

# KAKSI SKENAARIOTA VANHUSTEN HOIVAPALVELUJEN KEHITYKSESTÄ JA RESURSSITARPEISTA AJALLA 1999–2030

MARJA VAARAMA – PÄIVI VOUTILAINEN

## JOHDANTO

Suomen väestö ikääntyy, ja tulevien 30 vuoden aikana maamme väestö muuttuu Euroopan neljänneksi nuorimmasta sen kolmanneksi vanhimaksi. Lisääntyvä tietoisuus ikääntyneiden määrän kasvusta on herättänyt myös huolta siitä, miten tulevaisuudessa selvitään väestön vanhenemisen aiheuttamista haasteista. Erityisiä huolenaiheita ovat yhtäältä palvelujen riittävyys ja laatu, toisaalta kustannusten kasvu. Vuonna 2001 sosiaali- ja terveysministeriö antoi yhdessä Suomen Kuntaliiton kanssa suosituksen ikääntyneiden hoidon ja palvelun kehittämiseksi (Ikäihmisten..., 2001). Siinä korostetaan ikääntyneiden kotona asumisen tukemisen ensisijaisuutta sekä korkealaatuista ja asiakaskesteistä hoitoa myös pitkäaikaishoitoksissa. Keväällä 2002 mietintönsä antanut SOMERA-toimikunta perusti pitkän aikavälin tulevaisuudenkuvansa ikääntyneiden palvelujen osalta siihen, että yhtäältä ikäihmisten toimintakyky paranee niin, että palvelujen käytön alkaminen myöhentyy, ja että toisaalta maan taloudellinen kehitys mahdollistaa riittävän palvelujärjestelmän ylläpidon ja jopa nykyisten puutteiden korjaamisen.

Tässä artikkelissa esitetään kaksi skenaariota vanhusten hoivapalvelujen tulevasta kehityksestä. Hoivapalvelut määritellään kotona, palvelutaloissa ja pitkäaikaishoitoksissa annettaviksi sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluiksi. Ensimmäinen skenaario on mekaaninen projektio nykytilasta tulevaisuuteen. Se kertoo, mitä tapahtuu, jos nykyinen palvelujärjestelmä jatkuu samanlaisena myös tulevaisuudessa. Tämä ns. nykymalli luo peruskehukset keskustelulle tulevista vaihtoehtoista. Toiseen skenaarioon sisällytetään kirjoittajien tulkinta tämänhetkisistä suosituksista, nykytilan korjausta vaativista ongelmista sekä oletuksia julkisten palvelujen kysynnän ja tehokkuuden muutoksista. Tavoitteena ei ole esittää

minkäänlaista tavoite- tai ihannemallia, vaan konkretisoida erilaisten olettamusten seurauksia ja tulevaisuuden suunnittelun vaikeutta sekä tuoda läpinäkyvyyttä vanhuspalvelujen tulevaisuutta koskevaan keskusteluun.

Skenaariot laaditaan Stakesin EVERGREEN 2000 -ohjelmiston avulla (ks. Vaarama & al. 1998). Lähtötietoina käytetään Tilastokeskuksen väestörakennetta ja väestöennustetta, palvelujen käyttötilastoista (Stakesin hoitoilmoitusrekisterit, SOTKA) näkyvää palvelujen käyttöä, henkilöstötilastoista saatavia henkilöstömääriä, uusimmista tutkimuksista saatuja kustannustietoja, palvelujen tarvetta ja iäkkäiden toimintakyvyn kehitystä koskevia tutkimustuloksia sekä nykyisiä palvelurakennesuosituksia. Mallien perustana on 75 vuotta täyttäneen väestön määrän kehitys. Mallien taustoittamiseksi artikkelin alussa arvioidaan palvelujen kysynnän kehitystä ja nykyisen palvelurakenteen vastaavuutta kysyntään tuoreiden tilasto- ja tutkimustietojen valossa.

Skenaarioissa ei oteta kantaa hoivapalvelujen tulevaan rahoituspohjaan eikä bruttokansantuotteen kasvuun. Nykyiset 60-vuotiaat eli tulevaisuuden hoivapalvelujen potentiaaliset pääkäyttäjät antavat tukensa nykyiselle verovaroin rahoitetulle mallille. Varakkain 12 prosenttia on valmis maksamaan palveluista nykyistä enemmän ja otamaan myös vapaaehtoisia tai pakollisia hoivavakuutuksia. (Vaarama & al. 1999a.) Esimerkiksi Pekka Parkkinen toisaalla tässä lehdessä toteaa, että nykyinen palvelujärjestelmä voidaan säilyttää tulevaisuudessa varsin kohtuullisella bruttokansantuotteen kasvulla. Myös SOMERA-toimikunta päätyi samantyyppiseen johtopäätökseen. Siten tulevaa väestönkehitystä ja sen seurauksia ei välttämättä tarvitse liioitella eikä lietsoa katastrofimieliä. Tärkeämpää on lisätä tietoisuutta tulevista haasteista ja lisätä tietoa, joka auttaa varautumaan tulevaisuuteen hyvissä ajoin.

Taulukko 1. Väestön kehitys ikäryhmittäin 1999–2030

Ikä vuosina	1999	2010	Muutos, % 1999–2010	2020	Muutos, % 1999–2020	2030	Muutos, % 1999–2030
0–14	943 001	858 486	-9,0	842 299	-10,7	814 108	-13,7
15–64	3 461 133	3 496 854	1,0	3 257 918	-5,9	3 087 145	-10,8
65–74	435 783	502 743	15,4	709 324	62,8	658 990	51,2
75–84	254 329	301 736	18,6	369 423	45,3	536 758	111,0
85+	77 056	96 145	24,8	114 349	48,4	152 754	98,2
Yhteensä	5 171 302	5 257 974	1,7	5 295 333	2,4	5 251 785	1,6

(www.tilastokeskus.fi/väestö/8.4.2001)

#### PALVELUJEN KYSYNTÄÄN VAIKUTTAVISTA TEKIJÖISTÄ

Julkisten hoivapalvelujen kysynnän makrotason tarkastelussa on luontevaa lähteä liikkeelle väestörakenteesta ja väestöennusteesta. Tilastokeskuksen väestöennusteen mukaan kokonaisväestön määrä Suomessa kasvaa vuoteen 2030 vain noin vajaalla 100 000 henkilöä. Lasten ja erityisesti työikäisten määrä vähenee ja yli 65-vuotiaiden määrä kasvaa voimakkaasti. Hoivapalvelujen kysynnän kannalta yli 75-vuotiaiden määrän kasvu on olennaista. Kun vuonna 1999 noin 15 prosenttia suomalaisista oli yli 65-vuotiaita ja yli 6 prosenttia yli 75-vuotiaita, vuonna 2010 yli 65-vuotiaiden osuuden väestöstä ennustetaan olevan lähes 18 prosenttia ja vuonna 2030 jo 26 prosenttia. Vastaavat yli 75-vuotiaiden osuudet ovat 8 prosenttia ja 13 prosenttia. 85 vuotta täyttäneiden määrä kaksinkertaistuu. (Taulukko 1.)

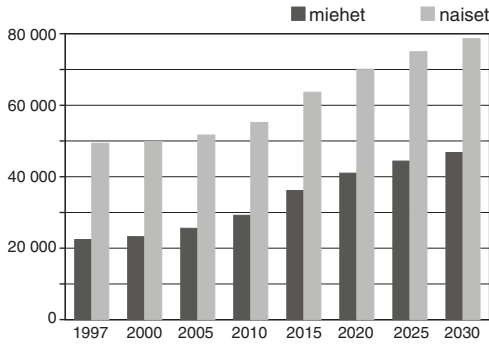
Ikääntyneiden määrän kasvu ei kuitenkaan heijastu suoraan palvelutarpeen kasvuun, sillä palvelujen käyttöön vaikuttavat myös muut tekijät. Suurin osa tämän päivän ikääntyneistä kokee terveytensä hyväksi ja ikääntymisen myönteiseksi asiaksi. He ovat itsenäisiä, omissa kodeissaan asuvia kansalaisia aina myöhäiseen ikään saakka. Noin 70–75 prosenttia yli 75-vuotiaista pärjää ilman yhteiskunnan hoivapalveluja. Normaali ikääntyminen ei siis yksinään aiheuta palvelujen tarvetta ennen varsin korkeaa ikää. Silloinkin usein selvittää pitkään omaisten ja ystävien tuella. Aiemmat tutkimukset osoittavat ikäihmisten palvelujen käytön liittyvän voimakkaasti ikään, fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn, yksin asumiseen, asuin- ja elinympäristöön sekä sosiaalisten verkostojen toimivuuteen ja läheisten tarjoamaan apuun. (Esim. Aromaa & al. 1989; Raassina 1994; Virjo 1996; Lehto & al.

