

VASTAUKSET VALTIONTILIN- TARKASTAJIEN KYSYMYKSIIN

**I VANHUSTENHUOLTO
II HOITOTAKUU**

I VANHUSTENHUOLTO

A) Vanhuspolitiikan tavoitteet

Päivi Voutilainen

Valtakunnallisia linjauksia ikääntyneiden palvelujen kehittämiseksi on asetettu seuraavissa sosiaali- ja terveyspoliittisissa asiakirjoissa:

- Ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskeva laatusuositus (Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen Kuntaliitto 2001)
- Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma 2004–2007 (Sosiaali- ja terveysministeriö 2003a)
- Kansallinen hoitotyön tavoite- ja toimintaohjelma 2004–2007 (Sosiaali- ja terveysministeriö 2003b)
- Terveys 2015 -kansanterveysohjelma (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001)
- Kansallinen terveyshanke (Sosiaali- ja terveysministeriö 2002)
- Sosiaalialan kehittämishanke (Sosiaali- ja terveysministeriö 2003c, 2003d)

Yhteenvedon edellä kuvatuista ikääntyneiden palveluja linjaavista asiakirjoista voidaan todeta, että niiden keskeiset tavoitteet ovat yhdenmukaisia. Ikääntyneiden toimintakyvyn ylläpitäminen, kotona asumisen tukeminen ja avopalvelujen ensisijaisuus sekä riittävien ja oikea-aikaisten sosiaali- ja terveyspalvelujen turvaaminen ovat asiakirjojen keskeistä sisältöä. Tavoitteissa korostetaan myös varautumista ikääntyneiden määrän kasvuun. Suomalaisen ikääntymispolitiikan julkilausuttuna tavoitteena on aina 1970-luvulta lähtien ollut, että mahdollisimman moni ikääntynyt voi elää itsenäisesti omassa kodissaan ja omassa, tutussa asuinympäristössään omien läheistensä ja sosiaalisten verkostojensa ympäröimänä. On korostettu sitä, että kotona asumista tulee tukea oikea-aikaisilla, joustavilla ja ammattitaidolla tuetuilla sosiaali- ja terveyspalveluilla.

Em. asiakirjat sisältävät sekä määrällisiä että laadullisia tavoitteita. Kotiin annettavien palveluiden ensisijaisuuden ja lisäämisen tavoitteet ovat suunnanneet pitkäaikaisen laitoshoidon volyymin kehitystä erityisesti 1990-luvulla. Vuonna 1992 sosiaali- ja terveysministeriö asetti tavoitteeksi, että vuoteen 2000 mennessä toteutettaisiin ikääntyneiden palveluissa rakennemuutos, jossa vähennetään laitoshoidon, tehostetaan voimavarojen käyttöä ja alennetaan kustannuksia (Sosiaali- ja terveysministeriö 1992). Samat painotukset sisältyivät myös vuonna 1996 julkaistun Suomen ensimmäiseen viralliseen vanhuspoliittiseen strategiaan (Sosiaali- ja terveysministeriö 1996). Näissä asiakirjoissa määriteltiin myös palvelujen tavoitteellisia

kattavuuksia suhteessa 75 vuotta täyttäneeseen väestöön. Palveluiden määrälliset tavoitteet, jotka tuli saavuttaa vuoteen 2001 mennessä, olivat seuraavat:

- 90 % asuu kotona tarvittavien tukipalvelujen turvin
- pitkäaikaista laitoshoidtoa on tarjolla 5–7 prosentille ja
- palveluasumista on tarjolla 3–5 prosentille.

Kotiin annettavan avun kattavuudelle ei 1990-luvulla asetettu numeerista tavoitetasoa, mutta Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma 2004–2007 (Sosiaali- & terveysministeriö 2003b) määrittää myös kotiin annettavalle avulle täsmällisen tavoitetason. Tavoite- ja toimintaohjelman toimenpidesuositus esittää kotipalvelujen tavoitekattavuudeksi 25 prosenttia 75 vuotta täyttäneestä väestöstä.

Palveluiden laatuun liittyviä tavoitteita ovat

- asiakaslähtöisyys, jonka mukaan palvelujen sisältöä ja määrää tuli kehittää asiakkaan yksilöllisiä tarpeita ja voimavaroja vastaavasti ottaen huomioon myös hänen omaisensa, ystävänsä ja muu lähiyhteisö
- asiakkaan ja hänen omaistensa osallistumisen mahdollistaminen palvelujen suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin
- palvelujen yhteensovittaminen saumattomaksi kokonaisuudeksi
- kuntouttavan työtteen käyttö
- kirjallisen hoito- ja palvelusuunnitelman käyttö
- henkilökunnan riittävä määrä
- henkilökunnan osaamisen systemaattinen kehittäminen
- pitkäaikaishoitoa tarjoavien yksiköiden kodinomaisuus.

(Sosiaali- ja terveysministeriö 1996; 2003a, Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen Kuntaliitto 2001.)

B) Vanhustenhuollon ohjaus

Kysymys: Miten sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalan vanhustenhuollon ohjaus on kehittynyt viime vuosina?

Taina Rintala ja Päivi Voutilainen

Vanhustenhuollon ohjaus muuttui merkittävästi 1990-luvun alussa. Vuonna 1993 astui voimaan kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelu- ja valtionosuusjärjestelmän uudistus. Uudistus merkitsi valtion sitovan ohjauksen vähentymistä. Normiohjausta purettiin, valtionavut irrotettiin valtakunnallisista suunnitelmista ja kustannusperusteisista valtionosuuksista siirryttiin laskennallisiin valtionosuuksiin. Kunnat saivat periaatteessa enemmän itsenäistä päätösvaltaa alueensa vanhustenhuollon järjestämisessä, kehittämässä ja suuntaamisessa palvelutarpeen mukaan. Niiden ei enää tarvitse laatia lääninhallitukselle alistettavaa sosiaali- ja terveydenhuollon toteuttamissuunnitelmaa eikä valtionosuusvelvitystä käyttökustannusten osalta. Kunta saa tietyn rahasumman sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämiseen riippumatta siitä, miten se alueensa palvelut järjestää. Lisääkö kunta määrärahoja vanhustenhuoltoon, ostaako se vanhustenhuollon palveluja yksityisiltä yrityksiltä tai järjestöiltä tai kohdentaako se henkilöstöä tarkoituksenmukaisesti kuuluu paikallisen päätöksenteon eli kunnallisen demokratian piiriin. Valtio ei enää ohjaa henkilöstön määrää, tehtäviä tai sitä, budjetoivatko kunnat riittävästi määrärahoja suhteessa vanhusväestönsä määrään.

Valtionosuusjärjestelmän merkitys oli keskeinen 1950–1980-luvuilla, kun valtio pyrki edistämään vanhustenhuollon palvelujärjestelmän rakentamista ja laajentamista toivomaansa suuntaan. Viimeisten runsaan 10 vuoden aikana valtionosuusjärjestelmällä on taas pyritty edistämään palvelurakenteiden uudistamista kuntakohtaisesti. Valtio osallistuu edelleen kunnille antamiensa tehtävien hoidosta aiheutuviin kustannuksiin, mutta laskennalliset kustannukset eivät vastaa todellisia vanhustenhuollon kustannuksia. Valtion tavoitteena ei ole säilyttää nykyistä kustannusrakennetta, vaan ohjata kuntia järjestämään palvelutuotantonsa niin, että se vastaa vanhojen ihmisten yksilöllisiä tarpeita, on taloudellisesti järkevää ja tukee vanhojen ihmisten omassa kodissa asumista mahdollisimman pitkään.

Valtionosuusjärjestelmän ohella valtion tapa ohjata kuntia vanhustenhuoltoa koskevissa tehtävissä muuttui merkittävästi 1990-luvun puolivälissä. Kysymys on ns. informaatio-ohjauksen yleistymisestä. Normien ja tiukentuneiden resurssien sijasta kuntia on pyritty ohjaamaan yhä enemmän jakamalla tietoa. Informaatio-ohjauksen tavoitteena on tuottaa kuntatoimijoille ja muille palveluidentuottajille sellaista tietoa, joka auttaa heitä muokkaamaan omaa toimintaansa ja tuottavuuttaan. Tavallisimpia informaatio-ohjauksen muotoja ovat esimerkiksi koulutus, tilasto- ja tutkimustieto, rekisteritieto, arviointitieto, oppaat tai suositukset sekä muut julkaisut. Infor-

maatio-ohjauksen muotoja ovat myös tutkimus- ja kehittämishankkeiden yhteydessä syntyvä tieto ja vertaistiedon välittäminen. Lisäksi informaatio-ohjauksen muotoina voidaan pitää tavoitteita, linjauksia ja politiikkalinjauksia, koska ne kertovat siitä, mitä kulloinkin pidetään tärkeänä ja keskeisenä. (Stenvall & Syväjärvi 2006, 13, 18–19.) Tällaisia vanhustenhuollon palvelujärjestelmän tavoitteita linjaavia asiakirjoja ovat Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma 2004–2007 (2004), ja pääministeri Matti Vanhasen hallitusohjelma (24.6.2003).

Informaatio-ohjaus on luonteeltaan ei-sitovaa. Tämä merkitsee sitä, että kunnilla on aina vapausasteita ohjauksen suhteen. Kunta voi olla reagoimatta saamaansa tietoon tai päätyä eri ratkaisuun kehittämistoiminnassaan kuin mitä valtio on toivonut. Tutkimusten mukaan näin näyttääkin käyneen. Alueelliset erot vanhustenhuollossa ovat kasvaneet ja palveluiden ja ihmisten alueellinen tasa-arvo on heikentynyt. Tämä näkyy mm. siten, että palveluiden saantikriteereissä, saatujen palvelujen määrässä ja tuen tasossa (esim. Vaarama ym. 2004). Pyrkimys ohjata vanhustenhuoltoa tavoite- ja toteuttamissuunnitelmalla (TATO) sekä erilaisilla laatusuosituksilla kuten Ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskevalla laatusuosituksella (2001) eivät siten ole käytännössä olleet riittävän voimakkaita suuntaamaan vanhustenhuoltoa valtion linjaamaan suuntaan. Tämä on 2000-luvulla johtanut siihen, että kansalaisten tai palveluita tarvitsevan asiakkaan oikeuksia on alettu vahvistaa. Valtion uudeksi ohjauvälineeksi ovat tulleet ohjelmat, kuten Terveys 2015 -kansanterveysohjelma (2001), Kansallinen hanke terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi (2003), Kansallinen sosiaalialan kehittämissuunnitelma (2003) ja Kansallinen hoitotyön tavoite- ja toimintaohjelma 2004–2007 (2003). Ohjelmien käyttö on merkinnyt osittain paluuta normi- ja resurssiohjaukseen.

Käytännössä normiohjauksen voimistuminen on näkynyt siten, että kuntien toimintaa ohjaavaa lainsäädäntöä on lisätty. Lainsäädäntöuudistuksilla on pyritty selkiyttämään ja yhtenäistämään tapaa, jolla kansalaiset pääsevät palvelujen piiriin. Terveystakuun tuli voimaan 1.3.2005 ns. hoitotakuu (855/2004 ja 856/2004) ja sosiaalihuollossa tuli voimaan 1.3.2006 ns. hoivatakuu eli 80 vuotta täyttäneille ja Kelan eläkkeensaajien hoitotukea saaville on järjestettävä pääsy palvelutarpeen arviointiin. Elokuun alusta 2005 tuli voimaan laki, joka velvoittaa kunnat huolehtimaan sosiaalihuollon henkilöstön täydennyskoulutuksen järjestämisestä (50/2005). 1.1.2006 tuli voimaan myös laki omaishoidon tuesta (937/2005), jonka myötä omaishoito eriytettiin omaksi erilliseksi laiksi sosiaalihuoltolaista, omaishoitajana toimivan henkilön oikeus saada palveluja tunnustettiin ja hoitopalkkiolle määriteltiin 300 euron minimistandardi. Lisäksi parhaillaan valmistellaan ns. sosiaalitakuulakia eli lakia kansalaisten oikeudesta päästä palvelujen tarpeen arviointiin myös kunnallisessa sosiaalityössä.

Kaikkien edellä mainittujen lakien täytäntöönpanoa on tuettu informaatio-ohjauksella. Terveydenhuollossa on annettu suositus yhtenäisistä kiireettömän hoidon perusteista (Oppaita 2005c), kuntien päättäjille on valmistettu omaishoitoa koskeva opas (Oppaita 2005a) ja on julkaistu selvitys kuntien käytössä olevista eri toimintakykymittareiden soveltuvuudesta vanhusten palvelutarpeen arvioimisessa. Lisäksi uusien palvelunmuotojen käyttöön ottoa on pyritty edistämään lailla palvelusetelistä kotipalveluissa (1310/2003). Palvelusetelin käyttöönottoa kotipalveluissa koskeva opas valmistui vuonna 2005 (Oppaita 2005b).

Viime vuosina on palattu tavallaan myös ns. korvamerkittyjen valtionosuuksien aikaan. Korvamerkityillä valtionosuuksilla eli sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämistoimintaan kohdennetulla erillisellä määrärahalla valtio pyrkii muokkaamaan ja tehostamaan sekä uudistamaan kuntien toimintatapoja valtakunnallisten tavoitteiden mukaisesti ja siten, että rakenteelliset uudistukset etenisivät valtakunnallisesti. Valtion resurssiohjaus perustuu siihen, että kunnat voivat saada valtionavustusta sosiaali- ja terveysministeriön ja lääninhallitusten määrittämiin painoalueisiin. Valtionavustuspäätösten piirissä olevat hankkeet koskevat erityisesti palveluiden tuottamista ja kehittämistä. (STM 2004.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämishankkeisiin myönnettävien valtionavustusten (vuonna 2006 yhteensä 55 230 000 euroa) ohjeistamisesta ja hallinnoinnista vastaa sosiaali- ja terveysministeriö yhdessä lääninhallitusten kanssa. Lääninhallitusten valtionavustuspäätösten piiriin tulevien hankkeiden painoalueet on määritelty laajoiksi. Sosiaali- ja terveysministeriön päätettävissä olevalla määrärahalla on tarkoitus saada käyntiin valtakunnan tasolla päätetyt rakenteelliset muutokset. (STM 2004, 10, 16.) Lääninhallitukset ovat myöntäneet vuosina 2003–2005 yhteensä 75:lle Sosiaalialan kehittämishankkeen painoalueelle sijoittuvalle Vanhusten palveluiden saatavuuden ja laadun parantamista edistävälle hankkeelle hankerahoitusta yhteensä 6,3 miljoonaa euroa (muistio 28.3.2006).

Vuoden 1992 sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelu- ja valtionosuusjärjestelmän uudistus muuttivat myös lääninhallitusten ohjaavaa roolia suhteessa kuntiin. Taloushallinnollisen ohjauksen siirryttyä kuntiin myös lääninhallitukset on valjastettu toteuttamaan informaatio-ohjausta. Sosiaali- ja terveydenhuollon perustamis- ja kehittämishankkeiden valtionavustusten ohjaamisen ja hallinnoinnin lisäksi lääninhallitukset arvioivat sosiaali- ja terveysministeriön ohjauksessa alueellisesti toimialansa peruspalveluja ja ohjaavat ja valvovat kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja.

Lähteet:

- 856/2004 Laki erikoissairaanhoidon muuttamisesta
- 855/2004 Laki kansanterveyslain muuttamisesta
- 937/2005 Laki omaishoidon tuesta

1310/2003 Laki sosiaalihuoltolain muuttamisesta
50/2005 Laki sosiaalihuoltolain muuttamisesta

Muistio (28.3.2006): Valtionavustushankkeiden vastuuhenkilöiden verkottumis- & arviointikokous. Julkaisematon.

Oppaita (2005a): Omaishoidon tuki. Opas kuntien päättäjille. Oppaita 3. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.

Oppaita (2005b): Palveluseteli. Käyttöopas kotipalveluun. Oppaita 1. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.

Oppaita (2005c): Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet. Oppaita 5. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.

Pääministeri Matti Vanhasen hallitusohjelma (24.6.2003)
(www.valtioneuvosto.fi)

Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma 2004–2007 (2004). Julkaisuja 2003:20. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö (2004): Hakijan opas Valtionavustuksen hakeminen sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämishankkeille vuosina 2005–2007. Oppaita 15. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.

Stenvall, Jari & Syväjärvi, Antti (2006): Onkos tietoo? Valtion informaatio-ohjaus kuntien hyvinvointitehtävissä. Tutkimukset ja selvitykset 3/2006. Valtiovarainministeriö. Helsinki

Vaarama, Marja, Voutilainen, Päivi & Kauppinen, Sari (2004): Ikääntyneiden hoivapalvelut, 36–59. Teoksessa Matti Heikkilä & Milla Roos (toim.) Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2005. Stakes. Helsinki.

Kysymys: Saadaanko ohjauksen keinoin selville tavoitteiden toteutuminen?

Ohjauksen (kansalliset tilastot ja rekisterit) keinoin saadaan osaksi selville, miten vanhuspolitiikan tavoitteet ovat toteutuneet.

Kysymys: Miten sosiaali- ja terveysministeriö voi ohjauksen ja seurannan keinoin vaikuttaa kuntien kunnallisen itsehallinnon piirissä tuottamiin vanhusten palveluihin?

Sosiaali- ja terveysministeriön mahdollisuudet vaikuttaa informaatio-ohjauksen keinoin kuntien tuottamiin vanhuspalveluihin ovat rajalliset. Tämä johtuu siitä, että sosiaali- ja terveysministeriön valitsema informaatio-

tio-ohjaus on luonteeltaan ei-sitovaa. Paikallistason toimijat voivat itsenäisesti päättää toimivatko ne esim. annettujen suositusten mukaisesti.

Sosiaali- ja terveysministeriön ohjauksen lähtökohtana ovat enemmänkin keskushallinnon tasolla olevat valtakunnalliset tavoitteet kuin kuntatason ongelmat (Stenvall & Syväjärvi 2006, 45). Tämän ratkaiseminen edellyttäisi sitä, että vanhuspolitiikassa irrottauduttaisiin valtakunnallisista tavoitteista ja luotaisiin niiden tilalle alueelliset vanhuspoliittiset tavoitteet. Tämä saattaisi edistää kuntia muuttamaan toimintojaan valtion haluamaan suuntaan, koska käyttäytymisen muuttamiseen vaikuttavaa tietoa on muokattu siten, että kuntien on niitä helpompi toteuttaa.

Vaikka sosiaali- ja terveysministeriöllä on runsaasti käytössä kuntien vanhuspalveluja koskevaa seurantatietoa, niitä ei kuitenkaan hyödynnetä riittävästi yksittäisen kunnan ohjauksessa. Seurantatietoa käytetään pikemminkin valtakunnan tasolla esimerkiksi uudistettaessa lainsäädäntöä.

Onko ministeriöllä käytettävissään sanktioita kuntia kohtaan, elleivät ne varaa riittävästi voimavaroja vanhusten palvelujen tuottamiseen tai kuntien tuottamissa palveluissa ilmenee olennaisia epäkohtia?

Kuntalain 8 §:n 2 momentti korostaa kuntien omaa vastuuta ja oikeutta tehdä paikallisen tarpeen mukaisia ratkaisuja, joihin valtio voi puuttua vain laillisuusnäkökulmasta. Edellä mainitun säännöksen perusteella valtiolla ei ole laillisuuskysymyksissäkään oma-aloitteista valvontaoikeutta, vaan valtion kuntien toimintaan kohdistuvan valvonnan lähtökohtana ovat kantelut ja kuntien vapaaehtoisuus valvontatoimille.

Lainsäädäntö antaa sosiaali- ja terveysministeriölle mahdollisuuden kohdistaa sanktioita sellaisia kuntia kohtaan, jotka budjetoivat liian vähän määrärahoja vanhustenhuoltoon, mutta ministeriö ei ole koskaan (tietojemme mukaan) käytännössä soveltanut kyseistä sanktiota. Kuntien valtiosuuslain (1147/1996) 19 §:n mukaan sosiaali- ja terveysministeriöllä on oikeus määrätä kunta palauttamaan liikaa saamansa valtiosuus palautettavaksi vetoamalla perusteettomaan etuun. Perusteetonta etua voisi soveltaa käsitykseni mukaan tilanteeseen, jossa kunta kieltäytyy antamasta vanhukselle palveluja vetoamalla määrärahojen vähäisyyteen tai niiden loppumiseen kesken vuotta, vaikka kunta on saanut rahaa vanhuspalveluiden järjestämiseen. Tämä rahamäärä sisältyy könttäsummuna maksettavaan laskennalliseen valtiosuuteen, jossa on huomioitu kunnan vanhusväestön osuus väestöstä. Lain mukaan sosiaali- ja terveysministeriö voi kuitenkin jättää valtiosuuden perimättä, jos palautettavaksi määrätty etuus on vähäinen tai jos sen palauttamista tai koron perimistä on pidettävä kohtuuttomana. Sosiaali- ja terveysministeriö voi myös päättää, että palautettava etuus vähennetään myöhemmin seuraavien valtiosuuksien yhteydessä. Näitä sanktioita

voidaan soveltaa myös kehittämishankkeiden valtionavustuksiin (716/2002 19i §).

Toinen sanktiokeino perustuu valtiosuuslain (688/2001) 21 pykälään. Sen mukaan valtionapuviranomainen voi määrätä valtionavustuksen lopettavaksi tai jo maksetun valtionavustuksen takaisin perittäväksi, jos kunta on käyttänyt valtionavustuksen olennaisesti muuhun tarkoitukseen kuin se on myönnetty. Koska sosiaali- ja terveydenhuollon valtionavustukset maksetaan kunnalle könttäsummana, antaa kuntien autonomia mahdollisuuden käyttää laskennallisesti vanhustenhuoltoon varatut rahat muuhun. Käytännössä valtion (sosiaali- ja terveysministeriön) on kuitenkin vaikea todentaa sitä, onko vanhuspalveluiden järjestämiseen käytetyt rahat käytetty johonkin muuhun tarkoitukseen, koska kunnat eivät ole tilivelvollisia saamiensa valtiosuusien kohdentamisesta ja laskennalliset valtiosuudet eivät ole luonteeltaan korvamerkittyjä rahoja.

Valtiosuuslain (688/2001) 22 §:n mukaan valtionapuviranomaiset voivat periä takaisin myös harkinnanvaraisen valtionavun, mikäli kunta on lopettanut valtionavustuksen kohteena olleen toiminnan tai supistanut sitä olennaisesti. Tämän sanktion käyttö on käytännössä hankalaa, koska kunnat saattavat hakea harkinnanvaraista apua myös jo supistamiensa toimintojen ylläpitämiseen. Tällöin näille kunnille ei tulisi alun perinkään myöntää harkinnanvaraista valtionavustusta.

Sosiaali- ja terveysministeriön sijasta lääninhallitusten käytössä on pakkokeinoja, joita myös käytännössä käytetään. Koska lääninhallitukset valvovat sosiaali- ja terveydenhuollon toteutumista läänissä, ne voivat itse tai tutkimansa kantelun perusteella antaa kunnalle ensin huomautuksen palveluiden korjaamiseksi. Jos lääninhallituksen antama huomautus ei johda kunnassa toimenpiteisiin, voi lääninhallitus seuraavassa vaiheessa määrätä kunnalle uhkasakon. Uhkasakko lankeaa maksettavaksi, jos kunta ei noudata saamansa käskyä korjata palveluissa havaittuja puutteita tietyssä määräajassa. Käytännössä kunnat ovat yleensä korjanneet palveluissa havaitut epäkohdat saamansa huomautuksen jälkeen.

Lähteet:

Kehittämishankkeiden valtionavustus 716/2002
Kuntien valtiosuuslaki 1147/1996
Valtionavustuslaki 688/2001

Mikä on sosiaali- ja terveysministeriön perusteltu näkemys siitä, saadaanko nykyisellä palvelujärjestelmällä tuotettua vanhuksille sellaiset palvelut, jotka heille perustuslain mukaan kuuluvat?

Sosiaali- ja terveysministeriön näkemyksen mukaan nykyisellä palvelujärjestelmällä kyetään turvaamaan vanhuksille perustuslain mukaiset palvelut. Ministeriö perusteelle näkemystään sillä, että väestön toimintakyky parantuu, iäkkäiden hoivan tarve siirtyy myöhemmäksi (ks. STM 2001:3, 6) ja uudentyy vanhuspalveluiden järjestämistavoilla kyetään tuottamaan palveluja tehokkaammin ja taloudellisemmin (esim. pääministeri Matti Vanhasen hallitusohjelma 24.6.2003).

Toimintakyky ja sen tukeminen on erilaisissa kansallisissa ja paikallisissa tavoitteissa asetettu keskiöön. On tärkeää todeta, että toimintakyky ei ole aivan yksiselitteinen asia, ja että se voidaan eri tutkimuksissa määrittellä eri tavoin. Tavallista on käyttää tietoja liikkumistoinnoista ja keskeisistä perustoinnoista (esim. pukeutuminen, ruokailu, peseytyminen, asunnossa liikkuminen) toimintakyvyn mittarina. Se, kuinka toimintakyky eri tutkimuksissa määritellään ja millaisia aineistoja on käytettävissä, vaikuttaa luonnollisesti saatuihin tuloksiin toimintakykyisten osuudesta. Erilaiset osoittimet tuottavat myös eroja toimintakyvyn kehittymisestä eri ikäryhmiin, sukupuolten tai vaikkapa alueiden välillä.

Tuore Kansanterveyslaitoksen tekemä Terveys 2000 -tutkimuksen ja Mini-Suomi 1978 tutkimustulosten vertailu osoittaa toimintakyvyn kohentuneen ainakin 70-74 -vuotiaiden ikäryhmään asti (Aromaa & Koskinen 2002). 75-84 -vuotiailla muutoksen suunta vaihtelee sukupuolen ja mittareiden mukaan eri tavoin. 85 vuotta täyttäneillä toimintakyky olisi saatavilla olevien aineistojen ja mittarien mukaan heikentynyt. Martelin, Sainio ja Koskinen (2004) ovat esittäneet heikentymistä koskevalle tulokselle joukon mahdollisia selityksiä, kuten terveydenhuollon kehittyneet menetelmät, tautikirjon muutos, aineistojen puutteet ja muuttuneet raportointitavat. Vaarama ym. (2006) ovat tutkineet toimintakykyä erilaisella aineistolla ja hieman eri lähtökohdista. Aiheesta on käyty laajaa tutkimuksellista keskustelua, ja erilaiset valinnat saattavat selittää, miksi eri yhteyksissä esitetyt tiedot toimintakyvyn kehityksestä voivat ajoittain poiketa toisistaan.

Tämän hetkisen tutkimustiedon mukaan näyttää kuitenkin siltä, että vaikka väestön toimintakyky on parantunut, parantumista ei ole tapahtunut 85 vuotta täyttäneiden osalta (Aromaa & Koskinen 2002). Iäkkäiden hoivan tarve ei ole siten välttämättä siirtynyt myöhemmäksi. Väestön toimintakyvyn paranemista huolimatta palveluiden tarve ei ehkä kuitenkaan vähene. Alkoholinkäyttö on yleistynyt, dementiaa sairastavien määrä lisääntyy, psyykkisistä ongelmista kärsivien määrä on suuri, perheväkivaltaa tapahtuu myös vanhojen ihmisten parisuhteissa ja yksinasuvien vanhusten määrä lisääntyy. Vanhoilla ihmisillä on myös edelleen toimeentulovaiveuksia. (Ks. esim. Rintala 2003; Sulander ym. 2004; Vaarama ym. 2006). Lisäksi seu-

raavien vuosien aikana eläkkeelle on siirtymässä ihmisiä, jotka jäivät 1990-luvun alussa työttömiksi. Näiden ihmisten eläke tulee jäämään pieneksi.

Tällä hetkellä Suomessa on käynnissä kunta- ja palvelurakennemuutos. Julkisuudessa keskustelua on kuitenkin käyty lähinnä vain oikeasta kuntarakenteesta. Palvelurakennemuutosta koskevat asiat ovat jääneet taka-alalle. Kysymystä siitä, mitkä ovat sellaisia perustuslain mukaisia vanhuspalveluita, joita kuntien jatkossakin kyettävä tuottamaan, ei ole esitetty. Suomessa olisi aika käynnistää keskustelu siitä, onko esimerkiksi "elämänlaadun kohottaminen" tai elämään tyytyväisyyden edistäminen sosiaali- ja terveystalouden tehtävä. Toisaalta viimeisten 60 vuoden aikana vanhuk- sille kohdennettuja palveluja on koko ajan lisätty. Jos vanhustenhuollossa jatketaan samalla tavalla eli lisätään koko ajan palveluja vastaamaan uusien vanhusikäluokkien tarpeisiin ja samaan aikaan myös vanhuspalveluiden pii- riä laajennetaan yhä nuorempiin ikäluokkiin (ks. esim. Vaarama 2006), ei- vät kunnat kykene jatkossa turvaamaan perustuslain mukaisia palveluja kaikille. Tällöin puhe siitä, että kuntien on turvattava palvelut tasa- arvoisesti kaikille asuinpaikasta ja tarpeen määrästä riippumatta, uhkaa jää- dä hyvinvointipoliittiseksi retoriikaksi.

