JULKAISU

Erkki Vauramo & Olli-Pekka Ryynänen

Sote – pyramidista palveluverkkoon. Ikääntyminen ja niukka tulevaisuus

KAKS – KUNNALLISALAN KEHITTÄMISSÄÄTIÖ

Sote – pyramidista palveluverkkoon. Ikääntyminen ja niukka tulevaisuus

Erkki Vauramo & Olli-Pekka Ryynänen

Sote – pyramidista palveluverkkoon. Ikääntyminen ja niukka tulevaisuus

KAKS – Kunnallisalan kehittämissäätiö

Kunnallisalan kehittämissäätiön Julkaisu 29
2019

ISBN 978-952-349-036-9
ISSN 2489-9631

Sisällys

Esipuhe **8**
1 Tie nykytilanteeseen **10**
1.1 Väestöennuste 2015 ja palvelutarve 12
1.2 Maakuntien väestön ikärakenteet ovat erilaisia 13
1.3 Suuri ikäluokka on ohimenevä ilmiö 15
1.4 MDI:n väestöennuste 2019 17
1.5 Elinajanodote maakunnittain ja ikäryhmittäin 18
1.6 Väestö elää kauemmin 26
1.7 Huoltosuhde 27
1.8 Ennaltaehkäisevä terveydenhuolto 28
1.9 Johtopäätöksiä 30
2 Nykyiset sosiaali- ja terveyspalvelut **31**
2.1 Palvelurakenteen kehittyminen 2007–2017 31
2.2 Asiakaslaskenta 31.12.2017 32
2.2.1 Yli 2 vuoden kestäneet laitosjaksot *34*
2.3 Alueilla on erilainen palvelurakenne 36
2.4 Vanhuspalvelujen mitoitus ja käyttö 37
2.5 Päätös pysyvästä hoidosta 40
2.6 Perusterveydenhuollon lääkärissäkäynnit 43
2.7 Tulevaisuuden perusterveydenhuollon toimintamalli 48
2.8 Soten kustannukset ja niiden kehitys 2010-luvulla 49
2.9 Soten työntekijät 2008–2016 51
2.10 Johtopäätökset 54
3 Miten suhtaudumme verrattuna muihin OECD-maihin? **56**
3.1 Health at Glance 2018 56
3.1.1 Mielenterveyden edistäminen *57*
3.1.2 Riskitekijät *58*
3.1.3 Hoitojen tuloksellisuus ja laatu *60*
3.1.4 Tekonivelkirurgia *61*
3.1.5 Hoitojen saatavuus ja palvelujen käyttö *61*
3.1.6 Sairaanhoitajien määrä *63*
3.1.7 Pitkäaikaishoito *64*
3.2 The Kings Fund 65
3.3 European Consumer Powerhouse 2018 66

3.4 Johtopäätökset ... 67
4 Terveydenhuollon uudistumisen megatrendit ... 68
4.1 Megatrendit ... 68
4.2 NHS uudistuu ... 68
4.2.1 NHS:n pitkän tähtäimen suunnitelma ... 69
4.2.2 Uusi ensihoito – puhelinpalvelukeskus ... 70
4.2.3 Northumbrian päivystyssairaala ... 71
4.2.4 NHS panostaa väestön terveydentilan parantamiseen ... 73
4.3 Ruotsi panostaa kuntoutukseen ja kotihoitoon ... 73
4.4 Tanska keskitti ja hajauttaa uudelleen ... 75
4.4.1 Odensen uusi päivystyssairaala ... 76
4.5 Hollanti – potilaan vaikutus päätöksen tekoon lisääntyy ... 77
4.5.1 Prosessit ja rakennukset uusiutuvat ... 78
4.6 USA ... 79
4.7 Johtopäätökset ... 79
5 Ikääntyminen, palvelujärjestelmä ja kustannukset ... 81
5.1 Rakenneuudistus on selviämismahdollisuus ... 81
5.1.1 Vanhusten tarpeessa on vuosivaihtelua – Hämeenkyrön esimerkki ... 82
5.1.2 Elämän päättymisten määrä hoivan tarpeen mittarina ... 83
5.2 Elämän kahden viimeisen vuoden palvelutarve ... 84
5.2.1 Kustannukset vaihtelevat alueen hoitokäytännön mukaan ... 85
5.2.2 Ikä ja palvelutarve ... 86
5.3 Ikääntyneiden palvelujen mitoitus ... 87
5.3.1 Terveyskeskussairaaloista ikääntyneiden kuntoutusverkko ... 88
5.4 Suuren ikäluokan ikääntymisen lisäkustannukset ... 90
5.5 Terveydenhuollon mahdollisuudet osallistua kustannustalkoisiin ... 92
5.5.1 Kuntoutus ... 92
5.6 Hukka ja sen torjuminen ... 92
5.6.1 Raskaat kuvauslaitteet ja käyttöaste ... 93
5.6.2 Laboratorion säästöpotentiaali noin 20 miljoonaa euroa ... 96
5.6.3 Päivystyksen hukka ... 96
5.7 Tietotekniikan säästömahdollisuudet ... 97
5.8 Tavoitteet on määriteltävä ... 98
5.9 Johtopäätökset ... 98
6 Ongelmana palvelurakennusten tilat ja sijainti ... 100
6.1 Ahtaus lyhentää elämää ... 100

6.2 Ikääntyneiden asuminen ja palvelut ovat osa keskustan elinvoimaa 100
6.3 Palvelurakennusten laadun kehittäminen 101
6.4 Taajama tarvitsee kulttuurikeskuksen 104
6.5 Rakennuksiin uusia ratkaisuja 105
6.6 Ikääntyneiden palveluasuminen – avain kustannusten hallintaan 106
6.7 Johtopäätökset 108
7 Uusi aluejärjestelmä – uudet tavoitteet ja uusi rakenne 110
7.1 Rakenne on uudistettava 110
7.1.1 Erva-alueen yhteistyön vastuu kasvaa 111
7.1.2 Erva-johtoisia palveluverkkoja 111
7.2 Alueellinen uusi palvelualusta on palvelujen verkko 112
7.3 Tuleeko uusia välikerroksia? 113
7.4 Uudistuva erikoishoito 114
7.5 Sairaalan avohoitoyksiköstä päiväsairaalaan 115
7.6 Ensihoito ja päivystys 116
7.7 Uusiutuva avohoito 116
7.8 Kuntoutus ja kuntoutustilat 117
7.9 Väestön terveyden edistämisen nouseminen keskiöön 118
7.10 Kaikissa yksiköissä siirrytään uuteen johtamiseen 119
7.11 Sosiaali- ja terveysministeriöön asiantuntijayksikkö 120
7.12 THL:n tietotuotanto on digitalisoitava lähes reaaliaikaiseksi 121
7.13 Ehdotukset 121
Lähteet 123
Acknowledgements 125
Kiitokset 126

Esipuhe

Sote-uudistuksen tavoitteena on hajanaisen järjestelmän kerääminen suuremmiksi maakunnallisiksi toiminnallisiksi kokonaisuuksiksi ja saavuttaa siten skaalaetua ja osaamisen yhtenäistämisellä myös parempaa laatua. Tätä on jo tehty sosiaali- ja terveysministeriön johdolla pala palalta, josta päivystysasetus, syövän hoidon, leikkaustoiminnan ja synnytysten keskittäminen ovat esimerkkejä. Tämä toimintatapa on liian hidas, edessä oleva toimintaympäristön muutos vaatii nopeita muutoksia. Vuonna 2015 käynnistetty sote-projekti kaatui aikapulaan keväällä 2019.

Sotesta on käyty hallintorakennetta koskevaa keskustelua, mutta tuotantorakenteet ovat jääneet huomiotta. On esitetty, että järjestämällä toiminta kilpailevien organisaatioiden avulla ja digitalisoimalla työ saadaan merkittäviä säästöjä, mutta miten, jäi avoimeksi. Säästötavoite on ollut kova eli kolme miljardia euroa vuodessa vuonna 2030 verrattuna siihen tilanteeseen, että terveydenhuollon kustannuskehitys jatkaisi nykylinjalla. Julkisuudessa on keskusteltu erityisesti maakuntamallista ja valinnanvapaudesta. Soten varsinaiset tavoitteet näyttävät hämärtyneen, eikä kenelläkään näytä olevan selvää kokonaiskuvaa.

Soten keskeisinä ongelmina voidaan nähdä seuraavia seikkoja:

1. Sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitus. Suuri osa suunnitelluista maakunnista on liian pieniä sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitukseen, eikä mahdollinen maakuntavero paranna asiaa.
2. Ohjaus on puutteellinen. Palveluverkon rakenne (kuka hoitaa ketä, millä menetelmillä ja missä), alueiden välisten erojen tasaaminen ja käytettyjen hoitomenetelmien vaikuttavuuden vaatimus edellyttävät valtakunnallista ohjausta.
3. Merkittävien potilasryhmien hoitojärjestelmä on pirstaleinen ja osin heikkotehoinen. Kriittisimmät potilasryhmät ovat psykiatriset potilaat ja vanhukset.
4. Tuottajien kokoa ei ole optimoitu. Perusterveydenhuollon palveluja voi tarjota pienikin tuottaja, mutta jo perustason erikoissairaanhoidon järjestäminen vaatii kehittyneempää koordinaatiota.
5. Terveydenhuollon infrastruktuuria, käytännössä sairaalarakennuksia, on saneerattu voimakkaasti samalla aiheuttaen sairaanhoitopiireille merkittävän investointivelan. Rakennusten tulee olla riittävän tilavia ja tarkoitustaan vastaavia.
6. Vanhusten asumispalvelurakennukset ovat ahtaita. Ahtaus estää vanhusten oman kunnon ylläpidon. Yhdessä kuntoutuksen puuttumisen kanssa tämä lisää hoitoa 24 h vuorokaudessa seitsemänä päivänä viikossa tarvitsevien määrää.
7. Sosiaalityön ja perusterveydenhuollon tulee yhteistyössä kyetä vähentämään terveyseroja, parantamaan syrjäytymisuhan alaisten henkilöiden asemaa ja tehostamaan toimintaa erityisesti palvelujen saatavuuden parantamiseksi ja pitkäaikaispotilaiden hoitotulosten parantamiseksi.

8. Tietotekniikan käyttäminen palveluiden tehostamiseen. Käytännössä ongelmana on hajanainen tietojärjestelmien verkko. Kelan selvityksen mukaan järjestelmien lukumäärä vaihteli maakunnittain 300–1500 systeemin välillä. Näiden laajamittaisen yhteensopivuuden kehittäminen on suunnittelun asteella.

Tähänastisessa sote-keskustelussa on keskusteltu hoitajamitoituksesta ja valinnanvapaudesta. Julkisuudessa edellä todetut keskeiset ongelmat on sivuutettu tai jätetty liian vähälle huomiolle.

