjata tähän kokemuksia kulutuspäiväkirjan täyttämisestä, tai kertoa niistä haastattelijalle:

---

---

---

---

## Liite 5. Kulutuspäiväkirja, asumispalvelun asiakkaat



Ikääntyneiden hoidon kustannukset ja rahoitus –pilottitutkimus

Kulutuspäiväkirja

Tutkimusnumero: \_\_\_\_\_

Tutkimus on osa Ikääntymisen ja hoivan tutkimuksen huippuyksikön toimintaa.

Tutkimusta rahoittaa Kunnallisan kehittämissäätiö.

Yhteystiedot:

Tutkimuksesta vastaava henkilö

Leena Forma, dosentti, TtT

Tutkimusavustaja

Pia Teräväinen, th, kansanterveystieteen opiskelija

## Tiivistelmä tutkimustiedotteesta

Olette antanut suostumuksen tutkimukseen osallistumiseen, jossa tutkitaan hoidon kustannuksia ja rahoitusta kotihoidossa ja tehostetussa palveluasumisessa.

Tutkimuksen tarkoituksena on kehittää menetelmää, jolla hoidon kustannuksia ja rahoitusta voidaan yksityiskohtaisesti seurata. Lisäksi tutkimuksessa saadaan tietoa esimerkiksi siitä, mitä hoito maksaa ja kuinka suuri osuus maksuista jää asiakkaan vastuulle.

Tutkimuksen toteuttavat dosentti Leena Forma, Tampereen yliopisto ja Gerontologian tutkimuskeskus (GEREC) sekä Ikääntymisen ja hoivan tutkimuksen huippuyksikkö. Teitä käy haastattelemassa tutkimusavustaja Pia Teräväinen, joka on Tampereen yliopiston opiskelija.

Tutkimuksen kesto on 2 kuukautta: \_\_.\_\_.2020. Tutkimusavustaja käy luonanne 3 kertaa. Aluksi teitä haastatellaan, ja teitä ohjeistetaan pitämään päiväkirjaa tutkimusajankäyttämistänne palveluista ja palveluiden maksuista. Kuukauden kuluttua tutkija käy kysymässä, miten päiväkirjan pito sujuu, ja voi antaa tarkentavia ohjeita. Kahden kuukauden kuluttua teitä haastatellaan uudelleen ja käydään läpi pitämäännä päiväkirjaa. **Halutessanne omainen tai muu läheinen voi auttaa teitä päiväkirjan pidossa.**

Henkilötietojanne käsitellään vain tätä tutkimusta varten. Henkilötietojen käsittelyn perusteena on teidän nimenomainen suostumuksenne. Teistä kerättyä tietoa ja tutkimustuloksia käsitellään luottamuksellisesti henkilötietojen käsittelyä koskevan lainsäädännön edellyttämällä tavalla. Tampereen yliopisto vastaa tutkimuksen yhteydessä tapahtuvan henkilötietojen käsittelyn lainmukaisuudesta. Näitä tietoja ei anneta tutkimuksen ulkopuolisille henkilöille. Lopulliset tutkimustulokset raportoidaan ryhmätasolla. Yksittäisen tutkittavan tunnistaminen ei ole mahdollista tutkimustulosten julkaisuista. Tutkimuskunnan nimeä ei julkaista raporteissa.

Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja voitte keskeyttää osallistumisen, milloin tahansa syytä ilmoittamatta ilman, että siitä koituu teille mitään haittaa. Tutkimukseen osallistuminen tai sen keskeyttäminen ei vaikuta asiakasmaksuihinne, saamiinne palveluihin tai oikeuteenne saada tilanne edellyttämää hoitoa. Tampereen yliopistollisen sairaalan erityisvastuualueen alueellinen eettinen toimikunta on antanut tutkimukselle puoltavan lausunnon.

