



Euroopan unionin
neuvosto

Bryssel, 25. marraskuuta 2022
(OR. en)

13948/22

Toimielinten välinen asia:
2022/0264(NLE)

SOC 578
GENDER 168
EMPL 395

SÄÄDÖKSET JA MUUT VÄLINEET

Asia: NEUVOSTON SUOSITUS kohtuuhintaisen ja laadukkaan
pitkäaikaishoidon saatavuudesta

NEUVOSTON SUOSITUS,

annettu ... päivänä ...kuuta ...,

kohtuuhintaisen ja laadukkaan pitkäaikaishoidon saatavuudesta

EUROOPAN UNIONIN NEUVOSTO, joka

ottaa huomioon Euroopan unionin toiminnasta tehdyn sopimuksen ja erityisesti sen 292 artiklan yhdessä sen 153 artiklan 1 kohdan k alakohdan kanssa,

ottaa huomioon Euroopan komission ehdotuksen,

sekä katsoo seuraavaa:

- (1) Saavutettavissa oleva, kohtuuhintainen ja laadukas pitkäaikaishoito antaa hoitoa tarvitseville mahdollisuuden säilyttää itsenäisyytensä mahdollisimman pitkään ja elää ihmisarvoista elämää. Se auttaa suojelemaan ihmisoikeuksia, tukemaan sosiaalista edistystä ja sukupolvien välistä solidaarisuutta sekä torjumaan sosiaalista syrjäytymistä ja syrjintää; se voi lisäksi myötävaikuttaa uusien työpaikkojen syntymiseen.
- (2) Euroopan parlamentti, neuvosto ja komissio antoivat marraskuussa 2017 Euroopan sosiaalisten oikeuksien pilaria koskevan julistuksen¹, jossa vahvistetaan 20 periaatetta, joilla tuetaan oikeudenmukaisia ja moitteettomasti toimivia työmarkkinoita sekä hyvinvointijärjestelmiä. Periaatteella 2 kannustetaan sukupuolten tasa-arvoon edistämällä naisten ja miesten yhdenvertaista kohtelua kaikilla aloilla. Periaatteella 9 edistetään henkilöiden, joilla on hoitovelvollisuuksia, oikeutta työ- ja yksityiselämän tasapainoon. Periaatteessa 10 korostetaan työntekijöiden oikeuksia korkeatasoiseen työterveyteen ja -turvallisuuteen. Periaatteessa 17 tunnustetaan vammaisten henkilöiden oikeus osallisuuteen ja erityisesti palveluihin, jotka mahdollistavat heidän osallistumisensa työmarkkinoille ja yhteiskuntaan. Pitkäaikaishoitoa koskevan periaatteen 18 mukaan jokaisella on oikeus kohtuuhintaisiin ja laadukkaisiin pitkäaikaishoitopalveluihin sekä varsinkin kotihoitoon ja yhteisöpohjaisiin palveluihin.

¹ Toimielinten välinen julistus Euroopan sosiaalisten oikeuksien pilarista (EUVL C 428, 13.12.2017, s. 10).

- (3) Viranomaisten kansallisella, alueellisella tai paikallisella tasolla järjestämiä pitkäaikaishoitopalveluja pidetään ensisijaisesti yleishyödyllisinä sosiaalipalveluina, koska niillä on selkeä sosiaalinen tehtävä. Niillä helpotetaan kaikkien hoitoa tarvitsevien osallisuutta, mukaan lukien iäkkäämmät henkilöt.
- (4) Useimmat hoitajat ovat naisia Euroopan komission ja sosiaalisen suojelun komitean antaman raportin ”Vuoden 2021 pitkäaikaishoitoa koskeva raportti: suuntaukset, haasteet ja mahdollisuudet ikääntyvässä yhteiskunnassa”¹ (2021 Long-term care report: trends, challenges and opportunities in an ageing society), jäljempänä ’pitkäaikaishoitoa koskeva vuoden 2021 raportti’, mukaan. Hoivatyön puutteellinen jakautuminen sukupuolten kesken on yksi tärkeimmistä syistä sukupuolten epätasa-arvoon työmarkkinoilla. Naisten tulotaso, eläkkeet mukaan luettuina, on keskimäärin alhaisempi kuin miehillä, eikä heillä ole välttämättä samalla tavalla varaa tarvitsemaansa hoitoon; samanaikaisesti naiset kuitenkin elävät pitempään kuin miehet ja tarvitsevat siten enemmän pitkäaikaishoitoa ja ovat elinaikanaan miehiä suuremmassa köyhyys- ja syrjäytymisvaarassa. Riittävät ja kohtuuhintaiset viralliset pitkäaikaishoitopalvelut sekä poliittiset toimet, joilla parannetaan alan työoloja ja yhteensovitetään palkkatyötä ja hoivavelvollisuuksia, voisivat siten olla hyödyllisiä sukupuolten tasa-arvon kannalta.

¹ Euroopan komission työllisyys-, sosiaali- ja osallisuusasioiden pääosasto ja sosiaalisen suojelun komitea, *Long-term care report: trends, challenges and opportunities in an ageing society*, julkaisutoimisto, 2021.

- (5) Tällä suosituksella edistetään Euroopan unionin perusoikeuskirjan¹ 21, 23, 24, 25, 26, 31, 33 ja 34 artiklan soveltamista; kyseiset artikkelit koskevat syrjäntäkieltoa, naisten ja miesten välistä tasa-arvoa, lapsen oikeuksia, ikääntyneiden henkilöiden oikeuksia, vammaisten henkilöiden sopeutumista yhteiskuntaan, oikeudenmukaisia ja kohtuullisia työoloja ja työehtoja, oikeutta perhe- ja työelämään sekä sosiaaliturvaa ja toimeentuloturvaa.
- (6) Tässä suosituksessa otetaan huomioon vammaisten henkilöiden oikeuksista tehty Yhdistyneiden kansakuntien yleissopimus, jossa tunnustetaan kaikkien vammaisten henkilöiden yhdenvertainen oikeus elää yhteisössä, jossa heillä on muiden kanssa yhdenvertaiset valinnanmahdollisuudet.
- (7) Komission 4 päivänä maaliskuuta 2021 hyväksymässä Euroopan sosiaalisten oikeuksien pilaria koskevassa toimintasuunnitelmassa ilmoitettiin pitkäaikaishoitoa koskevasta aloitteesta, jonka tarkoituksena on luoda puitteet poliittisille uudistuksille kestävän pitkäaikaishoidon kehittämisen ohjaamiseksi siten, että varmistetaan laadukkaiden palvelujen parempi saatavuus niille, jotka näitä palveluja tarvitsevat; toimintasuunnitelmassa myös kannustettiin jäsenvaltioita investoimaan terveydenhuolto- ja hoiva-alan työntekijöihin ja parantamaan heidän työolojaan ja koulutusmahdollisuuksiaan.

¹ EUVL C 326, 26.10.2012, s. 391.