Aalto-yliopiston työryhmä on tarkastellut palvelujärjestelmän toimivuutta useissa raporteissa. Tässä raportissa keskitytään tarkastelemaan suuren ikäluokan lisätarpeen vaikutusta palvelujärjestelmään ottaen huomioon, että suuriin lisäresursseihin ei ole mahdollisuuksia. Muutostarve on niin iso, ettei pelkkä hallintojärjestelmän yhdistäminen riitä, vaan tarvitaan täysin uusi tuotantorakenne, jota hahmotellaan seuraavassa.

Luvussa 1 kuvataan nykyisen järjestelmän syntyminen, tarkastellaan väestön ikärakenteen ja eliniänodotteen muutoksia väestörekisterin ja väestöennusteen tietojen avulla.

Luvussa 2 tarkastellaan nykyisiä palveluita ja niiden ongelmia. Elinajanodote on vähän käytetty mittari sosiaali- ja terveydenhuollon tuloksesta. Raportti tarkastelee väestön eliniänodotteen kasvua vuoden 2000 alusta. Eliniänodotteen alueellinen tarkastelu antaa viitteitä toimenpiteiden kohdentamisen tarpeista.

Luvussa 3 Suomen palvelujärjestelmää verrataan muihin maihin WHO:n, OECD:n ja European Consumer Power Housen tiedostojen avulla.

Luvussa 4 käydään läpi terveydenhuollon megatrendit sekä muiden maiden ratkaisumalleja ikääntymisen ongelmiin.

Luvussa 5 tarkastellaan suuren ikäluokan poistumisen aiheuttamaa lisätarvetta ja hahmotetaan tarvittavat resurssit.

Luvussa 6 tarkastellaan palvelujärjestelmän nykyistä rakennuskantaa ja sen korvaamista moderneilla palvelukortteleilla, jotka tekevät kansainväliseen tapaan vanhusrakennuksista osan keskustan elinvoimaa.

Luvussa 7 esitetään uusi tuotantomalli, jossa nykyinen kolmitasoinen pyramidimalli on korvattu verkkorakenteella ja joka on taloudellisten mahdollisuuksien puitteissa.

Espoossa 2.9.2019

Olli-Pekka Ryynänen
professori, emr.
Itä-Suomen yliopisto

Erkki Vauramo
professori emr.
Aalto-yliopisto

1 Tie nykytilanteeseen

Suomen terveydenhuollon kehitys perustuu vuoden 1863 kunnallislakiin, jolla kuntien terveydenhuollon tehtävät määriteltiin. Vuonna 1917 vahvistettiin uusi kuntalaki, jossa määriteltiin kunnille vastuu perustason palveluista: kunnanlääkäreistä, kunnalliskodeista sairasosastoineen ja kunnan- tai kaupunginsairaaloista. Valtio vastasi lääninsairaaloista, mielisairaaloista ja keuhkotautiparantoloista.

Sodan aikana vuonna 1943 säädettiin maassamme keskussairaalalaki. Ensimmäinen uuden lain sairaala valmistui kymmenen vuotta lain säätämisen jälkeen Joensuuhun vuonna 1953. Laissa maa jaettiin kuntien muodostamiin keskussairaalapiireihin. Keskussairaalan lisäksi muodostettiin suurimpiin keskuksiin aluesairaalat. Muut sairaalat, kuten mielisairaalat ja tuberkuloosiparantolat jatkoivat toimintaansa oman lainsäädäntönsä mukaisesti 1970-luvulle asti. Uusien keskussairaaloiden verkko valmistui valtion avustuksella ja lääkintöhallituksen ohjaamana vuonna 1978 Lapin keskussairaalan käyttöönottoon.

Yleissairaaloihin perustuva palvelujärjestelmän purkautuminen alkoi, kun WHO suositteli Englannin NHS:lle 1960-luvulla erikoissairaanhoidon ja pitkäaikaishoidon erottamista toisistaan ja akuutin hoidon määräksi kolmea tuhatpaikkaista sairaalaa miljoonaa asukasta kohti. Sairaaloilla olisi erilainen profiili. Tästä tuli ohjaava kannanotto Euroopan sairaalamitoitukselle. Euroopan konservatiivisista sairaansijoista suljettiin 1980-luvulla noin kolmannes. NHS pienensi 1980-luvulla erikoissairaanhoidon tavoitetasoaan 2,5 ss/1000 as. USA:ssa Kaiser Permanente mitoitti jo 1990-luvulla sairaalansa tasolle 2 ss/1000 vakuutettua.

Vastaava laitoshoidon purku psykiatrian alueella käynnistyi Triestessä vuonna 1971. Psykiatrisen sairaalan potilaista pääosa kotiutettiin. Kun hoitajat eivät eräänä aamuna saapuneet, potilaat muodostivat oman palveluyhteisönsä, joka ryhtyi laittamaan ruokaa ja siivoamaan. Yhteisö toimi joitakin vuosia tuettuna omaneuvoisesti vanhassa sairaalakiinteistössä.

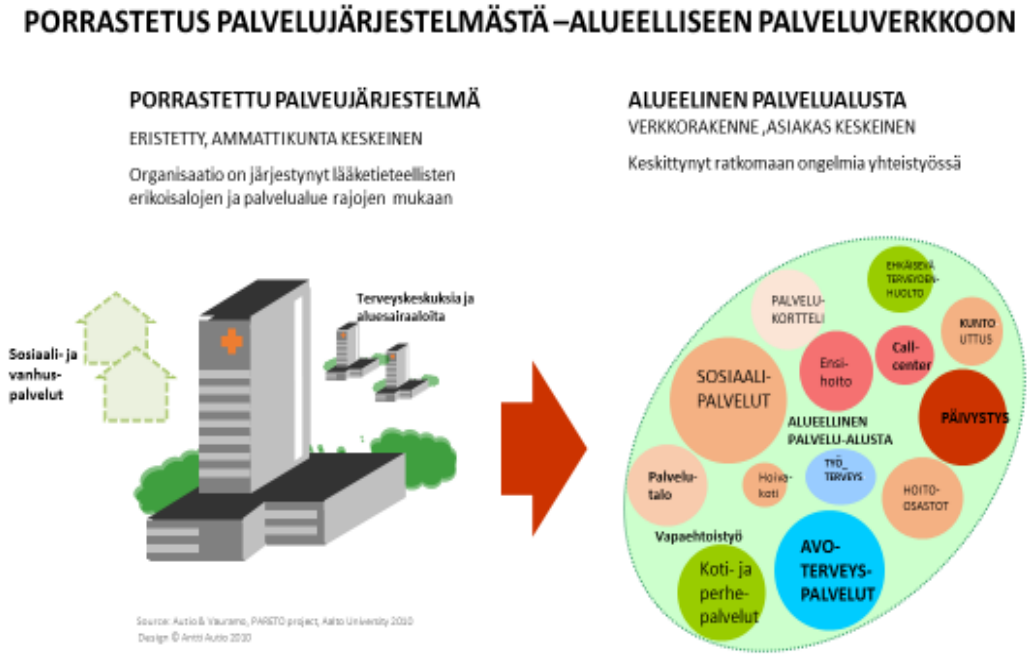
Kansanterveyslaki vuodelta 1972 kokosi vastaanottotoiminnan ja kunnansairaalat suuremmiksi kokonaisuuksiksi, terveyskeskuksiksi. Tämä palveluverkko saatiin rakennettua pääosin valmiiksi 1980-luvulla. Hajanainen sairaalaverkko koottiin vuonna 1990 sairaalalailla alueelliseksi kuntien hallinnoimaksi sairaanhoitopiiriksi. Tämä tehtiin keskusjohtoisesti Sosiaali- ja terveysministeriön johdolla ja Lääkintöhallituksen ohjauksessa.

WHO esitti Alma Atassa pidetyssä konferenssissa vuonna 1978 Terveyttä kaikille -ohjelmansa. Tämä ohjelma perustui kolmiportaiseen palvelujärjestelmään, jossa on perustaso, erikoissairaanhoidon taso ja kolmas taso eli erikoissairaanhoidon eritystaso. Tähän toimintamalliin perustuu Suomen nykyinen palvelurakenne.

Sekä tehohoito että uusi kuvaustekniikka vauhdittivat uutta rakennetta. Sairaaloiden päivystys, päiväsairaalatoiminta ja päiväkirurgia kehittyivät 1970-luvulta alkaen nopeasti. Samalla hoitoajan tavoite lyheni 10 vuorokaudesta 7 vrk:n. Kehitys jatkui ja tavoite oli 1980-luvulla 4–5 vrk, Tukholmassa uuden vuonna 2017 avatun Karoliinisen sairaalan hoitoaikatavoite oli suunnitteluvaiheessa 2 vrk.

Suomen nykyinen kolmitasoinen alueisiin ja hierarkiaan perustuva palvelujärjestelmä määriteltiin vuoden 2010 terveydenhuoltolaissa. Perustasolla on aluevastuullinen kunnan tai kuntainliiton terveyskeskus, kuntainliiton ylläpitämä keskussairaala ja viiden yliopistollisen keskussairaalan lisävelvollisuudet erikoisvastuualueensa (erva-alueensa) vaativasta sairaanhoidosta.

Kuva 1. Porrastettu palvelujärjestelmä



Kunnallisen järjestelmän rinnalla on useita tuhansia yksityisiä palveluntuottajia, joiden kirjo alkaa vaativasta erikoishoidosta ja päätyy yksittäisen vanhuksen kotipalveluihin. Näiden rahoitus perustuu Kelan sairasvakuutuksen subventointiin, erilaisiin vammaisten etuisuuksiin, käyttäjän ottamiin vakuutuksiin, kuntien palveluseteleihin tai muihin järjestelyihin sekä asiakkaan maksamaan osuuteen. Palvelutuottajat toimivat alueella kilpaillen keskenään ja myös julkisen sektorin kanssa.

Palveluverkon rakenne on soittautunut ongelmalliseksi. Keskussairaalat toimivat hyvin. Liian hajanainen verkko on villi ekosysteemi. Alueellisesti samannimiset yksiköt, kuten vanhainkoti tai palveluasunto, toimivat paikallisesti eri tavoin. Palveluverkot eivät pysty vastaamaan muuttuvaan palvelutarpeeseen, kärsivät henkilökuntapulaa ja ovat kustannuksiltaan kalliita. Ajatus siitä, että vanhus kuntoutettaisiin kotona on vieras, koska alueellisesti on jo pula vanhuksista. Kuitenkin lähivuosina on monella laitoksella maaseudulla edessä tilanne, jossa ne joudutaan tarpeettomina sulkemaan.