Tämä sivu täytetään yhdessä tutkimusavustajan kanssa

### Taustatiedot

Onko teillä palveluasumisen lisäksi muu asunto?

d) omistusasunto

e) vuokra-asunto

f) muu, mikä \_\_\_\_\_

### Asuntotyyppi

e) omakotitalo

f) kerrostalo

g) rivitalo

h) muu, mikä \_\_\_\_\_

Keitä perheeseen kuuluu? \_\_\_\_\_

Onko teillä virallinen omaishoitaja? a) ei b) kyllä

Asuminen ja hoito, jatkuvat menot

Palveluasunnon vuokra (kk): \_\_\_\_\_

Palveluasumisen asiakas-/hoitomaksu (kk): \_\_\_\_\_

Asuntolainan lyhennys (kk): \_\_\_\_\_

Vuokra (kk): \_\_\_\_\_

Yhtiö- ja hoitovastike (kk): \_\_\_\_\_

Sähkö (kk): \_\_\_\_\_

Vesi (kk): \_\_\_\_\_

Säännölliset huoltotyöt (kk): \_\_\_\_\_

Kotivakuutus (vuodessa): \_\_\_\_\_

Kiinteistövero (vuodessa): \_\_\_\_\_

Muuta

---

---

## Kulutuspäiväkirja

Kirjatkaa tähän päiväkirjaan kahden kuukauden ajalta

3. omaiselta tai muulta läheiseltä saamanne avun määrä.
4. kaikki hoivaanne ja hoitoonne (sosiaali- ja terveyspalvelut) sekä asumiseenne liittyvät kulut.

Täyttäkää vain ne kohdat, jotka koskevat teitä, muut kohdat voitte jättää tyhjäksi.

Jokaiselle viikolle on oma aukeamansa. Tärkeää ei ole kirjata kulua oikealle viikonpäivälle, vaan voitte kirjata kaikki kulut vaikka kerran viikossa yhdelle päivälle.

Säilyttäkää myös mahdollisuuksien mukaan kuitit maksuista.

Viikko 1: \_\_.\_\_.2020

3. Kirjatkaa omaisilta (esimerkiksi puoliso) tai läheisiltä saatu apu **tunteina**.

	Maanan- tai	Tiistai	Keski- viikko	Torstai	Perjan- tai	Lauantai	Sunnun- tai
Kyyti / lääkärikäynti / muu asiointi yhdessä teidän kanssanne							
Kaupassa- käynti							
Henkilö- kohtainen hoito (pukeu- tumisessa, pe- seytymisessä, ruokailussa auttaminen ym.)							
Ruoan valmistami- nen							
Siivous							



Asioiden hoito puolestanne (pankki ym.)							
Muu apu							
Rahallinen apu/tuki (euroina)							

Tarkennuksia:

---



---



---

#### 4. Kirjatkaa käyttämäne **euromäärä**.

	Maanantai	Tiistai	Keski- viikko	Torstai	Perjantai	Lauantai	Sunnuntai
<b>Asiakasmaksut</b> (terveyskeskus, poliklinikka ym.)							
<b>Yksityislääkärillä käynti</b>							
<b>Yksityinen fysioterapia, jalkojenhoito ym.</b>							
<b>Muu yksityinen hoito</b>							
<b>Matkakulut</b> palvelujen käyttöön liittyen, myös ambulanssi							

<b>Apteekki- ostot</b> reseptilääk- keet							
<b>Apteekki- ostot</b> muut kuin re- septilääkkeet							
<b>Apuvälineet</b> (rollaattori, silmälasit ym.)							
<b>Puhelin ja internet, lehdet</b>							
<b>Hygienia- tarvikkeet</b> (wc-paperi, vaipat, pesu- aineet ym.)							
<b>Muun asunnon huoltotyöt</b> (lumityöt, remontti)							
<b>Muu</b>							

Oletteko saanut apua kulutuspäiväkirjan täyttämässä?

- d) täytin itsenäisesti
- e) täytin yhdessä jonkun kanssa
- f) puolestani kulutuspäiväkirjan täytti
  - a. puoliso
  - b. lapsi
  - c. edunvalvoja (tämän lisäksi voit ympyröidä toisenkin kohdan)
  - d. muu, kuka \_\_\_\_\_

Tähän voitte vielä kirjoittaa kommentteja ja/tai tarkennuksia halutessanne:

---

---

---

---

Voitte kirjata tähän kokemuksia kulutuspäiväkirjan täyttämisestä, tai kertoa niistä haastattelijalle:

---

---

---

---

# **Kunnallisan kehittämissäätöön Julkaisusarjassa ovat ilmestyneet**

1 Sami Borg & Sari Pikkala

KUNTAVAALITRENDIT (2017)

2 Toim. Soile Pohjonen & Marika Noso

KANSALAINEN KESKIÖÖN! NÄKÖKULMIA SOTE-UUDISTUKSEEN (2017)