Lähteet:

Aromaa, Arpo & Koskinen, Seppo (toim.) (2002): Terveys ja toimintakyky Suomessa. Terveys 2000–tutkimuksen perustulokset. Kansanterveyslaitok- sen julkaisuja B3/2002. Kansanterveyslaitos. Helsinki.

Martelin, Tuija, Sainio, Päivi ja Koskinen, Seppo (2004): Ikääntyvän väes- tön toimintakyvyn kehitys. Teoksessa Kautto, Mikko (toim.): Ikääntyminen voimavarana. Tulevaisuusselonteon liiteraportti 5, Valtioneuvoston kansli- an julkaisusarja 33/2004.

Pääministeri Matti Vanhasen hallitusohjelma (24.6.2003).
(www.valtioneuvosto.fi)

Sosiaali- ja terveysministeriö (2001): Sosiaali- ja terveystalouden strategiat 2010 – kohti sosiaalisesti kestävä ja taloudellisesti elinvoimaista kuntaa. Julkaisuja 3. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.

Sulander, Tommi, Helakorpi, Satu, Nissinen, Aulikki & Uutela, Antti (2004): Eläkeikäisen väestön terveystalouden kehitys ja terveys keväällä 2003 ja niiden muutokset 1993–2003. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B6/2004. Kansanterveyslaitos. Helsinki.

Rintala, Taina (2003): Vanhuskuvat ja vanhustenhuollon muotoutuminen 1850-luvulta 1990-luvulle. Tutkimuksia 132. Stakes. Helsinki.

Vaarama, Marja, Luoma, Minna-Liisa & Ylönen, Lauri (2006): Ikääntynei- den toimintakyky, palvelut ja koettu elämänlaatu, 104–136. Teoksessa Mik- ko Kautto (toim.) Suomalaisten hyvinvointi 2006. Stakes. Helsinki.

C) Ikääntymisen vaikutukset

Väestön ikääntymisen huomioiminen

Mikko Kautto

Suomen väestökehitystä ja siihen varautumista on hiljattain tarkasteltu valtioneuvoston tulevaisuusselonteossa (*Hyvä yhteiskunta kaikenikäisille*, Vnk:n julkaisuja 27/2004) ja sen liiteraporteissa.¹ Suomessa – kuten muissakin teollistuneissa länsimaissa – on käynnissä elinajan odotteen kasvun ja syntyvyyden pienentymisen aiheuttama demografinen muutos. Tämä "väestön ikääntymiseksi" kutsuttu prosessi etenee hitaasti mutta vääjäämättömästi. Ikääntymisessä on kyse eri ikäryhmien suhteellisen koon muutoksesta. Ikääntyminen tarkoittaa koko yhteiskuntaa koskettavaa ilmiötä, jossa lasten ja työikäisten määrät vähenevät *samalla kun* ikääntyneiden määrä kasvaa.

Tilastokeskuksen tuoreimman väestöennusteen mukaan Suomen väestömäärä kääntyy laskuun 2020-luvun lopulla. Syntyvyys on jo pitkään ollut alle uusiutumistason, mutta elinajan pidentyminen ja maahanmuutto ovat pitäneet yllä väestönkasvua. Vaikka syntyvät ikäluokat ovat olleet kooltaan aikaisempaa pienempiä, vuosittain syntyneitä on sentään vielä ollut kuolleita enemmän. Kun vanhojen ihmisten määrä vähitellen kasvaa, kuolleisuus kohoaa ja luonnollinen väestönkasvu kääntyy vähitellen negatiiviseksi.

Suomella on sotien jälkeen ollut talouskasvulle ja julkistaloudelle suosiollinen ikärakenne eli paljon työikäistä väestöä ja verraten vähän ikääntyneitä. Suurten ikäluokkien siirtyminen eläkkeelle kääntää tilanteen toiseksi jo alle kymmenen vuoden päästä. Yli 65 vuotta täyttäneiden määrä alkaa tuntuvasti kasvaa jo kuuden vuoden kuluttua, kun ensimmäiset suurista ikäluokista saavuttavat 65 vuoden iän. Ikärakenteen vanheneminen näkyy työmarkkinoilla jo nyt. Työmarkkinoilta alkaa poistua enemmän ihmisiä kuin sinne tulee. Muutamana vuotena Suomessa on ensimmäistä kertaa historiasamme enemmän 65 vuotta täyttäneitä kuin nuoria alle 20-vuotiaita.

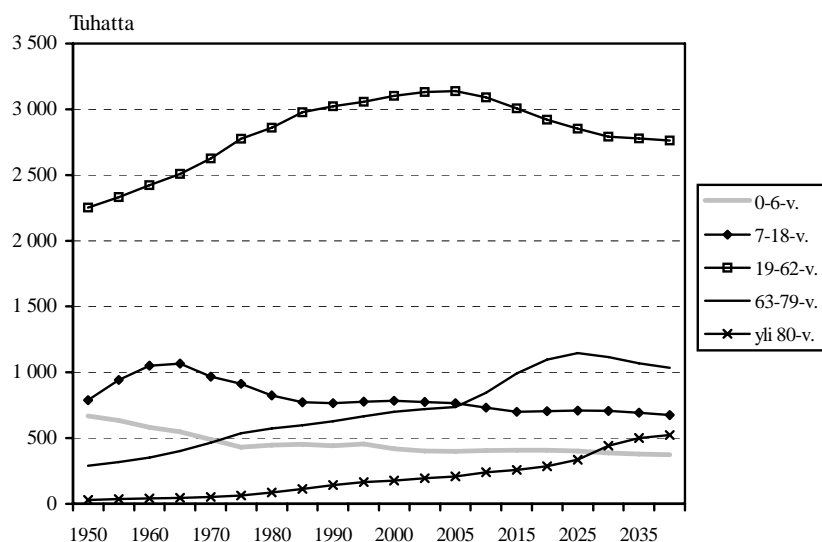
Väestön ikärakenteen muutos on ollut käynnissä jo pitkään. Vaikka 50 vuodessa väestö on kasvanut yli miljoonalla hengellä, alle 15-vuotiaita lapsia on Suomessa nyt 300 000 vähemmän kuin 50 vuotta sitten. Samaan aikaan työikäisten määrä on kasvanut lähes 900 000 hengellä. 65 vuotta täyttäneitä

¹ Lisätietoja: Hyvä yhteiskunta kaikenikäisille. Valtioneuvoston tulevaisuusselonteko väestökehityksestä, väestöpolitiikasta ja ikärakenteen muutokseen varautumisesta. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 27/2004. Tulevaisuusselonteon yhteydessä julkaistiin samassa sarjassa viisi teemaa eri näkökulmista arvioivaa asiantuntijaraporttia. Kaikki julkaisut ovat saatavilla maksutta valtioneuvoston tiedotuksesta ja myös verkosta www.vn.fi

on suomalaisessa yhteiskunnassa nyt lähes puoli miljoonaa enemmän kuin vuonna 1950.

Tulevaan kehitykseen verrattuna ero on se, että menneisyydessä väestökehitys on merkinnyt etenkin työikäisen väestön määrän kasvua. Kun lasten ja nuorten määrä on vähentynyt, tulevaisuudessa työikäisiä on vähemmän. Kasvua taas tapahtuu jatkossa enää vain 65 vuotta täyttäneiden lukumäärässä.

Tilastokeskuksen väestöennusteen mukaan ikäryhmien koon suhteellinen muutos on jatkossa nopeaa. Kuvio 1.1 esittää eri ikäryhmien määrällistä kehitystä hieman totutusta poikkeavalla ikäryhmäjaottelulla. Kuviossa Suomen väestö on jaettu viiteen ikäryhmään, alle kouluikäisiin, oppivelvollisuusiässä oleviin, työikäisiin (19–62-vuotiaisiin), ns. kolmannessa iässä oleviin (63–79-vuotiaat) ja 80 vuotta täyttäneisiin. Kuvio näyttää selkeästi kuinka työikäisten määrä on sotien jälkeen kasvanut ja nyt saavuttanut lakipisteensä. Parhaassa työiässä olevien määrä on kääntymässä laskuun aivan lähiaikoina. Kuvio myös osoittaa, kuinka kolmannessa iässä olevien määrä alkaa samanaikaisesti kasvaa. Muutaman vuoden päästä kolmannessa iässä on enemmän väkeä kuin Suomessa on oppivelvollisia. Väestöennusteen mukaan pienten lasten ja kouluikäisten lasten määrät pienenevät tasaisen hitaasti. 80 vuotta täyttäneiden määrä nousee tasaisesti seuraavien 20 vuoden aikana ja määrän kasvun ennustetaan jyrkkenevän 2030-luvulla.



Kuvio 1.1 Viiden ikäryhmän määrällinen kehitys vuosina 1950–2040.

Lähde: Tilastokeskuksen väestötilastot ja väestöennuste.

Vuonna 2030 Suomessa on 65 vuotta täyttäneitä yli 600 000 enemmän kuin nyt. Tämän ikäluokan prosentuaalinen kasvu on jopa 80 prosenttia. Tuoloin siis joka neljäs väestöstämme on täyttänyt 65 vuotta. Vastaavasti työikäisten määrä vähenee 300 000:lla ja alle 15-vuotiaiden lasten määrän ennustetaan olevan 70 000 nykyistä pienempi. (Tilastokeskuksen väestöennuste 2004.)

Väestökehityksen seurauksiin varautuminen

Tulevaa väestökehitystä ei tiedetä ja myös edellä kuvattuun ennusteeseen liittyy paljon epävarmuutta. Kehitys tuskin toteutuu kuvatulla tavalla. Tilastokeskuksen väestöennuste pohjautuu Suomessa tilastoituun kehitykseen. Sen pohjalta on ennusteen pohjaksi tehty oletus syntyvyydestä (kokonaisedelmällisyysaste), maahanmuutosta ja kuolleisuudesta. Tuoreimmassa vuoden 2004 ennusteessa sekä syntyvyysoletusta että maahanmuuttololetusta on edellisestä vuoden 2001 ennusteesta hieman nostettu. Muutettujen oletusten vaikutus on ollut lasten lukumäärää ja työikäisten määrää kasvattava. Jos toteutuva kehitys on oletuksia vähäisempää, väestörakenteen muutos ikääntymisen suuntaan on edellä kuvattua voimakkaampi. Peruskuvaa väestörakenteen muutoksesta ei isokaan heitto oletuksissa muuta, ainakaan keskipitkällä aikavälillä, sillä Suomen väestörakenne määräytyy pitkälti olemassa olevasta väestöstä. Syntyvyyden ja maahanmuuton erilaisia oletuksia ja niiden vaikutuksia väestökehitykseen on tarkemmin eritelty tulevaisuusselonteon liiteraportissa 3. Eniten epävarmuutta väestöennusteisiin on aiheuttanut eliniän ennakoitua nopeampi kasvu. Nopeimmin kasvava väestöryhmä onkin 80 vuotta täyttäneiden joukko. Jos elinajan odote kasvaa ennakoitua nopeammin, tämänkin seurauksena on ikääntymiskehityksen voimistuminen.

Suomessa väestörakenteen muutos tapahtuu kohtuullisen nopeasti. Huoltosuhde heikkenee monia muita maita tuntuvammin lyhyemmässä ajassa. Toisaalta Suomi on kansainvälisesti katsoen varautunut väestörakenteen muutokseen hyvin. Julkistalous on vahvalla pohjalla. Velkaantuminen on suhteellisesti vähäistä. Eläkejärjestelmää on uusittu, eläkkeelle siirtymisen väyliä on vähennetty ja työn kannustimia on tarkistettu. Työurien pidentymistä tavoitellaan erilaisten ohjelmien ja kampanjoiden avulla.

Suomessa ikärakenteen muutokseen on siis varauduttu monin eri tavoin ja kansainvälisesti vertaillen lähtökohdat väestömuutoksen kohtaamiseen ovat hyvät. Suomessa myös nähdään, että väestörakenteen muutos avaa myös mahdollisuuksia, joita tulisi pyrkiä hyödyntämään. On myös otettu askelia siihen suuntaan, että vanhoja ihmisiä ei nähdä vain taakkana vaan myös resurssina. Tulevaisuusselonteossa nostetaan esille seitsemän keskeistä asiakokonaisuutta, joilla kaikilla voidaan vaikuttaa siihen miten pärjäämme vanhemman väestön oloissa.

1. Väestön ikärakenteen kehitys vaatii väestöpoliittista ajattelua. Selonteko linjaa sekä syntyvyyden turvaamista että maahanmuuton lisäämistä.
2. Näköpiirissä oleva palvelutarpeen kasvu edellyttää nykyistä suurempaa huomiota eri ikäisten ihmisten toimintakyvyn ja terveyden edistämiseen.
3. Lasten ja nuorten kasvuolosuhteisiin sekä tietoihin ja taitoihin investoiminen on järkevää ikäpolitiikkaa.
4. Lisäksi vaaditaan sekä työllisyysasteen että tuottavuuden kohottamiseen tähtääviä toimia.
5. Koska väestön ja talouden kehitys on kuitenkin epävarmaa, selonteossa todetaan myös tarve uudistaa sosiaaliturvaa.
6. Alueellisen väestökehityksen ja hyvinvointipalveluiden turvaamisen näkökulmasta on olennaista huolehtia kuntataloudesta ja tukea kuntarajat ylittävää yhteistyötä sekä toimintatapojen ja rakenteiden muutoksia.
7. On myös tartuttava muutoksen luomiin mahdollisuuksiin. Kun tulevaisuudessa joka neljäs väestöstä on täyttänyt 65 vuotta, on jatkossa paremmin osattava tukea ja hyödyntää ikääntyneiden monia voimavaroja ja aktiivista osallistumista.

Kuitenkin lähitulevaisuuteen kurottavassa ennakkointityössä ollaan oltu hyvin yksimielisiä siitä, että ikärakenteen muutoksen haasteita ei ole ratkaistu. Päähuoli ei ole hävinnyt mihinkään. Työikäisen väestön pienentyessä työpanos vähenee ja työvoiman keski-ikä kohotessa tuottavuus uhkaa heikentyä. Ikärakenteen muutos siis vaikuttaa talouskasvun potentiaalia heikentävällä tavalla. Samaan aikaan 65 vuotta täyttäneen väestön määrä melkein kaksinkertaistuu vuoteen 2030 ja eläke- ja hoivamenot nousevat.

Ehkä merkittävin kysymys tästä eteenpäin on se, miten hyvin sosiaali- ja terveystalouden palvelujärjestelmä on varautunut edessä olevaan muutokseen? Huolia on monia:

- Alijäämäisten kuntatalouksien määrä on jo nyt suuri.
- Tilastokeskuksen väestöennusteiden mukaan asukasluvultaan pienten kuntien määrä kasvaa.
- Työikäisten vähetessä verotulot ja kuntatalous kehittyvät monissa kunnissa heikosti.
- Ikääntyneiden määrän kasvaessa palvelumenot nousevat.
- Julkisten palvelujen henkilöstörakenne on vino ja poistuma eläkkeelle lähivuosina suurta. On epävarmuutta siitä, riittääkö työikäisen väestön vähetessä korvaavaa väkeä näille aloille ja kaikilla paikkakunnilla.
- Kun vanhuuteen liittyvät palvelumenot taas nousevat nimenomaan suurissa keskuksissa, voivat näiden valmiudet kustannusten tasaamiseen olla koetuksella.

Toinen tärkeä kysymys jatkossa on suhtautuminen ikääntyvään väestöön. Eläkeläiset eivät ole yksi homogeeninen ryhmä. Heidän joukossaan on runsaasti aktiivista väkeä, joka on voimavara suomalaiselle yhteiskunnalle. Tulevat eläkeläiset ovat terveempiä, toimintakykyisempiä, koulutetumpia ja vauraampia ihmisiä. Tämän väestöosan resurssien tukemisen ja hyödyntämisen pohtiminen on tärkeää. Mahdollisuuksia aukeaa mm. työnteon lisäämiseen, ikääntyneiden kulutuksen kautta palveluille ja uusille tuotteille, kansalaisaktiivisuuden ja järjestötoiminnan kautta sekä läheisavusta.

Vaikutukset sosiaali- ja terveystalouden kysyntään ja kustannuksiin

Suomessa ja kansainvälisesti on tehty joukko erilaisia laskelmia hoito- ja hoivamenojen tulevasta kehityksestä. Laskelmat eroavat toisistaan paljonkin käytettyjen tilastolähteiden, oletusten, menetelmien, vaihtoehtoskenaarioiden ym. osalta. Tulosten vaihtelua selittävät etenkin kustannusten erilaiset laskentatavat ja joiltakin osin epäyhtenäiset laskentojen taustaoletukset. Laskelmien välisistä eroista huolimatta kustannusten kehityksen suuntaa voidaan pitää selvänä. Kaikissa esitetyissä laskelmissa Suomen ja muiden EU15-maiden hoivan ja hoidon menot tulevat tulevaisuudessa kasvamaan.

Kun esimerkiksi tarkastellaan Suomen hoiva- ja hoitomenoja nykyisin suhteessa muiden länsimaiden hoivan ja hoidon menoihin, mitään yksiselitteistä johtopäätöstä eri kansainvälisistä laskelmista ei voida tehdä. EU:n talouspoliittisen toimikunnan ikääntyminen työryhmän (ECP-AWG) tulosten mukaan Suomen hoiva- ja hoitomenot ovat vuosituhaten vaihteessa 7,3 prosenttia BKT:sta. Suomen kustannukset ovat lähellä EU:n keskiarvoa, mutta pienemmät kuin Ruotsissa ja Tanskassa. Talouspoliittisen tutkimusinstituutin Euroopan verkoston (CPB) arvion mukaan Suomen terveystalouden ja pitkäaikaishoidon menot ovat vuosituhaten vaihteessa 6,3 prosenttia BKT:sta. Heidän arvioissaan myös EU15-maiden keskimääräiset kustannukset ovat alhaisemmat kuin Ikääntyminen työryhmän arvioissa ja siksi Suomen hoivan ja hoidon kustannukset yhteensä ovat myös CPB:n arvioiden mukaan vuosituhaten vaihteessa lähellä EU15-maiden keskiarvoa. OECD:n arvioissa Suomen terveystalouden ja pitkäaikaishoidon menot näyttävät puolestaan suurina. Hoidon ja hoivan menot arvioidaan jopa 8,1 prosentiksi BKT:sta. OECD:n laskelmissa vain Ruotsissa on Suomea suuremmat hoivan ja hoidon kustannusosuudet. Muissa maissa terveystalouden ja pitkäaikaishoidon menot jäävät selvästi Suomea alhaisemmiksi.

Jos nykykuvaukset hoivan ja hoidon menoista eri laskelmissa jonkin verran vaihtelevatkin, ovat tulokset siitä, kuinka terveystalouden ja pitkäaikaishoidon menot tulevat tulevaisuudessa kehittymään yksiselitteisemmät. Kaikissa eri arvioissa Suomen terveystalouden ja pitkäaikaishoidon menot tulevat selvästi kasvamaan vuoteen 2050 mennessä, jolloin niiden osuus Suo-

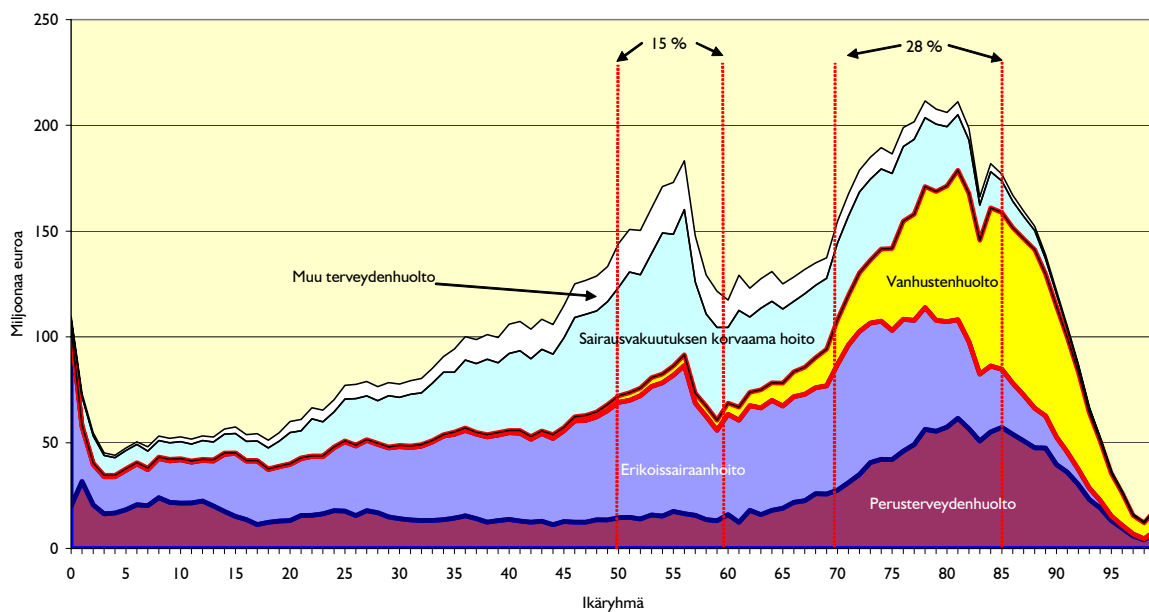
men BKT:sta tulee olemaan vähintään 10 prosenttia. Kasvua hoiva- ja hoitopalvelujen kustannuksissa tulee pitkällä aikavälillä olemaan 4-5 prosenttiyksikköä.

Lyhyemmällä vuosien 2004-2020 aikavälillä on arvioitu, että mitään dramaattista kustannusnousua Suomen terveyspalvelujen ja pitkäaikaishoidon kustannuksissa ei tule tapahtumaan. Talouspoliittisen tutkimusinstituutin Euroopan verkoston arvioiden mukaan terveyspalvelujen ja pitkäaikaishoidon menot tulevat kasvamaan Suomessa vuoteen 2010 noin yhdellä prosenttiyksiköllä ja vuoteen 2020 mennessä noin 2 prosenttiyksiköllä. OECD puolestaan arvioi, että Suomen terveyspalvelujen ja pitkäaikaishoidon menot tulevat vähäisessä määrin alenemaan nykyisestä vuoteen 2015 mennessä. Suomen hoiva- ja hoitomenojen kehitys lähitulevaisuudessa noudattaa muiden EU-maiden kustannusten kehityksen linjaa.

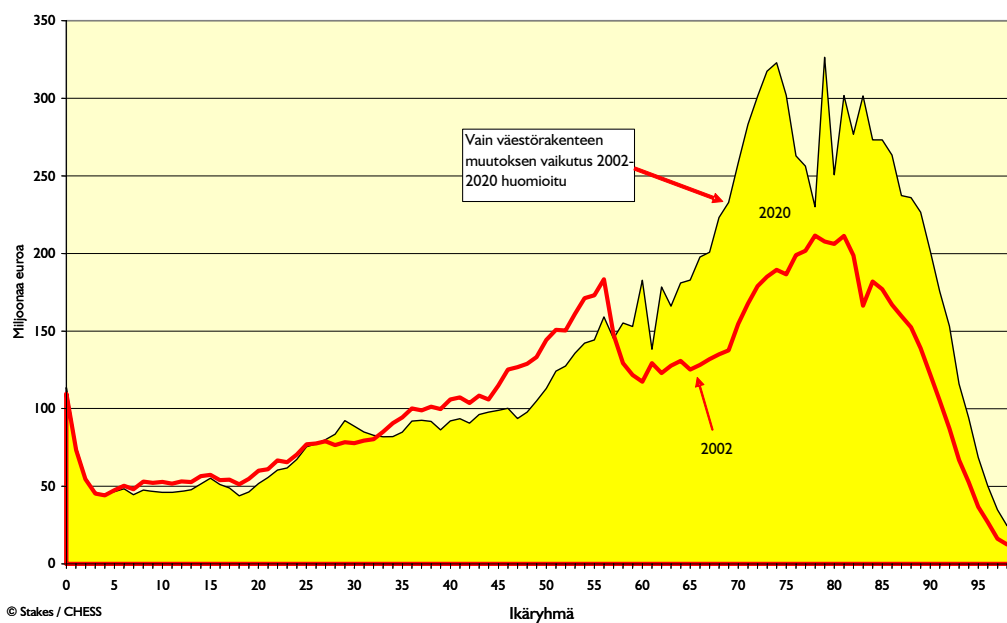
Suomen terveyspalvelujen ja hoivamenojen ennustettua kasvua selittää muiden maiden tapaan väestön odotettu ikääntyminen, mutta myös Suomen vakiintuneet palvelujen tuottamistavat. On arvioitu, että Suomen ja muiden Pohjoismaiden tavat tuottaa vanhusten pitkäaikaishoidon palveluja professionaalisesti hoivattavan omassa kodissa tai kodin ulkopuolella tulevat tulevaisuudessa vaatimaan lisää resursseja ja kasvattavan siksi hoivan ja hoidon kokonaismenoja. Riski hoivakustannusten nousuun on pienempi puolestaan erityisesti Etelä-Euroopan maissa, joissa vanhusten hoivasta vastuuta kantavat laajamittaisemmin omat perheenjäsenet.

Kaikkiin ennusteisiin sisältyy kuitenkin varauksia. Hoivan ja hoidon järjestämistavat ovat olleet jatkuvassa muutoksessa, ja palvelurakenne vaikuttaa ilmeisellä tavalla kustannusennusteisiin. Terveystalouden kustannuksiin vaikuttaa erityisesti teknologian kehitys. Myös se, miten talous pitkällä aikavälillä tulee kehittymään tai miten hoivan ja hoidon käyttäjien tarpeet ja käyttäytyminen muuttuvat, vaikuttavat asiaan. Ennusteet ovat parhaimmillaankin vain kuvauksia todennäköisestä tulevasta kehityksestä.