1997; Laukkanen 1998; Rissanen 1999; Suutama & al. 1999; Vaarama & al. 1999a; Noro & al. 2000; Sulander & al. 2000; Rissanen & al. 2001.) Yksistään yksilön tai yhteisön ominaisuudet eivät kuitenkaan määrittele käyttöä, vaan myös palvelujen tarjonta, vaikka tarpeen ja tarjonnan ei olekaan osoitettu välttämättä olevan suorassa kausaalisuhteessa toisiinsa.

Kansallisten ja kansainvälisten arvioiden mukaan 30–50 prosenttia yli 75-vuotiaista tarvitsee jotakin apua ainakin satunnaisesti (Vaarama 1992; Koskinen 1994; Laukkanen 1998). Päivittäistä avuntarvetta esiintyy noin joka kolmannelle tai neljännelle yli 75-vuotiaalla ja joka toisella yli 85-vuotiaalla. Avuntarve lisääntyy iän mukana niin, että noin puolet 85 vuotta täyttäneistä tarvitsee ulkopuolista apua. (Esim. Lammi & al. 1989; Heikkinen & al. 1990; Vaarama 1992; Vaarama & al. 1999a; Laukkanen 1998.) Nuoremmissa ikäihmisillä avuntarvetta on lähinnä siivouksessa ja asioinnissa, iän myötä tarvitaan apua yhä enemmän myös kodinhoidossa ja ruoanlaitossa sekä henkilökohtaisessa hygieniassa, lopulta myös pukeutumisessa ja riisuuntumisessa sekä syömisessä ja wc-toiminnoissa. Asunto- ja ympäristöolosuhteilla on selvä yhteys palvelujen käyttöön (Kärkkäinen 1994). Hankalat matkat ja pitkät etäisyydet vaikeuttavat palvelujen käyttöä (Purola & al. 1968; Lehto & al. 1997) ja huonojen asuin- ja ympäristöolosuhteiden on todettu ennustavan mm. laitoshoidon siirtymistä (Suutama & al. 1999).

Yksi tärkeimmistä kotona selviytymistä estäivistä tekijöistä on dementia. Dementoivat sairaudet johtavat yleisesti toimintakyvyn alenemiseen ja palvelutarpeen voimakkaaseen kasvuun, ensin avo- ja myöhemmin välimuotoisten ja laitoshoitopalvelujen osalta. Dementoivat sairaudet, kuten Alzheimerin tauti ja vaskulaariset demeniat, liit-

Kuvio 1. Dementiaa sairastavien määrä Suomessa 1997–2030



tyvät selvästi korkeaan ikään. Epidemiologisten tutkimusten mukaan 2,3 prosenttia 65–69-vuotiaista sairastaa jotakin dementoivaa sairautta, mutta 85–89-vuotiaiden ryhmässä vallitsevuus on jo 25 prosenttia. Suomessa noin 8 prosenttia yli 65-vuotiaista ja 35 prosenttia yli 85-vuotiaista kärsii vähintään keskivaikeasta dementiaasta. Näiden lukujen mukaan Suomessa nyt noin 75 000 ihmistä kärsii vähintään keskivaikeasta dementiaasta ja määrän ennustetaan kasvavan 53 000:lla vuoteen 2030 mennessä. Tulevaisuudessa erityisesti dementoituneiden miesten osuus kasvaa, ja yhtenä keskeisenä palvelujärjestelmän haasteena tulevatkin olemaan dementoituneet iäkkäät miehet vailla hoivaavan naisen apua. (Viramo & Sulkava 2001.) (Kuvio 1.)

Mikäli kaikki nämä dementoituneet henkilöt hoidettaisiin pitkäaikaisessa laitoshoidossa, kasvaisi laitoshoidossa olevien määrä 128 000:een ja paikkojen nykykäytöllä arvioiden (1,7 as./paikka/v) tarvittaisiin pelkästään heitä varten runsaat 75 000 pitkäaikaispaikkaa. Nykytilaan verrattuna tämä merkitsisi 22 000:ta uutta paikkaa eli 41 prosentin lisäystä paikkoihin. Lisäksi tulee muiden ryhmien kuten vanhuspsykiatristen potilaiden, kehitysvammaisten ja muusta syystä ympärivuorokautista apua tarvitsevien paikkatarve.

#### *Avun saanti ja nykyisen palvelujärjestelmän tarvevastaavuus*

Vanhusbarometrin 1999 (Vaarama & al. 1999a) mukaan kolmasosa yli 60-vuotiaista kotona asuvista suomalaisista (n = 1 037) ja kaksi kolmasosaa yli 75-vuotiaista sai tutkimushetkellä apua arkipäivän toimissa. Ikääntyneet henkilöt saavat huomattavasti apua perheenjäseniltään, su-

kulaisiltaan ja ystäviltään. Epävirallista apua antavat eniten puoliso ja toiseksi eniten lapset. Epävirallisen avun saanti lisääntyy palvelujen käytön (Niinistö 1987; Noro & al. 2000) ja yksin asumisen myötä (Noro & al. 2000). Toisaalta epävirallisen avun määrän vähäisyys on omiaan lisäämään julkisten palvelujen käyttöä (Aromaa & al. 1989; Jylhä 1993), ja epävirallinen apu on nähty ensisijaisena kotona selviytymistä edistävänä tekijänä (Vanhusbarometri 1994; Vaarama & al. 1999a; Lehto & al. 1997). Vanhusbarometrin mukaan puolisoiden tarjoama apu oli peräti kaksinkertaistunut vuodesta 1994 vuoteen 1998. Samanaikaisesti kunnallisen kotipalvelun ja kotisairaanhoidon tarjoama apu on vähentynyt lähes puoleen entisestä, 21 prosenttiin. Kunnallista kotiapua saaneiden osuus on vähentynyt erityisesti 61–70-vuotiaiden joukossa, jossa säännöllisen avun tarve on vähäisempää kuin vanhemmilla ikäryhmillä. (Vaarama & al. 1999a.) Kunnallisen kotipalvelun ja kotisairaanhoidon palvelut kohdistuvat siten nykyään vanhemmille ja palveluja eniten tarvitseville ikäihmisille. Sekä vuonna 1994 että vuonna 1998 seurakunnan, vapaaehtoisjärjestöjen ja yksityisesti palkattujen hoitajien tarjoama apu ikääntyneille oli erittäin harvinaista. Kolme prosenttia yli 60-vuotiaista ilmoitti saavansa apua arkipäivän toimiinsa näiltä tahoilta.

Terveystutkimuksessa (Noro & al. 2000) puolestaan todettiin, että kaikista vastanneista yli 65-vuotiaista (n = 1 522) 10 prosenttia oli saanut omaisapua. Henkilöistä, joilla oli toimintakyvyn rajoituksia, apua oli saanut 30 prosenttia, ja samassa kotitaloudessa asuva oli auttanut useimpia. Päivittäinen avuntarve saattoi olla hyvinkin suurta, mutta tällöin apua oli saatu myös kotipalvelusta, kotisairaanhoidosta ja muualla asuvilta omaisilta. Yksin asuvilla korostuivat muualla asuvien omaisten antama apu sekä kunnallisten palvelujen saanti. Kunnallisen kotipalvelun ja kotisairaanhoidon tarjonta näyttääkin kohdistuvan vanhemmille ja toimintakyvyltään heikommille ikäihmisille sekä erityisesti yksin asuville.

Taulukossa 2 esitetty hoivapalvelujen profiili kuvaa tärkeimpien ikääntyneille suunnattujen sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalvelujen käytön muutoksia ajanjaksolla 1988–2000. Taulukossa kuvataan, miten palvelut kattavat 75 vuotta täyttäneen väestön, eli asiakasmäärät on suhteutettu tähän väestöryhmään. Profiili kuvaa palvelujen käytön suhteellista muutosta.