3 Markku Lehto

MIKSI HANKE EI ONNISTUNUT – VAI ONNISTUIKO SE? (2017)

4 Tapio Häyhtiö

OSALLISUUTTA SOTE-PALVELUIHIN PALVELUMUOTOILEIMALLA? (2017)

5 Veera Värtinen

TUTKIJAT JA SOSIAALISEN MEDIAN KÄYTTÖ (2017)

6 Esko Hussi, Esa Mäkinen & Erkki Vauramo

IKÄÄNTYVÄ VÄESTÖ JA TOIMINTAKYVYN YLLÄPITO (2017)

7 Matti Wiberg (toim.)

FAKTAT JA POLITIIKKA (2017)

8 Antti Mykkänen

VALTUUTETTUIJEN ILMAPUNTARI 2017- KUNNAT, MAAKUNNAT JA YHTEISTYÖ (2017)

9 Sanna Laulainen, Helena Taskinen, Jere Rajaniemi, Erja Rappe, Päivi Topo & Sari Rissanen

KUMPPANUUDELLA KUNTOON–KUNTIEN JA JÄRJESTÖJEN YHTEISTYÖ IÄKKÄIDEN TERVEYDEN EDISTÄMISESSÄ (2017)

10 Auli Valli-Lintu

SOTE- JA KUNTARAKENTEN PITKÄ KUJANJUOKSU (2017)

11 Esa Ahonen, Maire Ahopelto, Matti Heikkinen, Marjo Huovinen-Tervo & Eeva Mäntymäki

NÄIN TEHDÄÄN SAUMATON SOTE-KAINUUN HILJAINEN TIETO 2003–2017 (2017)

12 Anneli Hujala & Johanna Lamintakanen

PALJON SOTE-PALVELUJA TARVITSEVAT IHMISET KESKIÖÖN (2018)

13 Anita Kangas

AKTIIVISET OSALLISTUJAT – KUNTALAISET KULTTUURI- JA LIIKUNTAPALVELUJEN KEHITTÄJINÄ (2018)

- 14 Juha Talvitie  
100 VUOTTA KAAVOITUSTA – MUUTTUVA MAANKÄYTTÖ (2018)
- 15 Erkki Vauramo, Seppo Ranta, Jonna Taegen & Ira Verma  
SOTE-PALVELUT MUUTTUVAT UUDISTUKSESTA HUOLIMATTA - KONSORTION  
TYÖN TULOKSET 2015–2017 JA KEHITTÄMISEHDOTUKSET (2018)
- 16 Kaija Saranto, Eija Kivekäs, Sari Palojoki, Ulla-Mari Kinnunen, Olli Sjöblom &  
Reima Suomi  
TIEDONKULUN VAIKUTUS SOTE-PALVELUJEN MAINEESEEN (2018)
- 17 Jasmin Penttinen  
ARVIO KUNTIEN KOTISIVUISTA (2018)
- 18 Tomi Venho  
KABINETIN PUOLELLA  
SÄÄTIÖT JA PUOLUERAHOITUS SUOMESSA (2018)
- 19 Niina Laine, Paula Timonen, Anne Halmetoja, Suvi Hakoinen, Heini Kari &  
Hanna Kortejärvi  
HOIVAYKSIKÖISSÄ LÄÄKEHUOLLON JA -HOIDON PITÄISI OLLA JOUKKUEPELIÄ  
(2018)
- 20 Roosa Talvitie, Hannu Rantanen & Eeva Hämäläinen  
KUNNAN ROOLI TURVALLISUUDESSA KOROSTUU (2018)
- 21 Raitio Katja, Sevón Eija & Rönkä Anna  
DIGITAALINEN OPPIMISPELI VAUVAPOLKU: VANHEMMUUTEEN VALMISTAUTU-  
MISTA PELILLISEN OPPIMISEN KEINAIN (2019)
- 22 Hannes Manninen & Tapani Tölli  
HELSINKI VS. MUU SUOMI – VASTAKKAINASETTELUSTA YHTEISYMMÄRRYK-  
SEEN (2019)
- 23 Timo Aro, Susanna Haanpää ja Anna Laiho  
YRITYSDYNAMIIKKA KUNTIEN ELINVOIMATEKIJÄNÄ (2019)
- 24 Jyri Manninen, Anna Karttunen, Matti Meriläinen, Anna Jetsu &  
Anna-Kaisa Vartiainen  
HYVINVOINTIA JA SOSIAALISTA PÄÄOMAA – KANSALAIPOISTON MERKITYS  
KUNNALLE JA ALUEELLE (2019)
- 25 Jorma Niemelä  
JÄRJESTÖT SOTE-SUOMEA RAKENTAMASSA (2019)
- 26 Sakari Möttönen  
SOTE-UUDISTAMISEN ANATOMIA. YHTEISKUNTAPOLIITTISIA NÄKEMYKSIÄ SO-  
SIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON REFORMISTA (2019)