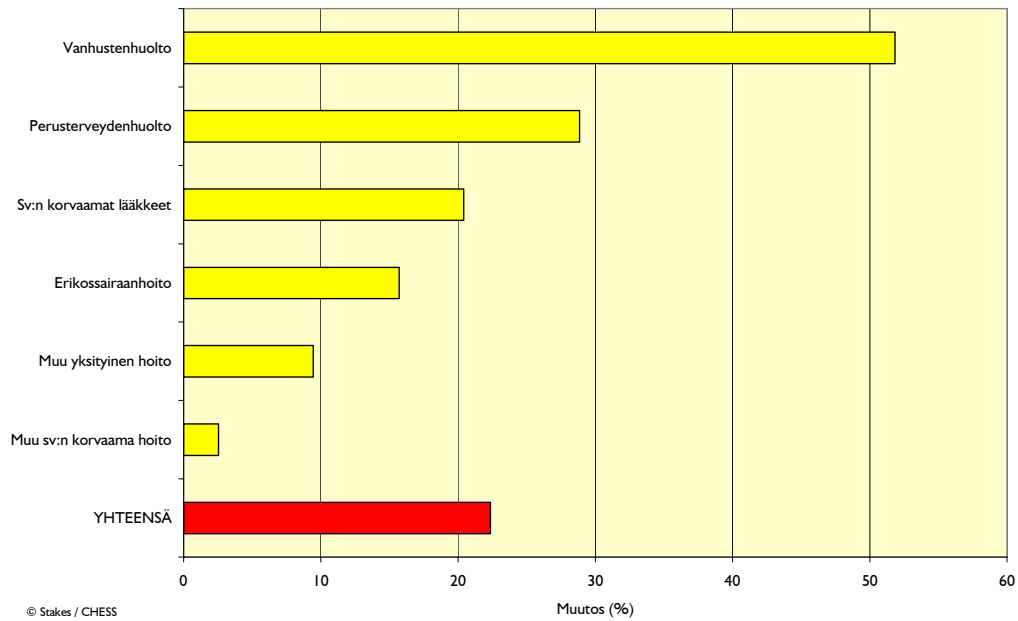
Kuvio 1. Terveydenhuollon ja vanhustenhuollon kokonaismenot ikäryhmittäin ja palveluittain vuonna 2002, miljoonaa euroa



Kuvio 2. Terveydenhuollon ja vanhustenhuollon kokonaismenot ikäryhmittäin vuosina 2002 ja 2020, miljoonaa euroa



Kuvio 3. Ikärakenteen muutoksen ennakoitu vaikutus terveydenhuollon ja vanhustenhuollon kokonaismenoihin palveluittain vuosina 2002–2020, muutos (%)



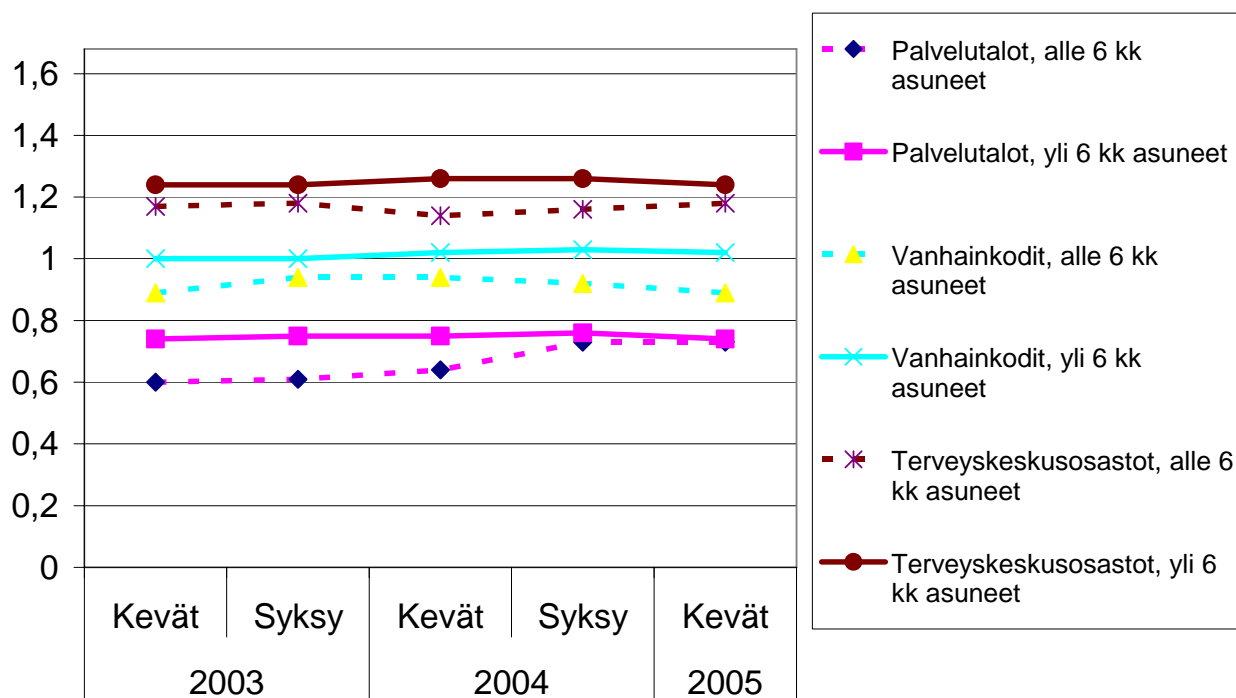
D) Hoitoisuuden muutokset vanhustenhuollossa

Harriet Finne-Soveri ja Anja Noro

Pitkäaikaishoidon RAI-hankkeeseen vuonna 2003 osallistuneiden osastojen (osastojen lukumäärä= 75, asukkaiden lukumäärä=6699) kolmivuotinen seuranta osoittaa hoitoisuuden muuttuneen viimeksi kuluneen kolmen vuoden aikana näillä osastoilla alle kuusi kuukautta asuneiden kohdalla perin vähän vanhainkodeissa ja terveystakeskusosastoilla. Mittauksessa mukana olevissa palvelutaloissa on tapahtunut oleellinen muutos kohti vaativampaa hoitoa. Yli 6 kk asuneiden kohdalla ei ole tapahtunut oleellista muutosta missään asumistyyppissä.

Avopalveluiksi laskettava palveluasuminen aineiston palvelutaloissa vastaanottaa yhä enenevässä määrin asiakkaita, joiden kaltaisia ohjataan myös vanhainkoteihin (laitoshoito), eli palveluasumisen ja vanhainkotiasumisen ero pieneni hoidon vaativuuden suhteen.

Kustannuspaino (ka) vanhusten laitoshoidossa alle ja yli 6 kk asuneilla 2003-2005



Asumispalvelujen piiriin ohjautumisen yleisin syy on keskivaikea tai sitä vaikeampi dementia, jota sairasti keskimäärin 78 % terveystakeskusten, 71 % vanhainkotien ja 51% aineiston palvelutalojen asukkaista aikavälillä 1.1.-30.6.2005 kerätystä aineistosta. Taulukko 1 osoittaa yhä dementoituneempien ohjautuvan laitoshoidon piiriin. Aineiston palvelutalojen uusien tulok-

kaiden keskuudessa suuntaus on samankaltainen kuin laitoshoidossa. Löydös merkitsee sitä, että terveyskeskusten vuodeosastoilla ja vanhainkodeissa kyetään hoitamaan vähenevässä määrin muita kuin dementiaa sairastavia. Keskivaikeaa dementiaa sairastavien turvallinen ja laadukas kotihoito on lähitulevaisuuden haaste.

Taulukko 1. Keskivaikean tai sitä vaikeamman demencian sairastavuus (%) laitostyypeittäin yli ja alle 6 kk asuneilla 2003-2005

	2003		2004		2005
	Kevät	Syksy	Kevät	Syksy	Kevät
Palvelutalot, alle 6 kk asuneet	42,37	41,27	54,1	48,65	81,82
Palvelutalot, yli 6 kk asuneet	45,91	45,31	45,07	48,68	50,35
Vanhainkodit, alle 6 kk asuneet	53,93	58,56	60,33	57,67	62,41
Vanhainkodit, yli 6 kk asuneet	70,72	70,78	72,72	74,14	71,08
Terveyskeskusosastot, alle 6 kk asuneet	60,65	61,96	54,15	64,3	63,16
Terveyskeskusosastot, yli 6 kk asuneet	81,85	81,98	82,22	83,82	78,98

Miten ikääntyminen on vaikuttanut palvelujen kysyntään?

Marja-Leena Perälä, Eija Kattainen, Teija Hammar

Vaikka ikääntyvistä suuri osa haluaa olla omatoimisia ja aktiivisia sekä asua omassa kodissaan mahdollisimman pitkään (Hammar ym. 1999), iän myötä toimintakyky laskee ja avun tarve kasvaa. Tutkimusten mukaan (Hellstöm & Hallberg 2001, Modin & Furhoff 2002 ja 2004, Fortinsky ym. 2004) kotihoitoa saavista asiakkaista suurin osa on yksinasuvia, iäkkäitä naisia, joilla on monia sairauksia ja huonon toimintakyky. Eniten apua tarvitaan ruoanlaittoon, kotitöiden tekemiseen, peseytymiseen ja erilaiseen asiointiin, kuten kaupassa ja apteekissa käyntiin ja virastossa asiointiin. (Laukkanen ym. 2001, Waters ym. 2001, Grimmer ym. 2004).

Toimintakyky on merkittävimpiä kotona selviytymiseen vaikuttavia tekijöitä (Bull 1994, Ranhoff 1997). Toimintakyvyn lasku alkaa yleensä enemmän fyysistä suoriutumiskykyä vaativista toiminnoista, kuten kotitöistä (Valvanne & Noro 1999, Dunlop ym. 1999, Waters ym. 2001, Grimmer ym. 2004). Muita avuntarpeeseen ja palveluiden käyttöön ovat yhteydessä myös yksinasuminen, naissukupuoli, monisairastavuus, äskettäinen sairaalahoito ja yksinäisyys (Wallace & Hirst, 1996, Crets 1996, Lee & Mills, 2000, Algera ym. 2004, Fortinsky ym. 2004, Hellström ym. 2004)

Sairaudet, kivut ja toimintakyvyn lasku aiheuttavat avuttomuutta ja riippuvuutta muista. Tämä voi johtaa ahdistuksen, huolien ja turvattomuuden tun-

teen lisääntymiseen ja jopa mielenterveysongelmiin. (Ranhoff & Laake 1995, Kvaal ym 2001, Ellefsen, 2002, Kvaal & Laake 2003, Grimmer ym. 2004, Janlöv ym. 2005). Bruce's ym. (2002) mukaan vanhuusiän depressio on yleisempää henkilöillä, jotka saavat kotihoidon palveluja kuin niillä, jotka eivät saa palveluita.

Tuloksia

Sairaalasta kotihoitoon (kotipalvelu ja kotisairaanhoido) kotiutuvat asiakkaat olivat iäkkäitä (keski-ikä yli 80 vuotta), yksinasuvia, vähän koulua käyneitä ja suurin osa heistä oli naisia. Kotihoidon asiakkailla oli keskimäärin kolme tai neljä sairautta (vaihteluväli 1-10) ja seitsemän tai kahdeksan lääkettä (0-16). Asunnon varustetaso (lämmitys, sisäWC, kuuma ja kylmä vesi) oli hyvä, mutta asiakkaat kokivat ongelmia asunnon esteettömyydessä. Noin neljännes (24 %) arvioi tarvitsevänsä asuinympäristön rajoitteiden/puutteiden korjaamista (kynnykset, tarttumakahvojen tai ramppien puute, hissittömyys). Vajaalla puolella (43 %) apuvälineet puuttuivat tai ne eivät toimineet (esim. keppi, rollaattori, silmälasit, kuulolaite).

Kotihoidon asiakkaiden toimintakyky ja terveyteen liittyvä elämänlaatu oli huonompaa verrattuna samanikäiseen suomalaiseen vanhusväestöön. Asuminen toisen kanssa ja kotipalvelun saanti mahdollistivat myös toimintakykyluokkaan 'huono' kuuluvan asumisen kotona. Kotihoidon asiakkaista 59 prosenttia tarvitsi päivittäistä toisen henkilön apua, ja lähes kaikki tarvitsivat apua vähintään kerran viikossa. Miehet tarvitsivat useimmin päivittäistä toisen henkilön apua kuin naiset. Suurin osa (57%) sai apua lapsiltaan, mutta apua antoivat myös puoliset (16 %) ja muut läheiset (16%).

Asiakkaista suurin osa selviytyi omatoimisesti perustoiminnoista (syöminen, pukeutuminen, sängystä nouseminen). Eniten apua tarvittiin kotitöihin, kauppa- ym. asioiden hoitamiseen, tavaroiden kantamiseen, ruoanlaittoon, peseytymiseen ja ulkona liikkumisen avustamiseen.

Terveysasioissa apua tarvittiin sairauden hoitamiseen (83%), kipujen lievittämiseen (68%), unen ja levon saamiseen (57%), yksinäisyyteen (27%), mielialan vaihteluiden ja ahdistuksen lievittämiseen (26%) sekä turvattomuuden tunteiden ja pelkojen vähentämiseen (20%). Naiset tarvitsivat enemmän apua kipujen lievittämiseen, turvattomuuden tunteen lievittämiseen ja äkillisiin kriiseihin kuin miehet.

Kotipalveluja saivat erityisesti henkilöt, jotka asuivat yksin, tarvitsivat apua perustoiminnoissa (PADL) sekä tarvitsivat psykososiaalista tukea. Kotisairaanhoidoa saivat erityisesti henkilöt, joilla oli alhainen peruskoulutus, asuivat yksin ja tarvitsivat apua sairauden hoitamisessa.

Lähteet:

Hammar T, Perälä M-L, Rissanen P. (2006) Differences between municipalities in home care patients' functional capacity: a study of hospital patient discharges. (submitted for publishing).

Hammar T, Rissanen P, Perälä M-L. (2006) Home care clients' need for help and use and costs of services. (Käsikirjoitus)

Perälä M-L, Rissanen P, Grönroos E, Hammar T, Noro A, Pöyry P, Teperi J. PALKO – Palveluja yhteensovittava kotiutuminen ja kotihoito. Koeasetelma ja lähtötilanteen arviointi. Aiheita 27/2003, Stakes, Helsinki 2003.

C) Minkälaisia eroja palvelujen kysynnän ja tarjonnan tasapainossa on kaupunkikeskusten ja haja-asutusalueiden välillä?

Taina Rintala

Kaupunkikeskusten ja haja-asutusalueiden välisiin eroihin palvelujen kysynnässä vaikuttavat mm. väestön ikärakenne, vanhoiksi ihmisiksi (65+/75+) määriteltyjen terveydentila ja toimintakyky, vanhojen ihmisten taloudellinen tilanne, ikääntyneiden asumisolot ja asuinympäristö sekä asuinympäristöön liittyvät ongelmat kuten pitkät välimatkat ja itsenäistä liikkumista vaikeuttavat tekijät (Vaarama ym. 2001). Palvelutarjonnassa olevien alueellisten erojen tutkiminen erilaisilla indikaattoreilla on huomattavasti vaikeampaa, koska palvelutarjonta kuvaa enemmänkin kuntien erilaisia toimintakäytäntöjä: resurssien allokointia, tarveharkintaa, kunnan taloudellista tilannetta ja palveluiden piiriin houkuttelua/tarjontaa (esim. ennalta ehkäisevät kotikäynnit). Vanhuspalveluiden käyttöä koskevissa tutkimuksissa ja selvityksissä palvelutarjontaa on tarkasteltu palveluiden kattavuudella (esim. Vaarama ym. 2002; Ikääntyneiden sosiaali- ja terveystalvet 2002; Vaarama ym. 2004). Palveluiden kattavuudella tarkoitetaan indikaattoria, joka kuvaa esimerkiksi 65 tai 75 vuotta täyttäneiden vanhuspalveluiden piirissä olevien määrää suhteessa vastaavaan väestöön. Indikaattori on kuitenkin pulmallinen, koska se jättää kokonaan huomioimatta, että kaikki vanhat ihmiset eivät tarvitse palveluja ja kaikki palveluja tarvitsevat eivät niitä hae. Se ei myöskään kerro mitään palveluiden piirissä olevien asiakkaiden tarpeen määrästä tai laadusta. Esimerkiksi omaishoidon tuen kattavuus voi kahdessa kunnassa olla samanlainen, mutta siihen liittyvät palvelut ja hoitopalkkio saattavat olla tasoltaan aivan erilaisia. Indikaattorin pulmallisuudesta huolimatta ja vaihtoehtoisten indikaattorien puuttuessa palvelujen tarjontaa kuvaavana muuttujana käytetään palveluiden katta-

vuotta. Lisäksi palvelutarjontaa tarkastellaan tutkimalla vanhojen ihmisten käsityksiä saamiensa palveluiden riittävydestä.

Aluetta kuvaavana muuttujana käytetään Tilastokeskuksen alue-luokitusta: kaupunkimaiset kunnat kuvaavat kaupunkikeskuksia ja maaseutumaiset kunnat haja-asutusalueita. Vanhusväestöllä tarkoitetaan 65 vuotta täyttäneitä. Aineistona käytetään aikaisempia tutkimuksia sekä Suomalaisten hyvinvointi ja palvelut 2004 -kyselyaineistoa.

Palvelujen kysyntää edistävät tekijät

Vanhusväestörakenteeltaan kaupunkikeskukset ja haja-asutusalueet eroavat tilastollisesti erittäin merkittävästi toisistaan ($p < 0.001$). Vuonna 2004 kaupunkikeskuksissa 65 vuotta täyttäneiden osuus väestöstä oli kaupunkikeskuksissa 15,4 prosenttia ja haja-asutusalueella 21 prosenttia. Alueelliset erot ikärakenteessa vaikuttavat siihen, että huoltosuhde (alle 15-vuotiaiden ja 65 vuotta täyttäneiden suhde 15–64-vuotiaisiin) on parempi kaupunkikeskuksissa kuin haja-asutusalueilla. Vuonna 2004 kaupunkikeskuksissa 100 työkäistä kohden oli 49,8 alle 15-vuotiasta ja 65 vuotta täyttäneitä. Haja-asutusalueilla vastaava suhdeluku oli 62,1. (Sotka)

Vanhusväestön määrän ohella palvelujen kysyntään vaikuttaa ennen kaikkea vanhusväestön terveydentila ja toimintakyky. Vaikka viimeaikaiset tutkimustulokset viittaavat siihen, että vanhusväestön koettu terveydentila ja toimintakyky ovat parantuneet (esim. Aromaa & Koskinen 2002; Sulander ym. 2004, Vaarama ym. 2006), tutkimuksissa on havaittu, että vanhusväestön koettu terveydentila ja toimintakyky vaihtelevat alueellisesti (esim. Noro ym. 2000; Vaarama & Kaitsaari 2002). Suomalaisten hyvinvointi ja palvelut 2004 -kyselyaineiston mukaan kaupunkikeskuksissa asuvista 65–79-vuotiaista ihmisistä oman terveydentilansa suhteessa ikäisiinsä koki hyväksi tai melko hyväksi 60 prosenttia. Vastaava osuus haja-asutusalueella oli 46 %. Alueelliset erot olivat tilastollisesti melkein merkittäviä ($p < 0.0296$). Sen sijaan yli 79-vuotiaiden kokemassa terveydentilassa ei ollut tilastollisesti merkittäviä eroja kaupunkikeskuksissa ja haja-asutusalueilla asuvien välillä. Kaupunkikeskuksissa asuvista yli 79-vuotiaista 15,8 % ja haja-asutusalueilla asuvista 16,5 % koki terveydentilansa suhteessa ikäisiinsä melko huonoksi tai huonoksi.

Tutkimuksissa on myös osoitettu, että toimintakyky alkaa heikentyä joidenkin toimintojen osalta 60–64 vuoden iässä, kun taas joidenkin muiden toimintojen osalta toimintakyky alkaa heiketä vasta 80. tai 85. ikävuoden jälkeen (Vaarama 2006, 118). Suomalaisten hyvinvointi ja palvelut 2004 -kyselyaineiston mukaan avuntarve ruoan laitossa, astioiden pesussa, siivouksessa, ulkona liikkumisessa, henkilökohtaisissa toimissa ja kotona tapahtuvassa sairauden hoidossa kasautui yli 79-vuotiaille ja etenkin haja-

asutusalueilla asuville, mutta raskaiden kotitöiden kuten siivouksen osalta avuntarve oli huomattavaa myös kaupunkikeskuksissa asuville 65–79-vuotiaille (18,2 %). Toimintakyvyssä olevat erot olivat tilastollisesti merkitseviä kuitenkin vain ruoan laiton ($p < 0.0161$) ja kevyiden kotitöiden ($p < 0.0265$) osalta siten, että haja-asutusalueella asuvilla 65–79-vuotiaille oli huomattavasti enemmän vaikeuksia suoritua edellä mainituista toimista (10 % ja 6 %) kuin vastaavan ikäisillä kaupunkikeskuksissa asuvilla (3 % ja 2 %).

Vanhusväestön asumisolosuhteissa on myös alueellisia eroja (Ikääntyneiden sosiaali- ja terveystalvet 2002; Vaarama & Kaitsaari 2002). Marja Vaaraman ym. (2006, 111) mukaan yleisimpiä ongelmia 60 vuotta täyttäneiden asumisololoissa vuonna 2005 olivat liikkumista haittaavat esteet kuten hankalat portaat, korkeat kynnykset ja puuttuva hissi. Kaupunkikeskuksissa asuvat 65–79-vuotiaat kokivat liikkumista haittaavia esteitä yleisemmin (19 %) kuin haja-asutusalueilla asuvat (9 %). Kaiken kaikkiaan sekä 65–79-vuotiaat että yli 79-vuotiaat kaupunkikeskuksissa asuvat kokivat keittiön, pesu- tai WC-tilojen puutteiden vaikeuttavan jokapäiväisistä toiminnoista selviytymistä enemmän kuin haja-asutusalueilla asuvat. Asuinoloja koskevat alueelliset erot olivat kuitenkin tilastollisesti merkitseviä vain liikkumista haittaavien esteiden osalta. (Suomalaisten hyvinvointi ja palvelut 2004 -kysely-aineisto.)

Asumisolosuhteiden lisäksi vanhusten palvelujen kysyntään vaikuttaa myös yksinasuminen. Toimintakykynsä heikentyessä nämä henkilöt joutuvat turvautumaan ulkopuolisen antamaan apuun, koska kotona ei ole auttajaa. Vuonna 2004 kaupunkikeskuksissa joka toinen 65 vuotta täyttäneiden asuntokunnista ja 60 % 75 vuotta täyttäneiden asuntokunnista oli yhden hengen asuntokuntia. Haja-asutusalueilla yksinasuvien asuntokuntien osuudet olivat tilastollisesti erittäin merkittävästi ($p < 0.001$) pienemmät: 65 vuotta täyttäneiden asuntokunnista 45 % oli yksinasuvia ja 75 vuotta täyttäneiden asuntokunnista yhden hengen asuntokuntia oli 52 %. (Sotka)

Vanhusväestön tuloja kartoittavien tutkimusten mukaan nuorempiin ikäryhmiin kuuluvilla on paremmat tulot, kun taas pienituloisimpia ovat 75 vuotta täyttäneet ja erityisesti 85 vuotta täyttäneet (Vaarama & Kaitsaari 2002, 125; Vaarama ym. 2006, 109). Harvaan asutulla maaseudulla asuvien keskitulot ovat myös huomattavasti pienemmät kuin kaupungeissa asuvilla (Kainulainen ym. 2001; Heikkilä ym. 2002). Suomalaisten hyvinvointi ja palvelut 2004 -kyselyaineiston mukaan vanhusväestöllä tuloista säästäminen on vaikeampaa kaupunkikeskuksissa kuin haja-asutusalueilla. Runsas kolmasosa kaupunkikeskuksissa asuvista 65–79-vuotiaista ei kyennyt säästämään lainkaan tai kykeni säästämään vain vähän; vastaava osuus haja-asutusalueella oli 13 %. 80 vuotta täyttäneiden osalta tilanne oli samansuuntainen. Säästämään kykenemättömien tai vain vähän säästämään kykenevien osuus kaupunkikeskuksissa oli noin kaksi viidesosaa ja haja-

asutusalueilla vajaa 10 %. Kuntatyyppien väliset erot olivat tilastollisesti merkitseviä. Tulokset viittaavat siihen, että vaikka kaupunkikeskuksissa tulot ovat suuremmat kuin haja-asutusalueilla, on eläminen kuitenkin kalliimpaa kaupungeissa kuin maaseudulla.

Palvelutarjonta

Kuntatyypeittäin, maakunnittain ja lääneittäin tehdyt tarkastelut osoittavat, että palveluiden kattavuudessa on alueellisia eroja (Ikääntyneiden sosiaali- ja terveysterveyst 2002; Vaarama ym. 2004). Maaseutukunnissa on kaupunkimaisia kuntia kattavampi kotihoito, kaupunkikunnissa on taas enemmän terveyskeskusten pitkäaikaishoitoa. Säännöllisen kotihoidon piirissä oli vuonna 2001 maaseutumaisissa kunnissa kahdeksan prosenttia ja kaupunkimaisissa kunnissa kuusi prosenttia yli 65 vuotta täyttäneestä väestöstä. 75 vuotta täyttäneeseen väestöön suhteutettuna luvut olivat maaseutukunnissa noin 19 % ja kaupunkimaisissa kunnissa noin 14 %. Kaupunkimaisissa kunnissa oli puolestaan jonkin verran enemmän (1,7 %) terveyskeskusten pitkäaikaista laitoshoidoa kuin maaseutumaisissa kunnissa (1,4 %), mutta vanhainkotien kattavuudessa ei ollut juurikaan eroa eri kuntatyypeissä (2,5 % – 2,7 %). (Vaarama ym. 2004, 51.) Maaseutumaisissa kunnissa palveluasumisen kattavuus on suurempaa kuin muissa kuntatyypeissä, mutta kaupungeissa tehostetun palveluasumisen osuus on suurin (Ikääntyneiden sosiaali- ja terveysterveyst 2002). Säännöllisten kotihoidon, palveluasumisen, vanhainkodin ja terveyskeskuksen pitkäaikaishoidon keskimääräinen kokonaispeitto 65 vuotta täyttäneestä väestöstä vaihteli vuonna 2001 kaupunkien 12,8 % maaseudun 13,5 %:iin (Vaarama ym. 2004, 51).

Vaikka kotiin annettavat palvelut ovat lisääntyneet 1990-luvun loppupuolella, ovat palvelujen lisäykset suhteessa ikääntyneiden määrän samanaikaiseen kasvuun olleet kuitenkin jatkuvasti pienemmät. On kuitenkin kyseenalainen, että pitäisikö palveluja jatkuvasti lisätä suhteessa ikääntyneiden määrän kasvuun, jos samanaikaisesti vanhojen ihmisten toimintakykyä ja terveydentilaa koskevissa tuloksissa korostetaan 65–84 -vuotiaiden koetun terveydentilan ja toimintakyvyn parantuneen (ks. Aromaa & Koskinen 2002)?

Palveluiden kattavuuden ohella myös palveluiden painotuksissa on alueellisia eroja. Joillakin alueilla vanhuspalvelut painottuvat terveysterveystpalveluihin, toisilla sosiaalipalveluihin. Esimerkiksi Keski-Pohjanmaalla palveluasuminen korvaa terveyskeskusten pitkäaikaishoitoa, kun taas Päijät-Hämeessä terveyskeskusten pitkäaikaishoito korvaa vanhainkotihoitoa. Pitkäaikaishoitajärjestelmä on Pohjois-Pohjanmaalla maan kotihoitopainotteisin, Päijät-Hämeessä terveyskeskuspainotteisin, Keski-Pohjanmaalla palveluasumispainotteisin ja Pirkanmaalla vanhainkotipainotteisin. Maakuntien sisällä yksittäisten kuntien tilanne vaihtelee kuitenkin suuresti. (Vaarama ym. 2004,

51–52.) Erilaiset palvelurakenteet eivät kuitenkaan ilmaise mitään siitä, vastaako palvelu asiakkaan tarpeeseen, vaan pikemmin se ilmaisee kunnan valitseman strategisen linjauksen ja toimintapolitiikan. Palvelurakennevaukset eivät myöskään anna realistista kuvaa siitä, millaisia palveluja vanhoille ihmisille käytännössä annetaan. Tämä johtuu kuntien erilaisista palveluiden organisointitavoista ja tilastointikäytännöistä.

Viimeisimmässä ikääntyneiden palveluja valtakunnallisesti kartoittavassa tutkimuksessa todettiin 60 vuotta täyttäneistä vastaajista viidesosan kokeneen saamansa avun jonkin verran tai aivan liian vähäiseksi. Liian vähäinen apu oli erityisesti 80 vuotta täyttäneiden ongelma. (Vaarama ym. 2006, 121). Haja-asutusalueella asuvista 65–79-vuotiaista suurempi osa koki saamansa avun jonkin verran tai aivan liian vähäiseksi (23,8 %) kuin vastaavan ikäiset kaupunkikeskuksissa asuvat (10,9 %). 80 vuotta täyttäneistä puolestaan saamansa avun liian vähäiseksi kokevien osuus oli kaupunkikeskuksissa suurempi (23,9 %) kuin haja-asutusalueilla (10,5 %). Kuntatyyppien väliset erot eivät ole kuitenkaan tilastollisesti merkitseviä. (Suomalaisten hyvinvointi ja palvelut 2004 -kyselyaineisto.)

Terveyspalveluiden osalta enemmistö kaupunkikeskuksissa ja haja-asutusalueilla asuvista 65 vuotta täyttäneistä koki saaneensa riittävästi hoitoa sairauksiinsa viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana. Kaupunkikeskuksissa ja haja-asutusalueilla asuvista 65–79-vuotiaista 8 % ja 80 vuotta täyttäneistä noin 10 % koki saaneensa riittämättömästi apua. Erot eivät olleet kuitenkaan tilastollisesti merkitseviä. (Suomalaisten hyvinvointi ja palvelut 2004 -kyselyaineisto.) Tulos vastaa kuitenkin hyvin Terveys 2000 -tutkimuksessa saatua tulosta, jonka mukaan noin 10 % 75 vuotta täyttäneistä ei saa tarvitsemaansa apua (Aromaa & Koskinen 2002).

Palveluiden kysynnän ja tarjonnan tasapaino eri alueilla

Kaupunkikeskusten ja haja-asutusalueiden erilainen väestön ikärakenne asettaa alueet jo lähtökohtaisesti erilaiseen asemaan palvelujen kysynnän ja tarjonnan suhteen. Huolimatta siitä, että väestön yleisen toimintakyvyn ja terveydentilan koheneminen jatkuu ja elinvuodet lisääntyvät, ikääntymisen myötä terveydentila ja toimintakyky kuitenkin väistämättä heikentyvät. Koska haja-asutusalueilla väestö on vanhusvoittoisempaa, siellä palvelujen kysyntä on suurempaa kuin kaupunkikeskuksissa. Toisaalta erot palveluiden kysynnässä johtuvat väestön sosioekonomisista eroista. Heikosti koulutetut, vähävaraiset ja raskasta ruumiillista työtä tekevät omaavat jo keski-ikässä enemmän ongelmia kuin parempiosaiset kansalaiset (Heikkinen ym. 1999). Koska haja-asutusalueilla koulutus- ja tulotaso ovat alhaisemmat kuin kaupunkikeskuksissa (esim. Kainulainen ym. 2001), merkitsee tämä sitä, että haja-asutusalueilla myös nuorempien vanhusikäryhmien palvelujen kysyntä on suurempaa kuin kaupunkikeskuksissa.