Palveluprofiili osoittaa, että ikääntyneiden pal-

Taulukko 2. Vanhuspalvelujen profiili ja muutokset 1988–2000

Asiakkaat, % kaikista 75 vuotta täyttäneistä	1988	1995	1999	2000	Erotus
Kodinhoitoapu	46,2	28,8	25,4	24,4	-47,2
Tukipalvelut	36,1	32,6	31,2	30,8	-14,7
Omaishoidon tuki	4,2	3,8	4,0	4,2	0,0
Palveluasuminen*	2,1	4,6	6,0	6,2	195,2
Vanhainkoti- ja vast. hoitopaikat	10,5	7,0	7,8	8,0	-23,8
Terveyskeskuksen pitkäaikaispaikat	4,1	4,0	4,0	3,9	-4,9
Erikoissairaanhoidon pitkäaikaispaikat	3,0	0,3	0,2	0,2	-93,3
Pitkäaikainen laitoshoido yhteensä	17,0	12,0	12,0	11,4	-32,9

\*Palveluasuminen käsittää sekä eriytymättömän että tehostetun palveluasumisen; tehostetussa palveluasumisessa olevien asiakkaiden tilastointi alkoi vuoden 2000 alusta.

Lähde: Vaarama & al. 2002

velujen asiakasmäärät ovat palveluasumista lukuun ottamatta vähentyneet suhteellisesti kautta linjan viimeksi kuluneiden kahdentoista vuoden aikana. Kotiin annettujen palvelujen käyttö on vähentynyt noin puoleen entisestä. Pitkäaikais-hoidossa on toteutettu voimakas rakennemuutos, ja vanhusten pitkäaikaishoidon yhteenlaskettu kattavuus on vähentynyt kolmanneksen. Hoito on siirtynyt perustason laitoksiin, mitä on pidetty tavoitteena (Sosiaali- ja terveysministeriö 1992). Palveluasuminen on korvannut perinteistä vanhainkotihoitoa, joskin sen toteuttamisessa muun kuin tehostetun palveluasumisen osalta on todettu turvallisuusriskejä riittämättömän henkilöstömiehityksen vuoksi (esim. Vaarama & al. 1999b). Palvelurakenne kaikkiaan on niukentunut, ja muutos on ollut erityisen selvä vuosina 1990–1995 eli lamavuosina. Vuoden 1995 jälkeen eräiden palvelujen kattavuus on jopa hiukan kasvanut.

Palvelurakenne vaihtelee suuresti kunnittain. Säännöllisen kotihoidon piirissä oli vuonna 1999 maaseutumaisissa kunnissa noin 16 prosenttia ja kaupunkimaisissa kunnissa 12 prosenttia yli 75-vuotiaasta väestöstä. Vastaavasti terveydenhuollon pitkäaikaista laitoshoidoa on kaupunkimaisissa kunnissa jonkin verran enemmän (4,1 %) kuin maaseutumaisissa kunnissa (3,2 %), mutta vanhainkoti- ja vastaavan hoidon kattavuus on lähes samansuuruinen eri kuntatyypeissä (8,6 %). Kaikkiaan laitospuoleisessa hoidossa oli noin 11–13 prosenttia 75 vuotta täyttäneestä väestöstä. (Vaarama & al. 2002.)

Nykyään julkisten hoivapalvelujen piiriin tullaan melko iäkkäinä: säännöllinen kotihoito alkaa noin 75–76 vuoden iässä, pitkäaikaiseen laitoshoidoon tullaan noin 81-vuotiaana (Stakesin hoi-

toilmoitusrekisterit). Monissa tutkimuksissa hoivapalvelujen on todettu kohdistuvan eniten hoitoa tarvitseville sekä yksin asuville (Anttila 1989; Jylhä 1993; Raassina 1994; Noro 1998; Hyvinkään eläkeläistuki ry. 2000; Vaarama & al. 1999b; Noro & al. 2000). Varsinkin kotipalvelujen kohdalla hoidon intensiivisyys näyttäisi tulosten mukaan lisääntyvän tarpeiden lisääntyessä (Karjalainen & Kivelä 1995; Nikkilä 1999; Mäensivu 2000).

Tutkimusten mukaan asiakkaat kokevat yleensä koti- ja terveydenhuollon palvelut riittäviksi (Viljaranta 1995). Yleensä saadun avun määrään ollaan tyytyväisiä ja kaivatun lisäavun määrä ei ole ollut kovin suuri (Vaarama & al. 1999a). Kotona asuvista saatuun kunnalliseen kotipalvelumäärään oli tyytyväisiä neljä viidestä (Noro & al. 2000). Tyydyttämättömän tarpeen arvioidaan olleen vuonna 1982 palvelusta riippuen 9–26 prosenttia ja keskimäärin 20 prosenttia asiakkaista sai liian vähän apua (Suutama & al. 1988). Yli 75-vuotiaista vähintään neljännes olisi halunnut lisää peruspalveluja, kuten kotipalvelua. Stakesin hoitoilmoitusrekisterin mukaan vuonna 1999 kodinhoitoapua käytti kuntatyyppistä riippuen 12–16 prosenttia yli 75-vuotiaasta väestöstä, palveluasumista noin 3 prosenttia ja laitoshoidoa 11–13 prosenttia. Kun tutkimusten mukaan noin 25–30 prosenttia kotona asuvista ikääntyneistä tarvitsee säännöllistä ulkopuolista apua, tulos viittaa siihen, että kotipalvelujen tarpeen ja tarjonnan välillä on jatkuvasti kasvava kuilu.

Palvelujen kohdentumisen osalta palvelutaloihin ja pitkäaikaislaitoshoidon sijoittuminen näyttäisi onnistuneen hoidon tarpeen mukaisesti erityisesti pääkaupunkiseudulla (Peiponen & Nikkilä 1998; Nikkilä 1999). Samoin maaseutu-

maisissa kunnissa vanhuspalveluja käyttävistä vanhuksista asiantuntija-arvioiden perusteella neljä viidestä oli tarkoituksenmukaisissa hoitopaikoissa (Mäensivu 2000). Tulosten mukaan joka viides vanhainkoti- tai terveyskeskustaikka oli kuitenkin väärässä käytössä. Myös L. Rissasen tutkimuksessa (1999) todettiin, että palvelujen käyttö saattoi kohdentua henkilöille, jotka eivät objektiivisesti arvioiden olisi olleet palvelujen tarpeessa, tai että henkilöt saattoivat käyttää muita palveluja kuin he itse olisivat toivoneet tai tarvinnut. Tulokset kertovat siitä, että varsinkin pitkäaikaissijoituksia tehdään liian aikaisin; tähän saattavat ajaa mm. puutteellinen asuminen ja avopalvelujen puute.

Nykyinen palvelutarjonta ja vanhusten kokemaa palvelujen tarve näyttäisivät siten olevan jonkin verran ristiriidassa keskenään. Palvelujen kattavuus on jo melko alhainen, apu tavoittaa vanhukset myöhään ja kotipalvelussa tyydyttämätön tarve kasvaa. Palvelujen virheellisen kohdentumisen taustalla saattaa olla myös ns. agenttisuhteen liittyvät erilaiset tulkinnat avun tarpeesta (ks. Sintonen & al. 1987) tai toisaalta kunnan tarjontatekijät, jolloin hoidon tarjontaa määrittelevät muut tekijät kuin itse avun tarvitsijat. Tutkimus- ja tilastotietojen perusteella palvelujen kysynnän ja tarjonnan väliltä ei välttämättä ole löydettävissä selvää kausaalisuhdetta, vaan tarjonnan rakenteeseen vaikuttavat monet muut taustatekijät (esim. Vaarama 1995; Valtonen 1998). Jonkinlainen kummajainen ovat myös ns. tavalliset palveluasunnot, joissa ikääntyneet asuvat ja saavat palvelunsa kotipalvelusta. Noin kolmasosa kotipalvelun työpanoksesta menee ns. tavalliseen palveluasumiseen (Vaarama & al. 2001). Tämä on osaltaan supistanut omaan kotiin annettavien palvelujen voimavaroja ja mahdollisuutta tukea vanhusten itsenäistä selviytymistä kotona. Olisikin pohdittava, onko resurssien keskittäminen palveluasumiseen kotiin annettavan palvelun kustannuksella tulevaisuuden näkökulmasta järkevä suunta vai olisiko järkevämpää panostaa voimavaroja nimenomaan kotona asumisen tukemiseen ja sellaisen palveluasumisen ylläpitämiseen, joka korvaa perinteistä laitoshoidoa.