Sote-uudistuksen tavoitteena on hajanaisen järjestelmän kerääminen suuremmiksi maakunnallisiksi toiminallisiksi kokonaisuuksiksi ja saavuttaa siten skaalaetua ja osaamisen yhtenäistämisellä myös parempaa laatua. Tätä on tehty STM:n johdolla pala palalta, josta päivystysasetus ja synnytysten keskittäminen ovat esimerkkejä.

1.1 Väestöennuste 2015 ja palvelutarve

Terveyspalvelut tuotetaan väestölle. Palvelut mitoitetaan käyttäen väestöön sidottuja tunnuslukuja, esimerkiksi erikoissairaala 200 000 asukasta kohti, henkilökuntaa 1000 asukasta kohti, m^2/sairaansija tai käyntejä vastaanottavaa viranhaltijaa kohti. Kun mittarit viime kädessä mittaavat väestön palvelutarvetta, ovat väestön lukumäärä ja sen muutokset keskeisiä palvelujärjestelmän suunnittelussa.

Alueellisissa tarkasteluissa joudutaan vielä käyttämään vuoden 2015 ennustetta. Taulukossa 1 on kuvattu odotettavissa oleva väestökehitys vuoteen 2070. Väestöennuste merkitsee pysyvää yli 75-vuotiaiden ikäluokan kasvua ja samanaikaisesti työikäisen väestön pienenemistä. Kehitys alkaa jo 2020-luvulla. Jo vuonna 2025 on suuri ikäluokka hoidon tarpeessa ja 65–74-vuotiaiden ikäryhmä alkaa pienentyä. Vanhusväestön kasvu vuoden 2040 jälkeen perustuu eliniän pitenemiseen.

Taulukko 1. Väestön kehittyminen vuoteen 2070, ennuste

Väestöennuste 2018 muuttujina ikä, ja vuosi											
Väestö 31.12.	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050	2055	2060	2065	2070
kaikki	5543221	5585735	5611987	5617354	5601713	5570651	5531725	5489460	5448354	5411046	5370501
- 6	370231	348155	342022	336567	334029	327562	313866	299679	290735	285766	281604
7 - 64	3915073	3869098	3804530	3761689	3743132	3694523	3627456	3554555	3462838	3388413	3312922
65 - 74	709173	675673	670352	654729	611566	619342	667529	685346	696513	685890	664546
75 - 84	394375	516304	578459	564984	572791	568980	540130	556719	606652	629281	646031
85 -	154369	176505	216624	299385	340195	360244	382744	393161	391616	421696	465398
	Kehitys insdeksoituna 2020 = 100										
	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050	2055	2060	2065	2070
Ikäluokat yht.	100	101	101	101	101	100	100	99	98	98	97
- 6	100	94	92	91	90	88	85	81	79	77	76
7 - 64	100	99	97	96	96	94	93	91	88	87	85
65 - 74	100	95	95	92	86	87	94	97	98	97	94
75 - 84	100	131	147	143	145	144	137	141	154	160	164
85 -	100	114	140	194	220	233	248	255	254	273	301

Ennusteessa väestön kasvu perustuu 15 000 hengen vuosittaiseen maahan muuttoon. Ilman sitä väestön määrä painuisi alle viiden miljoonan asukkaan.

Väestöennuste merkitsee pysyvää 75 + ikäluokan kasvua. Toisaalta vanhusväestön kunto on jatkuvasti parantunut. Palvelutarpeen kasvua, jos ikää pidetään tarpeen mittarina.

Väestöennuste 2015 antaa mahdollisuuden tarkastella resurssienkehitystä. Resurssien suhteellinen pieneneminen näkyy taulukosta 2. Siinä hoivan tarpeen mittarina on yli 75-vuotiaiden lukumäärä ja hoidon tarpeen mittarina elämän päättymisten määrä. Veronmaksukyky riippuu 15–24, 25–64 ja yli 65-vuotiaiden määrästä. Näistä opiskeleva ikäluokka 15–24-vuotiaat ja yli 65-vuotiaat eläkelaiset arvioidaan veronmaksukyvyltään puoleksi aikuisväestöön verrattuna. Kun vanhusikäluokkien kasvu suhteutetaan veronmaksukykyyn, joka ei väestön ikärakenteen vuoksi kasva, nähdään, että hoitoon ja hoivaan käytettävissä oleva resurssi pienenee hoivan osalta noin 40 % ja hoidon osalta noin 15 %. Mittari on karkea, mutta suuntaa antava.

Taulukko 2. Koko maan väestöennuste 2015 ja siitä johdettu palvelutarvearvio

Käytettävissä oleva resurssi hoivattavaa tai hoidettavaa kohti 2020-2040					
Molemmat sukupuolet	**2020**	**2025**	**2030**	**2035**	**2040**
Ikäluokat yhteensä	5595213	5690988	5769032	5825225	5861491
- 14	905177	893229	881745	872765	865950
15 - 24	608286	624262	636751	626165	620120
25 - 44	1421866	1419553	1398416	1398267	1382118
45 - 64	1395728	1375384	1373694	1393476	1451344
65 - 74	712082	679167	673979	659117	617245
75 -	552074	699393	804447	875435	924714
Syntyneet	57328	56629	55557	55334	55667
Kuolleet	53838	55641	58660	62884	66598
Tarveindeksit	**2020**	**2025**	**2030**	**2035**	**2040**
Hoivan tarpeen kasvu	100	127	146	159	167
Hoitotarpeen kasvu	100	103	109	117	124
Veronmaksukyky	100	99,2	98,4	99,1	101
Resurssi hoivattavaa kohti	100	78	68	62	60
Resurssi hoidttavaa kohti	100	76	62	53	49

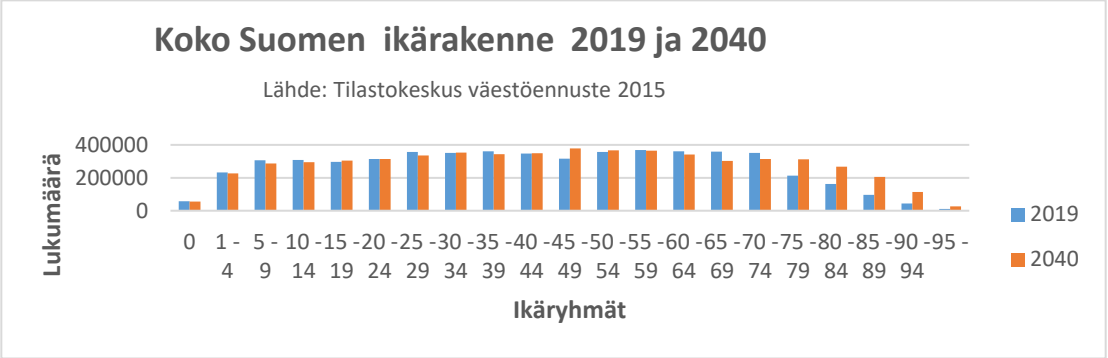
Vaikka arviointi on karkea, näkyy siitä selvästi resurssien niukkeneminen. Palvelutarve vuoteen 2040 kasvaa hoivan osalta enemmän kuin hoidon osalta. Kun valtaosa vanhuksista sammuu pois, ei paine akuuttiin sairaanhoitoon kasva niin merkittävästi kuin hoivan puolella.

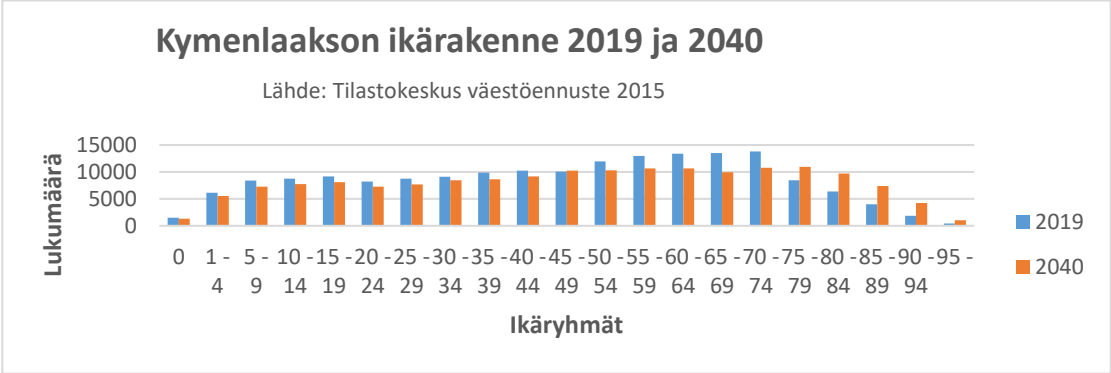
Hoivan puolella on ikään perustuva tarpeen kasvu 1,8-kertainen nykytilanteeseen verrattuna. Tältä osin 75 vuoden ikä on liian karkea mittari, kuten tulemme tässä raportissa myöhemmin näkemään.

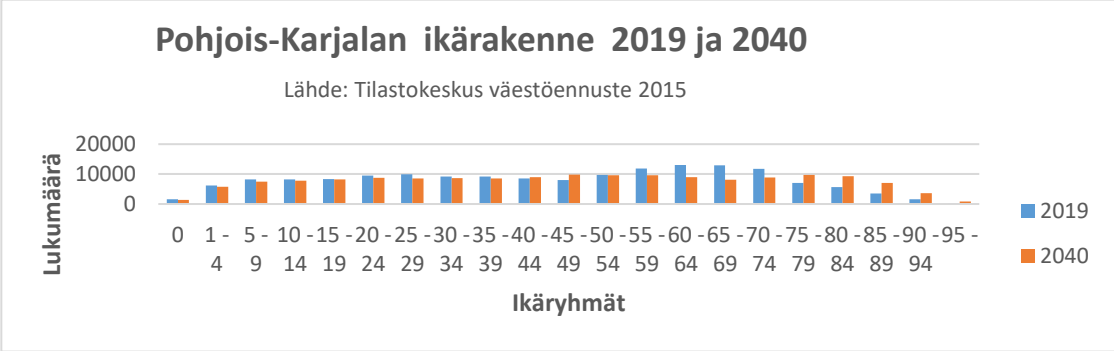
1.2 Maakuntien väestön ikärakenteet ovat erilaisia

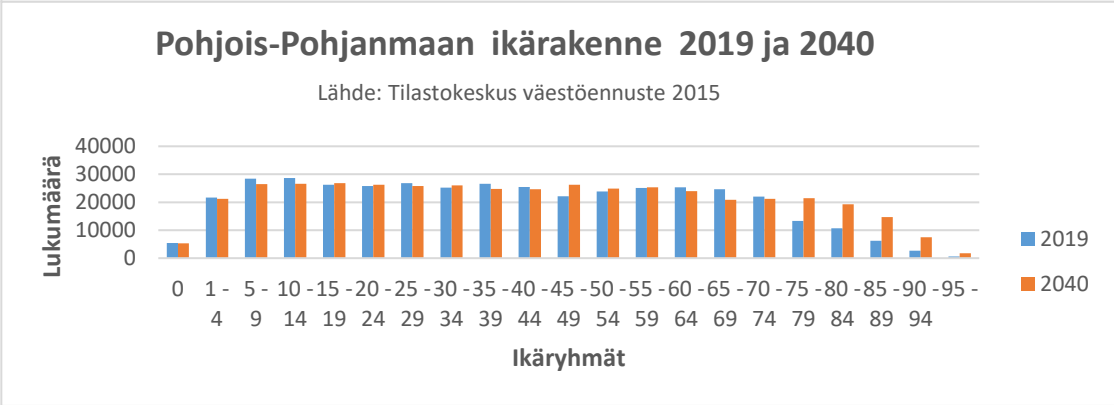
Suuri ikäluokka on muuttanut kaupunkeihin ja etenkin Uudellemaalle. Tämä ilmenee kuvasta 2, jonka paneeleissa on kuvattu koko maan ja eräiden maakuntien ikärakenteen kehitys vuoteen 2040. Erityisesti kannattaa tarkastella vanhusikäryhmien 65+ kehitystä. Uudenmaan väestön ikärakenne muistuttaa koko maan väestörakennetta, mutta väestökatoa kärsivä maaseutu on erilainen, kuten Kymenlaakson, Pohjois-Karjalan ja Pohjois-Pohjanmaan väestörakennekuvat osoittavat.