Koettua terveydentilaa koskevien tulosten mukaan näyttää siltä, että koetun terveydentilan koheneminen on koskenut lähinnä vanhimpia vanhusikäryhmiä, 80 vuotta täyttäneitä, sekä kaupunkikeskuksissa että haja-asutusalueilla. Sen sijaan nuorempien vanhusikäryhmien terveydentila on haja-asutusalueilla heikompi kuin kaupunkikeskuksissa. Tulos viittaa siihen, että haja-asutusalueilla 80 vuotta täyttäneiden ohella myös 65–79-vuotiaiden kotipalvelujen ja mahdollisesti myös kotisairaanhoidopalvelujen kysyntä on suurempaa kuin vastaavan ikäisillä kaupunkikeskuksissa asuvilla. Myös toimintakykyä koskevat tulokset viittaavat haja-asutusalueilla asuvien 65–79-vuotiaiden suurempaan kotipalveluiden kysyntään.

Vanhusväestön asumisolosuhteiden osalta tulokset puolestaan viittaavat siihen, että kaupunkikeskuksissa asuville 65–79-vuotiaille kodin ulkopuolella toimitettavista askareista suoriutuminen on huomattavasti hankalampaa kuin vastaavan ikäisille haja-asutusalueella asuville. Mm. kaupunkikeskusten hissittömät kerrostalot lisäävät nuorempien vanhusikäryhmien kotipalveluiden (joista etenkin tukipalveluiden) tarvetta. Näyttää siis siltä, että kaupunkikeskuksissa 65–79-vuotiaiden tukipalveluiden kysyntä on suurempaa kuin vastaavan ikäisillä haja-asutusalueella.

Vaikka alueelliset erot käsityksissä saatujen palveluiden riittävydestä eivät olleetkaan tilastollisesti merkitseviä, tulos luo kuitenkin pohjaa oletukselle, että haja-asutusalueilla sosiaalipalveluiden kysynnän ja tarjonnan epätasapainoa kokisivat lähinnä 65–79-vuotiaat, ja kaupunkikeskuksissa sosiaalipalveluiden kysynnän ja tarjonnan epätasapaino kohdistuisi puolestaan ensisijassa 80 vuotiaisiin. Oletus saa tukea aikaisemmin esitetystä arviosta, jonka mukaan 75–84-vuotiailla ja etenkin 85 vuotta täyttäneillä on tyydyttämätöntä palvelujen tarvetta (Vaarama ym. 2004, 54–55.) Sen sijaan oletus ei ole yhdenmukaisen sen kanssa, että 65–74-vuotiaiden tarve olisi tyydytetty. (Vaarama ym. 2004, 54–55.) Tämä voi johtua siitä, että oletus pohjautuu yksilöiden subjektiiviseen käsitykseen palveluiden saatavuudesta, Vaaraman esittämä käsitys taas rekisteriaineistoihin.

Oletus haja-asutusalueilla asuvien nuorempien vanhusikäryhmien kotipalvelujen ja kotisairaanhoidon kysynnän ja tarjonnan epätasapainosta saa tukea tutkimuksista, joiden mukaan niukkojen resurssien vallitessa kunnat kohdentavat kotipalveluja ja kotisairaanhoidon/kotihoidon palveluja niitä eniten tarvitseville eli entistä iäkkäämmille ja huonokuntoisimmille (Vaarama ym. 2002; 2004). Tällöin vain vähän tai satunnaisesti kodinhoitoapua tai tukipalveluja tarvitsevat 65–74-vuotiaat saattavat jäädä joko kokonaan vaille palveluja tai saada niitä riittämättömästi. Kaupunkikeskuksissa asuvien vanhimpien vanhusikäryhmien tyydyttämätön palvelutarve voi puolestaan liittyä siihen, että entistä heikkokuntoisempia vanhuksia pyritään hoitamaan mahdollisimman kauan näiden omassa kodissa. Sairaala- tai laitostasaisen hoidon turvaaminen kotona asuville edellyttää kuitenkin runsaasti

ja monipuolisesti annettuja palveluja. Runsaista ja monipuolisista palveluis-
ta huolimatta, erityisesti heikkokuntoiset ja yksinasuvat vanhuksat saattavat
kokea, etteivät he saa riittävästi palveluja.

Kysymykseen palveluiden kysynnän ja tarjonnan tasapainosta kaupunki-
keskusten ja haja-asutusalueiden välillä on vaikeaa antaa yksiselitteistä vas-
tausta. Jos asiaa tarkastellaan palveluiden kattavuuden näkökulmasta, on
alueiden välillä eroja kysynnän ja tarjonnan tasapainossa. Palveluiden kat-
tavuus ei kuitenkaan kerro mitään hoidon laadusta, tasosta tai hoidettavien
saamien palveluiden määrästä. Jos asiaa tarkastellaan vanhojen ihmisten
omien kokemusten kautta, tulokset luovat pohjan oletukselle, että kysynnän
ja tarjonnan tasapainossa saattaa olla eroja kaupunkikeskusten ja haja-
asutus-alueiden välillä, mutta ilman tarkempia jatkoanalyysseja ja suurempia
otoskokoja oletuksen paikkaansa pitävydestä ei voi sanoa sen tarkemmin.
Toisaalta käsitys palveluiden riittävydestä perustuu ihmisen subjektiivivi-
seen käsitykseen: joku hakee palveluja vähäiseenkin tarpeeseen, kun taas
toinen samassa tilanteessa yrittää selvitä itsenäisesti.

Lähteet

Aromaa, Arpo & Koskinen, Seppo (toim.) (2002): Terveys ja toimintakyky
Suomessa. Terveys 2000–tutkimuksen perustulokset. Kansanterveyslaitok-
sen julkaisuja B3/2002. Kansanterveyslaitos. Helsinki.

Heikkilä, Matti, Rintala, Taina, Airio, Ilpo & Kainulainen, Sakari (2002):
Hyvinvointi ja tulevaisuus maalla ja kaupungissa. Tutkimuksia 126. Stakes.
Helsinki.

Heikkinen, Eino, Lampinen, Päivi & Suutama, Timo (toim.) 1999: Havain-
toja Ikivihreät – projektin kohorttivertailututkimuksesta vuosilta 1988 ja
1996. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia. Helsinki. Kansaneläkelaitos.

Ikääntyneiden sosiaali- ja terveyspalvelut 2002 (2003). SVT Sosiaaliturva
2003:1. Stakes. Helsinki.

Kainulainen, Sakari, Rintala, Taina & Heikkilä, Matti (2001): Hyvinvoin-
nin alueellinen erilaistuminen 1990–luvun Suomessa. Tutkimuksia 114.
Stakes. Helsinki.

Noro, Anja, Häkkinen, Unto & Arinen, Sisko (2000): Ikääntyvien suoma-
laisten terveys, toimintakyky ja sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttö vuon-
na 1996. SVT Terveys 2000:2. Stakes & Kela. Helsinki.

Sotka. Sosiaali- ja terveydenhuollon tilastotietokanta. Stakes.

Sulander, Tommi, Helakorpi, Satu, Nissinen, Aulikki & Uutela, Antti (2004): Eläkeikäisen väestön terveystilanteen ja terveys keväällä 2003 ja niiden muutokset 1993–2003. Kansanterveyslaitoksen julkaisu B6/2004. Kansanterveyslaitos. Helsinki.

Suomalaisten hyvinvointi ja palvelut (HYPA) -kyselyaineisto 2004 (www.stakes.fi/verkkojulk/)

Vaarama, Marja & Kaitsaari, Tuula (2002): Ikääntyneiden toimintakyky ja koettu hyvinvointi. Teoksessa Matti Heikkilä & Mikko Kautto (toim.) Suomalaisten hyvinvointi 2002, 120–148. Stakes. Helsinki.

Vaarama, Marja, Luoma, Minna-Liisa & Ylönen, Lauri (2006): Ikääntyneiden toimintakyky, palvelut ja koettu elämänlaatu. Teoksessa Mikko Kautto (toim.) Suomalaisten hyvinvointi 2006, 104–137. Stakes. Helsinki.

Vaarama, Marja, Luomahaara, Jaakko, Peipponen, Arja & Voutilainen, Päivi (2001): Koko kunta ikääntyneiden asiassa. Raportteja 259. Stakes. Helsinki.

Vaarama, Marja, Voutilainen, Päivi & Kauppinen, Sari (2004): Ikääntyneiden hoivapalvelut. Teoksessa Matti Heikkilä & Milla Roos (toim.) Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2005, 36–59. Stakes. Helsinki.

Vaarama, Marja, Voutilainen, Päivi & Kauppinen, Sari (2002): Ikääntyneiden palvelut. Teoksessa Matti Heikkilä & Antti Parpo (toim.) Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2002, 76–105. Raportteja 268. Stakes. Helsinki.

Harriet Finne-Soveri

Väestöpohjaiset pitkittäistutkimukset Euroopassa ja Yhdysvalloissa viittaavat toimintakyvyn vajeeseen siirtyvän hitaasti yhä vanhempiin ikäluokkiin (1,2). Kuitenkin Suomessa tästä suuntauksesta on esitetty päinvastaista aineistoa (3).

RAI-benchmarking -tietokantaan kertyneessä pitkäaikaisen laitoshoidon aineistossa (v 2003-2005), keskivaikean ja sitä vaikeamman dementian osuus on tasaisesti kasvanut 68 prosentista 74 prosenttiin. Löydös on sopusoinnussa dementian ilmaantuvuuden ja esiintyvyyden suhteen väestössä: väestön ikääntyessä dementiaa sairastavien osuus kasvaa. Keskivaikeaa dementiaa sairastavien avohoito vaatii erityisjärjestelyjä ja onnistuu pääsääntöisesti etupäässä omaishoitajuuden turvin.

Dementiaa aiheuttavat sairaudet ovat ikääntyneiden pääasiallinen toiminnanvajuuden syy ja tärkein palvelujen kysyntää lisäävä sairausryhmä.

Hoitoa ja palvelujärjestelmää tulee kehittää sellaiseen suuntaan, jossa dementoituvien tarpeisiin voidaan vastata.

1. Freedman VA, Martin LG, Schoeni RF.
Recent trends in disability and functioning among older adults in the United States: a systematic review.
JAMA. 2002 Dec 25;288(24):3137-46. Review. Erratum in: JAMA. 2003 Jun 25;289(24):3242.
(Conclusions: Several measures of old age disability and limitations have shown improvements in the last decade. Research into the causes of these improvements is needed to understand the implications for the future demand for medical care.)

2. Aijanseppä, Sinikka 1; Notkola, Irma-Leena 1; Tijhuis, Marja 2; van Staveren, Wija 3; Kromhout, Daan 2; Nissinen, Aulikki 1 Physical functioning in elderly Europeans: 10 year changes in the north and south: the HALE project. Journal of Epidemiology & Community Health. 59(5):413-419, May 2005.
(Conclusion: While European populations are aging, the proportions of elderly people with disability are decreasing. These results suggest that dynamics of functioning may differ across cultures. Future studies are needed to clarify which potentially modifiable and culturally determined factors protect against functional decline.)

3. Koskinen S, Martelin T, Sainio P. Iäkkäiden toimintakyvyn kohentaminen välttämätöntä. Duodecim 2006;3:255

Dementoituneiden ihmisten määrän arvioitu kehitys

Ikäryhmät	2003	2010	2020	2030
30-64	6 516	6 543	6 112	5 828
65-74	18 646	21 213	29 954	27 938
75-84	30 388	33 038	40 670	59 376
85+	29 371	36 445	44 832	60 848
Yhteensä	84 921	97 239	121 568	153 990

Lähteet:

Väestötilastot, Tilastokeskus (väestöennuste); Keskivaikean ja vaikean demention esiintyvyys: alle 65-vuotiailla 0,26 %, 65–74-vuotiailla 4,2 %, 75–84 -vuotiailla 10,7 %, yli 85-vuotiailla 36 % (Sulkava 1999).

Sulkava R. 1999. Dementia kasvaa kansanterveysongelmaksi - olemmeko valmiit? Kansanterveys (6): 9-10. Lyhennelmä artikkelista saatavilla: http://www.dementiahoitoyhdistys.fi/uusi_sivu_1.htm (1.3.2004).

D) Laitospaikkojen kehitys

Sari Kauppinen

Miten vanhusten laitospaikat (vanhainkodit, terveyskeskusten vuodeosastot jne.) ja hoitopäivät ovat kehittyneet kolmen viime vuoden aikana ikäryhmiin jaoteltuina (tilasto kolmelta viime vuodelta, joilta tiedot ovat olemassa)?

Vanhainkotien ja terveyskeskusten paikkamääriä ei tilastoida, mutta vuoden lopun asiakasmäärä on lähes sama asia. Sekä vanhainkotien asiakasmäärät että terveyskeskusten pitkäaikaisasiakkaiden määrät ovat vähentyneet 2002–2004. Vähennys koskee kaikkia vanhusikäryhmiä. Suhteellisesti eniten on vähentynyt 65–74-vuotiaiden määrä ja vähiten puolestaan 75–84-vuotiaiden määrä. Hoitopäivissä kehitys on samansuuntainen.

	Vanhainkodit, asiakkaat 31.12.					Terveyskeskusten pitkäaikaisasiakkaat 31.12.				
	2002	2003	2004	Muutos 2002-2004		2002	2003	2004	Muutos 2002-2004	
				Lkm	%				Lkm	%
Alle 65 v.	599	595	628	29	4,8	1 185	1 142	1 118	-67	-5,7
65-74	2 346	2 183	2 178	-168	-7,2	1 736	1 596	1 502	-234	-13,5
75-84	8 017	7 761	7 941	-76	-0,9	4 905	4 743	4 741	-164	-3,3
85+	9 769	9 451	9 305	-464	-4,7	5 267	4 998	4 826	-441	-8,4
Yhteensä	20 731	19 990	20 052	-679	-3,3	13 093	12 479	12 187	-906	-6,9
65+ yht.	20 132	19 395	19 424	-708	-3,5	11 908	11 337	11 069	-839	-7,0
	Vanhainkodit, kaikki hoitopäivät					Terveyskeskusten pitkäaikais- asiakkaiden hoitopäivät				
	2002	2003	2004	Muutos 2002-2004		2002	2003	2004	Muutos 2002-2004	
				Lkm	%				Lkm	%
Alle 65 v.	209 710	206 720	212 020	2 310	1,1	496 717	484 095	484 916	-11 801	-2,4
65-74	827 710	769 963	762 209	-65 501	-7,9	698 225	668 828	623 218	-75 007	-10,7
75-84	2 892 047	2 796 701	2 838 873	-53 174	-1,8	1 951 689	1 947 857	1 904 052	-47 637	-2,4
85+	3 747 390	3 606 488	3 511 375	-236 015	-6,3	2 196 142	2 134 388	1 993 819	-202 323	-9,2
Yhteensä	7 676 857	7 379 872	7 324 477	-352 380	-4,6	5 342 773	5 235 168	5 006 005	-336 768	-6,3
65+ yht.	7 467 147	7 173 152	7 112 457	-354 690	-4,8	4 846 056	4 751 073	4 521 089	-324 967	-6,7

Lähde: Sosiaali- ja terveydenhuollon hoitoilmoitusrekisterit, Stakes

Lähteet: Sosiaali- ja terveydenhuollon hoitoilmoitusrekisterit

Miten laitoshoidon osuus vanhainkotien ympärivuorokautisesta hoidosta on 92–93 % riippuen siitä, lasketaanko se vuoden lopussa hoidossa olleista asiakkaista vai hoitopäivistä. Vanhustenhuollon osavuorokautisen hoidon piirissä oli vuoden 2004 lopussa noin 3 400 asiakasta (vuonna 2002 asiakkaita oli saman verran). Jos lasketaan yhteen vuoden lopussa ympärivuorokautisessa hoidossa olleet noin 20 000 asiakasta ja kaikki vanhustenhuollon osavuorokautisen hoidon asiakkaat, osavuorokautisessa hoidossa olisi ollut vuoden 2004 lopussa 14 prosenttia vanhainkotien asiakkaista. Vanhustenhuollon osavuorokautisesta hoidosta osa tapahtuu kuitenkin muualla kuin vanhainkodeissa, joten osavuorokautisen hoidon osuus vanhainkodeissa on todellisuudessa jonkin verran tätä pienempi.

Pitkäaikaishoidon osuus vanhainkotien ympärivuorokautisesta hoidosta on 92–93 % riippuen siitä, lasketaanko se vuoden lopussa hoidossa olleista asiakkaista vai hoitopäivistä. Vanhustenhuollon osavuorokautisen hoidon piirissä oli vuoden 2004 lopussa noin 3 400 asiakasta (vuonna 2002 asiakkaita oli saman verran). Jos lasketaan yhteen vuoden lopussa ympärivuorokautisessa hoidossa olleet noin 20 000 asiakasta ja kaikki vanhustenhuollon osavuorokautisen hoidon asiakkaat, osavuorokautisessa hoidossa olisi ollut vuoden 2004 lopussa 14 prosenttia vanhainkotien asiakkaista. Vanhustenhuollon osavuorokautisesta hoidosta osa tapahtuu kuitenkin muualla kuin vanhainkodeissa, joten osavuorokautisen hoidon osuus vanhainkodeissa on todellisuudessa jonkin verran tätä pienempi.

Vuonna 2002 jaksottaishoidossa (vähintään kahdeksan hoitajaksoa vuoden aikana) kävi vanhainkodeissa noin 1 500 ja terveyskeskuksissa noin 2 000 vanhusasiakasta.

Lähteet: Sosiaali- ja terveydenhuollon hoitoilmoitusrekisterit ja Tilastokeskuksen Kuntien toimintatilasto/SOTKA-tietokanta

Miten palveluasumisen (palveluasuminen ja tehostettu palveluasuminen) paikat ovat kehittyneet kolmen viime vuoden aikana?

Ikääntyneiden palveluasumisen asiakasmäärät ovat lisääntyneet 2002–2004 yhteensä noin kymmenen prosenttia. Tehostetun palveluasumisen asiakasmäärät ovat lisääntyneet enemmän kuin tavallisen palveluasumisen ja tehostetun osuus kaikesta palveluasumisesta onkin noussut jo 55 prosenttiin.

Myös ikääntyneiden palveluasumisen kattavuus on lisääntynyt. Erityisesti tehostetun palveluasumisen piirissä olleiden osuus 65 vuotta täyttäneistä on kasvanut.

As. 31.12.					Muutos, %			
	Ikääntyneiden palveluasuminen yhteensä	Tehostettu	Muu	Tehostetun %-osuus		Ikääntyneiden palveluasuminen yhteensä	Tehostettu	Muu
2002	23 854	11 471	12 383	48,1	2002-2003	5,7	12,8	-1,0
2003	25 206	12 943	12 263	51,3	2003-2004	3,7	10,5	-3,4
2004	26 142	14 297	11 845	54,7	2002-2004	9,6	24,6	-4,3
65+ asiakkaat, % 65 v. täyttäneistä								
	Ikääntyneiden palveluasuminen yhteensä	Tehostettu	Muu					
2002	2,8	1,3	1,5					
2003	3,0	1,5	1,5					
2004	3,0	1,6	1,4					

Lähde: Tilastokeskuksen Kuntien toimintatilasto ja sosiaalihuollon hoitoilmoitusrekisteri, Stakes

Lähteet: Sosiaalihuollon hoitoilmoitusrekisterit ja Tilastokeskuksen Kuntien toimintatilasto/SOTKA-tietokanta

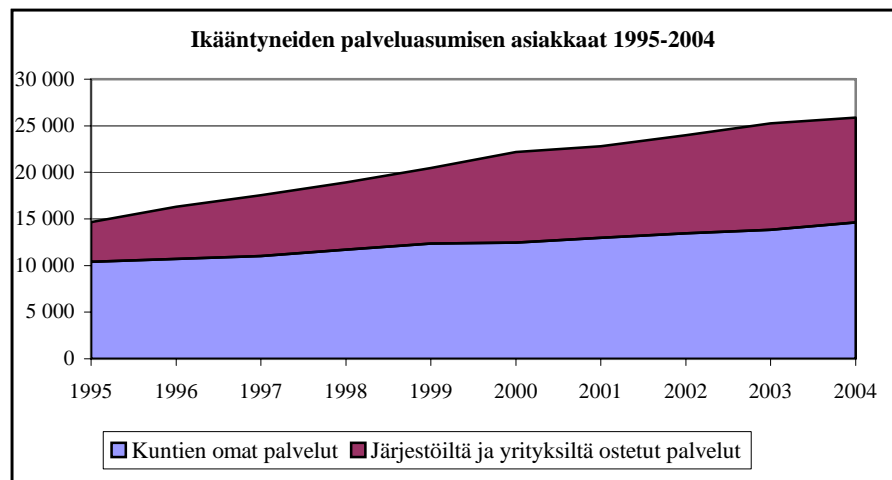
Miten laitospaikkojen ja palveluasuntojen määrään on vaikuttanut Raha-automaattiyhdistyksen kilpailupoliittisista syistä tapahtunut investointien väheneminen ja kunnallisten investointien alhainen taso?

Vanhusten laitoshoidon on pääasiassa kuntien ja kuntayhtymien tuottamaa. Vanhainkotihoitosta yksityiset palveluntuottajat (pääasiassa järjestöt) tuottavat noin 10 prosenttia ja pitkäaikaista terveyskeskushoitoa ostetaan yksityisiltä palveluntuottajilta vain muutamilla paikkakunnilla. Vanhusten laitoshoidon on viime vuosina vähentynyt, mutta se ei johdu Raha-automaattiyhdistyksen tukiin tulleista muutoksista, vaan kyse on lähinnä palvelurakenteen muuttamisesta.

Raha-automaattiyhdistyksen avustusten väheneminen on tapahtunut niin hiljattain, että sen vaikutus palveluasumiseen ei näy vielä. Muutamassa vuodessa se saattaisi alkaa vaikuttaa siten, että uutta kapasiteettia palveluasumiseen ei tule samaan tahtiin, kun ikääntyneiden määrä kasvaa. Toisaalta alalle on syntynyt myös yritysmuotoista tuotantoa ja myös kuntien oma tuotanto on koko ajan kasvanut. Järjestöt ovat Raha-automaattiyhdistyksen tukimuutosten takia alkaneet yhtiöittää palvelujaan, jolloin ne siirtyvät yrityssectorille. Toisaalta Valtion asuntorahasto ARA on voinut myöntää uusia investointiavustuksia erityisryhmien asunto-olojen parantamiseen vuoden 2005 alusta alkaen. Tuottajia ei ole rajattu ja kaikista vireillä olevista hankkeista lähes puolet on kuntien tai kuntayhtiöiden asuntohankkeita. Vuonna 2005 avustetuista asunnoista 36,6 % oli vanhusten palveluasuntoja (mm. muistihäiriöiset) ja 4,5 % muita palveluasuntoja (mm. kehitysvam-

maiset). Lisäksi avustusta ovat saaneet mm. opiskelija-asunnot sekä nuorten vuokra- ja tukiasunnot.

Pitkällä aikavälillä Raha-automaattiyhdistyksen avustukset ovat vaikuttaneet ikääntyneiden palveluasumisen laajenemiseen. Koska suurin osa kuntien ostopalveluista ikääntyneiden palveluasumisessa on ollut ostoa järjestöiltä, saa kuntien ostopalvelujen perusteella kuvan niiden palveluasumisen kehityksestä. Vuonna 2004 kunnat ostivat ikääntyneiden palveluasumista yli kaksi ja puoli kertaa niin paljon kuin vuonna 1995. Toisaalta myös kuntien oma toiminta on samaan aikaan lisääntynyt 40 prosentilla. Ostopalvelujen kasvu hidastui 1990-luvun lopussa, kun taas kuntien oma toiminta on lisääntynyt myös 2000-luvulla samaan tahtiin kuin 1990-luvulla. Vuodesta 2000 vuoteen 2004 kuntien oma toiminta lisääntyi 17 prosenttia ja ostopalvelut 16 prosenttia.



Lähde: Tilastokeskuksen Kuntien toimintatilasto

Lähde: Tilastokeskuksen Kuntien toimintatilasto/SOTKA-tietokanta; ARAn osalta lähde on www.ara.fi.

Onko vanhuksia tarpeettomasti terveyskeskusten vuodeosastoilla?

Päivi Topo

Kysymystä on myös syytä lähestyä siitä näkökulmasta mitä pitkäaikainen oleminen tai asuminen terveyskeskuksen vuodeosastolla tarkoittaa ikääntyneen, huonokuntoisen ihmisen kannalta. Näistä asiakkaista suurin osa sairastaa jotain dementoivaa sairautta. Stakesin tekemä systemaattiseen havainnointiin perustuva tutkimus antoi viitteitä siitä, että terveyskeskuksen vuodeosastoilla olevien dementoituneiden asiakkaiden päivä koostuu pääosin nukkumisesta, fyysisen hoidon saamisesta ja fyysisten tarpeiden tyydyttämisestä sekä yksin paikallaan istumisesta ilman muuta toimintaa. Heidän henkistä vireyttään ja henkistä hyvinvointiaan ei sairaalaympäristö juu-

rikaan tukenut. Vanhainkodeissa toiminnan tarpeisiin ja psykososiaalisiin tarpeisiin vastattiin paremmin, vaikka niissäkin huonokuntoisimpien asukkaiden kohdalla oli selviä tarpeita kehittää toimintaa ja työntekijöiden ammatillista osaamista. (Topo ym. 2006). Yksityisyyden puuttuminen terveyskeskuksen vuodeosastoilla on myös tuotu tutkimuksissa esiin (esim. Lyytinen ym. 2000). Ruotsin lääketieteen teknologian arviointiyksikön SBU:n (2006) tekemässä systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa todetaan demensioireisten ihmisen kykyihin sovitettun toiminnallisuuden ja psykososiaalisiin tarpeisiin vastaamisen tukevan ja kuntouttavan dementoivia sairauksia sairastavia. Näillä perusteilla voidaan esittää, että terveyskeskuksen vuodeosasto soveltuu huonosti pitkäaikaiseksi asuinpaikaksi.

Lähteet:

Lyytinen H, Liippo T, Routasalo P, Arve S. Ensimmäiset päivät sairaalassa. *Gerontologia* 2000;14:252-258.

Topo P, Sormunen S, Eloniemi-Sulkava U, Saarikalle K. Kohtaamisia demensihoidon arjessa. Havainnointitutkimus hoidon laadusta asiakkaan näkökulmasta menetelmänä Dementia Care Mapping. Käsikirjoitus 2006.

SBU – Statens beredning för medicinsk utvärdering. Demenssjukdomar. En systematisk litteraturöversikt (2006-02-03) osoitteessa http://www.sbu.se/filer/content0/dokument/Demens_sammanfattning.pdf

Harriet Finne-Soveri ja Anja Noro

RAI-aineiston terveyskeskusosastoilta löytyi vuosina 2003-2005 noin 1-2 % sellaisia henkilöitä, joiden päätöksentekokyky arkipäivän askareissa oli normaali ja joiden toimintakyky oli hyvä. Heistä kolme henkilöä neljästä oli suunniteltu kotiutettavaksi 30 vrk:n kuluessa.

RAI-aineiston mukaan arvoituna terveyskeskusten vuodeosastoilla oli lukumääräisesti ja prosentuaalisesti hyvin vähän hyväkuntoisia henkilöitä ja heistä 76 %:lla oli kotiutussuunnitelma.