### *Tulevista tarpeista*

Nykyiset tutkimukset antavat varoavaista tukea sille, että nuorempien ikääntyneiden toimintakyky olisi tulevaisuudessa parantumassa IADL-toi-

mintojen (Instrumental Activities of Daily Living) osalta (esim. Heikkinen & al. 1999). Mikäli näin on, voitaneen olettaa kotipalvelun tukipalvelujen ja kevyemmän kotipalvelun tarpeen vähenevän. Mikäli ikääntyneiden asuinolot ja asuinympäristöt lisäksi tulevaisuudessa nykyistä paremmin tukevat itsenäistä selviytymistä, tultaneen myös säännöllisen kotihoidon piiriin nykyistä myöhemmin. Saattaakin olla, että kotipalvelun/kotihoidon piiriin tulevien keski-ikä nousee nykyisestä 75 vuoden iästä. Vastapainoksi hoivan tarve saattaa tulevaisuuden asiakkailta kuitenkin olla nykyistä suurempi, eikä siihen enää pystytä turvallisesti vastaamaan nykyisellä kahden käynnin mediaanilla viikossa asiakasta kohti (vrt. Stakesin hoitoilmoitusrekisterit 1999).

Tutkimukset eivät anna yksiselitteistä vastausta siihen, onko myös kaikista iäkkäimpien kohorttien toimintakyky olennaisesti parantumassa. Nykyisin pitkäaikaisen laitoshoidon piiriin tullaan 81 vuoden iässä. Keski-ikä on kasvanut 79,8 vuodesta vuonna 1994 kaikkiaan 0,3 vuotta eli 80,1 vuoteen vuonna 2000. Mikäli laitoshoidon tulo myöhentyy jatkossa samaa tahtia, tultaisiin pysyvään laitoshoidon piiriin vuonna 2030 noin 83 vuoden iässä ja vuonna 2050 noin 84 vuoden iässä.

Jos kotihoidon panostettaisiin tulevaisuudessa riittävästi, saattaisi vastapainoksi laitoksen hoidon tarve vähentyä. Mikäli laitoshoidon tultaisiin 2–3 vuotta myöhemmin ja siellä viivytettäisiin nykyistä lyhyempään eli paikkojen käyttö tehostuisi, saattaisi pitkäaikaishoitopaikkojen kysyntä tulevaisuudessa olla huomattavasti pienempi kuin nykytilaan perustuva skenaario osoittaa. Kaikissa vaihtoehtoissa on kuitenkin panostettava turvallisuuteen. Henkilökuntaa tulee olla riittävästi suhteessa paljon apua tarvitseviin hoidettaviin. Tätä korostaa myös Ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskeva laatusuositus.

Tuleva väestönkehitys ja dementoituneiden määrän lisäys luovat siis ennustettavissa olevat reunaehdot vanhusten hoivapalvelujen tuleville tarpeille. Lisäksi tulevat ne monet kehittämissaasteet, jotka liittyvät nykytilan ongelmiin ja joista tulisi päästä tulevaisuudessa irti. Myös vanhusten terveys ja elinolot, kuten tulotaso ja asuminen, tulevat vaikuttamaan siihen, millaisia paineita sosiaali- ja terveydenhuollolle syntyy. Sosiaalisten verkostojen toimivuus on tärkeä suodatin sille, kysyykö vanhus julkisia palveluja vai saako hän avun muualta. Omaisten asenteiden muutokset vaikuttanevat omaishoidon saatavuus-

teen tulevaisuudessa; pitkittäistutkimuksissa sen on todettu jatkuvasti hieman vähentyneen. Oman lisätekijänsä muodostaa se, että miesten ja naisten eliniät samankaltaistuvat, joten vanhuspariskuntia on tulevaisuudessa nykyistä enemmän. Niinpä puolisoiden toisilleen antama apu saattaa lisääntyä ja siten vähentää julkisten hoivapalvelujen kysyntää. Samaan suuntaan saattavat vaikuttaa ikääntyneiden elintason nousu ja siihen liittyvä suurempi valmius käyttää yksityisiä palveluja. Toisaalta yksinäisten, dementoituneiden miesten määrän arvioidaan lisääntyvän. Lisäksi nykyinen sosiaali- ja terveystalvvelujärjestelmä kohtaa tutkimusten mukaan vanhusväestön vasta silloin, kun toiminnanvaja on jo syntynyt. Näitä havaintoja vasten tarkasteltuna nykyinen, niukaksi kritisoitu palvelujärjestelmä saattaakin olla tulevaisuuden minimivaihtoehto.

#### SKENAARIOT VUOTEEN 2030 SAAKKA

##### *Asiakasmäärien, hoitopaikkojen, henkilöstön ja kustannusten kehitys nykymallissa ikääntyneiden keskeisten hoivapalvelujen osalta*

Nykymallissa nykyinen palvelurakenne projisoidaan tulevaisuuteen, eli se kuvaa tulevaisuuden, jossa palvelujen käyttö säilyy ennallaan eikä mitään palvelurakenne- ja toimintamuutoksia tehdä. Skenaariossa palvelujen suhteellinen kattavuus, käyttöaste, käytön intensiteetti (esim. asiakaita/paikka), tuotantorakenne, henkilöstömitoitukset ja yksikkökustannukset säilyvät ennallaan. Vain ikääntyneiden määrä muuttuu, mikä muuttaa absoluuttisia asiakasmääriä ja heijastuu muihinkin järjestelmän osiin. Kun 75 vuotta täyttäneiden osuus kasvaa jonkin prosenttimäärän vuodessa, sama lisäys kertaantuu asiakasmäärissä, suoritteissa ja kustannuksissa. Taulukko 3 kuvaa nykymallin tulokset asiakas-, hoitopaikka- ja henkilöstömäärien sekä kustannusten muutoksina.

Mikäli nykyinen palvelurakenne säilytetään vuoteen 2030 asti, kaksinkertaistuvat niin asiakasmäärät, resurssitarpeet kuin käyttökustannuksetkin. Vanhusten palveluasumiseen ja pitkäaikaishoitoon tarvitaan nykykäytöllä runsaat 57 000 uutta paikkaa, uutta henkilöstöä tarvitaan runsaat 44 000 ja kustannukset nousevat vuoden 1999 vajaan 11 miljardista markasta (1,8 miljardia euroa) vajaaseen 23 miljardiin markkaan eli 3,8 miljardiin euroon. Mekanistis-

ten mallien on kuitenkin usein todettu liioittelevan tulevia palvelutarpeita.

##### *Asiakasmäärien, hoitopaikkojen, henkilöstön ja kustannusten kehitys vaihtoehtomallissa ikääntyneiden keskeisten hoivapalvelujen osalta*

Vaihtoehtoiseen malliin sisällytetään kirjoittajien tulkinta nykyisistä palvelurakennesuosituksista ja lisäksi tehdään oletuksia ikääntyneiden toimintakyvyn parantumisesta ja palvelutoiminnan tehokkuuden lisääntymisestä. Olemassa olevat suositukset korostavat kotona asumisen tukemista, laitospäivä hoidon mitoittamista noin 10 prosentille 75 vuotta täyttäneestä väestöstä sekä palvelujen hyvää laatua. Myös ikäihmiset itse haluavat asua kotonaan mahdollisimman pitkään, tarvittaessa kotipalvelun/kotihoidon turvin. Kun avun tarve kasvaa liian suureksi kotona asumiseen, he toivovat pääsevänsä kodinomaiseen ja turvalliseen palveluasumiseen tai ryhmäkotiin. Vaihtoehtoskenaariossa oletetaan, että ikääntyneen väestön toimintakyky paranee niin, että säännöllisten palvelujen piiriin tullaan nykyistä korkeammassa iässä. Vaihtoehtoisen skenaarion lähtökohta-oletukset ovat seuraavat:

1. Kotiin annettava apu muuttuu nykyistä intensiivisemmäksi, ja se kohdennetaan paljon apua tarvitseville.

– Kotipalvelun/kotihoidon kysyntään pyritään vastaamaan nykyistä tehokkaammin.

– Kodinhoitoavun/kotihoidon laskennallinen volyyymi suhteessa 75 vuotta täyttäneeseen väestöön säilytetään nykyisessä 25 %:n kattavuudessa, mutta annetun palvelun keskimääräinen intensiteetti kaksinkertaistetaan nykyisestä kahdesta käynnistä viikossa neljään. Intensiteetin mitoitust perustuu oletukseen, että tämä palvelu kohdennetaan eniten apua tarvitseville kotona asuville, joille tarjotaan tulevaisuudessa aito vaihtoehto laitospäivä hoidolle. Näin vähennetään myös laitoshoidon tarvetta. Mitoitus antaa mahdollisuuden varsin monipuoliseen ja intensiteetiltään vaihtelevaan kotihoitoon, myös nyky-mallin jatkamiseen.

– Palveluasuminen otetaan malliin omana palvelunaan, jolloin sen henkilöstömitoitukset eivät ”syö” kotiin annettavia palveluja. Näin voidaan kasvattaa kotiin annetun avun intensiteettiä ”nykykattavuuden” rajoissa.