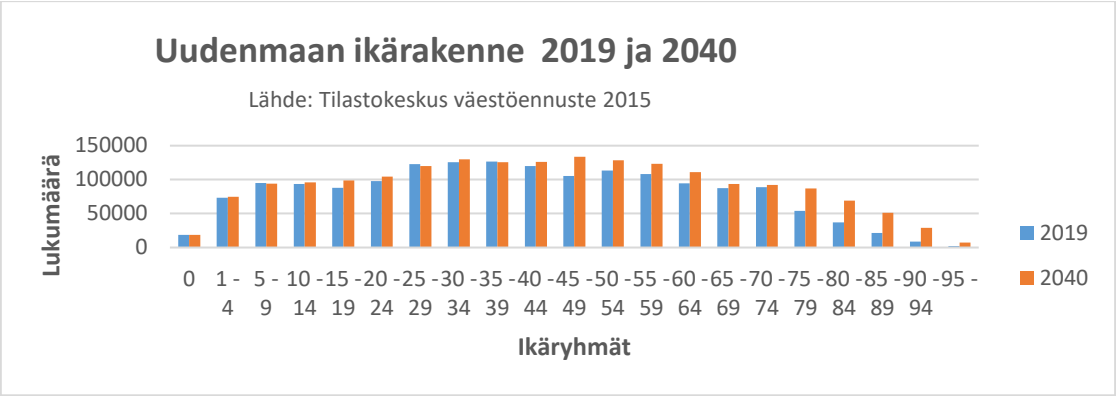
Kuva 2. Koko maan ja eräiden maakuntien ikärakenne 2019 ja 2040











Uudenmaan ikärakenteessa kiinnittyy huomio nuorten ikäluokkien lievään pienenemiseen keski-ikäisiin verrattuna. Tätä ilmiötä ei ole Pohjois-Pohjanmaan ikärakenteessa. Kummassakin väestö lisääntyy vuoteen 2040 mennessä. Sekä Kymenlaaksossa että Pohjois-Karjalassa on selvä suuren ikäluokan vanhuspiikki, joka on huomioitava palvelurakennetta suunniteltaessa.

1.3 Suuri ikäluokka on ohimenevä ilmiö

Vanhuspalvelujen suunnittelun kannalta ikäluokan 65–74-vuotiaiden muutos ennakoi palvelutarvetta. Tilastokeskuksen väestöennusteen mukaan tämä ikäluokka alkaa pienentyä jo vuosien 2020–2025 aikana. Ikäluokka vähenee merkittävästi vuoteen 2040 mennessä Uudenmaan maakuntaa lukuun ottamatta.

Taulukko 3. Vanhusväestön 65–74-vuotiaan väestön ennustettu muutos 2019–2040

Molemmat sukupuolet 65-74 v.	2020	2025	2025/ 2020 %	2030	2030/ 2025 %	2035	2035/ 2030 %	2040	2040/ 2035 %	2040 / 2020 %
MANNER-SUOMI	708201	675377	105	670165	99	655090	98	613180	94	87
Uudenmaan maakunta	176418	171390	103	182440	106	190121	104	185989	98	105
Varsinais-Suomen maakunta	63724	59389	107	58901	99	59141	100	56027	95	88
Satakunnan maakunta	32864	29551	111	28125	95	27057	96	24442	90	74
Kanta-Hämeen maakunta	25202	23950	105	23871	100	23672	99	22129	93	88
Pirkanmaan maakunta	63858	60652	105	60823	100	60786	100	58454	96	92
Päijät-Hämeen maakunta	30736	27952	110	27127	97	26624	98	24784	93	81
Kymenlaakson maakunta	27219	25270	108	24357	96	22947	94	20743	90	76
Etelä-Karjalan maakunta	19518	18144	108	17256	95	16249	94	14795	91	76
Etelä-Savon maakunta	25024	23684	106	22242	94	20034	90	17312	86	69
Pohjois-Savon maakunta	35801	34962	102	33482	96	30769	92	26941	88	75
Pohjois-Karjalan maakunta	24865	24404	102	22561	92	19637	87	17003	87	68
Keski-Suomen maakunta	36879	34881	106	33901	97	31536	93	28825	91	78
Etelä-Pohjanmaan maakunta	27253	25647	106	24193	94	22620	93	20532	91	75
Pohjanmaan maakunta	22794	20955	109	20093	96	20027	100	19263	96	85
Keski-Pohjanmaan maakunta	9100	8183	111	7736	95	7434	96	6899	93	76
Pohjois-Pohjanmaan maakunta	47565	47746	100	46782	98	44640	95	42015	94	88
Kainuun maakunta	12448	12102	103	11101	92	9622	87	8059	84	65
Lapin maakunta	26933	26515	102	25174	95	22174	88	18968	86	70
AHVENANMAA - ÅLAND	3881	3790	102	3814	101	4027	106	4065	101	105

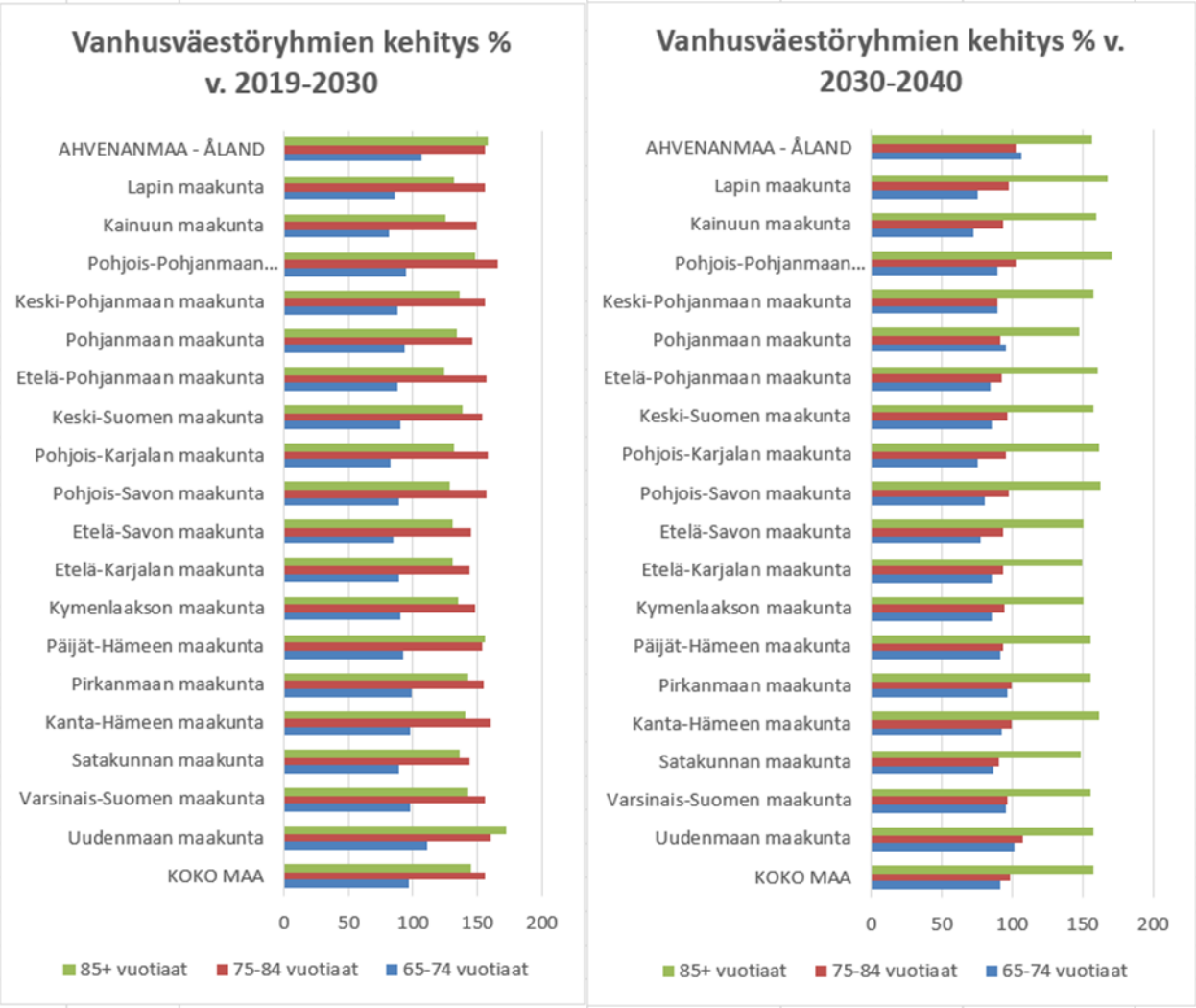
Taulukossa 3 on kuvattu ikäluokan 65–74-vuotiaiden muutos vuoteen 2040 mennessä. Mittarina pidetään ikäluokan 65–74-vuotiaiden prosentuaalista kasvua.

Kasvu on suurinta viiden vuoden aikajaksolla vuosina 2020–2025. Tämä merkitsee myös suurinta suhteellista painetta palvelujärjestelmään, joka kohdistuu Satakuntaan, Pohjanmaalle ja Hämeeseen. Itä- ja Pohjois-Suomi selviävät vähemmällä.

Kainuun, Savon ja Karjalan alueilla vanhusväestö vähenee nopeasti maaseudulla. Samaan ryhmään kuuluvat myös Satakunta ja Etelä- ja Keski-Pohjanmaa. Muualla muutos on tasaisempaa.