- 27 Auli Valli-Lintu  
SOTE- JA KUNTARAKENTEEEN PITKÄ KUJANJUOKSU – OSA II (2019)
- 28 Jukka Pellinen, Vesa Voutilainen, Kari Sippola, Toni Mättö ja Antti Rautiainen  
RISKIEN HALLINNAN KÄYTÄNNÖT SUOMEN SUURIMMISSA KAUPUNKIKONSER-  
NEISSA (2019)
- 29 Erkki Vauramo  
SOTE - PYRAMIDISTA PALVELUVERKKOON. IKÄÄNTYMINEN JA NIUKKA TULE-  
VAISUUS (2019)
- 30 Mimmu Alanko, Marja Kankaanranta & Saana Mehtälä  
DIGITAALISET PORTFOLIOT SUOMALAISESSA VARHAISKASVATUKSESSA (2020)
- 31 Pekka Kettunen  
KUNTIEN MAAHANMUUTTOPALVELUT: HAASTEITA VAI HYVIÄ KÄYTÄNTEITÄ  
(2020)
- 32 Anne Kallio  
KUNTIEN TYÖLLISTYMISPALVELUT – ELINVOIMAN VAHVISTAMISTA VAI SOSI-  
AALIPALVELUA? (2020)
- 33 Arto Haveri  
TULEVAISUUDEN KUNTAJOHTAMINEN (2020)
- 34 Taina Peltonen  
KOULUTUSVIENNI – KUNTIEN UUSI PALVELUTUOTE? (2020)
- 35 Olli-Pekka Ryytänen, Erkki Vauramo, Teemu Malmi & Ville Koikkalainen  
SOTE JA IKÄÄNTYMISEN ONGELMAT – SELVIÄMISPOLUN ETSINTÄÄ (2020)
- 36 Marja Keväjäjärvi, Maria Lindholm & Arto Reiman  
ETTÄ JOKU NÄKEE MUT – OMAISHOITAJAN HYVINVOINTI JA TARPEET  
(2020)
- 37 Antti Mykkänen  
KUNTADEMOKRATIA – VALTUUTETTUKYSELY 2020 (2021)
- 38 Fredriika Jakola & Eeva-Liisa Prokkola  
VOIDAANKO RAKENNERAHASTOILLA VAIKUTTAA? KUNTIEN NÄKÖKULMA  
(2021)
- 39 Toni Ryytänen, Torsti Hyyryläinen & Ryo Umeda  
DIGITAALISET ALUSTAEKOSYSTEEMIT JA KUNTIEN ELINVOIMA –  
TAPAUSTUTKIMUS JAPANISTA (2021)
- 40 Riikka Lämsä, Mia Niemi & Marjaana Seppänen  
KOTI SAIRAALANA – ONNISTUNEEN KOTISAIRAALATOIMINNAN  
EDELLYTYKSET (2021)
- 41 Juha Hämäläinen

SOSIAALISESTI KESTÄVÄ YHTEISKUNTA – LÄHTÖKOHTIA, SUUNTAVIIVOJA,  
REUNAehtoJA (2021)

42 Tiina Mäkelä & Marja Kankaanranta  
COVID-19-PANDEMIAN VAIKUTUKSET TULEVAISUUDEN  
OPPIMISYMPÄRISTÖIHIN (2021)

43 Tuomas Zacheus, Mira Kalalahti, Janne Varjo & Samira Harjula  
YHTEISTYÖ NUORTEN OPINTO- JA URAOHJAUKSESSA (2021)

44 Hanna Wass, Timo M. Kauppinen, Paula Saikkonen & Heikki Hiilamo  
KENEN HYVINVOINNISTA PUOLUEET VÄLITTÄVÄT? (2021)

45 Esa Ahonen, Maire Ahopelto, Matti Heikkinen, Marjo Huovinen-Tervo,  
Terho Pekkala & Eija Tolonen (toim.)  
SOTE-SOPAN KEITTOKIRJA – SOTE-UUDISTUKSEN TAUSTATEKIJÄT JA  
KÄÄNNEKOHDAT (2021)