– Julkisten tukipalvelujen tarpeen oletetaan vähenevän ikääntyneiden IADL-toimintakyvyn pa-

Taulukko 3. Nykymallin tulokset (suhteutettu 75 vuotta täyttäneisiin)

Vanhusten palvelujen asiakkaat	1999	2010	2020	2030	Muutos, lkm 1999–2030	Muutos, % 1999–2030	Vuotui- nen muu- tos, %
Asiakkaat palveluittain							
kodinhoitoapu	84 283	101 195	123 040	175 367	91 084	108,07	2,4
tukipalvelut	103 423	124 176	150 982	215 192	111 769	108,07	2,4
omaishoidontuki	13 172	15 815	19 229	27 407	14 235	108,07	2,4
palveluasuminen	11 771	14 113	17 184	24 492	12 721	108,07	2,4
tehostettu palveluasuminen	8 200	9 845	11 971	17 062	8 862	108,07	2,4
vanhainkoti, pitkä- aikainen hoito	33 573	40 310	49 012	69 855	36 282	108,07	2,4
terveyskeskus, pitkä- aikaishoito	25 251	30 318	36 863	52 540	27 289	108,07	2,4
psykiatrinen erikois- sairaanhoido, pitkä- aikaishoito	1 010	1 213	1 474	2 102	1 092	108,12	2,4
somaattinen erikois- sairaanhoido, pitkä- aikaishoito	5 768	6 925	8 420	12 001	6 233	108,06	2,4
Yhteensä (sis. monikäyttö)	286 451	343 910	418 175	596 018	309 567	108,07	2,4
Vanhusten hoitopaikat							
palveluasuminen	11 772	14 134	17 185	24 494	12 722	108,07	2,4
tehostettu palveluasuminen	7 945	9 539	11 599	16 532	8 587	108,08	2,4
vanhainkoti, pitkä- aikaispaikat	19 371	23 259	28 279	40 306	20 935	108,07	2,4
terveyskeskus, pitkä- aikaispaikat	13 301	15 970	19 418	27 676	14 375	108,07	2,4
somaattinen erikois- sairaanhoido, pitkä- aikaispaikat	362	435	529	754	392	108,29	2,4
psykiatrinen erikois- sairaanhoido, pitkä- aikaispaikat	441	530	644	918	477	108,16	2,4
Yhteensä	53 192	63 867	77 654	110 680	57 488	108,08	2,4
Henkilöstön tarve							
kodinhoitoapu	12 473	14 976	18 208	25 952	13 479	108,07	2,4
palveluasuminen	3 391	4 072	4 951	7 056	3 665	108,08	2,4
tehostettu palveluasuminen	2 363	2 837	3 449	4 916	2 553	108,04	2,4
vanhainkotihenkilöstö	11 513	13 824	16 808	23 956	12 443	108,08	2,4
terveyskeskuksen henki- löstö, pitkäaikaispaikat	8 080	9 701	11 795	16 812	8 732	108,07	2,4
terveyskeskuksen henki- löstö, lyhytaikaispaikat	3 183	3 821	4 646	6 622	3 439	108,04	2,4
Yhteensä	41 003	49 231	59 857	85 314	44 311	108,07	2,4
Vanhusten palvelujen käyttökustannukset (1 000 mk) yht.	10 911 046	13 100 466	15 928 477	22 702 588	11 791 542	108,07	2,4
sosiaalipalvelut	6 741 752	8 094 558	9 841 939	14 027 548	7 285 796	108,07	2,4
terveydenhuolto	4 169 294	5 005 908	6 086 538	8 675 040	4 505 746	108,07	2,4

rantuessa, puolison kanssa asumisen lisääntyessä, asumistason parantuessa ja varallisuuden kasvaessa. Tukipalvelujen laskennallista kattavuutta 75

vuotta täyttäneestä väestöstä vähennetään nykyisestä 31 %:sta 20 %:iin. Lisäksi oletetaan, että yksityinen tarjonta tällä sektorilla kasvaa.

– Omaishoidon tuen kattavuus ja kuukausikorvaus säilytetään ennallaan. Saattaa olla, että tämä on rohkea oletus, sillä pitkä trendi osoittaa omaishoidon määrän hitaasti laskevan, samalla kun vanhusten määrä kasvaa. Saattaa myös olla, että kuukausikorvausta tulisi nostaa.

2. Pitkäaikainen laitoshuolteen hoito järjestetään tulevaisuudessa uudelleen, ja se koostuu tehostetusta palveluasumisesta ja hoivakodeista.

– Ns. eriytymättömän (= tavallisen) palveluasumisen uskotaan hiljalleen muuttuvan tehostetuksi palveluasumiseksi, eikä muuta palveluasumista uskota tulevaisuudessa enää järjestettävän.

– Ikääntyneiden pitkäaikaishoito muuttuu niin, että tulevaisuuden pitkäaikaisen laitoshoidon muotona on tehostetun palveluasumisen ohella hoivakoti. Nykyiset terveyskeskusten pitkäaikaisosastot joko muutetaan hoivayksiköiksi tai korvataan hoivakodeilla, ja myös vanhainkodit muuttuvat hoivakodeiksi. Perustana on oletus, että yhtäältä terveyskeskusta paikkoja tarvitaan ikääntyvän väestön lyhytaikaiseen hoitoon ja kuntoutukseen ja toisaalta ikääntyneet, omaiset ja henkilökunta vaativat tulevaisuudessa kodinomaisempia hoitomiljoja.

– Parantunut mahdollisuus asua kotona palvelujen turvin, yksityinen tarjonta ja parantunut toimintakyky vaikuttavat niin, että julkisiin tehostettuun palveluasumiseen ja hoivakoteihin tullaan vuonna 2030 keskimäärin vasta 85 vuoden iässä. Tämä vähentää uusien paikkojen tarvetta.

3. Henkilöstömitoitukset mahdollistavat hyvin huonokuntoisten ja paljon apua tarvitsevien asiakkaiden hoidon, ja laman aikana syntynyt henkilöstövaje paikataan.

– Tehostetun palveluasumisen henkilöstömitoitusta nostetaan nykyisestä 0,3:sta 0,4:ään

– Hoivakodin (nykyinen vanhainkotihoito/terveyskeskus) henkilöstömitoitusta nostetaan kautta linjan 0,7:ään. Tämä vastaa suosituksen tasoa ”hyvä”.

– Kotipalveluhenkilöstö on mitoitettu vastamaan tulevien asiakkaiden nykyistä suurempaan palvelutarpeeseen nykyistä joustavammin.

4. Tuottavuus ja tehokkuus nousevat myös vanhushuolteen ja hilitsevät kustannusten nousua.

– Kotipalvelun/kotihoidon työn tuottavuuden oletetaan kasvavan 25 % ajanjaksolla 1999–2030 eli noin 0,4 % vuodessa. Tämä varsin vaatimaton kasvu oletus perustuu siihen, että asiakaskohtaisen

hoidon intensiteetin oletetaan kaksinkertaistuvan, kun kotihoidossa hoidetaan yhä huonokuntoisempia henkilöitä laitoshoidon sijasta.

– Paikkojen käytön uskotaan tehostuvan niin, että tehostetun palveluasumisen paikkaa käyttää yhden sijasta kaksi asukasta vuodessa. Hoivakotiin tullaan vasta hyvin myöhäisessä vaiheessa, ja hoitajakset lyhenevät nykyisestä. Näin yhtä paikkaa käyttää nykyisen 1,7 asiakkaan sijasta 2,6 asiakasta vuodessa. Paikkojen käyttö siis tehostuisi seuraavien kolmenkymmenen vuoden aikana noin 53 % nykyisestä eli 1,4 % vuodessa. Käyttöasteeksi oletetaan 100 %. Nämä ovat rohkeita oletuksia ja perustuvat siihen, että kotihoidossa hoidetaan yhä huonokuntoisempia iäkkäitä yhä pidempään, jolloin laitoshoitajakset lyhenevät. Kun laitosmaisista paikoista ei ole ylitarjontaa, käyttöastekin nousee sataan.