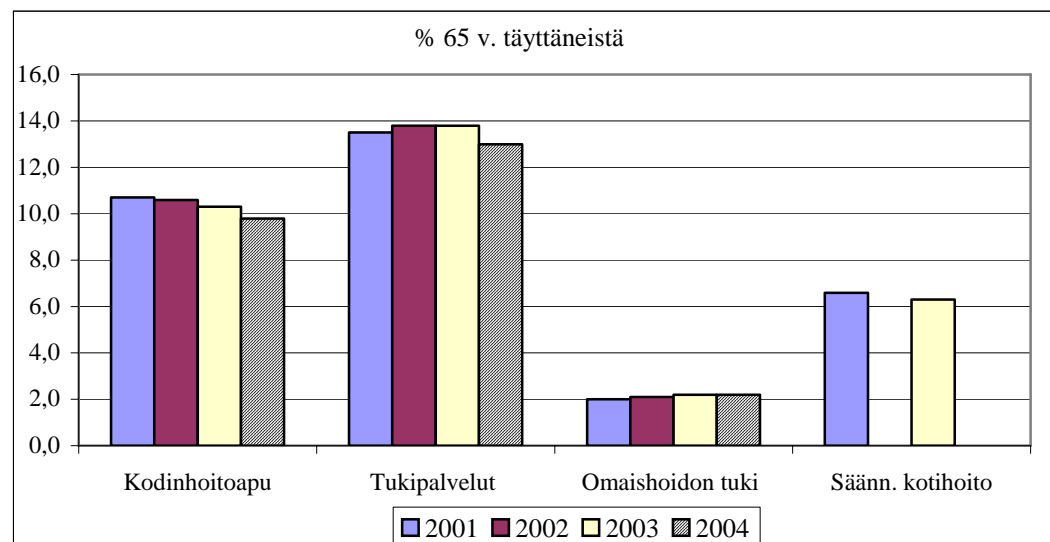
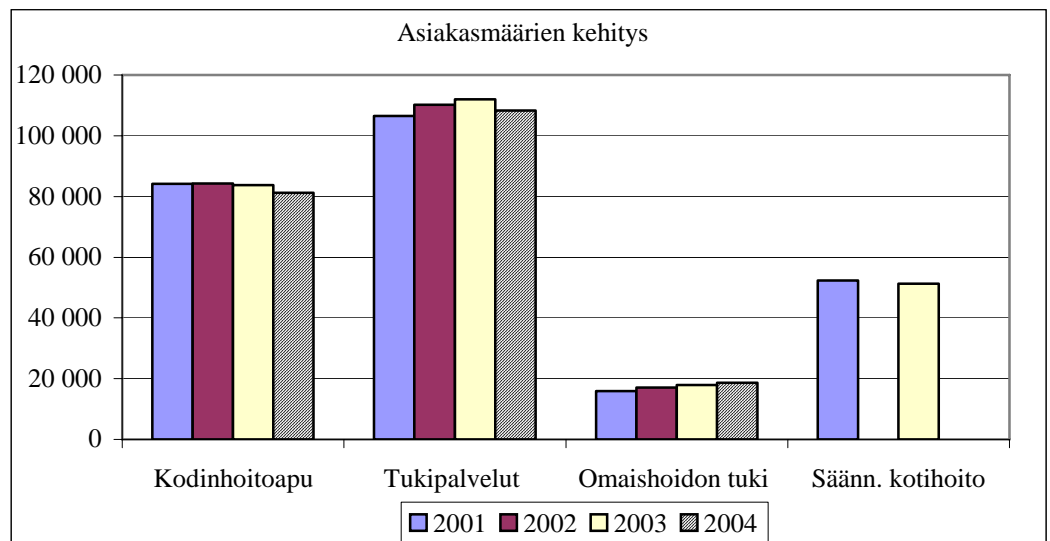
E) Kotipalvelujen kehitys

Sari Kauppinen

Miten kotipalvelut (säännöllinen kotihoito: kotipalvelu ja kotisairaanhoido, kodinhoitoapua saaneet vanhuskotiloudet, tukipalvelut ja omaishoidon tuki) ovat kehittyneet vastaavana aikana? Minkälaisia kehitystrendejä kotipalvelujen määrässä on kehittynyt?

Sekä säännöllistä kotihoitoa saaneiden ikääntyneiden määrä että niiden vanhuskotilouksien määrä, jotka ovat vähintään kerran vuoden aikana saaneet kodinhoitoapua, on vähentynyt viime vuosina. Tukipalveluja saaneiden vanhusasiakkaiden määrät ovat vaihdelleet vuosittain, mutta 2004 asiakkaita oli pari prosenttia vähemmän kuin vuonna 2002. Ikääntyneiden omaishoidon tuen asiakasmäärä on sen sijaan kasvanut lähes 10 prosenttia aikavälillä 2002–2004.

Kun asiakasmäärät suhteutetaan 65 vuotta täyttäneeseen väestöön, ovat nämä avopalvelut omaishoidon tukea lukuun ottamatta vähentyneet (tukipalvelujen kattavuus oli tosin vuosina 2002 ja 2003 selvästi korkeampi kuin vuonna 2004).



Lähde: Tilastokeskuksen Kuntien toimintatilasto ja sosiaalihuollon hoitoilmoitusrekisteri, Stakes

Vuodesta 1995 lähtien on joka toinen vuosi tehty asiakaslaskenta säännöllisen kotihoidon asiakkaista. Nämä tiedot osoittavat, että kotipalvelua ja kotisairaanhoidon saavat asiakkaat ovat yhä iäkkäämpiä ja huonokuntoisempia. Paljon palveluja (käyntejä) saaneiden asiakkaiden osuus on koko ajan kasvanut.

Vuonna 2003 lähes puolet (46 %) säännöllisen kotipalvelun ja kotisairaanhoidon piirissä olleista 65 vuotta täyttäneistä asiakkaista sai pelkästään kotipalvelua, neljäsosa (23 %) pelkästään kotisairaanhoidon ja lähes kolmasosa (31 %) sekä kotipalvelua että kotisairaanhoidon.

65 vuotta täyttäneiden kotihoitoasiakkaiden kokonaismäärä on kaiken kaikkiaan laskenut noin 2 600:lla vuodesta 1995 vuoteen 2003. Erityisesti 65–74 -vuotiaiden, mutta myös 75–84 -vuotiaiden asiakkaiden osuus on laskenut, kun taas 85 vuotta täyttäneiden osuus on kasvanut. Suurin asiakasryhmä ovat 75–84 -vuotiaat, joita on lähes puolet asiakkaista. Joka kolmas on täyttänyt 85 vuotta ja joka viides on 65–74 -vuotias. Palvelu siis supistuu ja sitä kohdennetaan entistä enemmän 85 vuotta täyttäneille, vaikka he eivät vielä olekaan pääasiallisena asiakaskuntana. Vuonna 2003 säännöllisen kotihoidon asiakkaiden keski-ikä oli 76,5 vuotta, kun se lasketaan kaikenikäiset asiakkaat huomioon ottaen. Mikäli keski-ikä lasketaan vain 65 vuotta täyttäneiden asiakkaiden osalta, oli se 81,1 vuotta. Kaikkien asiakkaiden keski-ikä on noussut puolella vuodella ja 65 vuotta täyttäneiden keski-ikä noin vuodella vuodesta 1995.

	1995	%	1999	%	2003	%	Muutos 1995-2003, lkm	Muutos 1995-2003, %
65-74	11 999	22,5	10 663	20,0	9 361	18,2	-2 638	-22,0
75-84	26 371	49,5	25 884	48,6	24 850	48,4	-1 521	-5,8
85+	14 923	28,0	16 750	31,4	17 112	33,3	2 189	14,7
65+ yht.	53 293	100,0	53 297	100,0	51 323	100,0	-1 970	-3,7
75+ yht.	41 294	77,5	42 634	80,0	41 962	81,8	668	1,6

Lähde: Sosiaalihuollon hoitoilmoitusrekisteri/kotihoidon laskenta, Stakes.

Asiakkaiden luona käytiin edelleen vuonna 2003 yleisimmin 1–8 kertaa kuukaudessa, mutta näiden asiakkaiden osuus on vähentynyt vuodesta 1995 vuoteen 2003. Sen sijaan yli 40 käyntiä kuukaudessa eli noin 10 käyntiä viikossa saavien määrä on kasvanut selvästi kertoen asiakkaiden avun tarpeen kasvusta. Vuonna 1995 yli 40 käyntiä saavien asiakkaiden osuus oli 15 prosenttia, kun se vuonna 2006 oli jo 26 prosenttia. Käyntikertojen mediaani on noussut vuoden 1995 seitsemästä vuoden 2003 yhteentoista käyntiin eli puolet asiakkaista saa vähintään 11 käyntiä kuukaudessa.

	Kotipalvelun tai kotisairaanhoidon käynnit/kk				
	Alle 9	9-16	17-40	Yli 40	Yht.
1995	50,3 %	16,2 %	18,3 %	15,2 %	100,0 %
1999	42,8 %	16,9 %	18,6 %	21,7 %	100,0 %
2003	45,1 %	11,5 %	17,9 %	25,5 %	100,0 %

Lähde: Sosiaalihuollon hoitoilmoitusrekisteri/kotihoidon laskenta, Stakes.

Kotipalveluissa on tapahtunut myös sisällöllistä muutosta. Monet aiemmin kodinhoitoapuun sisältyneet toiminnot on muutettu tukipalveluiksi (esimerkiksi kauppakassipalvelu, siivous ja ateriapalvelut). Vaikka kodinhoitoapua saaneiden vanhuskotitalouksienkin määrä on vähentynyt jyrkästi, vielä enemmän on vähentynyt kodinhoitoapua saaneiden lapsiperheiden määrä.

Vanhusten osuus kaikista kodinhoitoasiakkaista onkin kasvanut 1990-luvulla.

Lähteet: Sosiaalihuollon hoitoilmoitusrekisteri/kotihoidon laskenta ja Tilastokeskuksen Kuntien toimintatilasto/SOTKA-tietokanta

F) Pohjoismainen vertailu

Sari Kauppinen

Kuinka paljon Suomessa tuotetaan laitos- ja asumispalveluja sekä kotipalveluja verrattuna muihin Pohjoismaihin?

Pohjoismainen Sosiaalilastokomitea Nososko kerää vuosittain tietoja sosiaalipalveluista eri Pohjoismaissa. Ikääntyneiden palveluista kerätään kaksi tietoa: laitos- tai asumispalveluissa olleiden osuus 65 vuotta täyttäneistä ja kotipalveluja saaneiden osuus 65 vuotta täyttäneistä. Tiedot kootaan eri maiden yhteistyönä ja niissä pyritään mahdollisimman vertailukelpoisiin lukuihin. Sekä palvelujärjestelmät että tilastointi vaihtelevat kuitenkin maittain. Erityisesti kotipalvelun tietoja on vaikea verrata: Suomen ja Islannin tiedot koskevat koko vuoden aikana palveluja saaneita, kun taas muiden maiden tiedot ovat poikkileikkaustietoja. Lisäksi Suomessa tilastoidaan kotitalouksien määriä, mutta muissa maissa asiakasmääriä.

Näiden Nososkon tietojen mukaan Suomessa laitos- ja asumispalvelujen kattavuus 65 vuotta täyttäneiden piirissä on pienin ja kotipalveluissa toiseksi pienin kaikista Pohjoismaista.

Ikääntyneiden palvelut Pohjoismaissa 2003					
<i>65+ asiakkaat, % 65 v. täyttäneistä</i>	Suomi	Ruotsi	Norja	Tanska	Islanti
Laitoshoito ja asumispalvelut	6,8	7,8	11,9	8,2	8,9
Kotipalvelut	10,3	8,3	14,6	21,6	21,0
Lähde: Nososko					

Lähde:

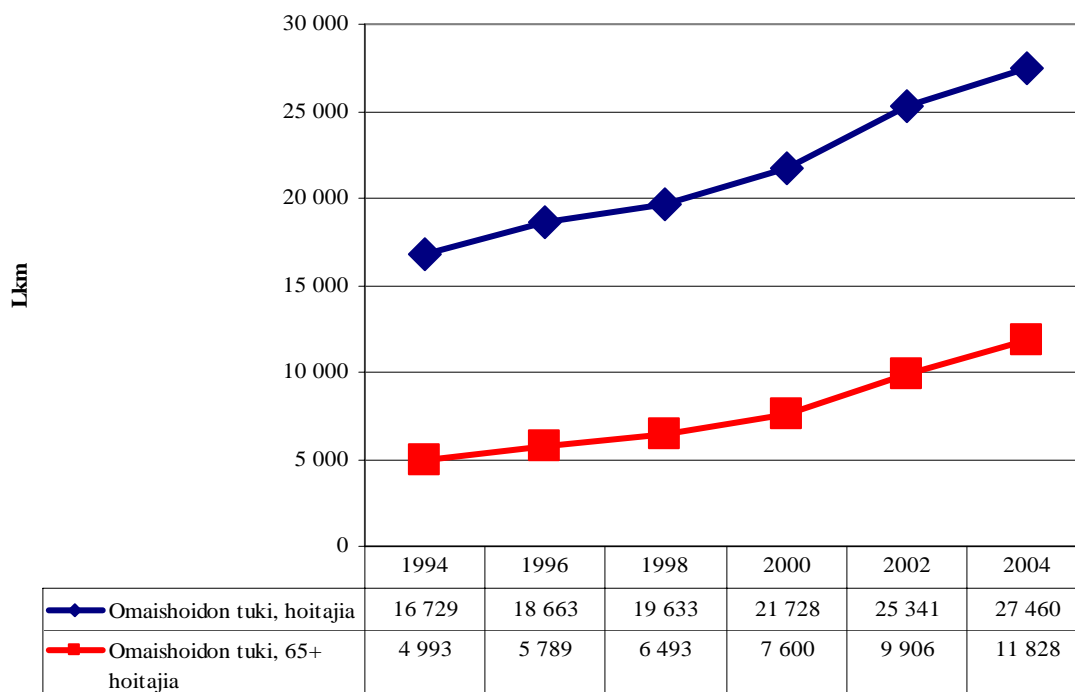
Social Protection in the Nordic Countries 2003. Nososco Nordic Social Statistical Committee 26:2005.

G) Omaishoito

Miten omaishoidossa olevien hoidettavien ja omaishoitajien määrä on kehittynyt viime vuosina?

Reija Heinola, Eija Kattainen, Hennamari Mikkola, Marja-Leena Perälä, Päivi Topo, Päivi Voutilainen

Raja tavanomaisen omaisen auttamisen ja varsinaisen omaishoitajuuden välillä on liukuva. Kunnallista omaishoidon tukea sai vuonna 2004 lähes 28 000 omaishoitajaa. Omaishoitajien määrä on kasvanut tasaisesti vuodesta 1994 lähtien. (Kuvio 1.)



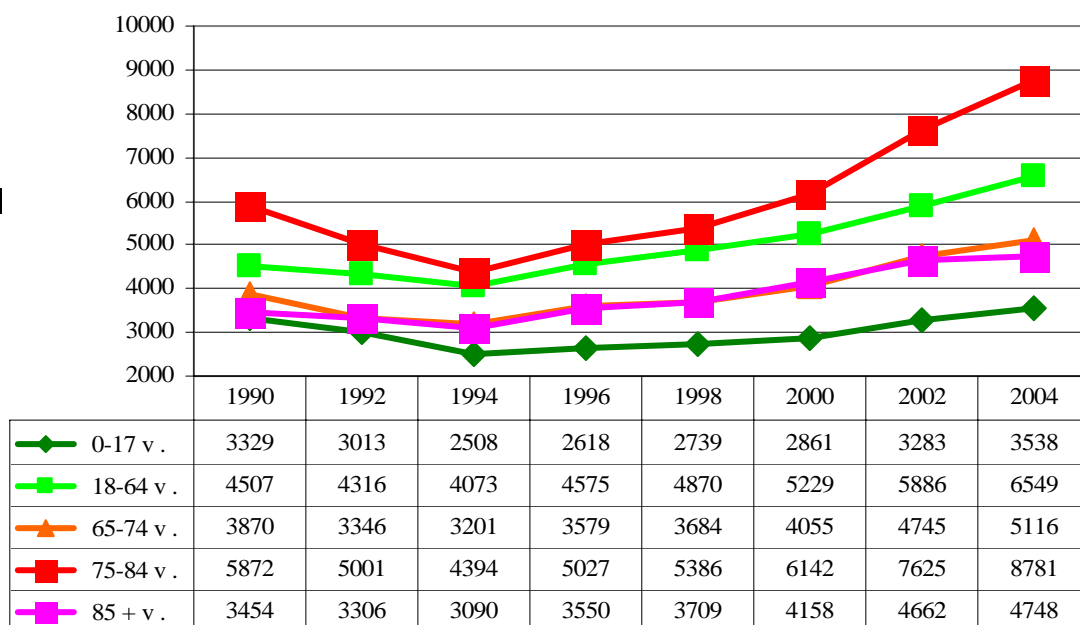
Kuvio 1. Kunnallista omaishoidon tukea saavien omaishoitajien määrän kehitys 1994–2004.

Läheistensä hoitoon eriasteisesti osallistuvien omaisten määrä on kuitenkin huomattavasti suurempi. Omaishoidon tuen (sosiaalipalvelu) ulottumattomissa olevien omaishoitajien määrän arviointi on vaikeaa. Heistä ei ole olemassa rekisteriä, jonka avulla heitä voisi tavoittaa. Arviot omaishoitajien määrästä vaihtelevat ns. Vanhusbarometriaineiston² ja Stakesin Suomalais-

² Vaarama M. & Kaitsaari T. 2002. Ikääntyneiden toimintakyky ja koettu hyvinvointi. Teoksessa: Heikkilä M. & Kautto M. (toim.) Suomalaisen hyvinvointi 2002. s. 120–148. Stakes, Helsinki.

ten hyvinvointi³ -aineistojen perusteella tehtyjen arvioiden, noin 150 000 yli 60-vuotiasta henkilöä, ja Omaishoitajat ja Läheiset -liiton arvion, jonka mukaan kaikki ryhmät mukaan lukien omaishoitajia on yli 300 000, välillä. Jälkimmäinen luku pohjautuu Sihvon vuonna 1989 esittämään arvioon⁴. Varovaisimpienkin arvioiden perusteella voidaan todeta, että suurin osa omaisiaan hoitavista ihmisistä tekee hoivatyötä ilman omaishoidon tukea, vaikka hoidettavan avun tarve saattaisi edellyttää tuen saamista.

Omaishoidon tuen asiakasmäärät ovat kasvaneet 1990-luvun puolivälin jälkeen. Eniten omaishoidon tuella hoidettavien määrä on kasvanut 18–64-vuotiaiden ja 75 vuotta ja sitä vanhempien ikäluokissa. (Kuvio 2.)



Kuvio 2. Omaishoidon tuen asiakasmäärien kehitys eri ikäluokissa vuosina 1990–2004.

Omaishoidon tukea saavat ja ilman tukea läheistään auttavat omaiset

Voidaan havaita heikkoja signaaleja siitä, että tulevaisuudessa läheistään hoitavien omaisten merkitys hoidon antajina tulisi lisääntymään. Tulokset

³ Vaarama M., Luoma M.-L. Ylönen L. 2005. Ikääntyneiden toimintakyky ja koettu elämänlaatu. Käsikirjoitus. Julkaistaan 2006 osana Suomalainen hyvinvointi 2006 -teosta.

⁴ Sihvo, T. 1989. Arki ja apu. Sosiaalihuollon väestötiedustelun raportti 1. Julkaisuja 14/1988. Sosiaalihuolto, Helsinki.

perustuvat PALKO –seurantakyselyn alustaviin tuloksiin.^{5 6} Sairaalasta kotiutuneen iäkkään henkilön omaisilta (n=346) kysyttiin heidän elämäntilanteestaan ja iäkkään hoitoon osallistumisesta. Vastaajista valtaosa (72 %) oli naisia, joiden keski-ikä oli 57 vuotta. Vajaa viidesosa omaisista asui samassa taloudessa iäkkään kanssa, 17 prosenttia sai kunnallista omaishoidon tukea. Tukea saavista 60 prosenttia oli puolisoita. Kolmasosa omaisista auttoi läheistään päivittäin ja lähes puolet viikoittain. Omaishoidon tukea saavista hoitajista yksi kymmenestä oli kokopäivätyössä kun ilman tukea läheistään auttavista työssä oli puolet.

Omaiset auttoivat läheistään ruoan hankkimisessa ja laittamisessa, apteekkiasioiden hoitamisessa ja turvallisen olon ylläpitämisessä saman verran. Omaishoidon tukea saavat auttoivat enemmän mm. päivittäisissä toiminnoissa, tavaroiden kantamisessa, sairauden hoidossa, kipujen ja särkyjen lievittämisessä, unen ja levon saamisessa, pelkojen ja ahdistuksen lievittämisessä ja yksinäisyyden lievittämisessä.

Molemmissa omaishoitajaryhmissä iäkkäiden terveydentila arvioitiin samanlaiseksi. Ilman omaishoidon tukea läheistään auttavat arvioivat läheisensä avuntarpeen suuremmaksi kuin omaishoidon tukea saavat hoitajat. Ikääntyneet, joilla ei ollut kunnallista omaishoidon tukea saavaa hoitajaa, tarvitsivat enemmän kotipalvelun ja kotisairaanhoidon apua sekä ystävien, naapureiden ja tuttavien apua.

Omaishoidon tukea saavat omaishoitajat arvioivat selviävänsä hoitajina paremmin kuin ilman tukea läheistään auttaneet omaiset. Tukea saavat omaishoitajat olivat saaneet ilman tukea läheistään auttaneita enemmän tietoa sosiaaliavustuksista, läheis- ja oma-apuryhmistä ja virkistysmahdollisuuksista. Kuitenkin molemmissa omaishoitajaryhmissä noin kolmasosa arvioi tiedonsaannin riittämättömäksi omaisille kuuluvista etuuksista.

Kuinka moni omaishoitaja on saanut taloudellista tukea?

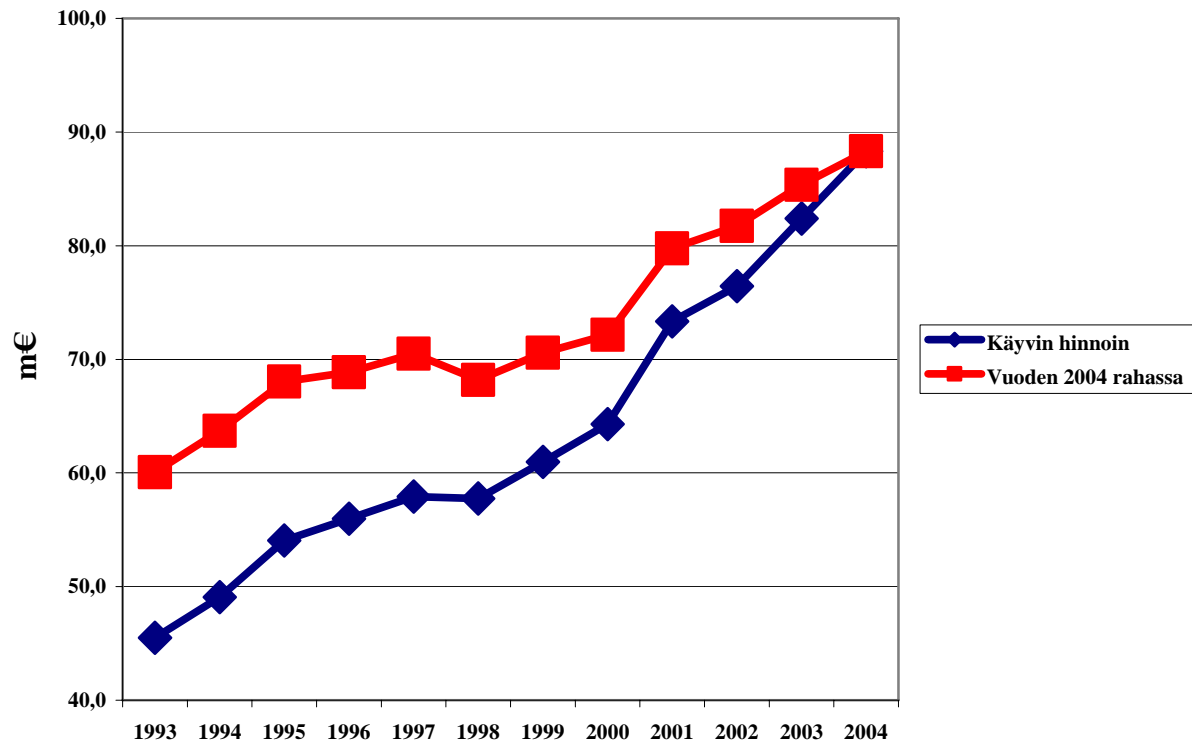
Taloudellista tukea (= hoitopalkkio) ovat saaneet ne lähes 28 000 omaishoitajaa, jotka ovat julkisesti tuetun omaishoidon piirissä.

⁵ Perälä M-L., Rissanen P., Grönroos E., Hammar T., Pöyry P. & Teperi J. 2003. PALKO - Palveluja yhteen sovittava kotiutuminen ja kotihoito. Koeasetelma ja lähtötilanteen arviointi. Aiheita 27/2003. Stakes, Helsinki.

⁶ Kattainen E., Perälä M-L., Rissanen P., Hammar T., Pöyry P., Teperi J. 2006. Asiakkaiden, omaisten ja kotihoidon työntekijöiden arvioinnit palvelujen toimivuudesta PALKO-seuranta-aineistojen alustavat tulokset koe- ja vertailukunnissa. (Raportti viimeistelyssä)

Miten omaishoidon menot ovat kehittyneet?

Tilastokeskuksen kuntien talous- ja toimintatilaston mukaan omaishoidon tuen hoitopalkkioiden (yhteensä) kehitys on ollut jossakin määrin vaihtelevaa 1990-luvulla. Palkkiot ovat kuitenkin nousseet koko 2000-luvun. (Kuvio 3.)



Kuvio 3. Omaishoidon tuen hoitopalkkiot (m€) 1993–2004 (Indeksinä Tilastokeskuksen julkisten menojen hintaindeksi/kuntatalous/sosiaalitoimi).

Valtakunnallisen omaishoidon tuen seurantatutkimuksen⁷ mukaan vuonna 2002 kuntien maksamat (asiakaskohtaiset) omaishoitajien hoitopalkkiot vaihtelivat 30 eurosta 1260 euroon. Hoitopalkkioiden keskiarvo oli samana vuonna koko maassa 287,89 euroa kuukaudessa. Uuden lainsäädännön mukaan hoitopalkkion vähimmäismäärä on 300 euroa kuukaudessa. Kuitenkin, jos omaishoitaja on hoidollisesti raskaan siirtymävaiheen aikana lyhytaikaisesti estynyt tekemästä omaa tai toisen työtä, palkkio on vähintään 600 euroa kuukaudessa edellyttäen, että hoitajalla ei ole tältä ajalta

⁷ Vaarama M., Voutilainen P. & Manninen M. 2003. Omaishoidon tuki sosiaalipalveluna. Selvitys omaishoidon tuesta ja sen vaihtelusta 1994–2002. Selvityksiä 2003:8. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.

1. vähäistä suurempia työtuloja
2. oikeutta sairausvakuutuslain (1224/2004) 10 luvun mukaiseen erityishoitorahaan tai
3. oikeutta vuorotteluvapaalain (1305/2002) 13 §:n mukaiseen vuorottelukorvaukseen.

(Laki omaishoidon tuesta 5 §).

Onko omaishoitajille järjestetty riittävästi tukipalveluja?

Valtakunnallisen selvityksen mukaan omaishoitajien tukipalvelujen järjestämisen tavat ja määrä vaihtelivat kunnittain. Eniten kuntien sosiaalitoimi tuki omaishoitajia tarjoamalla hoidettavalle sijaishoitoa omaishoitajan lakisääteisen vapaan ajaksi. Seuraavaksi yleisintä oli yhteistyö terveystoimen, seurakunnan ja järjestöjen kanssa omaishoitajien jaksamisen tukemiseksi. Noin puolet kunnan omaishoidon tuesta vastaavista henkilöistä ilmoitti, että omaishoitajiin pidettiin säännöllisesti yhteyttä. Noin joka viidennessä kunnassa omaishoitajille järjestettiin vertaisryhmiä, järjestettiin koulutusta, työnohjausta ja/tai erilaista virkistystoimintaa.

Omaishoitajien tukeminen on tärkeää, sillä omaishoitajat kokevat fyysisen terveydentilansa keskimääräistä heikommaksi ja heillä esiintyy enemmän kroonisia sairauksia kuin muilla samanikäisillä. Tyypillisiä fyysisiä sairauksia ovat tuki- ja liikuntaelinsairaudet ja päänsärky. Omaishoitajilla on myös diagnosoitu keskimääräistä yleisemmin depressiota ja ahdistusta.^{8 9}

Useat suomalaiset tutkimukset ovat osoittaneet, että omaishoitajat eivät useinkaan koe saavansa/saaneensa riittävästi ammattilaisten tukea ja tukipalveluita kyetäkseen selviytymään omaishoitajan arjestaan. Erityisesti tämä on tullut esiin dementoituvaa omaista hoitavien omaisten vastauksissa¹⁰. Omaisten vastausten mukaan tukipalvelujen vähäisyys on ollut yksi syy kotona hoitamisen loppumiselle ja heikentänyt omaishoitajan psyykkistä jaksamista. Palvelujärjestelmän toimimattomuus onkin identifioitu yhdeksi dementiaoireisten laitoshoidon riskiä lisääväksi tekijäksi. Interventiotutkimukset ovat osoittaneet, että parantamalla lyhytaikaishoidon ja osavuorokautisen hoidon laatua, tehostamalla omaishoitajien tukemista ongelmatilanteissa, järjestämällä omaishoitajien vertaistukea ja tukemalla care manager -mallilla sairaalasta kotiuttamista voidaan tukea omaishoitajan

⁸ Aaltonen E. 2005. Omaishoito ja julkinen palvelujärjestelmä. Yhteiskuntapolitiikka 70, 432-439.

⁹ Pietilä M. & Saarenheimo M. 2003. Omaishoidon tukeminen Suomessa. Tutkimusraportti 2. Vanhustyön keskusliitto, Helsinki.

¹⁰ Kirsi T. Rakasta, kärsi ja kirjoita. Acta Universitatis Tamperensis 1051, Tampere 2004.

työtä ja usein pidentää omaishoidon jatkumista sekä lykätä laitoshoidtoa.^{11 12 13 14 15} Stakesin tekemässä kyselyssä omaishoitajille, joiden läheiset olivat dementiaan erikoistuneiden päiväpaikkojen asiakkaita, tämä tukipalvelu arvioitiin erittäin tärkeäksi oman jaksamisen kannalta ja sen arvioitiin viivästyttävän omaisen joutumista laitoshoidtoon (Topo & Sormunen 2006, ei julk.). Tutkimusnäytön perusteella voidaan todeta, että tukemalla nykyistä tehokkaammin omaishoitajia voidaan kotona asumista useinkin jatkaa nykyistä pidempään ja ylläpitää omaisen kokonaisvaltaista jaksamista ja terveyttä.