Tilastokeskuksen tuleva väestöennuste vuonna 2019 tuo todennäköisesti esille nykyistä ennustetta rajumman muutoksen, joten laskelmat on tältä osin tarkistettava. Vuosien 2019–2030 välillä kasvun määräävänä ikäluokkana ovat 75–84-vuotiaat. Seuraavalla vuosikymmenellä 2030–2040 yli 85-vuotiaiden ryhmä kasvaa eniten. Kun tarkastelemme nuorempia ja pieneneviä ikäluokkia, näemme suuren ikäluokan poistuneen ja paineen vanhuspalveluihin pienenevän.

Kuva 3. Väestöryhminen prosentuaalinen muutos vuodesta 2019 vuoteen 2040



Kuvassa 3 tarkastellaan maakunnittain ikäluokkien 65–74, 75–84 ja 85+ prosentuaalista muutosta. Kuvassa 100 % raja merkitsee tilanteen säilymistä ennallaan eli nollakasvua, yli 100 % olevat luvut kasvua ja alle 100 % olevat luvut ikäryhmän pienenemistä.

Ikääntyneiden palvelutarve on suurin 65–84-vuotiaiden ikäluokissa. Nämä ikäluokat pienenevät jo 2030-luvulla. Yli 85-vuotiaiden kohdalla erikoissairaanhoidon ja toimenpiteiden käyttö olennaisesti vähenee.

Suuren ikäluokan palvelutarpeen kasvu on nopeinta vuosina 2020–2025 ja tarve on suurimmillaan 2025–2035 välisenä aikana. Ikääntyneiden erikoissairaanhoitoa vaativat hoidot vähenevät alkaen vuodesta 2035. Tarkemmat laskelmat saadaan Tilastokeskuksen väestöennusteen valmistuttua syksyllä 2019.

1.4 MDI:n väestöennuste 2019

Kymmenen suurimman kaupungin aluekehittämistoimisto MDI:ltä tilaaman väestöennusteen (2/2019) mukaan väestön kasvun ennustetaan keskittyvän Helsingin, Tampereen, Turun, Oulun ja Jyväskylän seuduille ja kääntyvän laskuun muualla vuoteen 2040 mennessä.

MDI-ennusteen mukaan väestön määrä laskee alle viiden miljoonan asukkaan. Maaseudun rakenne on muuttunut, asukkaita on vain noin 30 % koko väestöstä. Kuntia on noin 80. Toimivien taajamien väliset etäisyydet kasvavat.

Uudenmaan väkiluku kasvaa ennustejakson aikana 293 000 asukkaalla. Pirkanmaan, Varsinais-Suomen ja Ahvenanmaan väkiluvut kasvavat noin 35 500 asukkaalla. Parhaiten pärjäävät siis kolmen suurimman kaupunkiseudun maakunnat, heikoiten ikärakenteeltaan haasteelliset, pienten maakuntakeskusten maakunnat. Viidentoista supistuvan maakunnan väkiluku vähenee noin 238 000 asukkaalla. Maakuntien heikoimmassa päässä ovat Kainuu (-18,0 %) ja Etelä-Savo (-17,1 %). Väestömäärä vähenee määrällisesti eniten Satakunnassa (-31 036) eli saman verran kuin tällä hetkellä on asukkaita Ulvilassa, Kokemäellä ja Kankaanpäässä yhteensä.

Ennusteen mukaan maaseudun tyhjeneminen on huomattavasti nopeampaa kuin Tilastokeskuksen vuoden 2015 ennusteessa. Kaupungistuminen ja väestön ikääntyminen pakottavat nopeaan uudistukseen.

Sote-palvelujen suunnittelun kannalta on otettava huomioon, että maakuntatason ennuste ei huomioi maakunnan sisäistä muuttoa reuna-alueilta keskuskaupunkiin. Tämä periferian tyhjeneminen johtaa vääjäämättä kuntarakenteen muuttumiseen siten, että palvelut tuotetaan nykyistä harvemmalla verkolla, jossa on osa-aikaisia vastaanottoja ja keskitetty päivystys. Kaavaillulle maakuntamallille väestömuutos merkitsee valtavia haasteita muutaman vuoden aikavälillä. Mikäli maakuntamalli sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisessä toteutuu, voi odottaa useiden maakuntien fuusioita.

Ennusteen mukaan yli 65-vuotias väestö kasvaa 10 kaupunkiseudulla noin 230 000 asukkaalla eli on noin 75 % koko ikääntymisen kasvusta. Kasvu on muualla maassa noin 75 000 ja kasvu on yhteensä noin 306 000.

Havainto on vanhuspalvelujen kannalta merkittävä. Ikääntymisen ongelmat ja palvelujen lisätarve keskittyvät pienelle maantieteelliselle alueelle. Muualla maassa ongelmien ratkaisu ei edellytä olennaista lisärakentamista vaan palveluverkon

monikäyttöä ja purkamista. Tämä edellyttää organisaation muuttamista niin, että kunnan rajoista luovutaan. Palveluja tuotetaan ja kiinteistöjä käytetään alueellisesti.

Kuva 4. MDI:n ennuste yli 65-vuotiaiden asukkaiden määrän kehityksestä

ALUE	2017	2040	ABS MUUTOS	MUUTOS (%)
Helsingin seutukunta	254685	390597	135912	53,4
Tampereen seutukunta	76522	107524	31002	40,5
Oulun seutukunta	37577	62119	24542	65,3
Turun seutukunta	67700	90541	22841	33,7
Jyväskylän seutukunta	33818	46556	12738	37,7
Kuopion seutukunta	28244	36853	8609	30,5
Lahden seutukunta	50911	61738	10827	21,3
Joensuun seutukunta	27700	34218	6518	23,5
Seinäjoen seutukunta	28089	34720	6631	23,6
Vaasan seutukunta	20939	25153	4214	20,1
Muu maa	553133	627707	74574	13,5

MDI:n ennuste poikkeaa merkittävästi Tilastokeskuksen vuoden 2015 väestöennusteesta. Syksyllä 2019 valmistuva Tilastokeskuksen alueellinen väestöennuste on poikkeuksellisen tärkeä sote-palvelujen suunnittelun kannalta.

1.5 Elinajanodote maakunnittain ja ikäryhmittäin

Tilastokeskus tuottaa tietoa elinajanodotteesta. Tätä työtä varten poimittiin elinajanodotteet maakunnittain ja seutukunnittain vuosien 2000–2002, 2004–2006, 2010–2012 ja 2014–2016 ajalta. Elinajanodote taulukoitiin ikäryhmäjaotuksella: syntymästä sekä jäljellä oleva elinajanodote 30, 50, 65 ja 80 vuosien kohdalla, miehet ja naiset erikseen.

Lukemisen helpottamiseksi on käytetty värikoodia. Aineisto on jaettu kolmeen osaan. Viisi parasta kussakin tarkasteltavassa sarakkeessa ovat vihreitä, keskellä olevat yhdeksän ovat sinisiä ja viimeiset viisi ovat punaisia. Jos ollaan vihreällä alueella, asiat ovat hyvin, punainen vastaavasti hälyttää.

Taulukoissa 4.B–4.F maakunnat on järjestetty laskevaan järjestykseen koko väestön eliniänodotteen perusteella. Taulukoissa on näytetty miesten ja naisten eliniänodote syntymästä sekä 30, 50, 65 ja 80 ikävuoden vuoden kohdalla ja sukupuoltenvälinen elinajanodotteen ero sekä terveydenhuollon työntekijät 1000 asukasta kohti.

Taulukot 4.A ja 4.B jaettiin kolmeen yhtä suureen osaan. Taulukoissa 4.B ja 4.F kunkin sarakkeen viisi korkeinta on merkitty vihreällä ja viisi viimeistä punaisella. Näin on helppo saada nopeasti yleiskuva eliniänodotteesta.

Taulukko 4.A. Elinajanodote syntymästä laskettuna miehille ja naisille OECD-maissa ja Suomen maakunnissa, viimeinen saatavissa oleva tilasto

Elinajan odote syntymästä OECD ja maakunnat 2017, naiset					
Alue	Naiset	Alue	Naiset	Alue	Naiset
Japan	85,9	Luxembourg	83,6	United Kingdom	83,0
France	85,7	Norway	83,6	Päijät-Häme	82,9
Spain	85,6	Kanta-Häme	83,6	Kymeenlaakso	82,9
Switzerland	85,0	Israel	83,5	New Zealand	82,9
Pohjanmaa	84,9	Etelä-Karjala	83,5	Kainuu	82,9
Italy	84,8	Uusimaa	83,4	Satakunta	82,8
Australia	84,2	Canada	83,4	Pohjois-Savo	82,7
Iceland	84,1	Koko maa	83,4	Denmark	81,9
Korea	84,0	Pirkanmaa	83,3	Chile	81,4
Etelä-Pohjanmaa	83,9	Pohjois-Karjala	83,3	Estonia	81,3
Pohjois-Pohjanmaa	83,8	Belgium	83,3	Czech Republic	81,1
Austria	83,8	Slovenia	83,3	Poland	81,1
Finland	83,8	Lappi	83,3	United States	81,1
Portugal	83,8	Etelä-Savo	83,2	Slovak Republic	79,8
Sweden	83,8	Germany	83,1	Latvia	78,8
Keski-Pohjanmaa	83,8	Netherlands	83,1	Hungary	78,7
Ahvenanmaa - Ålan	83,8	Keski-Suomi	83,1	Mexico	77,2
Varsinais-Suomi	83,7	Ireland	83,0	Turkey	77,1
Greece	83,6				

Elinajan odote syntymästä OECD ja maakunnat 2017, miehet					
Alue	Miehet	Alue	Miehet	Alue	Miehet
Iceland	80,7	Belgium	78,0	Lappi	76,4
Switzerland	80,5	Greece	78,0	United States	76,3
Pohjanmaa	80,2	Germany	77,9	Päijät-Häme	76,3
Israel	79,9	Denmark	77,8	Pohjois-Savo	76,2
Sweden	79,9	Keski-Pohjanmaa	77,7	Etelä-Karjala	76,1
Australia	79,7	Uusimaa	77,6	Chile	76,0
Italy	79,7	Varsinais-Suomi	77,6	Pohjois-Karjala	75,8
Spain	79,5	Etelä-Pohjanmaa	77,6	Kymeenlaakso	75,6
Japan	79,4	Pohjois-Pohjanmaa	77,5	Etelä-Savo	75,6
Netherlands	79,4	Pirkanmaa	77,4	Kainuu	75,0
Ahvenanmaa - Ålan	79,2	Finland	77,3	Czech Republic	74,8
Canada	79,1	Korea	77,3	Poland	72,5
New Zealand	79,1	Portugal	77,3	Slovak Republic	72,3
Norway	79,1	Koko maa	77,1	Turkey	72,0
United Kingdom	79,0	Keski-Suomi	77,1	Estonia	71,4
France	78,8	Kanta-Häme	77,0	Hungary	71,2
Ireland	78,6	Satakunta	76,8	Mexico	71,2
Luxembourg	78,5	Slovenia	76,8	Latvia	68,6
Austria	78,3				

Lähde: OECD-Health Statistics ja Tilastokeskus 2019

Taulukoissa 4 A oleva ero Suomen arvojen kohdalla, Finland ja koko maa, johtuu tilaston tekemisen ajankohdasta. Suomen maakunnat ovat kolmen vuoden 2014-2016 keskiarvoja ja OECD:n tieto on vuodelta 2017.