- (8) Pitkäaikaishoitoa koskevassa vuoden 2021 raportissa korostetaan, että laadukkaan pitkäaikaishoidon kysynnän odotetaan kasvavan ja että sen tarjonnan lisääminen voi edistää sukupuolten tasa-arvoa ja sosiaalista oikeudenmukaisuutta. Kyseisessä raportissa yksilöidään saavutettavuus, kohtuuhintaisuus ja laatu pitkäaikaishoidon keskeisiksi haasteiksi, nostetaan työvoiman riittävyys avainasemaan laadukkaiden palvelujen kasvavaan kysyntään vastaamisessa ja korostetaan, että omaishoitoon liittyvät kustannukset jäävät usein vähälle huomiolle.
- (9) Väestön ikääntymisen odotetaan lisäävän pitkäaikaishoidon kysyntää, sillä ikääntymiseen liittyy toimintakyvyn heikkeneminen ja pitkäaikaishoidon tarve. Pitkäaikaishoitoa koskevan vuoden 2021 raportin mukaan vähintään 65-vuotiaiden henkilöiden määrän odotetaan seuraavien 30 vuoden aikana kasvavan 41 prosenttia eli 130,2 miljoonaan henkilöön vuonna 2050, kun vuonna 2020 heitä oli 92,1 miljoonaa. Samanaikaisesti 80-vuotiaiden tai sitä iäkkäämpien henkilöiden määrän ennakoitaan kasvavan 88 prosenttia eli 49,9 miljoonaan henkilöön vuonna 2050, kun vuonna 2020 heitä oli 26,6 miljoonaa.
- (10) Covid-19-pandemia on vaikuttanut kielteisesti pitkäaikaishoitojärjestelmiin ja pahentanut monia niissä jo olleita rakenteellisia heikkouksia, etenkin laadukkaiden palvelujen puutetta ja työvoimapulaa, ja korosti kiireellistä tarvetta vahvistaa pitkäaikaishoitojärjestelmien häiriönsietokykyä ja vauhdittaa pyrkimyksiä parantaa yksilön itsemääräämisoikeutta ja helpottaa itsenäistä asumista.

- (11) Euroopan komission ja talouspoliittisen komitean EU:n jäsenvaltioiden taloutta ja julkista taloutta koskevat ennusteet (2019–2070) sisältävän vuoden 2021 ikäänymisraportin (2021 Ageing Report – Economic and Budgetary Projections for the EU Member States (2019–2070)) mukaan pitkäaikaishoitoon osoitettavan julkisen rahoituksen taso vaihtelee huomattavasti jäsenvaltioittain; joissain jäsenvaltioissa sen osuus suhteessa BKT:hen on alle 1 prosentti ja toisissa siihen käytetään yli 3 prosenttia suhteessa BKT:hen. Vuonna 2019 pitkäaikaishoitoa koskevien julkisten menojen osuus suhteessa unionin BKT:hen oli kyseisen raportin mukaan 1,7 prosenttia, mikä on vähemmän kuin omaishoitajien pitkäaikaishoidon tarjoamiseen käyttämän tuntimäärän arvo, jonka arvioidaan olevan noin 2,5 prosenttia suhteessa unionin BKT:hen¹. Jäsenvaltioissa, joiden pitkäaikaishoitoa koskevat julkiset menot ovat pienet, virallisten pitkäaikaishoitopalvelujen käyttö on vähäisempää. Pitkäaikaishoidon kasvava kysyntä lisää julkisiin menoihin kohdistuvaa painetta. Samalla se myös edellyttää, että pitkäaikaishoidon tarjoamisen kustannustehokkuutta parannetaan esimerkiksi terveyden edistämistä ja sairauksien ehkäisyä koskevalla politiikalla, yhdentämällä ja kohdentamalla palveluja paremmin, keräämällä tietoja ja näyttöä sekä käyttämällä uusia ja digitaalisia teknologioita. Toimintapolitiikat, joilla edistetään pitkäaikaishoidon kestävä rahoitusta, ovat tärkeitä julkisen talouden kestävyden kannalta erityisesti tilanteessa, jossa unionin väestö ikääntyy ja työvoima supistuu.
- (12) Voimakas omaishoitoon tukeutuminen ei ole jatkossa enää kestävä, ja virallisen hoidon tarpeiden ja julkisiin talousarvioihin kohdistuvan paineen odotetaan kasvavan.

¹ Van der Ende, M. ym., 2021: Study on exploring the incidence and costs of informal long-term care in the EU.

- (13) Pitkäaikaishoitoa koskevan sosiaalisen suojelun kattavuus on heikko, ja kustannukset ovat usein merkittävä este pitkäaikaishoidon saamiselle. Monissa kotitalouksissa ammattimaisia kotihoitopalveluja ei käytetä tai ei käytetä enempää pääasiassa taloudellisista syistä. Jos sosiaalinen suojele ei ole riittävää, pitkäaikaishoidon arvioidut kokonaiskustannukset voivat usein ylittää henkilön tulot. Sosiaalista suojeleä koskevat järjestelyt vaihtelevat jäsenvaltioittain. Joissain jäsenvaltioissa julkista tukea on kuitenkin saatavilla vain pienelle osalle pitkäaikaishoitoa tarvitsevista. Vaikka sosiaalista suojeleä olisikin saatavilla, se on usein riittämätöntä, sillä on arvioitu, että vielä tuen saamisen jälkeenkin keskimäärin lähes puolet pitkäaikaishoidon tarpeessa olevista ikääntyneistä henkilöistä jää köyhyysrajan alapuolelle maksettuaan omat kotihoitokustannuksensa.
- (14) Monet henkilöt eivät voi saada tarvitsemaansa pitkäaikaishoitoa muun muassa palvelujen vähäisen tarjonnan sekä pitkäaikaishoitovaihtoehtojen vähäisyyden ja alueellisten erojen vuoksi. Monissa jäsenvaltioissa pitkäaikaishoidon valinnanvara on rajallinen. Jos valinnanvaraa on, se rajoittuu lähinnä omaishoidon, jonka tarjoajat ovat useimmiten naisia, ja laitoshoidon välillä valitsemiseen. Kotihoidon ja yhteisöpohjaisen pitkäaikaishoidon tarjonta on edelleen vähäistä. Alueelliset erot pitkäaikaishoidon tarjonnassa vaikeuttavat lisäksi pitkäaikaishoidon yhtäläistä saatavuutta erityisesti maaseudulla ja väestökadosta kärsivillä alueilla. Vammaisten henkilöiden valinnanvara on vieläkin pienempi, koska hoitopalvelujen esteettömyyden taso vaihtelee. Samalla kun tunnustetaan pitkäaikaishoitajärjestelyjen moninaisuus jäsenvaltioissa, vahvat julkiset pitkäaikaishoitopalvelujen tarjoajien verkot, joiden henkilö- ja taloudelliset resurssit ovat riittävät, voivat osaltaan parantaa pitkäaikaishoitopalvelujen saatavuutta.

- (15) Pitkäaikaishoidon laatuun vaikuttaa merkittävästi tehokas laadunvarmistusmekanismi, jollaista useissa jäsenvaltioissa ei ole lainkaan tai sen resurssit ovat alimitoitettut. Kotihoidon ja yhteisöpohjaisen hoidon laadunvarmistus on usein riittämätöntä. Laitoshoidon laatua säännellään enemmän, mutta laatuvaatimuksissa keskitytään usein kliinisiin tuloksiin eikä niissä käsitellä riittävästi hoitoa saavien elämänlaatua ja mahdollisuutta itsenäiseen elämään. Jos laatuvaatimuksia onkin käytössä, niiden noudattamista ei aina valvota tehokkaasti. Tämä johtuu usein riittämättömistä hallinnollisista järjestelyistä tai resurssien puutteesta. Sekä julkisiin että yksityisiin hoidon tarjoajiin tiukasti sovellettavien korkeiden laatuvaatimusten puute voi johtaa tilanteisiin, joissa hoidonsaajat joutuvat laiminlyöntien ja väärinkäytösten kohteeksi ja hoitajat työskentelevät heikoissa työoloissa. Kansallisiin olosuhteisiin ja operatiivisiin rakenteisiin mukautettu pitkäaikaishoidon kansallinen laatukehys voi auttaa ratkaisemaan kyseisiä haasteita. Tällainen kehys voidaan sisällyttää erityisiin laatukehysiin pitkäaikaishoidon tarjonnan ja hallinnoinnin eri tasoja tai eri rakenteita varten.