– Yksikkökustannukset on säilytetty ennallaan, joten kustannukset ilmoitetaan vuoden 1999 hintatasossa. Laitoshoidon yksikkökustannukset on otettu Stakesin (Vaarama & al. 1999b) valtakunnallisesta laitos tutkimuksesta ja kotipalvelun kustannukset 21 suuren suomalaisen kunnan tutkimusaineistosta (Vaarama & Kaitsaari 2002, tulossa). Kustannuksia on verrattu A. Kumpulaisen (2000) ja Suomen Kuntaliiton (2000a & 2000b) tietoihin yhdenmukaisuuden varmistamiseksi. Käytetyt yksikkökustannukset ovat seuraavat: kodinhoitoapu 175 mk/käynti, tukipalvelut 2 835 mk/asiakas/vuosi, omaishoidon tuki 1 764 mk/asiakas/kk, tehostettu palveluasuminen 405 mk/hoitopäivä, vanhainkotihoito 402 mk/hoitopäivä, terveyskeskusten vuodeosastohoito 500–600 mk/hoitopäivä. Vaihtoehtoisessa skenaariossa on hoivakotien kustannuksina käytetty nykyisiä vanhainkotipäivän kustannuksia, koska hoiva siirretään pois kalliimman akuuttihoiton piiristä.

Vaihtoehtoisen mallin tulokset esitetään taulukossa 4.

Vaihtoehtoisessa mallissa kodinhoitoavun/kotihoidon asiakaskunnan suhteellinen osuus kohdeväestöstä säilyy nykytasolla, eli asiakasvolyyymi kaksinkertaistuu tulevaisuudessa. Tukipalvelujen käyttö lisääntyy vain runsaan kolmanneksen nykyisestä, koska ikäihmisten parantunut IADL-toimintakyky lisää heidän kykyään suorittaa päivittäisistä toiminnoista itsenäisesti. Toisaalta parantunut varallisuus ja lisääntynyt koulutustaso lisäävät heidän halukkuuttaan ostaa tarvitsemiaan siivous- ja muita tukipalveluja yksityiseltä sekto-

Taulukko 4. Vaihtoehtoisen mallin I tulokset (suhteutettu 75 vuotta täyttäneisiin)

	1999	2030	Muutos, lkm	Muutos, %	Vuotuinen muutos, %
Vanhusten palvelujen asiakkaat					
kotipalvelu/-hoito	84 283	172 378	88 095	104,52	2,3
tukipalvelut	103 423	137 902	34 479	33,34	0,9
omaishoidontuki	13 172	27 407	14 235	108,07	2,4
tehostettu palveluasuminen	8 200	55 161	46 961	572,70	6,3
hoivakoti	33 573	107 564	73 991	220,39	3,8
muut	43 800				
Asiakkaat yhteensä (ml. monikäyttö)	286 451	500 412	213 961	74,69	1,8
Vanhusten hoitopaikat					
tehostettu palveluasuminen	7 945	27 580	19 635	247,14	4,1
hoivakoti	19 371	41 371	22 000	113,57	2,5
muut	25 876	0	0		
Paikat yhteensä	53 192	68 951	15 759	29,63	0,8
Henkilöstön tarve					
kodinhoitoapu	12 473	32 595	20 122	161,32	3,1
tehostettu palveluasuminen	2 363	11 032	8 669	366,86	5,1
hoivakotihenkilöstö	11 513	28 960	17 447	151,54	3,0
muut	14 654				
Yhteensä	41 003	72 587	31 584	77,03	1,9
Vanhusten palvelujen käyttö- kustannukset (1 000 mk)	10 911 046	19 112 390	8 201 344	75,17	1,8

rilta, joka puolestaan on lisännyt ikääntyneille suunnattua palvelutarjontaansa.

Ns. tavallinen palveluasuminen on muuttunut tehostetuksi yhtäältä nykyisen asiakaskunnan raihnaantuessa, toisaalta palveluasuntoon tullaan vasta, kun kotona ei enää todellakaan selvitä tai ei halua enää huonossa kunnossa olla. Pitkäaikainen laitoshoido on muuttunut hoivakotihoidoksi, ja siihen tullaan vuonna 2030 neljä vuotta myöhemmin kuin vuonna 1999. Hoitoon tulon myöhentyessä hoitokasot lyhenevät ja paikkojen käyttö tehostuu. Tämä näkyy palveluasunnoissa ja hoivakodeissa hoidettujen asiakkaiden määrän moninkertaistumisena. Tehostuneen toiminnan ansiosta uusia hoitopaikkoja tarvitaan vajaat 32 000 vuoteen 2030 mennessä.

Annetun kodinhoitoavun/kotihoidon intensiteetti kaksinkertaistuu, mikä näkyy henkilöstömäärässä. Koska työn tuottavuus nousee, jää kasvu kuitenkin maltilliseksi. Uutta henkilöstöä tarvitaan vajaat 32 000, vaikka henkilöstömitoitukset nostetaankin suosituksen tasolle ”hyvä”. Kustannuksissa on otettu huomioon lisääntynyt henkilöstön määrä. Ne kasvavat kaikkiaan 8,2 miljardia markkaa eli noin 1,4 miljardia euroa vuodesta 1999 vuoteen 2030.

#### MALLIEN VERTAILU

Vaihtoehtomallissa asiakasvolyyymi kasvaa 75 prosenttia nykyisestä, mutta kolmanneksen vähemmän kuin nykymallissa. Palvelurakenne muuttuu kotihoitoa painottavaksi, ja volyymin kasvu käytetään pääosin koihoidon intensiteetin lisäämiseen tavoitteena se, että tuleva järjestelmä toimii myös käytännössä laitoshoidoa kompensoivana palveluna, jolloin laitospäivien hoidon tarve vähenee. Niinpä kotihoidon laskennallinen kattavuus säilyy miltei nykytilassa. Tukipalvelujen kattavuus nousee vain kolmanneksen nykyisestä.

Laitoshoidossa toteutetaan rakennemuutos, ja tulevaisuuden laitoshoido on tehostettua palveluasumista ja hoivakotihoidoa. Oikea-aikaisen ja riittävän akuuttihoitoon ja kuntoutuksen sekä tehostuneen kotihoidon ansiosta laitoshoidoosiin siirtyminen myöhentyy, hoitokasot lyhenevät ja paikkojen käyttö tehostuu. Hoivapaikkojen kokonaisuus kasvaa nykyisestä vain noin kolmanneksen. Laskennallinen paikkatarve suhteessa 75 vuotta täyttäneisiin olisi 10 prosenttia. 85 vuotta täyttäneisiin suhteutettuna muutos olisi nykyisestä 69 prosentista tulevaisuuden (2030) 45 prosenttiin. Tällainen muutos ei voi toteutua

ilman tehokasta yhteiskuntapolitiikkaa kotona asumisen tukemiseksi.

Henkilöstömäärät on korjattu vastaamaan huonokuntoisten ja paljon apua tarvitsevien ihmisten tarpeisiin niin koti- kuin laitoshoidossakin. Kotihoidon henkilöstömäärä on nostettu vastaamaan kohonnutta intensiteettiä. Kotihoidon asiakaskunnan huonokuntoisuudesta ja kasvaneesta avun tarpeesta johtuen ei kotihoidon työn tuottavuus nouse tarkastelujaksolla enempää kuin 25 prosenttia. Laitoshoidossa tehostetun palveluasumisen ja hoivakotien henkilöstömäärät on nostettu vastaamaan suosituksessa hyvänä pidettyä tasoa. Näin pahin laman aiheuttama vaje on samalla korjattu. Henkilöstömäärä kasvaa tavoitemallissa nykyisestä 77 prosenttia eli kolmanneksen vähemmän kuin nykymallissa. Vuotuinen lisäystarve on 1,9 prosenttia.

Yksikkökustannusten on oletettu pysyvän nykyisellä tasolla, joten niissä ei ole otettu huomioon esimerkiksi henkilöstökustannusten mahdollista rakenteellista muutosta tulevaisuudessa. Vaihtoehtomallissa kustannukset kasvavat vuoteen 2030 noin 75 prosenttia nykyisestä tasosta ja 1,8 prosenttia vuodessa. Vaihtoehtomalli on selvästi halvempi kuin nykymallin jatkuminen tulevaisuudessa. Myös kohderyhmäkohtaisilla kustannuksilla arvioiden malli on nykyistä taloudellisempi.