Miesten osalta ensimmäisessä kolmanneksessa ovat Pohjanmaa ja Ahvenanmaa. Molemmissa alueissa on vahva ruotsalainen geeniperintö. Viimeisessä kolmanneksessa on kahdeksan maakuntaa. USA:ta lukuun ottamatta muiden maiden terveydenhuoltoa ei ole pidetty kärkisijoilla olevina.

Naisten osalta ensimmäisessä kolmanneksessa on kuusi maakuntaa. Itä-Suomen maakunnista Etelä-Karjala ja Pohjois-Karjala sijoittautuvat hyvin geneettisestä taustastaan huolimatta. Viimeisessä kolmanneksessa on neljä maakuntaa. Seurana ovat muun muassa Englanti, Tanska ja USA.

Seuraavaksi tarkastellaan elinajanodotetta ikäryhmittäin ja maakunnittain. Mukaan oletettiin myös työssäkäyntitilastosta terveydenhuollon työntekijät maakunnan 1000 asukasta kohti. Taulukoissa 4.B–4.F ei nähdä korrelaatiota eliniän ja työntekijämäärän kanssa.

Taulukko 4.B. Miesten ja naisten elinajanodote ja sukupuolten välinen ero syntymästä sekä sote-työntekijät 1000 asukasta kohti

Alue	Yhteensä	Miehet	Naiset	N-M ero	Työntekijöitä/ 1000 as.
Pohjanmaa	82,93	80,39	85,48	5,09	78,3
Keski-Pohjanmaa	82,24	79,73	84,71	4,98	79,4
Ahvenanmaa	82,12	80,07	84,08	4,01	94,8
Uusimaa	81,68	78,94	84,14	5,20	65,6
Varsinais-Suomi	81,64	78,83	84,34	5,51	74,2
Pohjois-Pohjanmaa	81,57	78,68	84,53	5,85	71,9
Pirkanmaa	81,52	78,59	84,36	5,77	71,3
Etelä-Pohjanmaa	81,28	78,11	84,58	6,47	76,6
KOKO MAA	81,24	78,38	84,04	5,66	70,3
Kanta-Häme	81,17	78,30	83,97	5,67	61,8
Päijät-Häme	80,95	78,23	83,49	5,26	69,3
Keski-Suomi	80,91	78,09	83,77	5,68	69,0
Satakunta	80,72	78,04	83,43	5,39	67,6
Lappi	80,57	77,71	83,65	5,94	75,1
Pohjois-Savo	80,44	77,21	83,83	6,62	79,5
Etelä-Karjala	80,30	77,05	83,75	6,70	60,0
Kainuu	80,29	76,90	83,98	7,08	70,5
Kymenlaakso	80,24	77,19	83,34	6,15	66,9
Pohjois-Karjala	80,09	77,32	82,97	5,65	73,2
Etelä-Savo	79,92	76,59	83,43	6,84	79,2
ALUE-EROT					
Suurin	82,93	80,39	85,48	7,08	94,8
Koko maa	81,24	78,38	84,04	5,66	70,3
Pienin	79,82	76,59	82,97	4,01	60,0

Maan sisällä on Etelä-Savon miesten elinajanodotteen (76,59 vuotta) ja Pohjanmaan naisten (85,48 vuotta) välillä 8,9 vuoden ero. Lukua on pidettävä erittäin suurena tasa-arvon näkökulmasta.

Taulukko 4.C. Miesten ja naisten elinajanodote ja sukupuolten välinen ero 30-vuotiaana sekä sote-työntekijät 1000 asukasta kohti

Alue	Yhteensä	Miehet	Naiset	N-M ero	Työntekijöitä/ 1000 as.
Pohjanmaa	53,55	51,24	55,82	4,58	78,3
Keski-Pohjanmaa	52,91	50,59	55,15	4,56	79,4
Ahvenanmaa	52,71	50,93	35,08	-15,85	94,8
Varsinais-Suomi	52,30	49,72	54,74	5,02	74,2
Pohjois-Pohjanmaa	52,28	49,50	55,10	5,60	71,9
Uusimaa	52,24	49,63	54,56	4,93	65,6
Pirkanmaa	52,19	49,41	54,85	5,44	71,3
Etelä-Pohjanmaa	51,96	48,95	55,08	6,13	76,6
Kanta-Häme	51,95	49,18	54,64	5,46	61,8
KOKO MAA	51,89	49,18	54,51	5,33	70,3
Keski-Suomi	51,55	48,91	54,20	5,29	69,0
Päijät-Häme	51,54	48,89	54,00	5,11	69,3
Satakunta	51,36	48,76	53,97	5,21	67,6
Lappi	51,22	48,62	54,00	5,38	75,1
Kymenlaakso	51,21	48,32	54,08	5,76	66,9
Pohjois-Savo	51,15	48,14	54,28	6,14	79,5
Etelä-Karjala	51,03	47,83	54,35	6,52	60,0
Pohjois-Karjala	50,91	48,14	53,77	5,63	73,2
Kainuu	50,76	47,57	54,18	6,61	70,5
Etelä-Savo	50,60	47,52	53,80	6,28	79,2
ALUE EROT					
Suurin	53,35	51,24	55,82	6,61	94,8
KOKO MAA	51,89	49,18	54,51	5,33	70,3
Pienin	50,60	47,52	53,77	4,56	60,0

Taulukossa on tapahtunut useita yhden sijoituksen siirtymiä verrattuna taulukkoon 4.B. Uusimaa pudonnut neljänneltä sijalta kuudenneksi.

Miesten elinajanodote seuraa koko väestön elinajanodotetta. Muutoksia tapahtuu naisten sijoituksissa ja sukupuolten välisissä eroissa. Kanta-Häme on pienellä työntekijämäärällä keskikastissa.

Maakunnat, joissa on vähän työntekijöitä (punaiset) sijoittuvat keskiryhmään elinajanodotteella mitattuna. Etelä-Savossa on viidenneksi eniten työntekijöitä ja elinajanodotteet lyhyitä.

Taulukko 4.D. Miesten ja naisten elinajanodote ja sukupuolten välinen ero 50-vuotiaana sekä sote-työntekijät 1000 asukasta kohti

Alue	Yhteensä	Miehet	Naiset	N-M ero	Työntekiöitä/ 1000 as.
Pohjanmaa	34,29	32,2	36,28	4,08	78,3
Keski-Pohjanmaa	33,61	31,5	35,59	4,09	79,4
Ahvenanmaa	33,57	31,92	35,08	3,16	94,8
Pohjois-Pohjanmaa	33,3	30,9	35,65	4,75	71,9
Varsinais-Suomi	33,22	30,95	35,3	4,35	74,2
Pirkanmaa	33,14	30,6	35,5	4,9	71,3
Uusimaa	33,09	30,73	35,11	4,38	65,6
Kanta-Häme	32,96	30,5	35,27	4,77	61,8
Etelä-Pohjanmaa	32,93	30,32	35,53	5,21	76,6
KOKO MAA	32,85	30,44	35,11	4,67	70,3
Päijät-Häme	32,59	30,15	34,78	4,63	69,3
Keski-Suomi	32,58	30,16	34,94	4,78	69,0
Kymenlaakso	32,5	30,03	34,85	4,82	66,9
Satakunta	32,49	30,2	34,71	4,51	67,6
Pohjois-Savo	32,33	29,82	34,86	5,04	79,5
Lappi	32,21	29,85	34,69	4,84	75,1
Etelä-Karjala	32,16	29,41	34,92	5,51	60,0
Kainuu	32,07	29,4	34,81	5,41	70,5
Pohjois-Karjala	31,99	29,59	34,39	4,8	73,2
Etelä-Savo	31,98	29,35	34,62	5,27	79,2
Suurin	34,29	32,2	36,28	4,38	94,8
KOKO MAA	32,85	30,44	35,11	4,67	70,3
Pienin	31,98	29,35	34,39	5,51	60,0

Edelliseen taulukkoon 4.C eli 30-vuotiaiden elinajanodotteeseen verrattuna seuraavassa taulukossa on Kymenlaakso noussut kaksi sijoitusta.

Taulukko 4.E. Miesten ja naisten elinajanodote ja sukupuolten välinen ero 65-vuotiaana sekä sote-työntekijät 1000 asukasta kohti

Alue	Yhteensä	Miehet	Naiset	N-M ero	Työntekijöitä/ 1000 as.
Pohjanmaa	21,01	19,25	22,59	3,34	78,3
Ahvenanmaa	20,32	18,92	21,56	2,64	94,8
Pohjois-Pohjanmaa	20,32	18,44	21,99	3,55	71,9
Keski-Pohjanmaa	20,29	18,46	21,92	3,46	79,4
Varsinais-Suomi	20,19	18,31	21,8	3,49	74,2
Pirkanmaa	20,18	18,18	21,87	3,69	71,3
Uusimaa	20,1	18,26	21,53	3,27	65,6
Kanta-Häme	20,03	18,08	21,69	3,61	61,8
Etelä-Pohjanmaa	20,01	17,96	21,86	3,9	76,6
KOKO MAA	19,92	18,03	21,54	3,51	70,3
Satakunta	19,74	18	21,29	3,29	67,6
Kymenlaakso	19,73	17,81	21,37	3,56	66,9
Päijät-Häme	19,7	17,82	21,23	3,41	69,3
Keski-Suomi	19,67	17,78	21,35	3,57	69,0
Lappi	19,48	17,7	21,19	3,49	75,1
Pohjois-Savo	19,47	17,63	21,11	3,48	79,5
Kainuu	19,4	17,48	21,12	3,64	70,5
Etelä-Karjala	19,37	17,13	21,41	4,28	60,0
Etelä-Savo	19,26	17,08	21,27	4,19	79,2
Pohjois-Karjala	19,22	17,35	20,88	3,53	73,2
Suurin	21,01	19,25	22,59	4,28	94,8
KOKO MAA	19,92	18,03	21,54	3,51	70,3
Pienin	19,22	17,08	20,88	2,64	60

Merkittävää taulukossa 4.E on Pohjois-Pohjanmaan sijoituksen parantuminen kolme sijaa ja Satakunnan kaksi sijaa verrattuna 50-vuotiaiden elinajanodotteen järjestykseen taulukossa 4.C. Menettäjiä olivat Keski-Suomi ja Pohjois-Karjala, kumpikin kaksi sijaa.