- (16) Pitkäaikaishoidolla on merkittävä yhteiskunnallinen arvo, ja se voi auttaa luomaan työpaikkoja. Jäsenvaltioilla on kuitenkin vaikeuksia houkutella hoitotyöntekijöitä ja pitää heidät palveluksessaan esimerkiksi puutteellisen osaamisen, hankalien työolojen ja alhaisen palkkauksen vuoksi. Alan työvoimapulan ratkaisemiseksi on olemassa hyödyntämättömiä mahdollisuuksia. Tällaisiin toimiin voisi kansallisten tarpeiden ja olosuhteiden mukaisesti kuulua osa-aikatyöntekijöitä, jotka haluavat lisätä työaikaansa, työttömiä ja työelämän ulkopuolella olevia entisiä hoitajia, virallisia pitkäaikaishoidon työntekijöitä, jotka haluavat lykätä eläköitymistään, ja opiskelijoita. Pitkäaikaishoidon työntekijöiden laillisten ja eettisten maahanpääsyväylien selvittäminen voisi mahdollisesti auttaa korjaamaan työvoimapulaa, sanotun kuitenkin rajoittamatta jäsenvaltioiden toimivaltaa säännellä kolmansien maiden kansalaisten maahanpääsyä, mukaan lukien maahan päästettävien henkilöiden lukumäärät.
- (17) Hoitoalalla vaaditaan aiempaa monitahoisempaa osaamista. Osaaminen on tietämyksen, kyvyn ja asenteen yhdistelmä, jonka avulla henkilö voi onnistuneesti suorittaa tehtävän tai toiminnon tietyissä olosuhteissa. Perinteisen osaamisen ja pätevyyden lisäksi hoitajilla on usein oltava uuden teknologian käyttöön liittyvää teknistä asiantuntemusta, digi- ja viestintätaitoja (usein vieraalla kielellä) sekä osaamista selviytyä moninaisista tarpeista ja työstä monialaisissa työryhmissä. Ilman asianmukaista koulutuspolitiikkaa, johon sisältyy myös työssä oppiminen, osaamisvaatimukset voivat estää monien tulon alalle tai uralla etenemisen.

- (18) Ammattimaiset hoitajat eivät ole useinkaan saaneet työterveyttä ja - turvallisuutta koskevaa koulutusta, ja heidän työjärjestelynsä ovat usein epätyypillisiä ja työaikansa epäsäännöllisiä; lisäksi he tekevät usein vuorotyötä, heidän sosiaalisessa suojelussaan on puutteita ja he kärsivät fyysisestä tai henkisestä rasituksesta ja saavat pientä palkkaa. Alan matalaan palkkukseen voivat myötävaikuttaa se, että vain pieni osa pitkäaikaishoidon työntekijöistä kuuluu työehtosopimusten piiriin, sekä pitkäaikaishoitoon osoitettujen julkisten menojen vähäisyys.
- (19) Tiettyjen työntekijäryhmien, mukaan lukien pitkäaikaishoitoa tarjoavat kotitalouksissa asuvat hoivatyöntekijät tai kotitaloustyöntekijät, työolot ovat erityisen vaikeat; niihin kuuluvat alhaiset palkat, epädulliset työaikajärjestelyt, pimeän työn tekeminen, riittämätön sosiaalinen suojelu, keskeisten työsuojelusäännösten noudattamisen laiminlyöminen ja epätyypilliset työsuhteen muodot. Kotitaloustyöntekijöiden ihmisarvoista työtä koskevassa Kansainvälisen työjärjestön vuoden 2011 yleissopimuksessa (yleissopimus nro 189) vahvistetaan kotitaloustyötä koskevat perusoikeudet ja -periaatteet sekä vaaditaan kansallisia toimivaltaisia viranomaisia toteuttamaan useita toimenpiteitä kotitaloustyöntekijöiden ihmisarvoisten työolojen turvaamiseksi.

- (20) Omaishoito on ollut olennaisen tärkeää pitkäaikaishoidon tarjoamisessa, sillä omaistaan hoitavat, jotka ovat enimmäkseen naisia, ovat perinteisesti kantaneet pääosan hoitovastuusta. Tämä johtuu usein siitä, ettei saavutettavaa ja kohtuuhintaista virallista pitkäaikaishoitoa ole saatavilla. Toisaalta monet ihmiset myös haluavat tarjota tai saada mieluiten omaishoitoa. Omaishoito voi kuitenkin vaikuttaa kielteisesti omaistaan hoitavien fyysiseen ja psyykkiseen terveyteen ja hyvinvointiin, ja se on merkittävä este erityisesti naisten työllisyydelle. Tämä vaikuttaa suoraan heidän nykyiseen tulotasoonsa ja myös heidän vanhuuden toimeentuloonsa, koska eläkeoikeuksia kertyy vähemmän. Vaikutus tulotasoon voi olla vieläkin huomattavampi sellaisilla omaistaan hoitavilla, joilla on lisäksi lastenhoitovelvollisuuksia. Sen vuoksi työ- ja yksityiselämän hyvä tasapaino sekä työn ja hoitovelvollisuuksien parempi yhteensovittaminen ovat tarpeen kaikkien omaistaan hoitavien, sekä miesten että naisten, osalta. Lisäksi omaistaan hoitavilla ei joissain tapauksissa ole pääsyä riittävän sosiaalisen suojelun piiriin, eivätkä he saa hoitotyöhönsä riittävää suoraa ja/tai epäsuoraa tukea, mukaan lukien taloudellinen tuki. Toimenpiteet, joilla tuetaan heidän osaamisensa validointia, voivat auttaa kiinnostuneita siirtymään viralliseen hoitotyöhön. Lapsilla ja nuorilla, joilla on kroonisesti sairas perheenjäsen, on yleensä enemmän mielenterveysongelmia ja muita vaikeuksia, jotka vaikuttavat pitkällä aikavälillä heidän tulotasoonsa ja osallisuuteensa yhteiskunnassa.

- (21) Pitkäaikaishoito on järjestetty unionin jäsenvaltioissa eri tavoin. Pitkäaikaishoito järjestetään osana palvelujärjestelmää, joka on usein monimutkainen ja käsittää terveyden- ja sosiaalihuollon ja toisinaan myös muun tyyppistä tukea, kuten asumisen ja paikallistoimintaa. Myös ammattimaisten hoitajien ammattiasemat sekä kansallisten, alueellisten ja paikallisten hallintotasojen ja julkisen, yksityisen ja osuustoimintasektorin roolit poikkeavat toisistaan. Samoin pitkäaikaishoidon seurannassa käytettävät indikaattorit vaihtelevat, eikä koko unionin käsittäviä hallinnollisia tietoja useinkaan ole saatavilla tai ne eivät ole vertailukelpoisia.
- (22) Pitkäaikaishoidon sidosryhmiin kuuluvat pitkäaikaishoitoa tarvitsevat henkilöt, heidän perheenjäsenensä ja etujärjestönsä, asiaankuuluvat kansalliset, alueelliset ja paikalliset viranomaiset, työmarkkinaosapuolet, kansalaisjärjestöt, pitkäaikaishoidon tarjoajat sekä sosiaalisen osallisuuden ja integroitumisen edistämisestä sekä perusoikeuksien suojelusta vastaavat elimet, kuten kansalliset tasa-arvoelimet. Yhteisötalouden elimet, kuten osuuskunnat, keskinäiset avustusyhteisöt, yhdistykset ja säätiöt, sekä yhteiskunnalliset yritykset ovat viranomaisten tärkeitä kumppaneita pitkäaikaishoidon tarjoamisessa.