### *Mallien realistisuuden arviointi*

Yhteenvetona skenaarioista voidaan todeta, että mikäli vanhusten hoivapalvelujen järjestämisessä säilytetään nykyinen palvelurakenne, palvelujen suhteellinen kattavuus, käyttöaste, käytön intensiteetti, tuotantorakenne, henkilöstömitoitukset ja yksikkökustannukset, kaksinkertaistuvat niin asiakasmäärät, henkilöstö- ja paikkatarve kuin kustannuksetkin. Voimakkain kasvu ajoittuu kymmenvuotiskaudelle 2020–2030, jolloin kaikkien vanhimpien vanhusten määrä kasvaa eniten. Yksistään palveluasuntoja ja pitkäaikaisia laitospaikkoja tarvittaisiin nykykäytöllä runsaat 57 000 lisää vuoteen 2030 mennessä. Henkilöstöä puolestaan tarvittaisiin runsaat 44 000 nykyistä enemmän. Käyttökustannukset kasvaisivat vuoden 1999 arvioidusta 11 miljardista markasta vajaaseen 23 miljardiin markkaan, eli 1,8 miljardista eurosta 3,8 miljardiin euroon. Tulos kustannusten kaksinkertaistumisesta ilman muutoksia nykytilaan on Parkkisen (2001) kaikkia so-

siaali- ja terveydenhuoltopalveluja koskevan arvon kanssa yhdenmukainen.

Mekanististen mallien on todettu liioittelevan palvelujen käyttöä tulevaisuudessa. On oletettavaa, että ikääntyvien parantuneella toimintakyvyllä ja elintasolla on vaikutuksia myös palvelujen käyttöön. Toimintakyennusteiden perusteella voitaneen olettaa, että juuri kevyemmän kotipalvelun tarve vähenee tulevaisuudessa. Lisääntyneen maksukyvyyn voitaneen olettaa lisäävän halukkuutta käyttää yksityisiä palveluja. Toisaalta voi olla, että ikääntyneet vaativat tulevaisuudessa nykyistä äänekkäämmin juuri julkisia palveluja vastineeksi veroilleen. Tämä lisäisi kysyntää, eikä päinvastoin. Paljon riippuu yksilötekijöiden ja ympäristötekijöiden muutoksesta, mutta paljon myös siitä, millaista palvelupolitiikkaa yhteiskunta tulevaisuudessa haluaa ylläpitää, ja siitä, säilyykö Suomessa nykyinen hyvinvointimalli.

Vaihtoehtoisessa skenaariossa lähtökohtana on kotona asumista tukeva palvelurakenne sekä riittävä ja turvallinen laitoshoido. Vanhusväestön toimintakyvyyn oletetaan parantuvan tulevaisuudessa ja vähentävän voimakkaasti kevyemmän kotipalvelun tarvetta. Sen sijaan intensiivisen kotihoidon tarpeen on arvioitu lisääntyvän nykyisestä, koska kotona asuu yhä huonokuntoisempia ihmisiä. Palveluasumiseen ja pitkäaikaiseen laitoshoidon tulon on oletettu myöhentyvän neljällä vuodella nykyisestä 81 vuoden iästä. Tulevaisuuden laitoshoidon on oletettu olevan luonteeltaan tehostettua palveluasumista ja hoivakotihoidoa sekä lyhytkestoista intervallihoidoa. Henkilöstömäärä on korjattu vastaamaan huonokuntoisten ja paljon apua tarvitsevien asiakkaiden tarpeisiin niin koti- kuin laitoshoidossakin. Kotipalvelun tuottavuuden on oletettu kasvavan 0,4 prosenttia vuodessa ja palveluasumis- ja laitospaikkojen käytön tehostuvan 1,4 prosenttia vuodessa. Tässä mallissa asiakasmäärillä mitattu kokonaisvolyymi kasvaisi kolmanneksen vähemmän kuin nykymallissa, paikkatarve 30 prosenttia nykyisestä ja henkilöstötarve 77 prosenttia eli kolmanneksen vähemmän kuin nykymallissa. Kustannukset kasvaisivat 75 prosenttia. Malli olisi selvästi halvempi kuin nykymalli ja vastaisi paremmin olemassa olevia suosituksia.

Vaihtoehtomallissa on palvelurakennetta muutettu rohkeasti kotihoidon suuntaan ja laitospaikkaisen hoidon käyttöä on tehostettu ehkä liiankin rohkeasti. Kotipalvelun käytön on oletettu myöhentyvän 3 vuodella ja laitoshoidon siirtymisen

4 vuodella vuoteen 2030 mennessä. Nämä saatavat olla liian rohkeita oletuksia. Malli ei olekaan tarkoitettu minkäänlaiseksi suositukseksi kellenkään. Sen tehtävänä on yhtäältä osoittaa, että hoivapalvelumenoja on mahdollista hillitä muuttamalla palvelurakennetta ja tehostamalla toimintaa. Toisaalta sen tehtävänä on osoittaa, että tehostamisesta ja ikääntyneiden toimintakyvyn paranemisestakin huolimatta edessä on voimakas palvelutarpeen, resurssien ja kustannusten kasvu, johon kansantaloudessa on varauduttava riittä-

vän ajoissa. Kolmanneksi sen tehtävänä on osoittaa, että on tärkeää pyrkiä konkretisoimaan niitä oletuksia, joiden pohjalle tulevaisuutta rakennetaan, jotta voidaan arvioida myös oletusten seurauksia. Tämä on tärkeää sekä hyvin informoitujen päätösten tekemiseksi että tulevaisuuden suunnittelun läpinäkyvyyden lisäämiseksi. Tämä mahdollistaa myös kansalaisten – nykyisten ja tulevien vanhusten – osallistumisen tulevaisuutta koskevaan keskusteluun ja vaihtoehtojen arvottamiseen.

## KIRJALLISUUS

Anttila, S.: Maaseudun vanhusten terveydentila, sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttö ja kuolleisuus. Acta Universitatis Tamperensis ser A. Vol. 277. Tampere 1989

Aromaa, A. & Heliövaara, M. & Impivaara, O. & Knekt, P. & Maatela, J. & Joukamaa, M. & Klaukka, T. & Lehtinen, V. & Melkas, E. & Nyman, K. & Paurio, L. & Reunanen, A. & Sievers, K. & Kalimo, E. & Kallio, V.: Terveys, toimintakyky ja hoidon tarve Suomessa. Mini-Suomi-terveystutkimuksen perustulokset. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja AL:32. Kuntoutustutkimuskeskus. Vammala: Sosiaaliturvan tutkimuslaitos, 1989

Heikkinen, E. & Heikkinen, R.-L. & Kauppinen, M. & Laukkanen, P. & Ruoppila, I. & Suutama, T. (toim.): Iäkkäiden henkilöiden toimintakyky. Ikivihreät-projekti. Osa I. Sosiaali- ja terveysministeriön suunnitteluosaston julkaisuja 1990:1. Helsinki 1990

Heikkinen, E. & Lampinen, P. & Suutama, T. (toim.): Kohorttiterot 65–69-vuotiaiden henkilöiden toimintakyvyssä, terveydessä ja harrastustoiminnoissa. Havaintoja Ikivihreät-projektin kohorttiverailututkimuksesta vuosilta 1988 ja 1996. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 47. Helsinki: Kela, 1999

Hyvinkään Eläkeläistuki ry.: ”Mutta aika muuttuu ja ikä alkaa painaa” – Eläkeläistutkimus Hyvinkäällä 1999. Hyvinkää 2000

Ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskeva laatusuositus. Oppaita 4. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, 2001

Jylhä, M.: Vanhuusikä muutoksessa. Kohorttitutkimus eläkeikäisten tamperelaisten terveydestä ja elämäntilanteesta vuosina 1979 ja 1989. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 6. Helsinki 1993

Karjalainen, E. & Kivelä, S.-L.: Iäkkäiden palvelutaloasukkaiden terveys, toimintakyky ja elämänlaatu. Kansanterveystieteen laitos ja yleislääketieteen laitos, Oulun yliopisto. Sarja: Yleislääketiede. Tutkimuksia 4/1995. Oulu 1995

Koskinen, S.: Gerontologinen sosiaalityö vanhuspolitiikan mikrorakenteena. Acta Universitatis Laponiensis 3. Väitöskirja. Rovaniemi: Lapin yliopisto, 1994

Kumpulainen, A.: Viiden suurimman kaupungin vanhusten käyttämien sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen kustannus- ja palvelutasovertailu 1999. Osa II: Analyysi ja tilastot. Viisikko-työryhmän julkaisusarja 4/2000. Helsinki: Helsingin sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus, 2000

Kärkkäinen, S.-L.: Mokeista taajamiin. Ikääntyvien elinolot 1950-luvulta 1990-luvulle. S. 95–155. Teoksessa: Sailas, R. & Mikkonen, S. (toim.): 55+ – Katsaus ikääntyvien elinoloihin. STV, Elinolot 1994: 1. Helsinki: Tilastokeskus, 1994

Lammi, U.-K. & Kivelä, S.-L. & Nissinen, A. & Pekkanen, J. & Punsar, S.: Functional Capacity and Associated Factors in Elderly Finnish Men. Scandinavian Journal of Social Medicine 17 (1989): 1, 67–75