Näissä taulukoissa muodostaa Savo-Karjalan alue oman ryhmänsä, jossa hoitavan lääketieteen keinoin tuskin voidaan eliniänodotetta lisätä. Sen sijaan vaikuttamalla elintapoihin voidaan saada merkittäviä tuloksia, kuten Pohjois-Karjala projekti osoittaa. NHS on siirtynyt korostamaan tautein ennaltaehkäisyä ja kehittää laajaa kansanterveysohjelmaa. Taulukon 4.E lukujen valossa olisi aiheellista käynnistää erityinen Itä-Suomen kansanterveysohjelma.

Taulukko 4.F. Miesten ja naisten elinajanodote ja sukupuolten välinen ero 80-vuotiaana sekä sote-työntekijät 1000 asukasta kohti

Alue	Yhteensä	Miehet	Naiset	N-M ero	Työntekijöitä/ 1000 as.
Pohjanmaa	9,62	8,4	10,49	2,09	78,3
Varsinais-Suomi	9,38	8,41	9,95	1,54	74,2
Uusimaa	9,24	8,16	9,86	1,7	65,6
Pirkanmaa	9,2	8,14	9,84	1,7	71,3
Pohjois-Pohjanmaa	9,19	8,09	9,93	1,84	71,9
Etelä-Pohjanmaa	9,13	8,02	9,84	1,82	76,6
KOKO MAA	9,09	8,05	9,73	1,68	70,3
Keski-Pohjanmaa	9,07	7,97	9,79	1,82	79,4
Ahvenanmaa	9,06	8,08	9,75	1,67	94,8
Kanta-Häme	9,05	7,99	9,69	1,7	61,8
Kymenlaakso	9,04	7,89	9,73	1,84	66,9
Lappi	8,96	8,08	9,55	1,47	75,1
Satakunta	8,96	8,11	9,5	1,39	67,6
Päijät-Häme	8,94	7,86	9,55	1,69	69,3
Etelä-Karjala	8,92	7,84	9,58	1,74	60,0
Keski-Suomi	8,87	7,88	9,5	1,62	69,0
Etelä-Savo	8,81	7,65	9,55	1,9	79,2
Pohjois-Karjala	8,8	7,66	9,5	1,84	73,2
Kainuu	8,76	7,76	9,35	1,59	70,5
Pohjois-Savo	8,71	7,82	9,27	1,45	79,5
Suurin	9,62	8,41	10,49	2,09	94,8
KOKO MAA	9,09	8,05	9,73	1,68	70,3
Pienin	8,71	7,65	9,27	1,39	60

Maakuntien keskinäinen järjestys muuttui siirryttäessä 65-vuotiaiden ikäryhmästä tarkastelemaan yli 80-vuotiaiden ikäryhmää. Taulukko osoittaa Uudenmaan kohdalla sijoituksen paranemista neljä pykälää ja Pohjois-Savon sijoituksen vastaavasti neljän sijan huononemista.

Pohjois-Savon sijoittuminen viimeiseksi on yllätys. Onko niin, että alueen resurssit on keskitetty erikoissairaanhoitoon ja ennaltaehkäisevän terveydenhuollon rooli on jäänyt vähemmälle huomiolle?

Taulukko 5. Muutokset maakuntien elinajanodotteen keskinäisessä järjestyksessä siirryttäessä 65-vuotitaiden ikäluokasta 80-vuotiaiden ikäluokkaan

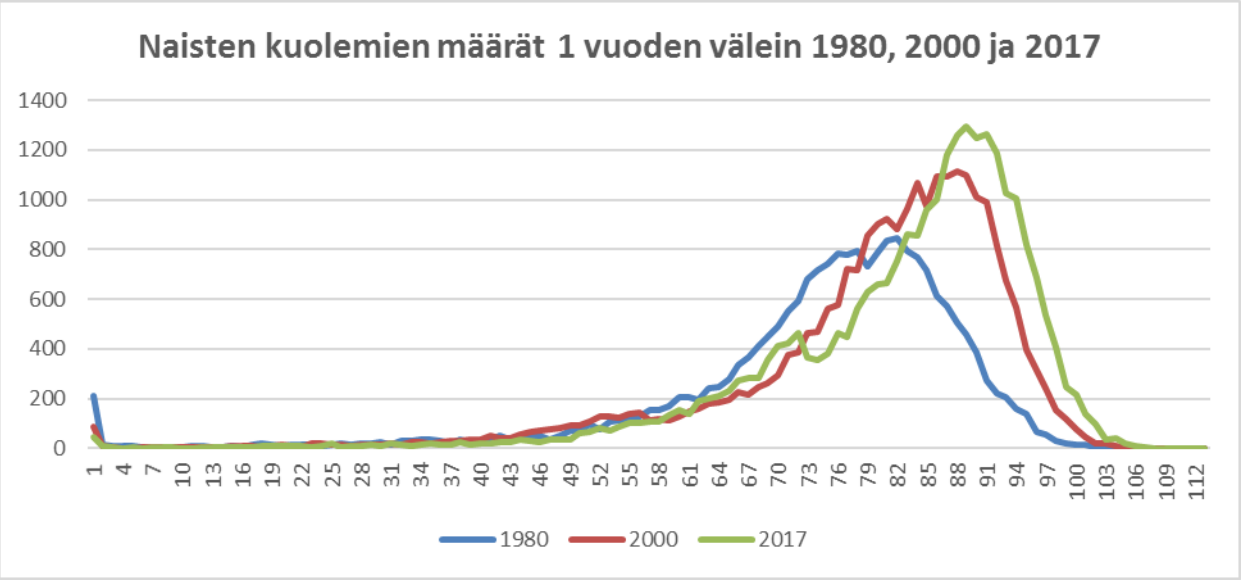
Maakuntien järjestys muuttuu siirryttäessä 65- vuotiasta 80-vuotiaisiin			
Uudenmaan maakunta	4	Satakunnan maakunta	-1
Varsinais-Suomen maakunta	3	Kanta-Hämeen maakunta	-1
Etelä-Karjalan maakunta	3	Päijät-Hämeen maakunta	-1
Etelä-Pohjanmaan maakunta	3	Keski-Suomen maakunta	-2
Pirkanmaan maakunta	2	Kainuun maakunta	-2
Etelä-Savon maakunta	2	Keski-Pohjanmaan maakunta	-3
Pohjois-Karjalan maakunta	2	Pohjois-Pohjanmaan maakunta	-3
Lapin maakunta	2	Pohjois-Savon maakunta	-4
Kymenlaakson maakunta	1	AHVENANMAA - ÅLAND	-5
Pohjanmaan maakunta	0		

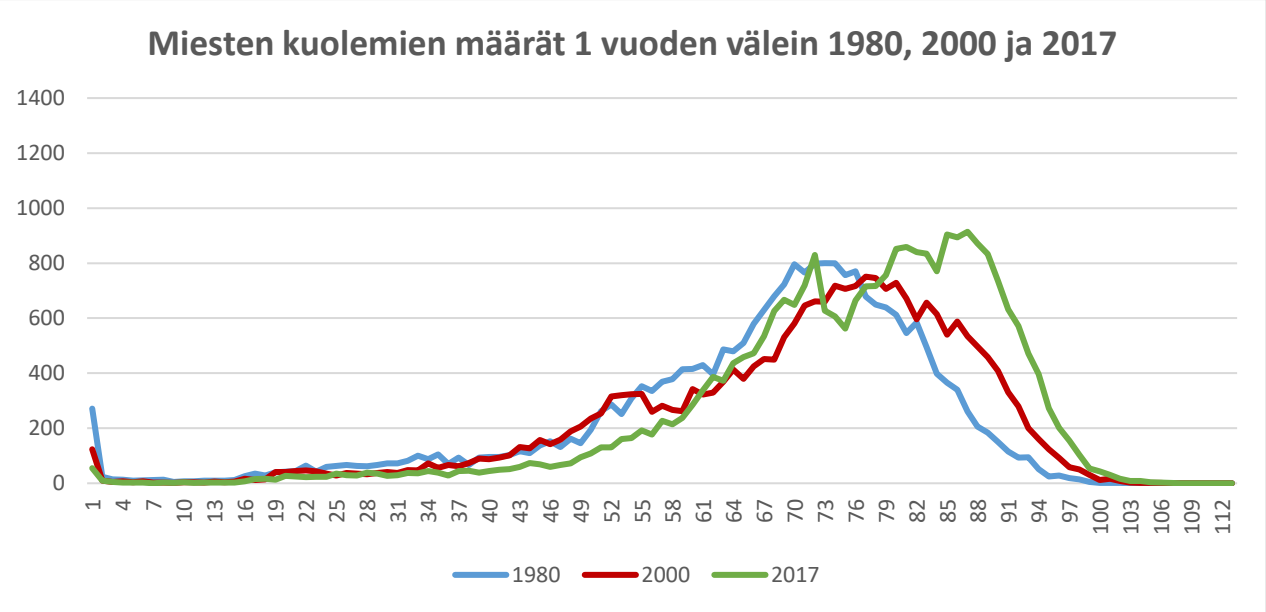
Taulukossa suurimmat muutokset, neljä parannusta tai huononnusta, syntyivät yliopistosairaaloiden sijoituksiin. Muutosten seuraaminen voi antaa viitteitä ennaltaehkäisevän terveydenhuollon onnistumisesta. Myös vanhusten hoidon laadussa voi olla alueellisia eroja.

1.6 Väestö elää kauemmin

Väestön terveydentilaa voidaan tarkastella monella tavalla. Seuraavassa on tarkasteltu kuolemien määrää yhden vuoden ikäjaolla ja niiden muuttumista vuosina 1980, 2000 ja 2017. Näinä vuosina saatiin terveyskeskusverkko rakennettua noin vuoteen 1985 mennessä ja biolääketiede on kehittynyt merkittävästi 2000-luvulla. Aineisto on Tilastokeskuksen verkkosivuilla saatavissa oleva Kuolemat-tilasto.

Kuva 5. Naisten ja miesten kuolemien määrä 1980–2017





Sekä miesten että naisten kehitys on samansuuntainen. Naisten kuolemien lukumäärän huippu vuoden 1980 käyrällä oli 81 vuoden kohdalla. Vuoteen 2017 mennessä huippu yltää 90 ikävuoteen eli kuolemien huippu on yhdeksän vuotta myöhemmin. Miesten vastaavat luvut ovat vuoden 1980 käyrällä 72 vuotta ja 2017 käyrällä 84 vuotta eli kuolemien huippu on 12 vuotta myöhemmin.