(23) Talouspolitiikan eurooppalaisen ohjausjakson, jota sosiaali-indikaattoreiden tulostaulu tukee, yhteydessä on korostettu pitkäaikaishoitoon liittyviä haasteita. Tämän seurauksena joillekin jäsenvaltioille on esitetty kyseistä alaa koskevia maakohtaisia suosituksia. Neuvoston päätöksellä (EU) 2022/2296 hyväksytyissä jäsenvaltioiden työllisyyspolitiikan suuntaviivoissa¹ korostetaan, miten tärkeää on turvata kohtuuhintaisen, saavutettavissa olevan ja laadukkaan pitkäaikaishoidon saatavuus. Sosiaalista suojelua ja sosiaalista osallisuutta koskevalla avoimella koordinoitimenetelmällä pyritään edistämään saavutettavissa olevaa, laadukasta ja kestävästä pitkäaikaishoittoa ja tuetaan tämän tavoitteen saavuttamista seurannan, uudistusten monenvälisen valvonnan, temaattisen työn ja vastavuoroisen oppimisen avulla. Sosiaalisen suojelun komitea laati eurooppalaisen sosiaalipalvelujen laatukehyksen², joka käsittää myös pitkäaikaishoidon. Unioni tarjoaa pitkäaikaishoitoa varten monia rahoitusmahdollisuuksia, joissa rahoitus kohdennetaan erilaisiin investointipainopisteisiin eri rahoitusohjelmien säännösten mukaisesti.

¹ Neuvoston päätös (EU) 2022/2296, annettu 21 päivänä marraskuuta 2022, , jäsenvaltioiden työllisyyspolitiikan suuntaviivoista (EUVL L 304, 24.11.2022, s. 67).

² Vapaaehtoinen eurooppalainen sosiaalipalvelujen laatukehys, SPC/2010/10/8 final.

- (24) Unioni tarjoaa pitkäaikaishoitoa varten monia rahoitusmahdollisuuksia, joissa rahoitus kohdennetaan erilaisiin investointipainopisteisiin eri rahoitusohjelmien säännösten mukaisesti; näitä ovat esimerkiksi Euroopan aluekehitysrahasto (jossa painopisteenä ovat muissa kuin hoitolaitoksissa tarjottavat perhe- ja yhteisöpohjaiset palvelut), Euroopan sosiaalirahasto plus ja sen työllisyyden ja sosiaalisen innovoinnin toimintalohko, oikeudenmukaisen siirtymän rahasto, Horisontti Eurooppa -puiteohjelma, EU4Health-ohjelma, Digitaalinen Eurooppa -ohjelma, tekninen tuki, jolla parannetaan kansallisten viranomaisten valmiuksia suunnitella, kehittää ja toteuttaa uudistuksia teknisen tuen välineen kautta, sekä elpymis- ja palautumistukiväline, josta rahoitetaan tukikelpoisia uudistuksia ja investointeja covid-19-pandemiasta elpymisen yhteydessä.

- (25) Tämä suositus perustuu pitkäaikaishoitoon sovellettavaan ja sen kannalta merkitykselliseen unionin oikeuteen, joka koskee avoimia ja ennakoitavia työehtoja, kuten Euroopan parlamentin ja neuvoston direktiivi 96/71/EY¹, Euroopan parlamentin ja neuvoston direktiivi (EU) 2019/1152² ja Euroopan parlamentin ja neuvoston direktiivi (EU) 2022/2041³, työ- ja yksityiselämän tasapainottamista, kuten Euroopan parlamentin ja neuvoston direktiivi (EU) 2019/1158⁴, sekä työterveyttä ja -turvallisuutta, kuten neuvoston direktiivi 89/391/ETY⁵, neuvoston direktiivi 89/656/ETY⁶, neuvoston direktiivi 90/269/ETY⁷, neuvoston direktiivi 98/24/EY⁸,

¹ Euroopan parlamentin ja neuvoston direktiivi 96/71/EY, annettu 16 päivänä joulukuuta 1996, palvelujen tarjoamisen yhteydessä tapahtuvasta työntekijöiden lähettämisestä työhön toiseen jäsenvaltioon (EYVL L 18, 21.1.1997, s. 1).

² Euroopan parlamentin ja neuvoston direktiivi (EU) 2019/1152, annettu 20 päivänä kesäkuuta 2019, avoimista ja ennakoitavista työehdoista Euroopan unionissa (EUVL L 186, 11.7.2019, s. 105)..

³ Euroopan parlamentin ja neuvoston direktiivi (EU) 2022/2041, annettu 19 päivänä lokakuuta 2022, riittävistä vähimmäispalkoista Euroopan unionissa (EUVL L 275, 25.10.2022, s. 33).

⁴ Euroopan parlamentin ja neuvoston direktiivi (EU) 2019/1158, annettu 20 päivänä kesäkuuta 2019, vanhempien ja omaistaan hoitavien työ- ja yksityiselämän tasapainottamisesta ja neuvoston direktiivin 2010/18/EU kumoamisesta (EUVL L 188, 12.7.2019, s. 79).

⁵ Neuvoston direktiivi 89/391/ETY, annettu 12 päivänä kesäkuuta 1989, toimenpiteistä työntekijöiden turvallisuuden ja terveyden parantamisen edistämiseksi työssä (EUVL L 183, 29.6.1989, s.1)..

⁶ Neuvoston direktiivi 89/656/ETY, annettu 30 päivänä marraskuuta 1989, työntekijöiden työpaikalla käyttämille henkilönsuojaimille turvallisuutta ja terveyttä varten asetettavista vähimmäisvaatimuksista (kolmas direktiivin 89/391/ETY 16 artiklan 1 kohdassa tarkoitettu erityisdirektiivi) (EYVL L 393, 30.12.1989, s. 18).

⁷ Neuvoston direktiivi 90/269/ETY, annettu 29 päivänä toukokuuta 1990, terveyttä ja turvallisuutta varten asetettavista vähimmäisvaatimuksista sellaisessa käsin tapahtuvassa taakkojen käsittelyssä, johon liittyy erityisesti työntekijän selän vahingoittumisen vaara (neljäs direktiivin 89/391/ETY 16 artiklan 1 kohdassa tarkoitettu erityisdirektiivi) (EYVL L 156, 21.6.1990, s. 9).

⁸ Neuvoston direktiivi 98/24/EY, annettu 7 päivänä huhtikuuta 1998, työntekijöiden terveyden ja turvallisuuden suojelemisesta työpaikalla esiintyviin kemiallisiin tekijöihin liittyviltä riskeiltä (neljästoista direktiivin 89/391/ETY 16 artiklan 1 kohdassa tarkoitettu erityisdirektiivi) (EYVL L 131, 5.5.1998, s. 11).