Omaishoitajien odotuksia tuesta ja esimerkkejä tukimuodoista¹⁶ on koottu taulukkoon 1.

Omaishoitajien tuen odotukset	Esimerkkejä tukimuodoista
Vapaa-aika: asioiden hoito, lepo ja virkistys	Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut Lomat ja retket Harrastuksiin kannustaminen
Henkinen tuki: asioiden jakaminen ja ymmärtäminen	Sosiaalisten verkostojen vahvistaminen Vertaisryhmät Terapia ja konsultaatio
Käytännöllinen tuki: tieto ja apu	Neuvonta, ohjaus ja opastus Käytännön apu hoitotyössä (esim. kodin siivous ja hoidettavan hygienian hoito)
Fyysinen tuki: virkistymisen ja jaksaminen	Liikunta Fysioterapia Ergonomiset työtavat

Taulukko 1. Omaishoitajien tuen odotukset ja tukimuodot.

¹¹ Rahkonen T, Eloniemi-Sulkava U, Pannila S ym. Systematic intervention for supporting community care of elderly people after a delirium episode. *Int Psychogeriatr* 2001:13:37-49.

¹² Eloniemi-Sulkava U, Tervala J, Sulkava R. special care units are efficient in respite care of dementedelderly patients. *Res Pract Alzheimer Dis* 1998:1:223-232.

¹³ Eloniemi-Sulkava U, Notkola I-L, Kivelä S-L ym. Effects of supporting community-living demented patients and their caregivers. A randomized trial. *J Am Geriatr Soc* 2001:49:1282-1287

¹⁴ Eloniemi-Sulkava U, Rahkonen T, Ruotsalainen V ym. Nurse case manager for cognitively impaired elderly. Teoksessa Eloniemi-Sulkava U. Supporting community care of demented patients. *Kuopion yliopiston julkaisuja D, lääketiede* 279, Kuopio 2002.

¹⁵ Saarenheimo M & Pietilä M, Yhteinen tehtävä. Ryhmästä oivalluksia omaishoittoon. Vanhustyön keskusliitto, tutkimusraportti 13, Helsinki 2006.

¹⁶ Sosiaali- ja terveysministeriö 2005. Omaishoidon tuki. Opas kuntien päättäjille. Oppaita 30. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.

Ovatko kunnat huolehtineet siitä, että omaishoitajat ovat voineet tosiasiallisesti käyttää lakisääteiset vapaapäivänsä?

Vuonna 2002¹⁷ vain noin 70 prosentissa vastanneiden kuntien omaishoidon tukisopimuksista oli sovittu hoitajan lakisääteisestä vapaasta. Yleisimmäksi syyksi vapaan sopimatta jättämiseen kunnat ilmoittivat hoidon vähäisen sitovuuden. Kuntien edustajat kuitenkin arvioivat, että hoidettavat olivat pääosin jatkuvasti ja paljon apua tarvitsevia, ja suurin osa olisi tarvinnut laitospaikan, ellei hoitavaa omaista olisi ollut. Tämän perusteella hoitotyö voitaisiin tulkita sitovaksi, mutta vapaasta ei silti sovittu.

Muita syitä lakisääteisen vapaan sopimatta jättämiseen oli hoitajan haluttomuus pitää vapaata ja hoidettavan kieltäytyminen sijaishoidosta joko sen maksullisuuden tai hänelle vieraan hoitajan vuoksi. Osa kuntien vastaajista tulkitsi hoitajien haluttomuuden johtuvan esimerkiksi siitä, että hoitaja ei halunnut jättää hoidettavaansa muiden hoitoon tai että sijaishoito oli kunnassa maksullista.

Onko kunnilla ollut riittävästi sijaishoitomahdollisuuksia?

Valtakunnallisen selvityksen¹⁸ mukaan omaishoitajan lakisääteisen vapaan aikainen sijaishoito järjestettiin useimmiten kunnallisena palveluna. Ainoastaan noin viidesosa sijaishoidosta järjestettiin ostopalvelusopimuksin ja yksityisesti tuotettuina. Hoitajan haluttomuus pitää vapaata saattaa osin heijastaa tarkoituksenmukaisten sijaishoitovaihtoehtojen puutteita.

Hoidettavien sijaishoito järjestettiin pääosin laitoshoidona joko vanhainkodeissa tai terveyskeskuksen vuodeosastoilla. Toiseksi eniten sijaishoidon järjestämisessä turvaututtiin sukulaisten antamaan apuun. Kaikkein vähäisintä oli hoidon järjestäminen omaisyhdistysten tai hoitajien oma-apuryhmien kautta. Kotipalvelun käyttö sijaishoidon järjestämisessä oli hieman vähentynyt vuodesta 1998. Noin kymmenessä prosentissa tapauksista sijaishoito järjestettiin palkkaamalla lomittaja hoidettavan kotiin, järjestämällä hoitajan vapaa samanaikaisesti hoidettavan sairaala- tai kuntoutusjaksojen tai vammaisten lasten ja nuorten leirien kanssa. Myös erilaisia päivähoitoja käytettiin omaishoitajan vapaan mahdollistamiseen.

¹⁷ Vaarama M., Voutilainen P. & Manninen M. 2003. Omaishoidon tuki sosiaalipalveluna. Selvitys omaishoidon tuesta ja sen vaihtelusta 1994–2002. Selvityksiä 2003:8. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.

¹⁸ Vaarama M., Voutilainen P. & Manninen M. 2003. Omaishoidon tuki sosiaalipalveluna. Selvitys omaishoidon tuesta ja sen vaihtelusta 1994–2002. Selvityksiä 2003:8. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.

Miten kolmannen sektorin voimavaroja on hyödynnetty omaishoidossa?

Sosiaali- ja terveysalan järjestöt tarjoavat vertaistukea, kuntoutusta, virkistystä, koulutusta ja sopeutumisvalmennusta, jotka ovat osoittautuneet hyödyllisiksi omaishoitajien jaksamisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin kannalta. Raha-automaattiyhdistys tukee omaishoidon kehittämisprojekteja 9,9 miljoonalla eurolla vuonna 2006. Suurimmat tuet (> 100 000 euroa) on myönnetty Omaishoitajat ja läheiset -liitolle sekä sen paikallisyhdistyksille, Eläkeliitolle, Folkhälsanille ja Suomen Punaiselle Ristille. Vanhustyön keskusliiton geriatrisen kuntoutuksen projektijulkaisussa¹⁹ on tarkasteltu hankkeita, jotka ovat kohdistuneet ikääntyviin omaishoitajiin. Tutkimuksen mukaan projekteissa on pyritty kehittämään laajalle leviäviä ja jatkuvia omaishoidon tukimalleja. Projektien pääasiallisiksi suosituksiksi tutkimuksessa tuodaan esille esitykset kotihoidon lomituksen ja kotiavun lisäämisestä sekä ihmisten yksilöllisten tarpeiden kokonaisvaltaisesta huomioonottamisesta tukitoiminnassa.

Onko omaishoitoon syntynyt yksityisiä markkinoita, joita voidaan hyödyntää omaishoidon toteutuksessa?

Yksityisiä tuottajia käytetään omaishoidon vapaapäivien järjestämisessä palvelusetelijärjestelmän avulla. Valtion taloudellisen tutkimuskeskuksen selvityksen mukaan omaishoitajien vapaapäiviä koskeva palvelusetelijärjestelmä oli käytössä vuonna 2004 muun muassa seuraavissa kunnissa: Hollola, Joroinen, Kajaani, Kemi, Lempäälä, Mäntsälä, Nilsiä, Nakkila, Rauma ja Vammala.²⁰

Kuinka suuret ovat kustannuserot omaishoidon ja laitoshoidon välillä?

Omaishoidon tuen oletetaan korvaavan kallista laitoshoidoa. Kuntien arvion mukaan (n= 381) laitoshoidossa olisi omaishoidon tuella hoidettavista vuonna 2002 lähes 10 000 henkilöä, ellei hoitavaa omaista olisi. Asukaslukuun suhteuttamalla omaishoidon tuella hoidettavista olisi laitoshoidossa koko maassa ollut noin 11 400 henkilöä vuonna 2002, ellei hoitavaa omaista olisi. Laskennallinen nettosäästö laitostukustannuksissa oli siten 283 miljoonaa euroa.

¹⁹ Pietilä M., Saarenheimo M. 2003: Omaishoidon tukeminen Suomessa. Geriatrisen kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämishanke. Tutkimusraportti 2.

²⁰ Rätty T. Palvelusetelit sosiaalipalveluissa 2004. VATT keskustelualoitteita 340/2004.

Aiheuttaako se, että osa omaishoitajista on vielä työelämässä, omaishoidon ja työelämän välisiä yhteensovittamisongelmia?

Minna Salmi

Omaishoitajien liiton tietojen mukaan varsinaisista omaishoitajista eli kunnallista omaishoidon tukea saavista (nykyisin noin 28 000 henkilöä) noin 22 % oli joko osa-aika- tai kokoaikatyössä. On kuitenkin syytä olettaa, että omaishoidon tukea saavat edustavat vain osaa omaisiaan hoitavista. Omaiset, vaikka eivät olisikaan varsinaisia omaishoitajia tukea saavan pääasiallisen hoitajan mielessä, ovat oleellisessa roolissa täydentämässä kunnallisina palveluina saatavaa hoitoa. Työterveyslaitoksen tutkimuksen mukaan työssäkäyvistä 25-64 -vuotiaista 12 % eli noin 250 000 henkilöä huolehtii vähintään viikoittain toisesta henkilöstä, joka tarvitsee apua ikääntymisen, sairauden tai vamman vuoksi.

Stakesin tutkimuksessa työn ja perheen yhteensovittamisesta noin 90 prosentilla työssä olevista oli vielä elossa ainakin yksi vanhemmista. Näistä työntekijöistä noin puolet antoi vanhemmilleen eri muodoissa apua vähintään kerran kuukaudessa. Näin arvioituna esitetty kysymys koskee jo nyt suurta osaa työelämässä olevista, ja tulevaisuudessa todennäköisesti vielä useampia.

Joka neljännen työntekijän vanhemmat olivat niin sairaita tai huonokuntoisia, että he tarvitsivat erityistä hoitoa tai apua. Tässä vaiheessa työssäkäyvien lasten antama apu lisääntyi selvästi. Lähes kaikki Työ ja perhe -kyselyn vastaajat, joiden vanhemmat tarvitsivat erityistä hoitoa tai apua, ilmoittivat itse antavansa apua, mutta useimmiten myös muut sukulaiset samoin kuin puoliso osallistuivat auttamiseen.

Sairastuneesta vanhemmasta huolehtineet käyttivät vierailuihinsa sairaalassa, hoitolaitoksessa tai vanhuksen kotona ensisijaisesti omaa vapaa-aikaansa. Aikaa otettiin iltojen, viikonloppujen ja vapaapäivien lisäksi ylityötunneista, liukumista ja pekkaspäivistä. Vasta hätätapauksessa, kuten äkillisen sairauskohtauksen vuoksi, otettiin vapaata töistä, tällöin useimmiten palkattomana.

Stakesin Työ ja perhe -tutkimuksen tulokset osoittavat, että omia vanhempiaan auttavien työssä käyvien "lasten" antama apu on tärkeää ja usein välttämätöntä ja muodostaa hoitoverkon kunnallisten palvelujen kanssa. Sukupolvien välisen huolenpidon verkostot asettavat haasteita sekä lainsäädännön kehittämiseksi että työelämän organisoimiselle niin että myös omien ikääntyneiden tai sairaiden vanhempien auttaminen on tarvittaessa mahdollista.

Omista vanhemmistaan huolehtivalla on käytettävänä vähemmän lakisääteisiä keinoja sovittaa yhteen työ ja perhe kuin pikkulasten vanhemmilla. Vuonna 1998 Suomeen saatiin uusi perhevapaa, joka antaa työntekijälle oikeuden olla pois työstä pakottavan, perheeseen liittyvän syyn vuoksi. Tätä perhevapaata on mahdollista käyttää myös omien vanhempien sairastuessa, mutta vapaa on tarkoitettu äkilliseen ja tilapäisluontoiseen käyttöön, joten siitä ei juuri ole apua omaistaan hoitavien tilanteessa. Lainsäädännössä olisi siis aiheellista kehittää keinoja tukea omia vanhempiaan auttavia ansiotyössä käyviä ihmisiä esimerkiksi lastenhoitovapaan tapaisen, taloudellisesti tuetun omaishoitovapaan muodossa, kuten Kansallisessa sosiaalialan kehittämissuunnitelmassa on ehdotettu.

Oma erityiskysymyksensä on työttömyysturvan ja omaishoidon yhteensovittaminen. Työtön omaishoitaja voidaan tulkita työmarkkinoiden ulkopuolella olevaksi ja evätä häneltä työttömyysturva tällä perusteella.

Stakesin kokonaisarvio siitä mihin suuntaan vanhustenhuoltoa tulisi kehittää (kysymykset D, E, F, G)

Marja-Leena Perälä, Päivi Voutilainen, Anja Noro, Harriet Finne-Soveri ja Timo Sinervo

Jo viime vuosikymmenen alussa sosiaali- ja terveydenhuollossa asetettiin tavoite laitospaikkojen vähentämisestä ja avohoitopainotteisuuden lisäämisestä. Laitospaikkoja supistettiin, mutta kunnat eivät pystyneet taloutensa heikentyessä lamavuosina toteuttamaan suunniteltuja voimavarojen siirtämisestä avohoitoon. Valtionosuusuudistus astui voimaan 1993 ja lisäsi kuntien vastuuta ja valtaa palvelujen järjestämisestä. Samanaikaisesti myös erikoissairaanhoidon tehostaminen toimiensa. Tehostamisen seurauksena hoitojaksot lyhenivät ja jatkohoito pyrittiin toteuttamaan terveyskeskuksissa, mikä lisäsi terveyskeskusten kuormitusta. Kun avohoito / kotihoito ei saanut suunniteltuja voimavaroja ja vanhainkoti- ja palvelutalopaikkoja ei ollut käytössä, yhä sairaampia ja huonokuntoisempia ikääntyneitä tuli kotihoitoon. Kun kotona ei enää selviydytty eikä kotiin saatu lisää apua, ainoa mahdollisuus oli siirtyä terveyskeskukseen. Terveyskeskusten pitkäaikaispaikoilla on henkilöitä, joiden paikka olisi vanhainkodissa tai palvelutalossa tai he jopa selviytyisivät kotona, jos saisivat riittävästi tukea. Kotihoidolla on vähän vaihtoehtoja toimintansa kehittämiseen; toiminta määräytyy suurelta osin palvelujärjestelmän muiden toimijoiden kautta. Vaihtoehtomuutta lisää se, että kotihoidossa, erityisesti kotipalvelussa on työntekijöitä, joilla on vähän koulutusta ja he kokevat eniten puutteita ammattitaidossa.

Ikääntyneille suunnattu palvelujärjestelmä kävi 1990-luvulla läpi useita muutoksia. Kehitys voidaan tiivistää ikääntyneiden kotipalvelun (vähenevä trendi myös säännöllisen kotihoidon kattavuuden osalta) kattavuuden vähenemiseen (asiakkaiden määrä väheni, mutta sen sijaan palvelujen intensiteetti on jatkuvasti kasvanut) ja pitkäaikaishoidon kahteen sisäiseen rakennemuutokseen, jossa terveydenhuolto keskittyi erikoissairaanhoidon pitkäaikaishoidon purkuun, ja sosiaalitoimen osuus ikääntyneiden palveluiden tuottajana kasvoi, kun palveluasumisen volyyymi kasvoi.

Vanhainkoti/palvelutalo-, kotihoidon sekä terveyskeskuksen ja omaishoitajien työnjakoa ja yhteistyötä tulisi tarkastella uudelleen. Potilaat/asiakkaat tulisi sijoittaa oikeisiin paikkoihin (terveyskeskuksen vuodeosasto ei ole kenenkään koti), ja paikan toiminta tulisi järjestää asukkaiden toimintakykyä tukevaksi. Jokaista hoitomuotoa tulisi tukea ja rajapintoja ylittävät käytännöt kehittää. Käyttöön olisi hyvä ottaa standardoidut arviointi- ja seurantavälineet.

Kaiken kaikkiaan olisi varauduttava lisäämään tuettuja hoitopaikkoja, mutta rakentaminen ja rakenteiden muuttaminen tulisi tehdä siten, että tilat ovat

muunneltavissa erilaisiin käyttötarkoituksiin. Hoitopaikkojen lisäystarve on ilmeistä ikääntyneiden määrän lisääntyessä tulevana vuosina. On mietittävä kuka kantaa vastuun vanhustenhoidon rahoittamisesta?

Ikääntyneiden pitkäaikaishoidon tulevaisuuden suuntaa tulee tarkoin pohtia. Pitkäaikaishoitoa tarjoava laitos on asiakkaan viimeinen koti. Tulisi pohtia sitä, järjestetäänkö pitkäaikaishoito tulevaisuudessa terveyskeskusten vuodeosastoilla ja vanhainkodeissa ja mikä on tehostetun palveluasumisen rooli? Koska palveluasumisesta ei ole kattavaa tutkimustietoa, pitäisi koko palveluasumisilmiö tutkia perusteellisesti ja selvittää sen roolia palvelujärjestelmässä. Myös palveluasumisen käsite tulisi selkeyttää, sillä nykyisellään se pitää sisällään hyvin monenlaista toimintaa alkaen täysin valvomattomissa oloissa asumisesta päätyen ympärivuorokautiseen, vähintäänkin vanhainkotihoitoa vastaavaan hoivaan. Kyse on yhtäältä palvelutaloihin otettavien ja siellä asuvien henkilöiden oikeusturvasta, toisaalta kuluttajan suojasta.

Vai muuttuisiko koko pitkäaikaishoidon konsepti niin, että tulevaisuudessa olisi tarjolla sekä ikäihmisten omien toiveiden mukaista palvelua tehostetun palveluasumisen yksiköissä ja hoivakotihoitoa. Hoivakotihoiton muodostaisivat sekä nykyinen vanhainkodeissa että terveyskeskusten vuodeosastoilla annettava pitkäaikainen laitoshoido. Tämän perustana olisi ajatus siitä, että yhtäältä terveyskeskushoitoa tarvitaan ikääntyvän väestön akuuttiin ja lyhytaikaiseen sairaanhoitoon ja kuntoutukseen, ja toisaalta ikääntyneet, heidän omaisensa ja hoitava henkilökunta vaativat tulevaisuudessa kodinomaisempia hoitoympäristöjä. Joustavasti ja nopeasti tarjolla olevat akuuttihoito ja kuntoutus tukisivat kenties nykyistä monipuolisemmin kotona asumisen tavoitteita.

Vanhustehuollon rakenteita on syytä tarkastella myös henkilöstön näkökulmasta. Vanhainkodit ja terveyskeskusten vuodeosastot ovat sosiaali- ja terveydenhuollossa organisaatioita, joissa esiintyy eniten työn kuormitusta ja jotka houkuttelevat työntekijöitä vähiten. Palveluasuminen koetaan myös työpaikkana myönteisempänä, joskin tutkimustietoa on vielä vähän. Osin voi olla kyse vain siitä, että asiakkaat ovat parempikuntoisia, mikä muokkaa työtä siten, että raskaimpia tehtäviä on vähemmän niin fyysisesti kuin psyykkisestikin. Osastojen aiempaa voimakkaampaa erikoistumista voidaan pitää yhtenä mahdollisuutena niin hoidon kehittämiseksi kuin henkilöstön viihtymisen ja hyvinvoinnin kehittämiseksi. Erikoistuminen (esim. dementia, kuntoutus) näyttäisi tuottavan työhön tavoitteellisuutta. Yksiköillä on paremmat mahdollisuudet kehittää oma työmallinsa, kun asiakkaiden tarpeet eivät ole niin moninaisia. Organisaatioiden kehittäminen ei kuitenkaan poista palkkauksen kehittämisen ja henkilöstömäärän lisäämisen tarpeita.

Muuta kehitettävää

Kotona asumista voi tukea

- kehittämällä kotona asumista tukevia palveluja ja samalla varmistamalla riittävä henkilöstövoimavarat ja omaisten jaksaminen (tukea saavina tai ilman tukea omaisiaan auttavina),
- kotona asuvien vanhusten terveyden ja kunnon ylläpitäminen ja edistäminen kohdistamalla riittävästi tukea ennaltaehkäisevään ja kuntouttavaan toimintaan (kuntoutuskursseilla, joka tarkoittaa todellisia kuntoutumiskursseja kuntoutuslaitoksissa),
- vanhustyön koordinoinnilla: tiedollista tukea sairaalasta kotiin konsultaatioina, päivystävä puhelin valtakunnallisesti (alueellisesti), josta voi saada kysymyksiinsä vastauksen nopeasti (omaiset/ kotihoitohenkilökunta),
- henkilöstöhallinnollisin toimin: ikääntyneiden hoito saatava houkuttelevammaksi nuorille parantamalla vanhusten hoitopaikkojen työolosuhteita, ilmapiiriä, koulutusta ja palkkausta,
- omaisia tukemalla: iäkkäitä hoitaville omaisille tukijärjestelmiä sekä rahoitusta omaisten virkistystoimintaan ja lomiin.

H) Omaishoidon uudistus

Reija Heinola, Päivi Voutilainen, Päivi Topo

Miten sosiaali- ja terveysministeriö on ohjannut kuntia vuoden 2006 alusta voimaan tulleen omaishoidon uudistuksessa? Milloin ohjeet lähetettiin kunnille?

Stakesissa laadittiin syksyllä 2005 sosiaali- ja terveysministeriön toimeksiannosta opas²¹ kuntien päättäjille. Oppaan tarkoituksena on antaa tietoa omaishoidon tuen uudistuksesta ja toimia työvälineenä kuntien omaishoidon tuesta päättävälle uuden lainsäädännön toimeenpanossa. Oppaan tavoitteena on myös selkiyttää ja yhtenäistää omaishoidon tuen myöntämiskäytäntöjä kunnissa. Opas antaa tietoa omaishoidon tuen sisällöstä ja myöntämisedellytyksistä, hoidettavan palvelutarpeen arvioinnista sekä hoito- ja palvelusuunnitelman ja omaishoitosopimuksen laatimisesta ja omaishoitajan antaman hoitotehtävän tukemisesta.

Oppaan laatimistyön tukena toimi laaja taustaryhmä, jossa olivat edustettuina sosiaali- ja terveysministeriö, Alzheimer-keskusliitto, Ikäinstituutti, Kehitysvammaisten Tukiliitto, Vanhustyön keskusliitto, Omaishoitajat ja läheiset -liitto, Tuusulan kunta, Tampereen kaupunki, Kärämäen kunta, Suomen Kuntaliitto ja Stakes. Opas valmistui vuoden 2005 lopussa ja oli heti kuntien käytettävissä STM:n verkkosivuilla.

Ennen oppaan valmistumista STM laati marraskuussa 2005 kuntatiedotteen (16/2005) omaishoidon tuen uudistumisesta. Vuoden 2006 maaliskuussa STM on esitellyt lakiuudistusta Efecon, lääninhallitusten ja sosiaalialan osaamiskeskusten tilaisuuksissa eri puolilla Suomea.

Ehtivätkö kunnat tehdä hoitosopimuksia ennen ministeriön ohjeiden saantia?

Onko kuntien tekemien omaishoitosopimusten määrä vähentynyt, kun vanhat hoitosopimukset irtisanottiin ja solmittiin uudet sopimukset?

Stakes on tehnyt omaishoidon tuesta valtakunnalliset selvitykset vuosina 1994, 1998 ja 2002. Seuraava valtakunnallinen selvitys tehdään vuoden 2006 lopussa, jolloin selviää millaisia vaikutuksia omaishoidon tuen uudistuksella on ollut.

²¹ Omaishoidon tuki. Opas kuntien päättäjille. Oppaita 2005:30. Sosiaali- ja terveysministeriö.

Onko kuntien välillä eroa siinä, kuinka paljon ne panostavat varoja omaishoittoon?

Omaishoidon tukeen varatut määrärahat vaihtelevat kunnittain. Omaishoidon tuen selvityksen (2002) mukaan omaishoidon tuen määrärahojen kehityksen tarkastelu suhteessa kunnan asukaslukuun osoitti, että mitä pienempi kunta, sitä enemmän määrärahaa talousarviossa yleensä varattiin. Alle 2000:n asukkaan kunnissa määräraha oli lähes kaksinkertainen verrattuna yli 20 000:n asukkaan kuntiin. Keskimääräistä enemmän omaishoidon tukeen sekä asukasta että yli 65-vuotiasta kohden oli varattu rahaa Oulun läänissä (19,63 €), niukkimmin Länsi-Suomen läänissä (16,35 €). Eniten omaishoidon tuen määrärahaa asukasta kohden oli varannut Jäppilä (67 €), vähiten (alle yhden euron) Mouhijärvi, Jämsä ja Karjalohja. Hyvin niukasti määrärahoja asukasta kohden olivat varanneet myös Vihti (1,49 €) ja Pietarsaari (3,48 €).

Ovatko kansalaiset eriarvoisessa asemassa omaishoidon tukeen nähden eri kunnissa?

Selvityksen (2002) mukaan kunnat erosivat toisistaan merkittävästi sen suhteen, miten hoidettavien toimintakykyä ja hoitoisuutta arvioitiin. Kuntien käytössä olevat arviointimenetelmät ottivat hyvin huomioon apua tarvitsevan henkilön fyysisen avun tarpeen, mutta selvästi heikommin mielenterveysongelmat ja dementian. Tämä merkitsee yhtäältä sitä, että käytetyt menetelmät eivät ota riittävästi huomioon eri ryhmien erilaista avun tarvetta ja toisaalta sitä, että samaa etuutta voidaan myöntää hyvin erilaisiin arviointeihin perustuen. Tästä voi seurata se, että omaishoidon tuella hoidettavat ihmiset ja heidän omaishoitajansa ovat erilaisessa asemassa maan eri osissa ja mahdollisesti jopa saman kunnan sisällä.

Onko kunnissa tiukennettu omaishoidon tuen myöntämisen kriteereitä lakiuudistuksen jälkeen?

Onko esim. hoidettavuusastetta tulkittu eri kunnissa eri tavoin?

Kuten edellä: selvitys omaishoidon tuesta tulossa vuoden 2006 lopussa.

I) Palvelutarpeen arviointi

Harriet Finne-Soveri ja Anja Noro

Onko riittävää, että 1.3.2006 voimaan tullut palvelutarpeen arviointia koskeva sosiaalihuoltolain uudistus edellyttää vain 80 vuotta täyttäneiden vanhusten palvelutarpeen arviointia.

Kotihoidon RAI-hankkeeseen vuonna 2004 osallistuneista viiden eri puolilta Suomea olevan edustavan otoksen mukaan (otoksen alueiden lukumäärä=5, asiakkaiden lukumäärä=1 232) kotihoidon asiakkaista kaikkiaan 46 % oli alle 80-vuotiaita 1.1.-2004-31.12.2004 välisenä aikana (vaihtelu 44-52%). Tuolloin alle 6 kk hoidossa olleista 15% oli alle 80-vuotiaita (vaihtelu alueittain 10-18 %).

Aineiston perusteella palvelutarpeen arvioinnin ikärajan lakisääteinen rajoittaminen yli 80-vuotiaisiin asettaa palvelun piiriin pyrkijät eriarvoiseen asemaan.

Päivi Voutilainen

Tässä otteita Stakesin lausunnosta hallituksen esitysluonnoksesta vanhusten oikeudesta päästä palvelutarpeen arviointiin määräajassa (olennaisilta osin itse lakiteksti on sama):

Stakes haluaa kuitenkin nostaa esille seuraavia näkökohtia:

1. Esityksessä todetaan, että kiireellisissä tilanteissa palvelujen tarve olisi arvioitava viipymättä. *'Kiireellisen tilanteen' tarkempi määrittely* olisi oleellista, jotta yhtenäinen käytäntö eri kunnissa voidaan varmistaa. Lisäksi olisi määriteltävä, millaisella ammattitaidolla tehdään päätös kiireellisestä tai ei-kiireellisestä tapauksesta.
2. Olisi syytä pohtia onko *80 vuoden ikäraja sittenkin liian korkea*, sillä 75 vuotta täyttäneistä jo 25-30 prosenttia tarvitsee päivittäin apua. Palvelutarpeen arvioinnissa ikärajan asettaminen 80 vuoteen tukee nykyistä käytäntöä, jossa palveluja suunnataan kaikkein sairaimmille. Riskinä on tällöin, että arjen apuja tarvitsevien ihmisten palvelutarpeet ja ennalta ehkäisevä näkökulma jäävät huomiotta. Esityksen yleisperusteluissa sivulla 15 todetaan, että Kansanterveyslaitoksen tutkimuksen mukaan 10 prosenttia 75 vuotta täyttäneistä ei saa tarvitsemaansa apua. Tähän olisi syytä lisätä, että valtioneuvoston tulevaisuusselonteon mukaan lisäävun tarvetta koki 21 prosenttia 75 vuotta täyttäneistä (Vaarama M: Ikääntyneiden toimintakyky ja palvelut - nykytila ja vuosi 2015. Julkaisussa Ikääntyminen voimavarana, tulevaisuusselonteon liiteraportti 5, Valtioneuvoston julkaisusarja 33/2004)

J) Vanhustenhuollon henkilöstö

Timo Sinervo

Onko vanhustenhuollon palveluksessa riittävästi ammattitaitoista henkilöstöä.