46 Ilmo Parvinen, Olli-Pekka Ryytänen & Erkki Vauramo  
TEESEJÄ SOTEKESKUSTELUUN (2021)

47 Ilmo Parvinen  
SUOMEN TERVEYDENHUOLTO 2036 kansalaiskeskeisenä ja valtiovastuisena  
(2021)

48 Mari Kangasniemi, Helena-Leino-Kilpi, Tanja Moilanen, Oili  
Papinaho, Helena Siipi, Sakari Suominen & Riitta Suhonen  
HOIDON LAIMINLYÖNNIT IKÄÄNTYNEIDEN YMPÄRIVUOROKAUTISESSA PALVE-  
LUSSA – itsemääräämisoikeus ja ihmisarvoinen hoito (2021)

49 Auli Valli-Lintu  
SOTE- JA KUNTARAKENTEEN PITKÄ KUJANJUOKSU - SOTEN  
UUSI ALKU, OSA III (2021)

50 Anna-Maija Pyykönen, Johanna Lammintakanen & Aini Pehkonen  
SYRJIIKÖ DIGITALISOINTI IHMISIÄ SOSIAALIPALVELUISSA? (2022)

51 Satu Ojala, Markku Sippola & Paul Jonker-Hoffrén  
JULKISALOJEN PALKKANEUVOTTELUT MÄÄRITTÄVÄT KOKO PALVELUJÄRJES-  
TELMÄN TULEVAISUUTTA  
(2022)

52 Antti Mykkänen  
SUOMALAISEN KUNTAJOHTAMISEN TILA JA TULEVAISUUS 2022 (2022)

53 Samuli Aho & Jari Kaivo-oja

KUNTASUKU-PROJEKTI: SUOMEN KUNTIEN LAPSI-, VANHUS- JA VÄESTÖLLISEN HUOLTOSUHTEEN TARKASTELUA MAAKUNTATASOLLA KÄYTTÖTALOUDEN NÄKÖKULMASTA AJANJAKSOLLA 2015–2019 (2022)

54 Linnéa Henriksson ja Janette Huttunen

KUNNALLISET VAIKUTTAMISELIMET JA VAIKUTUSVALLAN MONET PUOLET – TUTKIMUS NUORISOVALTUUSTOJEN, VANHUSNEUVOSTOJEN JA VAMMAISNEUVOSTOJEN VAIKUTUSVALLASTA (2022)

55 Marita Rautiainen ja Suvi Konsti-Laakso

TASEEN ROINASTA STRATEGIAKSI: STRATEGINEN OMISTAJUUS KUNNISSA (2022)



Leena Forma, Mari Aaltonen, Pia Teräväinen ja Jutta Pulkki

**MIKÄ MAKSAA JA KUKA MAKSAA? IKÄÄNTYNEIDEN HOIDON KUSTANNUKSET JA RAHOITUS -PILOTTITUTKIMUS**

Ikääntyneiden hoito ja asuminen aiheuttavat runsaasti erilaisia kustannuksia, joista osa jää helposti piiloon. Suunniteltaessa ikääntyneiden hoidon asiakasmaksuja erilaiset kustannukset tulisi huomioida tarkasti, jotta voitaisiin taata ihmisille heidän tarvitsemansa hoito.

Tässä pilottitutkimuksessa keskitytään tarkastelemaan sitä, miten ikääntyneiden hoidon kustannusten hillinnän toteutumista voidaan arvioida. Tutkimuksen tarkoitus on kehittää ja kokeilla menetelmää, jolla voidaan kattavasti arvioida ikääntyneiden hoidon kustannuksia ja rahoitusta. Tutkimuksen tarkoitus on lisäksi selvittää ikääntyneiden hoidon ja asumisen näkyviä ja piilokustannuksia. Tutkimuksessa arvioidaan hoidon ja asumisen kokonaiskustannuksia sekä sitä, miten kustannukset jakautuvat eri rahoittajatahojen kesken.



**kaks.fi**  
KUNNALLISALAN  
KEHITTÄMISSÄÄTIÖ