Euroopan parlamentin ja neuvoston direktiivi 2000/54/EY¹, Euroopan parlamentin ja neuvoston direktiivi 2003/88/EY², Euroopan parlamentin ja neuvoston direktiivi 2004/37/EY³ ja Euroopan parlamentin ja neuvoston direktiivi 2013/35/EU⁴.

- (26) Tässä suosituksessa noudatetaan toissijaisuus- ja suhteellisuusperiaatteita kaikilta osin ja otetaan huomioon pitkäaikaishoitojärjestelmien moninaisuus ja niiden erilaiset organisaatorakenteet, eikä tämä suositus vaikuta jäsenvaltioiden toimivaltaan järjestää sosiaalisen suojelun järjestelmänsä eikä estä jäsenvaltioita pitämästä voimassa tai ottamasta käyttöön suositeltua tiukempia sosiaalista suojelua koskevia säännöksiä,

ON ANTANUT TÄMÄN SUOSITUKSEN:

¹ Euroopan parlamentin ja neuvoston direktiivi 2000/54/EY, annettu 18 päivänä syyskuuta 2000, työntekijöiden suojelemisesta vaaroilta, jotka liittyvät biologisille tekijöille altistumiseen työssä (seitsemäs direktiivin 89/391/ETY 16 artiklan 1 kohdassa tarkoitettu erityisdirektiivi) (EYVL L 262, 17.10.2000, s. 21).

² Euroopan parlamentin ja neuvoston direktiivi 2003/88/EY, annettu 4 päivänä marraskuuta 2003, tietyistä työajan järjestämisestä koskevista seikoista (EUVL L 299, 18.11.2003, s. 9).

³ Euroopan parlamentin ja neuvoston direktiivi 2004/37/EY, annettu 29 päivänä huhtikuuta 2004,

työntekijöiden suojelemisesta syöpäsairauden vaaraa aiheuttaville tekijöille, perimän muutoksia aiheuttaville aineille tai lisääntymiselle vaarallisille aineille altistumiseen työssä liittyviltä vaaroilta (kuudes neuvoston direktiivin 89/391/ETY 16 artiklan 1 kohdassa tarkoitettu erityisdirektiivi) (EUVL L 158, 30.4.2004, s. 50).

⁴ Euroopan parlamentin ja neuvoston direktiivi 2013/35/EU, annettu 26 päivänä kesäkuuta 2013, terveyttä ja turvallisuutta koskevista vähimmäisvaatimuksista työntekijöiden suojelemiseksi altistumiselta fyysisistä tekijöistä (sähkömagneettiset kentät) aiheutuville riskeille (kahdeskymmenes direktiivin 89/391/ETY 16 artiklan 1 kohdassa tarkoitettu erityisdirektiivi) ja direktiivin 2004/40/EY kumoamisesta (EUVL L 179, 29.6.2013, s. 1).

TAVOITE JA SOVELTAMISALA

1. Tällä suosituksella pyritään parantamaan kohtuuhintaisen ja laadukkaan pitkäaikaishoidon saatavuutta kaikille sitä tarvitseville.
2. Tämä suositus koskee kaikkia pitkäaikaishoitoa tarvitsevia henkilöitä sekä kaikkia virallisia hoitajia ja omaisiaan hoitavia. Sitä sovelletaan kaikissa hoitoympäristöissä tarjottavaan pitkäaikaishoitoon.

MÄÄRITELMÄT

3. Tässä suosituksessa tarkoitetaan
 - a) 'pitkäaikaishoidolla' erilaisia palveluja ja tukea henkilöille, jotka pitkäaikaisen henkisen ja/tai fyysisen haurauden ja/tai vammaisuuden seurauksena ovat riippuvaisia tuesta päivittäisissä toiminnoissa ja/tai tarvitsevat jonkinlaista pysyvää sairaanhoitoa. Päivittäiset toiminnot, joissa tukea tarvitaan, voivat olla itsestä huolehtimiseen liittyviä toimintoja, joista henkilön on suoriuduttava päivittäin eli päivittäiset toiminnot, kuten peseytyminen, pukeutuminen, syöminen, sängystä tai tuolista nousu tai laskeutuminen sängylle tai tuolille, liikkuminen, WC:n käyttö sekä rakon ja suolen hallinta, tai ne voivat liittyä itsenäiseen asumiseen eli välineelliset päivittäistoiminnot, kuten aterioiden valmistaminen, rahankäyttö, ruoan tai henkilökohtaisten tarvikkeiden ostaminen, kevyiden tai raskaiden kotitöiden tekeminen ja puhelimen käyttö;

- b) 'virallisella pitkäaikaishoidolla' ammattimaisten pitkäaikaishoidon työntekijöiden tarjoamaa pitkäaikaishoitoa, joka voi olla kotihoitoa, yhteisöpohjaista hoitoa tai laitoshoidon;
- c) 'kotihoitolla' hoitoa saavan kodissa tarjottavaa virallista pitkäaikaishoitoa, josta vastaa yksi tai useampi ammattimainen pitkäaikaishoidon työntekijä;
- d) 'yhteisöpohjaisella hoidolla' virallista pitkäaikaishoitoa, jota tarjotaan ja joka järjestetään yhteisötasolla esimerkiksi aikuisten päivätoiminnan tai tilapäishoidon muodossa;
- e) 'laitoshoidolla' virallista pitkäaikaishoitoa, jota tarjotaan pitkäaikaishoitoyksikössä asuville henkilöille;
- f) 'omaishoidolla' pitkäaikaishoitoa, jota tarjoaa omaistaan hoitava eli hoitoa tarvitsevan henkilön sosiaaliseen ympäristöön kuuluva henkilö, kuten kumppani, lapsi, vanhempi tai muu henkilö, jota ei ole palkattu työskentelemään pitkäaikaishoidon ammattilaisena;
- g) 'itsenäisellä asumisella' sitä, että kaikki pitkäaikaishoitoa tarvitsevat henkilöt voivat elää yhteisössä, jossa heillä on muiden kanssa yhdenvertaiset valinnanmahdollisuudet ja yhdenvertaisesti muiden kanssa mahdollisuus valita asuinpaikkansa sekä se, missä ja kenen kanssa he asuvat, eivätkä he ole velvoitettuja käyttämään tiettyä asuinjärjestelyä;

- h) 'pitkäaikaishoitoa tarjoavalla kotitaloustyöntekijällä' kotitaloustyötä tekevää henkilöä, joka tarjoaa pitkäaikaishoitoa työsuhteessa;
- i) 'kotitaloudessa asuvalla hoivatyöntekijällä' pitkäaikaishoitoa tarjoavaa kotitaloustyöntekijää, joka asuu hoitoa saavan kanssa ja tarjoaa pitkäaikaishoitoa.