Henkilöstömäärä ja koulutustaso vanhustenhuollossa

Vanhustenhuollon henkilöstömääriä on tarkasteltu lähinnä laitoshoidossa. Työntekijöiltä itseltään kysyttäessä henkilöstömäärä on selvästi liian pieni, etenkin ilta- ja yöaikaan ja kiire koetaan yleensä erittäin suureksi. Henkilöstömäärät - kuten myös henkilöstön kokema kiire - vaihtelevat työyksiköittäin varsin voimakkaastikin, eikä henkilöstömäärä kaikkialla vastaa asiakkaiden kuntoisuutta ja hoidon tarvetta. Viimeisten vuosien aikana henkilöstömäärä on lievästi noussut myös suhteessa asiakkaiden kuntoisuuteen ja työn tuottavuus samalla alentunut (Laine J. 2005). Henkilöstömäärän kasvu ei ole kuitenkaan ollut niin suurta, että se olisi vaikuttanut henkilöstön työssä jaksamiseen. Lisäksi henkilöstömäärä vaihtelee työyksiköittäin melko paljon. Henkilöstömäärän vaihtelu ei kuitenkaan ole suhteessa asiakasmäärään ja asiakkaiden hoidon tarpeeseen. Siten joissakin organisaatioissa henkilöstömäärä on varsin hyvä, mutta monissa erittäin alhainen. Keskimääräinen henkilöstömäärä (200:n laitosisoston tietojen perusteella) on selvästi vanhuspalveluiden laatusuosituksen esittämää hyvää tasoa alempi, mutta hyvin lähellä esitettyä keskimääräistä tasoa.

Henkilöstön koulutustaso on melko hyvä verrattuna useisiin muihin maihin. Terveyskeskusten vuodeosastoilla vähintään perus-/lähihoitajan tutkinnon suorittaneita on noin 90% ja vanhainkodeissa 75%. Vanhainkodeissa hoitotyön koulutusta ei siis ole noin neljänneksellä (avustavissa tehtävissä toimivilla), mitä voidaan pitää melko suurena lukuna.

Kotihoitoa antavan henkilöstön yhteismäärää ei tiedetä tarkasti. Tilastokeskus tilastoi kotipalvelun henkilöstön mutta ei kotisairaanhoidon henkilöstöä. Kotisairaanhoidon henkilöstö on terveyskeskuksen tilastoissa, jossa henkilöstöä ei erotella toimipisteisiin. Vuonna 2004 kotipalveluissa työskenteli

15 000 henkilöä. Suurimpia ammattiryhmiä olivat kodinhoitajat ja kotiavustajat (8 700) ja perus- ja lähihoitajat (4 400) (Ailasmaa 2005). Kotihoitoon henkilöstön määrä on hieman kasvanut, mutta se ei ole lisääntynyt samassa suhteessa kuin säännöllistä kotihoitoa saavien asiakkaiden osuus yli 65 vuotta täyttäneistä (Kauppinen ym. 2003). Myös henkilöstörakenteessa on tapahtunut muutoksia. Samanaikaisesti kun kodinhoitajien ja kotiavustajien määrä on supistunut, on lähi- ja perushoitajien määrä kasvanut. Samalla kotiavustajien määrä vähenee eläköitymisen myötä, jolloin henkilöstön koulutustaso nousee. On myös havaittu, että kotihoidon ja kotisairaanhoidon hallinnollinen yhdistäminen on supistanut sosiaali- ja terveydenhuollon

kokonaishenkilöstömäärää ja että vähennykset ovat kohdistuneet pääasiassa kotipalvelun henkilöstöön. (Rintala ym. 1997).

Edellä mainitut luvut kertovat kuitenkin virkarakenteesta, ja käytännössä tilanne voi vaihdella voimakkaastikin. Alan rekrytointiongelmat ovat lisääntyneet viime vuosina erityisesti kasvukeskuksissa. Hankalinta on ollut saada koulutettua henkilökuntaa sijaisuuksiin. Yhtenä ratkaisumallina on käytetty kunnan vakituisia sijaisia, joissa sijaiset palkataan vakituisiksi työntekijöiksi, mutta ilman kiinteää sijoituspaikkaa. Suuremmissa kunnissa voidaan sijaiset nimetä esimerkiksi muutaman vanhustenhuollon osaston sijaisiksi. Kaikkea sijaistarvetta ei kuitenkaan voida näin täyttää. Lisäksi avustaviin tehtäviin on vaikea saada henkilöstöä. Vanhustenhuolto ei ole hoitotyön koulutuksessa ollut ikinä nuorten suosituin valinta, minkä vuoksi vanhustenhuolto kohtaa rekrytointiongelmia ensimmäisenä.

Terveyskeskusten vuodeosastot ja vanhainkodit eivät ole myöskään niitä työpaikkoja, joihin sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijät vaihtavat alan sisällä mieluiten. Päinvastoin, laitoshoidosta hakeudutaan muualle sosiaali- ja terveydenhuoltoon. Edelleen näyttää siltä, että kiinnostus työskennellä vanhuspalveluissa on heikentynyt vuodesta 1999. Mikäli työvoimapula pahenee, voidaan ennakoida nykyistä suurempia ongelmia. Eurooppalaisessa vertailussa kuitenkin osoitetaan, että Suomessa hoitajien sitoutuminen sekä ammattiin että työpaikkaan on vahvaa, ja sosiaali- ja terveysalalta pois hakeutuminen muille aloille on melko vähäistä. Myös terveyskeskusten vuodeosastojen ja vanhainkotien hoitajat ovat vahvasti ammattiinsa sitoutuneita, mutta he haluavat vaihtaa työpaikkaa yleisemmin kuin sairaalatyössä ja avoterveydenhuollossa työskentelevät hoitajat (Laine M. 2005).

Vanhuspalveluihin soveltuvan koulutetun henkilöstön määrä alalla sinänsä on riittävä, mutta hakeutuminen vanhuspalveluihin ei välttämättä ole riittävää. Lääninhallitusten tekemän kyselyn mukaan henkilöstön riittävyys oli vuoden 2005 lopussa vielä kohtalainen vanhuspalveluissa, mutta arviot henkilöstön riittävydestä vuonna 2015 olivat heikot. Siitä ei ole tietoa, kuinka suuri osa sosiaali- ja terveysalan koulutetusta henkilöstöstä on siirtynyt kokonaan toiselle alalle. Mikäli muille aloille on siirtynyt merkittävä määrä esimerkiksi lähihoitajia, asettuvat arviot henkilöstön riittävydestä uuteen valoon.

Vanhuspalveluiden imagoa olisikin saatava nostettua esimerkiksi osoittamalla alan yleistä käsitystä suuremmat osaamisvaatimukset. Toisaalta työyhteisöjä, työtä ja johtamista olisi määrätietoisesti kehitettävä, jotta mielikuvat työstä muuttuisivat positiivisemmiksi. Sijaisuuksien osalta olisi suositettava sitä, että kunnat palkkaavat vakituisia sijaisia nykyistä enemmän.

Hoitotyön palkkauksen vaikutuksia alalta poishakeutumiseen tai alalle hakeutumiseen ei tällä hetkellä ole tutkimustietoa, mutta yleisesti tiedetään

palkkauksen olevan tekijä, joka vaikuttaa alan vaihtoon ja alalle hakeutumiseen.

Henkilöstön hyvinvointi vanhustenhuollossa

Henkilöstön kuormitus on vanhustenhuollossa erittäin suurta verrattuna muihin aloihin sosiaali- ja terveydenhuollon sisällä. Työterveyslaitoksen valtakunnallisen selvityksen perusteella näyttää siltä, että vanhustenhuollossa (vanhainkodit, terveyskeskusten vuodeosastot ja kotipalvelu) kielteinen kehitys on edelleen jatkunut (Laine ym. 2006, ennakkotieto).

Vanhusten laitoshoidossa työn keskeinen ongelma on jatkuva kiire. Kiire on pitkälti seurausta henkilöstömäärästä, mutta siihen voidaan vaikuttaa myös työn organisoinnilla. Hoidon organisoinnilla moduuleiksi, työyksikön erikoistumisella ja fyysisten rakenteiden hyvällä suunnittelulla kuormitusta voidaan vähentää jonkin verran, mutta olennaista on työn kehittäminen siten, että työntekijät voivat vaikuttaa omaan työhönsä mahdollisimman paljon. Työntekijöiden kokemalla kiireellä ja vaikutusmahdollisuuksilla on myös selvä yhteys hoidon laatuun. Merkittävä osa työyksiköiden välisistä laatueroista voidaan selittää työntekijöiden kokemalla stressillä (Pekkarinen ym. 2002, Pekkarinen ym. 2006). Valitettavasti myös vaikutusmahdollisuudet työhön ovat entisestään heikentyneet vanhuspalveluissa (Laine ym. 2006, ennakkotieto).

Vanhuspalveluissa työ on myös ruumiillisesti erittäin raskasta, ja kiire lisää fyysistä kuormitusta. Terveyskeskusten vuodeosastot, vanhainkodit ja kotihoito ovat sosiaali- ja terveydenhuollossa kuormittavimmat sektorit, ja kuormitus on kotihoitoa lukuun ottamatta edelleen kasvanut, paitsi kotihoidossa. Kotihoidossa kuormituksen väheneminen on todennäköisesti seurausta siitä, että siivoustyö on vähentynyt. (Laine ym., ennakkotieto). Kotihoidossa niin tehtävät kuin organisaatiotkin ovat muuttuneet voimakkaasti. Kotipalvelun tehtävistä mm. siivous on siirtynyt lähes täysin tukipalveluksi ja vanhusten itse muualta ostettavaksi palveluksi. Työ onkin pitkälti iäkkäiden hoitoa. Lapsiperheiden auttaminen on vähentynyt voimakkaasti. Kotihoidossa keskeinen muutos on ollut kotipalvelun ja kotisairaanhoidon yhdistäminen. Muutoksella on periaatteessa ollut myönteisenä vaikutuksena se, että palveluiden koordinointi on parantunut. Henkilöstön näkökulmasta muutoksella on ollut myös kielteisiä vaikutuksia.

Stakesin tutkimuksessa, jossa kotihoitoa tutkittiin 22 kunnassa (osassa yhdistetty kotihoito, osassa erikseen) tavallisimpia asiakkaan hoitoa ja palveluita vaikeuttaneita tekijöitä olivat työntekijöiden liiallinen työmäärä, työttöiden ja työvälaineiden epätarkoituksenmukaisuus ja henkilökunnan vaihtuvuus. Erityisesti yhdistetyn kotihoidon toimipisteissä työntekijät kokivat henkilökunnan arkuuden ottaa vastuuta hankalissa tilanteissa, ammattikult-

tuurien erilaisuuden ja ammattiryhmien välisen kilpailun sekä keskinäisen luottamuksen puutteen haitanneen merkittävästi asiakkaidensa saamaa hoitoa ja palvelua. (Perälä ym. 2006).

Työ ikääntyneiden parissa nähtiin kotihoidon tutkimuksessa haasteelliseksi ja sen katsottiin edellyttävän luovuutta ja pitkälle kehittyneitä taitoja sekä jatkuvaa uusien asioiden oppimista. Kuitenkin kaksi kolmasosa koki, että työssä oli runsaasti samanlaisina toistuvia tehtäviä. Etenkin kotipalvelussa työ koettiin rutiininomaiseksi. Kehittymismahdollisuudet työssä erosivat eri tavoin organisoiduissa toimipisteissä. Erillisissä kotisairaanhoidon toimipisteiden työntekijöillä oli parhaimmat kehittymismahdollisuudet ja erillisissä kotipalvelun toimipisteissä huonoimmat. Ammattiryhmistä kaikkein tyytyväisimpiä olivat osastonhoitajat, sairaanhoitajat ja terveydenhoitajat ja tyytymättömiä kodinhoitajat ja kotiavustajat. (Perälä ym. 2006).

Kotihoidon työntekijät kokivat voivansa vaikuttaa parhaiten siihen, missä järjestyksessä he tekevät työtään ja millä työmenetelmillä ja vähiten siihen, mitä työhön kuuluu (59 %), työtahtiin (56 %) ja työvälineiden hankintaan (42 %). Lähes kolme neljäsosaa kotisairaanhoidon työntekijöistä katsoi voivansa vaikuttaa työtahtiinsa hyvin kun yhdistetyn kotihoidon toimipisteessä heitä oli hieman yli puolet. Parhaimmaksi vaikutusmahdollisuutensa työssään arvioivat osastonhoitajat, sairaanhoitajat ja terveydenhoitajat ja huonoimmaksi johtavat kodinhoitajat ja kotipalveluohjaajat. (Perälä ym. 2006).

Sosiaalisen tuen (käytännöllinen, henkistä, arviointi/palautetuki ja -apu) saaminen työssä vaihteli toimipisteittäin ja ammattiryhmittäin. Tukea saatiin työtovereilta ja esimiehiltä kohtalaisesti lähinnä käytännöllistä apua, mutta vain alle puolet sai palautetta/arviointitukea riittävästi. Kotisairaanhoidon työntekijöillä oli parhaimmat mahdollisuudet saada työtovereidensa ja lähimmän esimiehensä tukea ja apua työhönsä. Ammattiryhmittäin tarkasteltuna työtovereidensa tukea ja apua saivat parhaiten osastonhoitajat, sairaanhoitajat ja terveydenhoitajat ja huonoiten johtavat kodinhoitajat ja kotipalveluohjaajat. - Eniten mielihyvää ja tyydytystä työssään kotihoidon henkilöstö sai asiakkaiden palautteista sekä hoitosuhteessa koetusta luottamuksesta ja vuorovaikutuksesta. Eniten tyytymättömyyttä työssä aiheuttivat esimiehen huonot johtamistaidot, huonot vuorovaikutussuhteet työyhteisössä sekä kokemus omien voimavarojen riittämättömyydestä työssä. (Perälä ym. 2006).

Vanhustenhuollossa näyttää siltä että myös asiakkaat koetaan aiempaa kuormittavampina. Asiakkaisiin liittyvä kuormitus on seurausta ensinnäkin asiakkaiden moniongelmaisuudesta ja motivoitumattomuudesta ja toisaalta asiakkaiden häiritsevistä käyttäytymisistä. Asiakkaiden häiritsevän käyttäytymisen aiheuttamaa kuormitusta voidaan laitoshoidossa vähentää osastojen erikoistumisella (kuten dementiaosastot) (Pekkarinen ym. 2006). Fyy-

sisesti huonokuntoiset asiakkaat vaativat runsaasti nostamista ja tukemista liikkumisessaan, mistä aiheutuu fyysistä kuormitusta.

Stakesin toteuttamassa dementiaoireisten potilaiden havainnointitutkimuksessa mukana olleista ympärivuorokautisen hoidon yksiköistä henkilöstön määrä asiakkaita kohti oli usein niin matala, että se näkyi toisinaan kiireenä ja kyvyttömyytenä vastata asiakkaiden fyysisen tai psyykkisen hoidon tarpeisiin kohtuullisessa ajassa. Tämä korostui ilta-aikoina. Kaikissa mukana olleissa ympärivuorokautisen hoidon yksiköissä dementiaan liittyvässä osaamisessa oli puutteita, ja tämä näkyi vuorovaikutukseen liittyvinä vaikeuksina. Vuorovaikutus on hoitotyön toteuttamisen perusta ja työntekijät ovat itse tuoneet esiin juuri nämä puutteet ammattitaidossaan yhtenä työtä kuormittavina tekijänä vanhustenhuollossa (Sinervo 2000). Toinen puute osaamisessa liittyi dementoivan sairauden vaikutuksiin fyysiseen toimintakykyyn ja mahdollisuuksiin hidastaa fyysisen toimintakyvyn heikkenemistä (Topo ym. 2006). Suurimmalla osalla laitoshoidossa olevista iäkkäistä asiakkaista on dementoiva sairaus, ja sen vuoksi määrällisiä ja laadullisia puutteita tällä alueella tulisi pystyä vähentämään. Myös uhka asiakkaiden väkivaltaisuudesta on lisääntynyt. Kuormituksen lisääntymisen ohella näyttää myös siltä, että vanhuspalvelujen työyhteisöjen ilmapiiri ja johtaminen ovat heikentyneet. (Laine ym. 2006, ennakkotieto)

Terveyskeskusten vuodeosastoilla ja vanhainkodeissa oma työ koetaan vähemmän palkitsevaksi kuin monella muulla sosiaali- ja terveydenhuollon sektorilla. Kotipalvelutyössä välitön asiakastyö näyttää palkitsevan enemmän: asiakassuhteet koetaan toimiviksi, asiakkailta saadaan palautetta ja onnistumisen kokemukset ovat yleisiä. Yhteistä kaikille kolmelle vanhus-työn sektorille on kuitenkin vahva tunne siitä, että yhteiskunnassa heidän työtään ei paljontakaan arvosteta. (Laine ym. 2006, ennakkotieto).

Kuormitus näkyy myös vanhuspalveluissa työskentelevien heikkona työkykynä ja muita yleisempinä epäilyinä työssä jaksamisesta eläkeikään saakka (Laine ym. 2006, ennakkotieto). Vanhustenhuollossa kuormitus näkyy sekä tuki- ja liikuntaelinten sairauksina että mielenterveyden häiriöinä. Jo aiemmin kodinhoitajilla ja avustavilla työntekijöillä riski jäädä työkyvyttömyyseläkkeelle on ollut erittäin suuri (Elovainio ym. 2000). Kun henkilöstö ikääntyy, myös työkyvyttömyyseläkkeelle jäävien määrä (vaikka suhde pysyisikin samana) kasvaa. Siten eläkkeelle siirtyä seuraavan kymmenen vuoden aikana joistakin ammattiryhmistä jopa puolet.

Kotihoidon tutkimuksessa yli puolta henkilöstöstä (56 %) työ kuormitti vähintään melko paljon. Noin kolme neljäsosaa arvioi kuitenkin työkykynsä melko hyväksi ja valtaosalla oli vähintään melko hyvä fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyky. Hyvä fyysinen, psyykinen että sosiaalinen toimintakyky olivat positiivisessa yhteydessä korkeimpaan ammattikoulutukseen. Kotiavustajat arvioivat terveytensä huonoimmaksi, heillä oli eniten

tuki- ja liikuntaelinsairauksia, jotka häyttasivat työtä ja he myös arvioivat fyysisten, psyykkisten ja sosiaalisten toimintakykynsä huonoimmaksi. Johdattavat kodinhoitajat ja kotipalveluohjaajat kokivat työnsä kuormittavimpana (78 %), heillä oli eniten vaikeuksia rentoutua. (Perälä ym. 2006).

Eläkkeelle siirtyminen voi olla myös uudenlainen mahdollisuus hoitokulttuurien muuttamiseen. Kun normaalisti vain pieni osa henkilöstöstä vaihtuu, eivät tuoreen koulutuksen saaneiden näkemykset hyvästä hoidosta pääse muuttamaan hoitokulttuureja. Kun nyt suuri osa henkilöstöstä vaihtuu, voidaan tilannetta käyttää hyväksi, mikäli samaan aikaan käynnistetään hoidon kehittämishankkeita.

Lähteet:

Elovainio, M., Forma, P., Halmeenmäki, T., & Sinervo, T. 2000. Sosiaali- ja terveystalouden henkilöstön ikärakenne ja eläkkeelle siirtyminen. *Yhteiskuntapolitiikka* 65(2000):2, 125-134.

Laine, J. 2005. Henkilöstö ja työvoiman käyttö pitkäaikaishoidossa. Teoksessa A. Noro, H. Finne-Soveri, M. Björkgren, P. Vähäkangas. Ikääntyneiden laitoshoidon laatu ja tuottavuus. Stakes. Helsinki.

Laine, M. 2005. Hoitajana huomennakin. Hoitajien työpaikkaan ja ammattiin sitoutuminen. Turun yliopiston julkaisuja sarja C 233.

Laine et al 2006. 'Työolot ja hyvinvointi sosiaali- ja terveystaloudella 2005' (painossa).

Lapveteläinen P, Grönroos E, Turunen H, Perälä M-L. Tieto- ja viestintä- tekniset valmiudet kotihoidossa saumattomien palveluketjujen mahdollistajana. Stakes Raportteja 2/2006, Helsinki 2006.

Pekkarinen, L., Sinervo, T., Elovainio, M., Noro, A., Finne-Soveri, H., Leskinen, E. Research in Nursing and Health). Resident care needs and work stressors in special care units versus non-specialized long-term care units. (in press)

Pekkarinen, L., Sinervo, T., Perälä, M.-L. & Elovainio M. 2004. Work Stressors and the Quality of Life in Long-Term Care Units. *The Gerontologist*, 44(5), 633-643.

Perälä M-L, Grönroos E, Sarvi A. Kotihoidon henkilöstön työ ja hyvinvointi. Stakes (Raportti 2006)

Sinervo T. Work in care for the elderly. Stakes research reports 109, Saarijärvi 2000.

Topo P, Sormunen S, Eloniemi-Sulkava U, Saarikalle K. Kohtaamisia demensiahoidon arjessa. Havainnointitutkimus hoidon laadusta asiakkaan näkökulmasta menetelmänä Dementia Care Mapping. Käsikirjoitus 2006.

II HOITOTAKUU

HOITOTAKUUN TOTEUTUMINEN

Seuraavaan on koottu vastauksia valtiontilintarkastajien kanslian 13.3.2006 tekemän tiedustelun hoitotakuun toteutumista koskevaan osaan. Vastaukset koskevat StakesTiedon vastuulla olevia osuuksia hoitotakuun seurannan toteuttamisesta ja seurantatulosten raportoinnista.

Kysymys a)

Miten hoitotakuu-uudistus on organisoitu terveydenhuoltoviranomaisten toimesta? Mikä on sosiaali- ja terveysministeriön, Stakesin ja lääninhallitusten rooli uudistuksessa ja sen eteenpäin viennissä?

Vastaus:

STM on velvoittanut Stakesin rakentamaan hoitotakuun seurantajärjestelmän. Seurantajärjestelmän taustaryhmänä on hoidon perusteet - johtoryhmä, jonka puheenjohtaja on lääkintöneuvos Jouko Isola STM:stä. Seurantajärjestelmän tietosisältö perustuu lakipaketin periaatteiden tulkintaan, jonka on tehnyt erillinen jonomittariryhmä ja johtoryhmä hyväksynyt. Jonomittariryhmän jäseninä olivat mm. STM:n, Suomen Kuntaliiton, Stakesin, sairaanhoitopiirien ja perusterveydenhuollon edustajia.

Stakes on perustanut hoitotakuun seurantajärjestelmän toteuttamista varten tiedonsiirtoprojektin. Sen tehtävänä on aikaansaada järjestelmä, jonka tarkoituksena on koota hoitotakuun toteutumisen seurantatiedot terveydenhuollon toimintayksiköiden tietojärjestelmistä ja tuottaa tarpeelliset seuranta- ja yhteenvertoraportit kansalaisten, potilaiden, terveydenhuollon toimintayksiköiden sekä viranomaisten käyttöön. Stakesin tehtäviin ei kuulu valvoa hoitotakuun toteutumista, vaan se tehtävä on lääninhallituksilla ja STM:llä.

Hoitotakuun seurantajärjestelmän periaatteet ja käytännön toteutus on kuvattu raportissa ”Hoidon saatavuuden seuranta, Stakes, 8.5.2006”.

Kysymys b)

Miten hoitotakuuta koskeva seuranta ja tiedonhankinta on valtakunnallisesti järjestetty erikoissairanhoidossa, perusterveydenhuollossa ja suun terveydenhuollossa? Mitä ongelmia ja minkälaisia kehittämistarpeita seurantajärjestelmään liittyy?

Vastaus:

Stakes on toteuttamassa hoitotakuun seurantaa varten valtakunnallista tiedonkeruun ja seurannan järjestelmää yhdessä terveydenhuollon toimintayksiköiden, tietojärjestelmätoimittajien sekä tiedonvälityspalvelujen tarjoajien kanssa. Tavoitteena on saada aikaan seurantajärjestelmä, joka kuukausittain vastaanottaa terveydenhuollon toimintayksiköiden potilasjärjestelmistä poimitut ja lähetetyt seurantatiedot Stakesiin, ylläpitää Stakesissa seurantatiedoista muodostuvaa historiatiedon varastoa sekä tuottaa raportit ja analysointikuutiot eri käyttäjäryhmiä varten. Seurantajärjestelmä kokoaa tiedot kaikkien

potilaiden hoitoprosessista. Kattavan ja tuoreen seurantatiedon avulla on mahdollista saada tietoa koko terveydenhuoltojärjestelmämme kuormitustilanteesta ja läpimenoajoista sekä hoitotakuun mahdollisista vaikutuksista koko väestön hoidon saatavuuteen. Tuore ja luotettava seurantatieto antaa viranomaisille entistä paremmat mahdollisuudet seurata ja ohjata terveydenhuoltojärjestelmämme toimintaa kokonaisuutena.

Tiedonhankinnan lähtökohtana on se, että terveydenhuollon toimintayksiköiden käyttämiin potilastietojärjestelmiin on toteutettu ja otettu käyttöön hoitotakuun seurannan vaatimat kirjaukset. Stakes on laatinut vuonna 2005 ohjekirjan hoitotakuutietojen kirjauksesta potilastietojärjestelmiin. Sen mukaiset muutokset on pääosin toteutettu perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon potilastietojärjestelmiin. Toteutustyö on tehty yhteistyössä kentän toimijoiden ja kaikkien potilastietojärjestelmien toimittajien kanssa, jotka ovat paneutuneet työhön perusteellisesti. Hoitotakuutietojen kirjaukset potilastietojärjestelmiin on otettu käyttöön kaikissa sairaanhoitopiireissä kahta lukuun ottamatta, joissa parhailaan on järjestelmänvaihto meneillään. Perusterveydenhuollon puolella hoitotakuutietojen kirjauksen käyttöönotto on tapahtunut vasta suurimmissa terveyskeskuksissa.

Erikoissairaanhoidon potilastietojärjestelmistä on poimittu seurantatiedot vuoden 2005 syksyllä sekä vuoden 2006 alussa CD-ROM tietovälineelle ja lähetetty Stakesiin yhteenvetojen tekemistä varten. Tehtyjen poimintojen ja tietojen yhteenvedon perusteella on havaittu mm. seuraavia ongelmia ja kehittämistarpeita:

- Hoidon saatavuutta ja sen seuranta koskeva lainsäädäntö kohdistuu terveydenhuollon palveluntuottajien potilaan hoitoprosessiin ja sen sujuvuuteen. Laki tuottaa tulkintavaikeuksia, joka johtuu siitä, että aikaisemmin hoitoprosesseja ei ole kyseistä näkökulmasta mallinnettu, normitettu eikä seurattu valtakunnan tasolla. Käytetyt käsitteet ja niihin liittyvät päivämäärät eivät ole yksiselitteisiä, joten laissa määriteltyjen hoitoprosessin tapahtumien yksilöinti ja kirjaus ovat vaikeita tehdä täsmällisesti. Osoittautui myös, että sairaanhoitopiirien hoitoprosesseissa on eroja, mm. seuraavasti:
- Hoidon saatavuutta mitataan erikoissairaanhoidossa kahdella aikavälillä: lähetteen saapumisesta hoidon tarpeen arvioinnin alkamiseen ja hoidon tarpeen arvioinnista hoidon aloittamiseen. Hoidon saatavuuden seurannan käsitteet ja mittaustavat voidaan tulkita eri tavoin erikoisalasta ja vallitsevista käytännöistä riippuen. Käytännössä on osoittautunut, että hoidon tarpeen arvioinnin alkamisen voidaan katsoa käynnistyvän mm. kun lääkäri on tehnyt arvion lähetteen perusteella potilaan hoidon tarpeesta, kun potilasta informoidaan lähetteen käsitteystä terveydenhuollon yksikössä ja siitä seuranneista suunnitelmista tai kun potilas tulee ensikäynnille. Hoidon tarve voidaan katsoa arvioiduksi, kun potilas kutsutaan ajanvarauskäynnille tai kun potilas asetetaan leikkausjonoon. Hoidon voidaan katsoa alkavaksi kun potilas tulee ensikäynnille tai kun potilas leikataan tai potilaalle tehdään muu toimenpide. Ongelmaksi tulee se, miten saadaan terveydenhuollon toimintayksiköt tulkitsemaan nämä käsitteet yhdenmukaisella tavalla niin, että seurantatulokset olisivat vertailukelpoisia eri sairaanhoitopiirien välillä.
- Potilastietojärjestelmien käyttämien koodistojen ja koodauskäytäntöjen välillä on eroja. Eroja on mm. diagnoosikoodien käytössä, erikoisalakoodien käytössä ja kiireellisyysluokitusten käytössä. Valtakunnallisesti julkaistujen koodistojen lisäksi on otettu käyttöön paikallisia koodistoja. Erot eivät muodosta ongelmaa toimintayksiköiden sisällä, mutta pyrittäessä saa-

maan eri toimintayksiköiden tietoja vertailukelpoisiksi syntyy ongelmia, kun sama ilmiö on koodattu eri tavalla eri järjestelmissä.