Laukkanen, P.: Iäkkäiden henkilöiden selviytyminen päivittäisistä toiminnoista. Studies in sport, physical education and health 56. Jyväskylän yliopisto, Jyväskylä 1998

Lehto, J. & Aalto, A.-R. & Päivärinta, E. & Järvinen, A.: Mistä apu ikääntyneille? Tuloksia yhdeksän kunnan 75 vuotta täyttäneille tehdystä kyselystä. Aiheita 19/1997. Helsinki: Stakes, 1997

Mäensivu, V.: Palvelurakenne ja hoidon tarve. Vertaileva tutkimus vanhustenhuollosta 15 maaseutukunnassa. Turun yliopisto, sosiaalipolitiikan laitos, Sarja A11. Digipainos. Turku 2000

Niinistö, L.: Kotona asuvien ja pysyvästi laitoshoidossa olevien vanhusten eroavuudet. Lääkintöhallituksen tutkimuksia 46. Helsinki: Valtion painatuskeskus, 1987

Nikkilä, R.: Vanhusten toimintakyky ja avun tarve Helsingissä 1998–1999. Sosiaaliviraston julkaisusarja C2/1999. Helsinki: Helsingin kaupunki/Sosiaalivirasto, 1999

Noro, A.: Long-term institutional care among Finnish elderly population. Trends and potential for discharge. Research Report 87. Helsinki: Stakes, 1998

Noro, A. & Häkkinen, U. & Airinen, S.: Ikääntyvien suomalaisten terveys, toimintakyky ja sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttö vuonna 1996. Tutkimustuloksia laitoksissa ja kotona asuvasta väestöstä. Terveys 2000:2. Helsinki: Stakes & Kela, 2000

Parkkinen, P.: Terveydenhuolto- ja sosiaalipalvelu-  
menot vuoteen 2030. Keskustelualoite. Helsinki: Val-  
tion taloudellinen tutkimuskeskus, 2001

Peiponen, A. & Nikkilä, R.: Hoitoisuus-mittaus  
Helsingin sosiaali- ja terveystoimen vanhustenhoito-  
laitoksissa 1997–1998. Sosiaaliviraston julkaisusarja  
C2/1998. Helsinki: Helsingin kaupunki/Sosiaalivirasto,  
1998

Purola, T. & Kalimo, E. & Sievers, K. & Nyman, K.:  
The Utilization of the Medical Services and its Relation-  
ship to Morbidity, Health Resources and Social  
Factors. A Survey of the Population of Finland Prior to  
the National Sickness Insurance Scheme. Publications  
of the National Pensions Institute of Finland. Series  
A:3. Research Institute for Social Security. Helsinki  
1968

Raassina, A.: Vanhuspolitiikka. Lähtökohdat tule-  
vaisuudelle. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja  
1994:6. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, 1994

Rissanen, L.: Vanhenevien ihmisten kotona selviy-  
tyminen. Yli 65-vuotiaiden terveys, toimintakyky ja  
sosiaali- ja terveyspalvelujen koettu tarve. Oulun yli-  
opisto D 560. Oulu: University Press, 1999

Rissanen, S. & Rahkonen, T. & Hämäläinen, K. &  
Vatanen, A. & Eloniemi-Sulkava, U. & Sulkava, R.: Yli  
75-vuotiaiden vanhusten yksityisten ja julkisten lääkäri-  
ja kotipalvelujen käyttö. Suomen Lääkärilehti 56  
(2001): 8, 925–928

Sintonen, H. & Pekurinen, M. & Jämsen, R. & al.:  
Terveystaloustiede. Helsinki: WSOY, 1987

SOMERA-toimikunnan mietintö. Komiteamie-  
tintö 2002:4. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö,  
2002

Sulander, T. & Helakorpi, S. & Uutela, A. & Puska,  
P.: Eläkeikäisen väestön terveyskäyttäytyminen kevääl-  
lä 1999 ja sen muutokset 1993–1999. Kansanterveys-  
laitoksen julkaisuja B7/2000. Helsinki 2000

Suomen Kuntaliitto: Kunnallistilasto 9. Kuntien jär-  
jestämä vanhustenhuolto vuonna 1999. Helsinki: Suo-  
men Kuntaliitto, 2000. 2000a

Suomen Kuntaliitto: Kunnallistilasto 8. Terveyskes-  
kusten talous 1999, perusterveydenhuolto. Helsinki:  
Suomen Kuntaliitto, 2000. 2000b

Suutama, T. & Ruoppila, I. & Laukkanen, P.  
(toim.): Iäkkäiden henkilöiden toimintakyvyn muu-  
tokset. Havaintoja Ikivihreät-projektin 8-vuotisesta  
seuruututkimuksesta. Sosiaali- ja terveyturvan tutki-  
muksia 42. Helsinki: Kela, 1999

Suutama, T. & Salminen, K. & Ruoppila, I.: Iäk-  
käiden elinolosuhteet sekä psyykinen ja sosiaalinen

toimintakykyisyys. Osa 2. Fyysinen ja psyykinen toi-  
mintakyky. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja M:63. Hel-  
sinki: Kela, 1988

Vaarama, M.: Vanhusten palvelujen tavoitteet ja to-  
dellisuus. Katsaus vanhusväestön elinoloihin, palvelu-  
tarpeisiin ja sosiaali- ja terveyspalveluihin. Sosiaali- ja  
terveyshallituksen raportteja 48. Helsinki 1992

Vaarama, M.: Vanhusten hoivapalvelujen tulokselli-  
suus hyvinvoinnin tuotanto -näkökulmasta. Tutki-  
muksia 55. Helsinki: Stakes, 1995

Vaarama, M. & Kaitsaari, T.: Sosiaali- ja terveyden-  
huollon avopalvelut ikääntyneiden hyvinvoinnin tuot-  
tajina. Tutkimus kotona asuvien 75 vuotta täyttäneiden  
hyvinvoinnista ja palvelujen käytöstä sekä avopalvelu-  
jen tuloksellisuudesta kotona asumisen tukemisessa.  
Tulossa 2002

Vaarama, M. & Hakkarainen, A. & Laaksonen, S.:  
Vanhusbarometri 1998. Sosiaali- ja terveysministeriön  
selvityksiä 1999:3. Helsinki 1999. 1999a

Vaarama, M. & Kainulainen, S. & Perälä, M.-L. &  
Sinervo, T.: Vanhusten laitoshoidon tila. Aiheita  
46/1999. Helsinki: Stakes, 1999. 1999b

Vaarama, M. & Kandelberg, K. & Kitinoja, A.-P.:  
EVERGREEN 2000. Käyttäjän opas. Helsinki: Sta-  
kes, 1998

Vaarama, M. & Luomahaara, J. & Peiponen, A. &  
Voutilainen, P.: Koko kunta ikääntyneiden asialle. Ra-  
portteja 259. Helsinki: Stakes, 2001

Vaarama, M. & Voutilainen, P. & Kauppinen, S.:  
Ikääntyneiden palvelut. Teoksessa: Heikkilä, M. & Par-  
po, A. (toim.): Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelu-  
katsaus 2002. Raportteja 268. Helsinki: Stakes, 2002

Valtonen, H.: Kuntien sosiaalitoimen menojen vai-  
htelun selittäminen. S. 54–55. Teoksessa: Rissanen, P. &  
Kerppilä, S. (toim.): Terveystaloustiede 1998. Aiheita  
3/1998. Helsinki: Stakes, 1998

Vanhusbarometri 1994. Selvityksiä 6. Helsinki: So-  
siaali- ja terveysministeriö, 1994

Viljaranta, L.: Avun mosaiikki. Epävirallista ja viral-  
lista apua vanhuksen kotiin. Helsingin kaupungin tie-  
tokeskuksen tutkimuksia 1995:11. Helsinki 1995

Viramo, P. & Sulkava, R.: Muistihäiriöiden ja de-  
mentian epidemiologia. Teoksessa: Erkinjuntti, T. &  
Rinne, J. & Alhainen, K. & Soinen, H. (toim.):  
Muistihäiriöt ja dementia. Helsinki: Kustannus Oy  
Duodecim, 2001

Virjo, I.: Terveydenhuollon ja sosiaalihuollon palve-  
luita käyttämättömät 75 vuotta täyttäneet. Tutkimus  
kahdessa eteläsuomalaisessa kunnassa. Acta Universi-  
tatis Tamperensis ser A Vol. 480. Vammala 1996.