RIITTÄVYYS, SAATAVUUS JA LAATU

4. Suositetaan, että jäsenvaltiot varmistavat sosiaalisen suojelun riittävyyden pitkäaikaishoidon osalta etenkin varmistamalla, että kaikilla pitkäaikaishoidon tarpeessa olevilla on pääsy sellaisen pitkäaikaishoidon piiriin, joka on:
- a) oikea-aikaista, jolloin pitkäaikaishoitoa tarvitsevien henkilöiden on mahdollista saada tarvittavaa hoitoa niin pian ja niin kauan kuin on tarpeen;
 - b) kattavaa siten, että se käsittää kaikki pitkäaikaishoidon tarpeet, joita syntyy toimintakyvyn psyykkisestä ja/tai fyysisestä heikkenemisestä, joka määritellään selkeisiin ja objektiivisiin kelpoisuusperusteisiin perustuvalla arvioinnilla ja koordinoitusti muiden tuki- ja sosiaalipalvelujen kanssa;
 - c) kohtuuhintaista, jolloin pitkäaikaishoitoa tarvitsevien henkilöiden on mahdollista säilyttää kohtuullinen elintaso ja heitä suojellaan pitkäaikaishoitotarpeiden aiheuttamalta köyhyydeltä ja sosiaaliselta syrjäytymiseltä varmistaen heille ihmisarvoinen elämä.

5. Suositetaan, että jäsenvaltiot mukauttavat jatkuvasti pitkäaikaishoitopalvelujen tarjontaa pitkäaikaishoidon tarpeisiin ja tarjoavat samanaikaisesti pitkäaikaishoidon vaihtoehtojen ja hoitoympäristöjen tasapainoisen yhdistelmän, jotta voidaan vastata erilaisiin pitkäaikaishoidon tarpeisiin ja tukea hoitoa tarvitsevien valinnanvapautta ja päätöksentekoon osallistumista, esimerkiksi
- a) kehittämällä ja/tai parantamalla kotihoitoa ja yhteisöpohjaista hoitoa;
 - b) kaventamalla alueellisia eroja pitkäaikaishoidon saatavuudessa ja saavutettavuudessa erityisesti maaseudulla ja väestökadosta kärsivillä alueilla;
 - c) ottamalla käyttöön kaikkien saatavilla olevaa innovatiivista teknologiaa ja digitaalisia ratkaisuja hoitopalvelujen tarjonnassa, muun muassa itsemääräämisoikeuden ja itsenäisen asumisen tukemiseksi ottaen huomioon mahdolliset digitalisaatioon liittyvät haasteet;
 - d) varmistamalla, että pitkäaikaishoitopalvelut ja -yksiköt ovat vammaisten henkilöiden ja sellaisten henkilöiden saavutettavissa, joilla on erityistarpeita, ja kunnioittaen kaikkien vammaisten henkilöiden yhdenvertaista oikeutta elää itsenäisesti yhteisössä, jossa heillä on muiden kanssa yhdenvertaiset valinnanmahdollisuudet;
 - e) varmistamalla, että pitkäaikaishoitopalvelut on koordinoitu asianmukaisesti ennaltaehkäisevien palvelujen, terveenä ja aktiivisena ikääntymistä koskevien palvelujen ja terveystalvelujen kanssa ja että ne tukevat itsemääräämisoikeutta ja itsenäistä asumista palauttaen mahdollisuuksien mukaan henkilöiden fyysinen tai psyykinen terveys tai ehkäisten sen heikkenemistä.

6. Suositetaan, että jäsenvaltiot varmistavat, että kaikkia pitkäaikaishoitoympäristöjä varten määritetään niiden erityispiirteisiin räätälöidyt korkeat laatukriteerit ja vaatimukset, ja soveltavat niitä kaikkiin pitkäaikaishoidon tarjoajiin niiden oikeudellisesta asemasta riippumatta. Tätä varten jäsenvaltioita kehoitetaan varmistamaan liitteessä vahvistettujen laatuperiaatteiden mukainen pitkäaikaishoidon kansallinen laatukehys ja sisällyttämään siihen asianmukainen laadunvarmistusmekanismi, jolla
- a) varmistetaan laatukriteerien ja vaatimusten noudattaminen kaikkien pitkäaikaishoitoympäristöjen ja hoidon tarjoajien piirissä yhteistyössä pitkäaikaishoidon tarjoajien ja pitkäaikaishoitoa saavien henkilöiden kanssa;
 - b) tarjotaan pitkäaikaishoidon tarjoajille kannustimia ja parannetaan heidän valmiuksiaan ylittää vähimmäislaatuvaatimukset ja parantaa hoidon laatua jatkuvasti;
 - c) kohdennetaan laadunvarmistukseen resursseja kansallisella, alueellisella ja paikallisella tasolla sekä kannustetaan pitkäaikaishoidon tarjoajia osoittamaan taloudellisia resursseja laadunhallintaan;
 - d) varmistetaan tarvittaessa, että pitkäaikaishoidon laatua koskevat vaatimukset otetaan huomioon julkisissa hankinnoissa;
 - e) edistetään itsemääräämisoikeutta, itsenäistä asumista ja osallisuutta yhteisössä kaikissa pitkäaikaishoidon ympäristöissä;
 - f) varmistetaan kaikkien hoitoa tarvitsevien henkilöiden ja kaikkien hoitajien suojele väärinkäytöksiltä, häirinnältä, laiminlyönneiltä ja kaikenlaiselta väkivallalta.

HOITO- JA HOIVATYÖNTEKIJÄT

7. Suositetaan, että jäsenvaltiot tukevat laadukkaita työsuhteita ja oikeudenmukaisia työoloja pitkäaikaishoidossa erityisesti
- a) edistämällä pitkäaikaishoitoa koskevaa kansallista työmarkkinaosapuolten vuoropuhelua ja sitä koskevia työehtosopimusneuvotteluja, muun muassa tukemalla alan houkuttelevaa palkkakehitystä, asianmukaisia työjärjestelyjä ja syrjimättömyyttä samalla kun kunnioitetaan työmarkkinaosapuolten itsemääräämisoikeutta;
 - b) edistämällä työterveyttä ja -turvallisuutta, kuten häirinnältä, väärinkäytöksiltä ja kaikenlaiselta väkivallalta suojelua koskevien mahdollisimman tiukkojen vaatimusten käyttöönottoa kaikkien pitkäaikaishoidon työntekijöiden osalta, rajoittamatta kuitenkaan työterveyttä ja -turvallisuutta koskevan unionin lainsäädännön soveltamista ja samalla varmistamalla sen tehokas soveltaminen;
 - c) puuttumalla haavoittuvassa asemassa olevien työntekijöiden, kuten pitkäaikaishoitoa tarjoavien kotitaloustyöntekijöiden, kotitalouksissa asuvien hoivatyöntekijöiden ja hoitoalan siirtotyöläisten, kohtaamiin haasteisiin myös antamalla tehokasta sääntelyä ja huolehtimalla tällaisen hoivatyön ammattimaistamisesta.

8. Suositetaan, että jäsenvaltiot, tarvittaessa yhteistyössä työmarkkinaosapuolten, pitkäaikaishoidon tarjoajien ja muiden sidosryhmien kanssa, parantavat hoivatyön ammattimaisuutta, vastaavat pitkäaikaishoidon osaamistarpeisiin ja puuttuvat työvoimapulaan erityisesti
- a) suunnittelemalla ja parantamalla perus- ja jatkokoulutusta, jotta nykyisillä ja tulevilla pitkäaikaishoidon työntekijöillä on tarvittava, myös digitaalinen, osaaminen ja pätevyys;
 - b) kehittämällä pitkäaikaishoitoalan urapolkuja muun muassa täydennys- ja uudelleen koulutuksen, osaamisen validoinnin sekä tiedotus- ja ohjauspalvelujen avulla;
 - c) tarjoamalla pimeää työtä pitkäaikaishoidossa tekeville väyliä laillisen työntekijän asemaan;
 - d) selvittämällä pitkäaikaishoidon työntekijöiden laillisia maahanpääsyväyliä;
 - e) vahvistamalla ammatillisia vaatimuksia sekä tarjoamalla houkuttelevan ammatillisen aseman ja houkuttavat uranäkymät sekä riittävän sosiaalisen suojelun pitkäaikaishoidon työntekijöille, myös sellaisille, joiden pätevyys on heikko tai joilla ei ole lainkaan pätevyyttä;
 - f) toteuttamalla toimia, joilla torjutaan sukupuolistereotyyppioita ja sukupuolten mukaan eriytymistä ja tehdään ammatti pitkäaikaishoidossa houkuttelevaksi sekä miehille että naisille.