- Hoidon saatavuuden toteuttamiseksi on STM:n työryhmä määritellyt tärkeimmät hoitoon pääsyn kriteerit, joiden perusteella hoitoon pääsy tulisi arvioida. Potilastietojärjestelmistä kerätyissä tiedoissa on toistaiseksi hyvin vähän kirjattu hoidon tarpeen arvioinnissa käytettyjä hoitoon pääsyn kriteereitä.
- Potilastietojärjestelmiä on käytössä useita ja niiden kesken on eroja mm. hoitoprosessin seurannassa. Hoitotakuun käyttöönoton ja seurantajärjestelmän myötä on tietojärjestelmätoimitajiin ja näiden asiakkaisiin kohdistunut erittäin suuri paine tarvittavien muutosten täsmällisen määrittelyn, toteutuksen, testaamisen ja käyttöönoton läpiviemisessä.
- Sähköinen seurantatietojen siirto Stakesiin on toteutettu ja pilotoitu yhden sairaanhoitopiirin kanssa. Sähköisen tiedonsiirron ulottaminen muihin sairaanhoitopiireihin ei ole edennyt, koska STM on valmistelemaan valtakunnallista tiedonvälityksen ratkaisua yhdessä Kelan kanssa sen jälkeen kun Kela valittiin valtakunnalliseksi toimijaksi terveydenhuollon sähköisen arkiston ja tiedon välityksen toteuttajana.
- Erikoissairaanhoito ja perusterveydenhuolto (sisältää myös suun terveydenhuollon) ovat eri asemassa suhteessa seurantajärjestelmän rakentamiseen. Erikoissairaanhoitoon ovat jo muodostuneet vakiintuneet käytännöt kattavasta käyntitietojen standardoidusta kirjaamisesta käynnistyneen (diagnooseineen) sähköisiin tietojärjestelmiin, mutta tällaista perustaa ei ole perusterveydenhuollossa. Tiedon irrottaminen perusterveydenhuollon tietojärjestelmistä muihinkin tarkoituksiin on ollut hyvin ongelmallista. Valtaosassa terveyskeskuksia on kuitenkin olemassa sähköiset tietojärjestelmät. Tietojärjestelmiä on useita ja ne ovat hyvin erilaisia. Niihin talletetaan niukalti strukturoitua tietoa, ja jos tietoa talletetaan, se talletetaan järjestelmäkohtaisesti tai usein myös terveyskeskuskohtaisesti määritellyillä luokituksilla.
- Terveydenhuollosta kerättävien tietojen on synnyttävä luonnollisena osana sähköistä sairauskertomusta. Tärkeimpiä jatkotehtäviä ovat tietojärjestelmävalmiuksien parantaminen ja tiedonsiirtokonseptien muodostaminen. Terveyskeskuksista pyritään kokoamaan ns. vertailuperheitä terveyskeskusten koon ja käytössä olevan tietojärjestelmän mukaan. Kattavaa tiedonkeruuta ei saada aikaan vielä vuoden 2006 aikana. Perusterveydenhuollossa hoidon saatavuuden seuranta otetaan käyttöön kokeilujen kautta tavoitteena mahdollisimman monipuolinen otanta jo vuoden 2006 aikana.
- Erittäin suuri haaste on motivoida terveyskeskuksia uudenlaiseen tiedonkeruuseen uusilla luokituksilla. Luokituksilla, kirjaamissäännöksillä ja tiedonkeruun uudistamisella pyritään kuvaamaan terveydenhuollon kokonaisuutta, sen prosesseja ja palveluketjuja. Hoidon saatavuuden käsikirjassa julkaistut luokitukset valmistelevat avohoidon laajempaa tilastouudistusta. Tiedonkeruuta laajennetaan kaikkiin terveydenhuollon tapahtumiin. Luokituksia jouduttaneen vielä muokkaamaan saatujen palautteiden perusteella. Osa työstä liittyy meneillään oleviin muihin yleisiin hankkeisiin, joiden aikataulut noudattaa omaa logiikkaansa. Tärkeimpiä näistä on Kansallisen terveyshankkeen sähköisessä sairauskertomusprojektissa tapahtuva ydintietojen ja eri käsitteiden määrittely.

- Terveyskeskuksilta saatujen tietojen perusteella hoitotakuun seurannan ja tietojen kirjaamisen on todettu lisäävän lääkäreiden ja hoitajien työmäärää. Uusien käytäntöjen, tulkinnanvaraisen lainsäädännön ja tietojärjestelmien uusien toimintojen omaksuminen pidentää potilaan vastaanottoon tarvittavaa aikaa. Jatkossa tulisikin toimintaan vaikuttavia muutoksia säädettäessä ottaa huomioon muutosten mahdolliset vaikutukset käytännön työrutiineihin. Etukäteen tulisi varmistua muutosten läpiviennin käytännön mahdollisuuksista mm. resurssien saatavuuden kannalta. Myös tietojärjestelmätoimittajien panos käyttöliittymän helppokäyttöisyyden aikaansaamisessa on tärkeä.

Kysymys c)

Mitkä ovat seurannan kautta saadut tuoreimmat tulokset hoitotakuun toteutumisesta erikoissairaanhoidossa, perusterveydenhuollossa ja suun terveydenhuollossa ja nuorten mielenterveyspalveluissa? Miten uudistuksen enimmäisajat on saavutettu ja miten hoitoon pääsyn jonot ovat kehittyneet? Minkälaisia alueellisia ja paikallisia hoidon saatavuuden eroja seurantatuloksista ilmenee? Miten hoitotakuu on toteutunut erikoisaloittein? Minkälaisia erikoisalakohtaisia eroja seurantatiedoista ilmenee? Mitä johtopäätöksiä seurantatiedoista voidaan tehdä?

Vastaus:

Seurantatietojen keruu sairaanhoitopiirien eri potilasjärjestelmistä on siinä kehitysvaiheessa, että vertailukelpoisia tietoja ei ole käytettävissämme. Kuitenkin kentältä saadun palautteen perusteella hoitotakuun valtakunnallista seurantaa varten tehdyt muutokset toimintaprosesseissa ja tietojärjestelmissä ovat olleet hyödyksi myös paikallisella tasolla toimintaprosesseja seurattaessa ja tehostettaessa.

Perusterveydenhuollosta tietoa hoitotakuun toteutumisesta on saatu vasta erillisillä STM:n ja Stakesin kyselyillä, joiden tulosten julkaisemisesta ja tulkinnasta on vastannut STM. Hoitotakuulait näyttävät parantaneen hoitoon pääsyä; yhteydenotossa ja hoidon tarpeen arvioinnin toteuttamisessa määrääjän puitteissa on ollut aikaisempaa vähemmän ongelmia. Vastaukset eivät (ainakaan kaikkien osalta) perustu mihinkään tarkasti seurattaviin lukuihin, vaan ovat johtavien lääkäreiden (tai heidän valtuuttamiensa henkilöiden) näkemys terveyskeskuksen tilanteesta yleisellä tasolla.

HOITOTAKUUN TALOUS

Markku Pekurinen & Hennamari Mikkola

d) Kuinka suuria taloudellisia lisäpanostuksia valtio, kunnat ja kuntayhtymät ovat tehneet hoitotakuun toteuttamiseksi? Miten kuntien ja kuntayhtymien terveydenhuoltomenot ovat kasvaneet uudistuksen yhteydessä? Onko seurannan kautta nähtävissä, miten hoitotakuu tulee jatkossa vaikuttamaan terveydenhuollon menojen kehitykseen?

Vastaus:

Sairaanhoitopiirit valmistautuivat hoitotakuun toteuttamiseen purkamalla jonoja ennen varsinaisen hoitotakuun käynnistymistä. Tätä varten valtio ohjasi terveydenhuoltoon ns. jononpurkurahaa vuosina 2003-2004 yhteensä 25 miljoonaa euroa ja kunnat laittoivat saman verran. Hoitotakuuseen valmistautumiseen valtio ja kunnat käyttivät siis yhteensä 50 miljoonaa euroa.

Varsinaisen hoitotakuun toteuttamiseen käytetyn taloudellisen lisäpanostuksen määrää on vielä tois-
taiseksi vaikea varmuudella arvioida. Näin siksi, että luotettavat tilasto- ja rekisteritiedot, joiden perusteella vaikutuksia voidaan arvioida, valmistuvat käyttökuntoon vasta vuoden 2006 loppupuolella. Suuntaa antavia arvioita voidaan kuitenkin esittää.

Stakes on selvittänyt virkatyönä sosiaali- ja terveysministeriön nimeämälle "Terveydenhuollossa annettavan hoidon perusteiden laatimista ohjaavalle johtoryhmälle" (puheenjohtajana lääkintöneuvos Jouko Isolauri) hoitotakuuseen käytetyn taloudellisen lisäpanostuksen määrää sairaanhoitopiireihin ja kuntiin suunnatuilla kyselylyillä. Ensimmäinen kysely toteutettiin marraskuussa 2004 eli ennen hoitotakuun käynnistymistä, toinen kysely toteutettiin marraskuussa 2005 ja kolmas maaliskuussa 2006. Kyselyjen perusteella saadaan ajallisesti tarkentuvaa ennakoitietoa hoitotakuun taloudellisesta vaikutuksesta.

Erikoissairaanhoidossa käytettiin vuonna 2005 hoitotakuun toteuttamiseen lisärahaa noin 108 miljoonaa euroa ja perusterveydenhuollossa hieman alle 60 miljoonaa euroa. Kaiken kaikkiaan hoitotakuun toteuttamiseen käytettiin sen ensimmäisenä toteutusvuonna hieman vajaat 170 miljoonaa euroa lisärahaa (taulukko 1).

Vuonna 2005 hoitotakuun toteuttamiseen käytettiin noin 32 euroa asukasta kohti (erikoissairaanhoito 21 euroa per asukas ja perusterveydenhuolto 11 euroa per asukas). Suhteutettuna toiminnan volyyymiin voidaan todeta, että sairaanhoitopiirien lisäpanostus vastasi noin 3 % piirien jäsenkuntalaskutuksesta. Kuntien lisäpanostus perusterveydenhuoltoon vastasi noin 2 % kuntien perusterveydenhuollon nettomenoista.

Alueen väestömäärään nähden suhteellisesti eniten hoitotakuun toteuttamiseen erikoissairaanhoidossa panostettiin vuonna 2005 Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä (37,6 euroa per asukas) ja Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirissä (31,3 euroa per asukas). Monet perusterveydenhuollossa hoitotakuun myötä toteutetut muutokset ovat pysyväisluonteisia kuten esimerkiksi lääkärin- ja hoitajanvirkojen perustaminen ja puhelinneuvontapalvelujen ylläpito.

Erikoissairaanhoitoa koskeva arvio vuodelle 2005 on melko luotettava, koska se perustuu kaikkien (pl. yksi) sairaanhoitopiirien ilmoittamiin tietoihin. Perusterveydenhuoltoa koskeva arvio on suuntaa

antava. Se perustuu kuntiin ja terveyskeskuskuntayhtymiin suunnattuun, rajattuun otantaa, joka kattaa runsaat puolet maan väestöstä ja perusterveydenhuollon nettomenoista. Arvio tulee vielä tarkentumaan kuluvaan vuoteen 2007.

Hoitotakuun toteuttaminen tulee lähivuosina vaatimaan vielä jonkin verran lisärahoitusta. Terveydenhuollon kokonaismenot tulevat kasvamaan jonkin verran vuosina 2006-2007 hoitotakuun johdosta (taulukko 1). Alustavan arvion mukaan vuoteen 2006 terveydenhuollon kokonaismenot tulisivat hoitotakuun johdosta kasvamaan vuonna 2006 runsaat 90 miljoonaa euroa ja vuonna 2007 runsaat 60 miljoonaa euroa (kuvio 1 ja 2). Eri ajankohtina tehtyjen arviointien perusteella voidaan ennakoita, että tässä esitetyt näkemykset menokehityksestä ovat varovaisia. Arviot tulevat tarkentumaan kuluvaan vuoteen 2007.

Maalis-huhtikuun 2006 arviointitietojen mukaan sairaanhoitopiirit ovat varanneet vuoden 2006 budjetissaan hoitotakuun velvoitteiden toteuttamiseen noin 50 miljoonaa euroa ja kunnat ovat varanneet perusterveydenhuoltoa varten runsaat 40 miljoonaa euroa. Kaikkiaan hoitotakuun johdosta terveydenhuollon kokonaismenot kasvanevat vuonna 2006 arviolta runsaat 90 miljoonaa euroa.

Vuodelle 2007 sairaanhoitopiirit ennakoivat (maalis-huhtikuun 2006 tilannearvio) hoitotakuun edellyttävän vielä noin 20 miljoonan euron lisäpanostusta. Hoitotakuuvelvoitteiden toteuttamiseen perusterveydenhuollossa kunnat arvioivat tarvitsevänsä vielä noin 40 miljoonaa euroa. Hyvin alustavan arvion mukaan hoitotakuun toteuttaminen vaatii sairaanhoitopiireiltä ja kunnilta vielä runsaan 60 miljoonan euron lisäpanostuksen vuonna 2007. Vuoden 2007 osalta useissa kunnissa ei osattu vielä arvioida hoitotakuun vaikutuksia.

Yleistävästi voidaan todeta, että hoitotakuun vaikutuksen arviointi tulevien vuosien menokehitykseen on epävarmalla pohjalla. Arvioinnissa joudutaan nojautumaan sairaanhoitopiirien ja kuntien näkemyksiin, jotka tosin perustuvat paikallisen tilanteen pohjalta tehtyyn kehitysarvioon. Vuosien 2005-2007 koskevien alustavien tietojen pohjalta näyttäisi siltä, että hoitotakuun edellyttämä lisäpanostuksen tarve terveydenhuoltoon vähenee vähitellen (kuvio 3). Erikoissairaanhoidossa merkittävät lisärahoitusta vaativat toimenpiteet on toteutettu jo vuoden 2005 aikana ja sitä seuraavina vuosina selvittää olennaisesti pienemmällä lisäpanostuksella. Perusterveydenhuollon kohdalla tilanne näyttää toiselta. Vaikka myös perusterveydenhuollon toiminnan kehittämiseen on vuonna 2005 satsattu lisävoimavaroja, tarvitaan hoitotakuun toteuttamiseen kuntien arvion mukaan perusterveydenhuollossa lähes saman verran rahaa myös parina seuraavana vuonna. Kun vuonna 2005 lisäpanostus kohdistui pääosin erikoissairaanhoitoon, näyttäisi se vuonna 2007 kohdistuvan suurelta osin perusterveydenhuoltoon (kuvio 3).

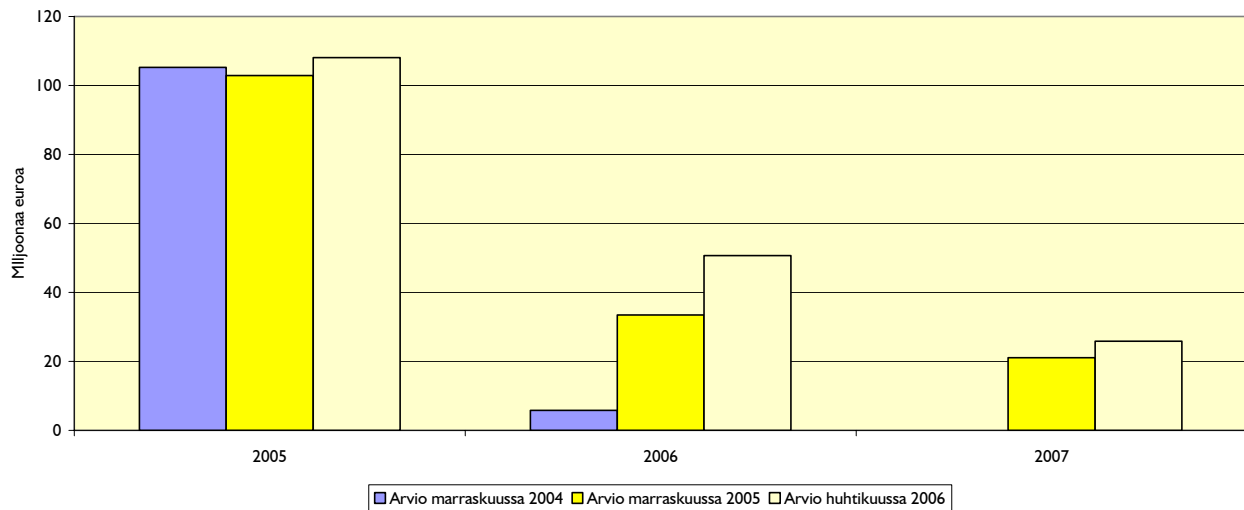
Taulukko 1. Hoitotakuun arvioitu vaikutus terveydenhuollon menoihin 2005-2007

	Vuosi	Arviointiajankohta		
		Marraskuu 2004	Marraskuu 2005	Huhtikuu 2006
ERIKOISSAIRAANHOITO				
Yhteensä, m€	2005	105	103	108
	2006	6	33	51
	2007	*	21	26
Asukasta kohti, €	2005	20,2	19,7	20,7
	2006	1,1	6,4	9,7
Osuus (%) sairaanhoitopiirien jäsenkuntalaskutuksesta	2005	3,0	2,9	3,0
	2006	0,2	0,9	1,4
PERUSTERVEYDENHUOLTO				
Yhteensä, m€	2005	38	46	58
	2006	22	33	44
	2007	*	32	42
Asukasta kohti, €	2005	7,2	8,8	11,0
	2006	4,1	6,3	8,4
Osuus (%) perusterveydenhuollon nettomenoista	2005	1,6	1,9	*
	2006	*	1,0	*
TERVEYDENHUOLTO				
Yhteensä, m€	2005	143	149	166
	2006	27	66	95
	2007	*	53	68
Asukasta kohti, €	2005	27,3	28,5	31,7
	2006	5,2	12,7	18,1

* = ei arvioitu

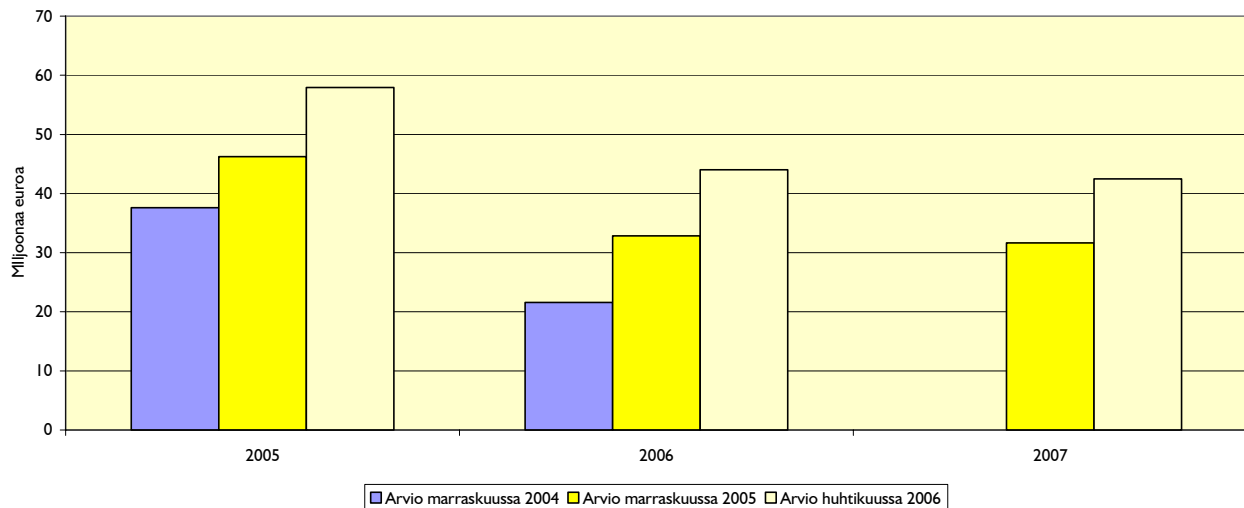
Kuvio 1. Eri ajankohtina arvioitu hoitotakuun vaikutus erikoissairaanhoidon kokonaismenoihin 2005-2007, miljoonaa euroa

Hoitotakuun arvioitu menovaikutus 2005-2007, miljoonaa euroa
ERIKOISSAIRAANHOITO



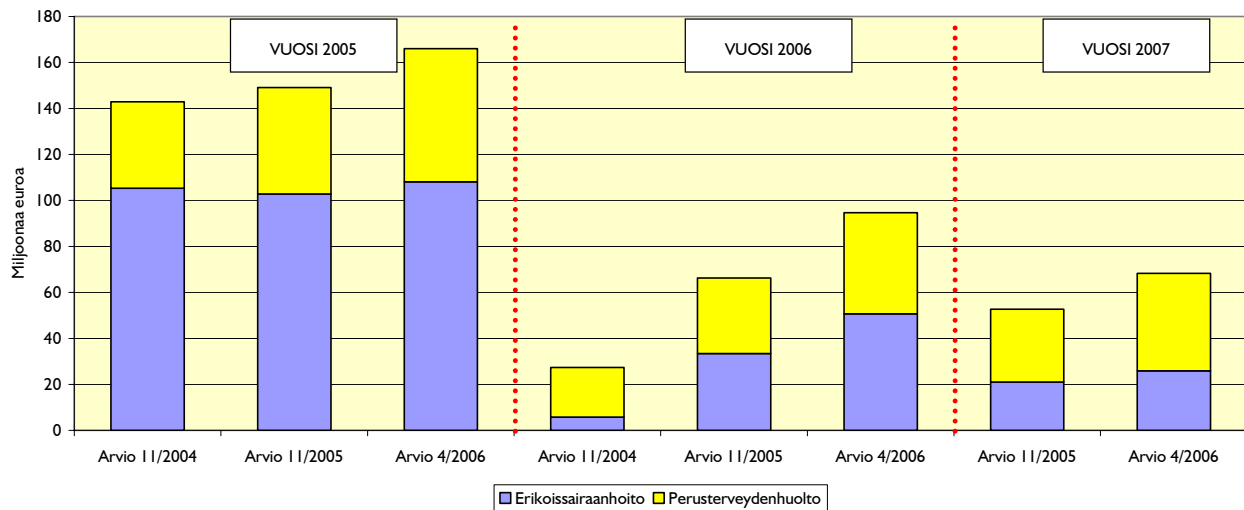
Kuvio 2. Eri ajankohtina arvioitu hoitotakuun vaikutus perusterveydenhuollon kokonaismenoihin 2005-2007, miljoonaa euroa

Hoitotakuun arvioitu menovaikutus 2005-2007, miljoonaa euroa
PERUSTERVEYDENHUOLTO



Kuvio 3. Eri ajankohtina arvioitu hoitotakuun vaikutus terveydenhuollon kokonaismenoihin 2005-2007, miljoonaa euroa

Hoitotakuun arvioitu menovaikutus 2005-2007, miljoonaa euroa
TERVEYDENHUOLTO



f) Kuinka paljon yrityksiltä ja järjestöiltä on hankittu ostopalveluja hoitotakuuta toteutettaessa? Miten ostopalvelujen saatavuutta ja enimmäisaikojen toteutumista seurataan ja valvotaan? Onko ostopalvelujen hinta-laatu vertailu tehty asianmukaisesti? Miten kuluttajansuoja on toteutunut ostopalvelujen osalta ?

Hennamari Mikkola

Ostopalvelujen osalta Stakesin selvitys on vielä kesken. Tässä vaiheessa voidaan tuoda esille esimerkinomaisesti muutaman kunnan varautuminen hoitotakuuseen ostopalvelujen avulla. Ilmoituksensa mukaan vuonna 2005 Helsinki oli ostanut hoitotakuun toteutumista varten palveluja noin 4,1 miljonnalla eurolla, mikä vastaa 52 %:a hoitotakuuta varten suoritetuista panostuksista perusterveydenhuollon palveluihin. Väestömäärään suhteutettuna Helsinki osti palveluita yksityisiltä toimijoilta hoitotakuuta varten 7,3 € asukas. Ostetut palvelut olivat pääasiassa hammaslääkäri- ja lääkäripalveluita. Erietyisesti useissa kunnissa hoitotakuuta varten on perustettu puhelinneuvontapalveluita, jotka on ostettu yksityisiltä toimijoilta. Esimerkiksi Vaasassa puhelinpalveluprojektin arvioitu kustannus vuonna 2005 oli 550 000 € mikä vastaa 9,6 € asukas.

Erikoissairaanhoidon osalta maaliskuuhun 2006 kyselyssä pyydettiin listaamaan ulkopuoliset sekä julkiset että yksityiset palveluntuottajat, joilta palveluita oli ostettu vuonna 2005. Ostopalvelut selvästi näyttivät painottuneen ortopedian erikoisalalle. Esimerkiksi useat sairaanhoitopiirit olivat ostaneet lisäpalveluita Invalidisäätiön sairaala Ortonilta, Coxa Oy:ltä ja Reumasäätiön sairaalalta. Hoitotakuun laajuuden vaikutusta ostopalveluihin selvitetään vuoden 2006 aikana tarkemmin tekemällä sairaanhoitopiirien vastausten perusteella suunnattu kysely yksityisille toimijoille.

Alla on listattu ostopalvelujen tuottajia sairaanhoitopiireittäin

Sairaanhoitopiiri
Ostopalvelujen tuottajat (hoitotakuuta varten) vuonna 2005

Etelä-Karjalan	Eira, Pulssi, Coxa ja Laser
Etelä-Pohjanmaan	TAYS, Coxa, muitakin ostaja tehdään jatkuvasti eikä siten voida osoittaa selvästi mikä osto aiheutuu shp:n välisestä työnjaoista tai vastaavasta järjestelystä
Etelä-Savon	Ei ulkopuolisia ostaja hoitotakuun vuoksi
HUS	
Itä-Savon	Ei varsinaisia ulkopuolisia ostaja, työt tehtiin omalla hokunnalla lisäksi VES/TES järjestelyin ja yksittäisillä toimeksiantosopimuksilla
Kainuun	Invalidisäätiö, Keijo Mäkäraainen Oy, Kainuun sairaankuljetus
Kanta-Hämeen	HUS, Reumasäätiö, TAYS, TYKS, Forssan seudun terv-huollon ky, Orton, Coxa, Mehiläinen, Koskimagneetti/Tampere, Päijät-Hämeen ks
Keski-Pohjanmaan	Jonjen purkuun ei ole käytetty ulkopuolisia ostaja
Keski-Suomen	Orton, Reumasäätiö, Medlaser
Kymenlaakson	Orton, Reumasäätiö, Hemo Oy, Liikekeskuksen lääkäriasema Oy, Kotkan leikkaussali Oy, Ludwig Oy/VX, Teekoo- terv. ja kauneudenhuollon kons.
Lapin	Sairaala Laponia (Kemijärvi), Länsi-Pohjan shp, Rovaniemen radiologi, Rovaniemen sairausapu ja laboratorio, Orton ja Reumasäätiö
Länsi-Pohjan	Ei ostopalveluja hoitotakuun merkeissä, mutta normaalikäytännön mukaan erinäisiltä palveluntuottajilta ortopedian lähetepaineen purkuun
Pirkanmaan	Coxa Oy
Pohjois-Karjalan	Orton, Reumasäätiö, Spekon Oy (neurologia) ja yksittäiset kirurgit
Pohjois-Pohjanmaan	Raahen thky, Keski-Pohjanmaan shp, Oulun Diakonissalaitos, Botnia Oy, Coxa Oy, Pohjois-Suomen Leikkaus Oy
Pohjois-Savon	Etelä-Savon shp, Pohjois-Karjalan shp, Laser Oy, Corda Oy, Reumasäätiö, Mehiläinen Oy, Ssp Oy
Päijät-Hämeen	Reumasäätiö
Satakunnan	Sata-Kuulo Oy, Rauman kuulontutkimus
Vaaasan	Ei varsinaisia ostaja jonon purkuun, mutta COXAlta ja muilta yo-sairaaloilta normaalikäytännön mukaan
Varsinais-Suomen	