9. Suositetaan, että jäsenvaltiot ottavat käyttöön selkeät menettelyt, joilla omaisiaan hoitavat voidaan yksilöidä ja heitä voidaan tukea hoitotyössä
- a) helpottamalla omaisiaan hoitavien yhteistyötä pitkäaikaishoidon työntekijöiden kanssa;
 - b) tukemalla omaisiaan hoitavia tarvittavan koulutuksen, muun muassa työterveyttä ja -koulutusta koskevan koulutuksen, sekä neuvonnan, terveydenhuollon, psykologisen tuen ja tilapäishoidon saamisessa ja tukemalla heitä työn ja hoitovelvollisuuksien tasapainottamisessa;
 - c) antamalla omaisiaan hoitaville pääsy sosiaalisen suojelun piiriin ja/tai riittävää taloudellista tukea ja samalla varmistamalla, etteivät tällaiset tukitoimet ehkäise työmarkkinoille osallistumista.

HALLINNOINTI, SEURANTA JA RAPORTOINTI

10. Suositetaan, että jäsenvaltiot varmistavat pitkäaikaishoitoa koskevan vakaan politiikan hallinnoinnin, johon kuuluu tehokas koordinoitimekanismi alaa koskevien politiikkatoimien ja investointien suunnittelua, käyttöönottoa ja seuranta varten; jäsenvaltioiden olisi erityisesti
- a) perustettava pitkäaikaishoitokoordinaattori tai kansallisten olosuhteiden mukaisesti muu asianmukainen koordinoitimekanismi tukemaan tämän suosituksen täytäntöönpanoa kansallisella tasolla;

- b) otettava asiaankuuluvat sidosryhmät, esimerkiksi työmarkkinaosapuolet, kansalaisjärjestöt, yhteisötalouden toimijat, ammatilliset oppilaitokset, hoidon saajat ja muut kansalliset, alueelliset ja paikalliset sidosryhmät mukaan pitkäaikaishoitoa koskevien toimintapolitiikkojen valmisteluun, toteutukseen, seurantaan ja arviointiin sekä parannettava pitkäaikaishoidon toimintapolitiikkojen yhteensopivuutta muiden asiaa koskevien toimintapolitiikkojen kanssa, mukaan lukien toimintapolitiikat terveydenhuollon, työllisyyden, koulutuksen, laajemman sosiaalisen suojelun ja sosiaalisen osallisuuden, sukupuolten tasa-arvon sekä vammaisten henkilöiden oikeuksien ja lapsen oikeuksien alalla;
- c) varmistettava tietojen keruuta ja arviointia varten kansallinen kehys, joka perustuu asian kannalta merkityksellisiin indikaattoreihin, jotka on tarvittaessa ja mahdollisuuksien mukaan eritelty sukupuolen ja iän mukaan, ja näytön keräämiseen muun muassa pitkäaikaishoidon tarjonnan puutteista;
- d) kerättävä saatuja kokemuksia, onnistuneita käytäntöjä ja palautetta pitkäaikaishoidon toimintapolitiikoista ja käytännöistä muun muassa hoitoa saavilta, hoitoa antavilta ja muilta sidosryhmiltä politiikan suunnittelun tueksi;
- e) kehitettävä mekanismi kansallisten, alueellisten ja paikallisten pitkäaikaishoitotarpeiden ennakoimista varten ja sisällytettävä se pitkäaikaishoidon tarjoamisen suunnitteluun;
- f) vahvistettava valmiussuunnitelmien laadintaa ja valmiuksia turvata pitkäaikaishoidon tarjonnan jatkuvuus ennakoimattomissa olosuhteissa ja hätätilanteissa;

- g) toteutettava toimia, joilla lisätään tietoisuutta ja kannustetaan ja autetaan pitkäaikaishoitoa tarvitsevia henkilöitä, heidän perheitään, pitkäaikaishoidon työntekijöitä ja omaisiaan hoitavia hyödyntämään saatavilla olevia pitkäaikaishoidon palveluja, myös alueellisella ja paikallisella tasolla;
 - h) osoitettava pitkäaikaishoitoon riittävästi kestävä rahoitusta ja hyödynnettävä sitä kustannustehokkaasti myös käyttämällä tähän tarkoitukseen unionin rahoitusta ja välineitä sekä noudattamalla toimintapolitiikkoja, joilla edistetään pitkäaikaishoidon palvelujen kestävä rahoitusta ja jotka ovat johdonmukaisia julkisen talouden yleisen kestävyuden kanssa.
11. Suositetaan, että jäsenvaltiot ilmoittavat komissiolle 18 kuukauden kuluessa tämän suosituksen hyväksymisestä sen täytäntöön panemiseksi toteutetut tai suunnitellut toimenpiteet hyödyntämällä tarvittaessa olemassa olevia kansallisia strategioita tai suunnitelmia, ja ottaen huomioon kansalliset, alueelliset ja paikalliset olosuhteet. Täytäntöönpanon edistymisestä myöhemmin laadittavien raporttien olisi tarvittaessa perustuttava asian kannalta merkityksellisiin raportointimekanismeihin ja foorumeihin, muun muassa niihin, jotka ovat osa sosiaalialan avointa koordinoitimenetelmää, eurooppalaista ohjausjaksoa ja muita asiaa koskevia unionin ohjelmointi- ja raportointimekanismeja, kuten kansalliset elpymissuunnitelmat.
12. Neuvosto suhtautuu myönteisesti komission aikomukseen
- a) osoittaa unionin rahoitusta ja teknistä tukea pitkäaikaishoitoa koskevien kansallisten uudistusten ja sosiaalisen innovoinnin edistämiseen;

- b) seurata tämän suosituksen täytäntöönpanon edistymistä talouspolitiikan eurooppalaisen ohjauksjakson ja sosiaalialan avoimen koordinoitimenetelmän yhteydessä arvioimalla edistymistä säännöllisesti sosiaalisen suojelun komitean ja tarvittaessa työllisyyskomitean kanssa 11 kohdassa tarkoitettujen toimenpiteiden, kansallisten uudistusohjelmien tai muiden asiaankuuluvien asiakirjojen, jäsenvaltioiden edistymiskertomusten ja e alakohdassa tarkoitetun indikaattorikehyksen pohjalta, ja raportoida siitä neuvostolle viiden vuoden kuluessa tämän suosituksen hyväksymisestä;
- c) tehdä yhteistyötä jäsenvaltioiden kanssa sosiaalisen suojelun komitean ja työllisyyskomitean avulla sekä tapauksen mukaan 10 kohdan a alakohdassa tarkoitettujen pitkäaikaishoitokoordinaattorien tai koordinoitimekanismien jäsenten ja asiaankuuluvien sidosryhmien kanssa helpottaakseen vastavuoroista oppimista, jakaakseen kokemuksia ja seuratakseen tämän suosituksen pohjalta 11 kohdan mukaisesti toteutettuja toimia;
- d) tehdä yhteistyötä jäsenvaltioiden kanssa lisätäkseen pitkäaikaishoitoa koskevien vertailukelpoisten tietojen saatavuutta, laajuutta ja merkityksellisyyttä unionin tasolla pitkäaikaishoitotilastoja käsittelevän komission työryhmän työn tulevien tulosten pohjalta;

- e) tehdä yhteistyötä sosiaalisen suojelun komitean kanssa laatiakseen tämän suosituksen täytäntöönpanon seurantaan varten indikaattorikehyksen, joka perustuu pitkäaikaishoidon yhteisiä indikaattoreita koskevaan yhteiseen työhön, ja muita seurantakehyksiä, jotta vältetään kaksinkertaista työtä ja vähennetään hallinnollista rasitetta;
- f) laatia sosiaalisen suojelun komitean kanssa pitkäaikaishoitoa käsitteleviä yhteisiä raportteja, joissa tarkastellaan pitkäaikaishoitoon liittyviä yhteisiä haasteita ja jäsenvaltioiden niiden ratkaisemiseksi toteuttamia toimia;
- g) tehostaa tiedotus- ja viestintätoimia unionin tasolla ja jäsenvaltioissa sekä asiaankuuluvien sidosryhmien parissa.

Tehty Brysselissä

Neuvoston puolesta

Puheenjohtaja

LIITE

PITKÄAIKAISHOIDON LAATUPERIAATTEET

Jäsenvaltioita kehoitetaan varmistamaan 6 kohdassa tarkoitettu pitkäaikaishoidon kansallinen laatukehys seuraavien periaatteiden mukaisesti. Näitä periaatteita sovelletaan kaikkiin pitkäaikaishoidon tarjoajiin riippumatta näiden oikeudellisesta asemasta ja kaikissa hoitoympäristöissä. Ne ilmentävät yhteisiä arvoja ja yhteisymmärrystä pitkäaikaishoidon laadusta.

Kunnioitus

Pitkäaikaishoidossa kunnioitetaan pitkäaikaishoitoa tarvitsevien henkilöiden, heidän perheidensä ja hoitajiensa ihmisarvoa sekä muita perusoikeuksia ja -vapauksia. Tähän sisältyy kaikkien henkilöiden ja erityisesti vammaisten henkilöiden yhdenvertainen oikeus elää itsenäisesti yhteisössä, jossa heillä on muiden kanssa yhdenvertaiset valinnanmahdollisuudet. Pitkäaikaishoitoa tarjotaan ilman sukupuoleen, rotuun tai etniseen alkuperään, uskontoon tai vakaumukseen, vammaisuuteen, ikään tai sukupuoliseen suuntautumiseen perustuvaa syrjintää. Hoitoa saavia henkilöitä suojellaan väärinkäytöksiltä, häirinnältä, laiminlyönneiltä ja kaikenlaiselta väkivallalta.

Ennaltaehkäisy

Pitkäaikaishoidolla pyritään mahdollisuuksien mukaan palauttamaan pitkäaikaishoitoa tarvitsevien henkilöiden fyysinen ja/tai psyykinen terveys tai ehkäisemään sen heikkenemistä ja vahvistamaan heidän valmiuksiaan itsenäiseen asumiseen, samalla kun myös lievitetään heidän kokemaansa yksinäisyyttä tai sosiaalista eristyneisyyttä.

Henkilökeskeisyys

Pitkäaikaishoitopalveluja tarjotaan syrjimättömästi, ja niillä vastataan kunkin pitkäaikaishoitoa tarvitsevan yksilön erityisiin ja muuttuviin tarpeisiin. Niissä kunnioitetaan hoitoa tarvitsevien henkilöiden henkilökohtaista koskemattomuutta kaikilta osin ja otetaan huomioon hoitoa tarvitsevien sukupuoli sekä fyysinen, älyllinen, kulttuurinen, etninen, uskonnollinen, kielellinen ja sosiaalinen monimuotoisuus ja tarvittaessa heidän perheidensä tai sosiaalisen lähipiirinsä fyysinen, älyllinen, kulttuurinen, etninen, uskonnollinen, kielellinen ja sosiaalinen monimuotoisuus. Pitkäaikaishoitoa tarvitseva henkilö on huomion keskipisteenä ja muodostaa perustan palvelujen suunnittelulle, hoidon hallinnoinnille, työntekijöiden kehitykselle ja laadunseurannalle.

Kattavuus ja jatkuvuus

Pitkäaikaishoito suunnitellaan ja sitä tarjotaan yhdenmukaisesti kaikkien muiden asiaankuuluvien palvelujen, kuten terveydenhuollon ja etäterveydenhuollon, kanssa sekä kansallisen, alueellisen ja paikallisen tason tehokkaan yhteensovittamisen pohjalta ottaen mukaan myös yhteisössä toimivat sidosryhmät. Pitkäaikaishoito järjestetään siten, että pitkäaikaishoitoa tarvitsevat henkilöt voivat luottaa siihen, että palveluja on saatavilla keskeytyksettä aina ja niin kauan kuin se on tarpeen, samalla kun tuetaan heidän osallisuuttaan yhteiskuntaan ja suhteiden ylläpitämistä perheeseen ja ystäviin. Eri pitkäaikaishoitopalvelujen väliset siirtymät ovat sujuvia, ja niillä pyritään välttämään palvelun keskeytyminen tai kielteiset vaikutukset saatuun hoitoon.

Tuloksellisuus

Pitkäaikaishoidossa keskitytään ensisijaisesti hyötyihin, joita pitkäaikaishoidolla on sitä saavien elämänlaatuun ja valmiuksiin asua itsenäisesti. Tässä yhteydessä otetaan tarvittaessa huomioon hoitoa saavien perheille, omaisiaan hoitaville ja yhteisölle koituvat hyödyt.

Avoimuus

Pitkäaikaishoitoa tarvitseville henkilöille, heidän perheilleen tai hoitajilleen annetaan helposti saatavilla olevalla ja ymmärrettävällä tavalla kaikki saatavilla olevia pitkäaikaishoidon vaihtoehtoja ja tarjoajia, laatuvaatimuksia ja laadunvarmistusjärjestelyjä koskevat tiedot ja neuvot, joiden pohjalta he voivat valita soveltuvimman hoitovaihtoehdon.

Työvoima

Pitkäaikaishoitoa tarjoavat ammattitaitoiset ja pätevät työntekijät, joilla on kohtuullinen palkka ja oikeudenmukaiset työolot. Määritetään riittävä työntekijämitoitus, joka vastaa pitkäaikaishoitoa saavien henkilöiden määrää ja tarpeita sekä erilaisia hoitoympäristöjä, ja noudatetaan sitä.

Kunnioitetaan työntekijöiden oikeuksia, luottamuksellisuutta, ammattietiikkaa ja ammatillista itsenäisyyttä. Hoito- ja hoivatyöntekijöitä suojellaan väärinkäytöksiltä, häirinnältä ja kaikenlaiselta väkivallalta.

Kaikilla pitkäaikaishoidon työntekijöillä on mahdollisuus jatkuvaan oppimiseen.

Hoitoympäristöt

Kaikessa pitkäaikaishoidon tarjoamisessa noudatetaan terveysturva- ja turvallisuussääntöjä sekä esteettömyyttä, ympäristöä ja energiansäästöä koskevia vaatimuksia.