Sekä miesten että naisten kohdalla näkyy 70 vuoden kohdalla suuren ikäluokan aiheuttama kuolemien piikki vuoden 2017 aineistossa.

Kuolemiskäyrän nouseva osa on miehillä leveämpi eikä kuolemispiikki ole yhtä selvä kuin naisilla. Tämä perustuu miesten ja naisten tautisuuden ja kuolinsyiden erilaisuuteen, joka on sinänsä tunnettu.

Käyrien laskeva osa on kummallakin sukupuolella jyrkkä ja suppenee 100 vuoden kohdalla. Tämä viittaa siihen, että elämässä ei ole vielä nähtävissä olennaista pitenemistä yli 90 vuoden.

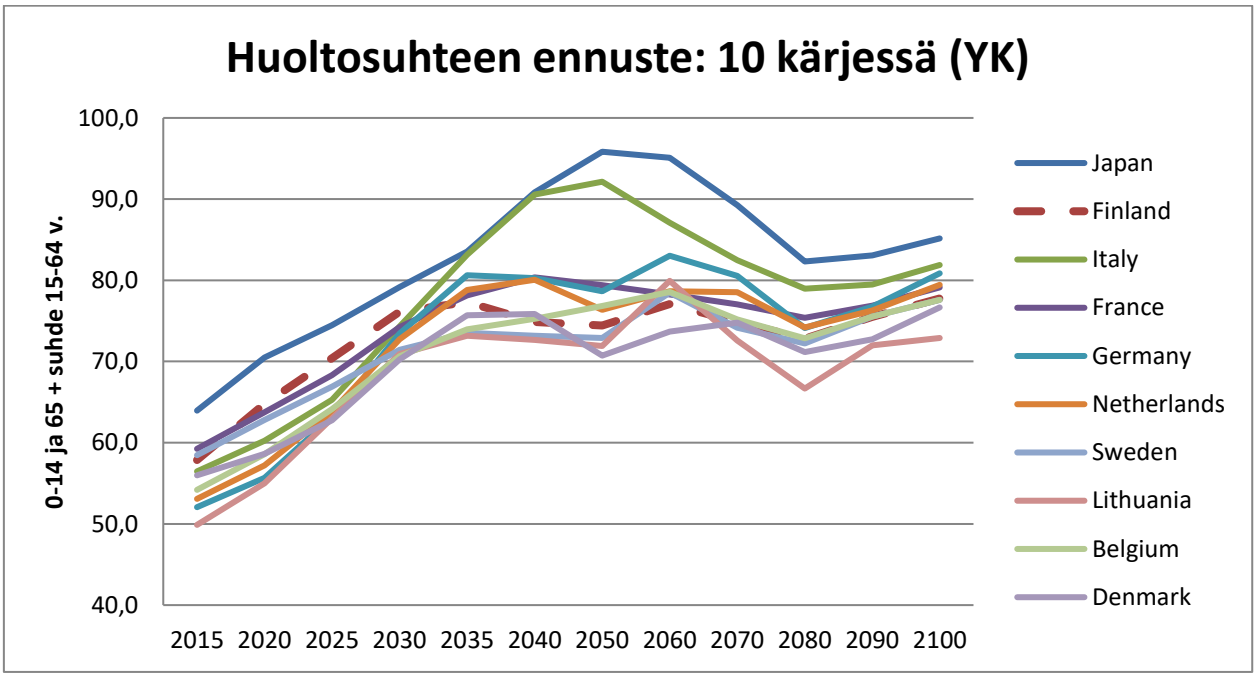
1.7 Huoltosuhde

Yhdistyneet kansakunnat (YK) on tilastoinut maailman väestön muutokset mukaan lukien huoltosuhteen. Kuvassa 6 on esitetty YK:n huoltosuhde-ennuste. Kyseessä on väestöllinen huoltosuhde, jossa lasketaan muun väestön suhdetta työikäisiin. Tulos poikkeaa taloudellisesta huoltosuhteesta, jossa lasketaan työvoiman ulkopuolisen väestön suhdetta työvoimaan.

Huoltosuhde Suomessa on kehittyneistä maista toiseksi heikoin Japanin jälkeen seuraavan kymmenen vuoden aikana. Ero Japanin tasoon on suurempi kuin poikkeama vertailumaiden keskiarvosta. Vuoden 2030 jälkeen huoltosuhteemme on teollistuneiden maiden keskiarvoa. Vuosisadan jälkimmäisellä puoliskolla Suomen odotetaan olevan samalla tasolla muiden kehittyneiden maiden kanssa Italian siirtyessä Japanin tasolle.

Japani on selvinnyt ongelmasta lisäämällä elämään kolmannen työiän. Suomessa voitaisiin harkita, että työikää voisi jatkaa sopimuspohjaisesti esimerkiksi 75 vuoteen asti. Lisäksi osa työtehtävistä voitaisiin siirtää etupäässä eläkeläisten tehtäväksi kuten esimerkiksi isoäitipalvelu lastenhoitoon ja miesten kodin välineistön korjauspalvelu.

Kuva 6. Huoltosuhteen ennuste. Suomi siirtyy keskikastiin 2030.



Huoltosuhde antaa yleensä synkän kuvan tulevaisuudesta. Huoltosuhde on vanhentumassa oleva käsite, koska sillä on vaikea huomioida pääomatulojen ja automatisoidun tuotannon tulosta. Tulevaisuudessa voidaan joutua miettimään, montako robottia tarvitaan väestön elättämiseen.

1.8 Ennaltaehkäisevä terveydenhuolto

Ihmisen elinajan piteneminen tauteja hoitamalla ei ole enää nykylääketieteen keinoilla mahdollista. Mutta tautien ehkäisemiseen on olemassa keinoja. Nämä edellyttävät ihmiseltä omaa valintaa ja terveellisten elintapojen noudattamista. NHS:n kymmenvuotissuunnitelmassa nähdään mahdolliseksi, että ennaltaehkäisevän terveydenhuollon keinoin voidaan vähentää tautien ilmenemistä siten, että hoitavan lääketieteen kustannuksia voidaan säästää.

Suomessa on näyttöä Pohjois-Karjala -projektissa siitä, miten elintapojen muutos vaikuttaa elämän laatuun ja lisää tervettä elämää. Uusi vastaava projekti on ajankohtainen kuten seuraava taulukko 6 osoittaa.

Kun lasketaan nämä ryhmät yhteensä ja tarkastellaan maakuntien välisiä eroja, elintapasairaudet ovat maantieteellisesti keskittyneet Itä- ja Kaakkois- Suomen alueelle. Ongelmien aiheuttamien kuolemien määrä on kärkialueella Etelä-Savossa 2,25 kertainen Uudenmaan maakuntaan verrattuna.

Eliniän keskimääräinen kasvu tulee terveyden tilan parantamisesta 55–60 vuoden jälkeen. Tässä terveydenhuollolla on rooli. Elintapasairauksien vähentämisessä ensisijainen vastuu on väestöllä itsellään ja terveydenhuollolla on vastuullinen valmentajan rooli.

Taulukko 6. Kuolemat syihin, joihin elintavoilla voidaan vaikuttaa vuonna 2017. Muuttujina peruskuolinsyy maakunta ja vuosi 2017 sekä nämä syyt yhteensä. Lähde: Tilastokeskuksen kuolinsyytilasto.

11 Kurkunpään, henkitorven ja keuhkojen syövät		23-24 Diabetes (E 10-E14)		27-30 Verenkiertoelinten sairaudet pl. Alkoholiperäiset (100-1327, 1427-199)	
MANNER-SUOMI	418	MANNER-SUOMI	137	MANNER-SUOMI	3449
Kymenlaakson maakunta	534	Kymenlaakson maakunta	213	Etelä-Savon maakunta	5976
Lapin maakunta	510	Lapin maakunta	194	Etelä-Karjalan maakunta	4927
Kainuun maakunta	492	Kainuun maakunta	181	Kainuun maakunta	4899
Satakunnan maakunta	490	Etelä-Savon maakunta	168	Pohjois-Karjalan maakunta	4757
Etelä-Pohjanmaan maakunta	482	Keski-Suomen maakunta	166	Pohjois-Savon maakunta	4599
Päijät-Hämeen maakunta	480	Etelä-Pohjanmaan maakunta	166	Kymenlaakson maakunta	4544
Etelä-Savon maakunta	464	Etelä-Karjalan maakunta	161	Satakunnan maakunta	4401
Etelä-Karjalan maakunta	459	Keski-Pohjanmaan maakunta	159	Lapin maakunta	4269
Pohjois-Karjalan maakunta	450	Pohjois-Karjalan maakunta	158	Etelä-Pohjanmaan	4199
Kanta-Hämeen maakunta	437	Satakunnan maakunta	157	Päijät-Hämeen maakunta	4057
Pohjanmaan maakunta	436	Päijät-Hämeen maakunta	148	Keski-Suomen maakunta	3992
Keski-Pohjanmaan maakunta	434	Varsinais-Suomen maakunta	145	Kanta-Hämeen maakunta	3800
Varsinais-Suomen maakunta	425	Kanta-Hämeen maakunta	142	Varsinais-Suomen maakunta	3595
Pohjois-Pohjanmaan maakunta	415	Pohjanmaan maakunta	136	Pohjanmaan maakunta	3360
Pohjois-Savon maakunta	414	Pohjois-Pohjanmaan	128	AHVENANMAA - ÅLAND	3345
Keski-Suomen maakunta	402	Pohjois-Savon maakunta	121	Keski-Pohjanm. maakunta	3171
Pirkanmaan maakunta	398	Pirkanmaan maakunta	117	Pirkanmaan maakunta	3143
AHVENANMAA - ÅLAND	372	Uudenmaan maakunta	109	Pohjois-Pohjanmaan	2815
Uudenmaan maakunta	359	AHVENANMAA - ÅLAND	34	Uudenmaan maakunta	2338

41 Alkoholiperäiset taudit ja tapturmaperäinen alkoholimyrkytys		Nämä ryhmät yhteensä	
MANNER-SUOMI	282	MANNER-SUOMI	4286
Etelä-Karjalan maakunta	497	Etelä-Savon maakunta	6932
Päijät-Hämeen maakunta	421	Etelä-Karjalan maakunta	6044
Kymenlaakson maakunta	388	Kainuun maakunta	5858
Pohjois-Karjalan maakunta	365	Pohjois-Karjalan maakunta	5730
Pohjois-Savon maakunta	346	Kymenlaakson maakunta	5678
Satakunnan maakunta	342	Pohjois-Savon maakunta	5481
Etelä-Savon maakunta	323	Satakunnan maakunta	5390
Lapin maakunta	322	Lapin maakunta	5295
Kanta-Hämeen maakunta	307	Päijät-Hämeen maakunta	5106
Kainuun maakunta	285	Etelä-Pohjanmaan maakunta	5064
Pirkanmaan maakunta	277	Keski-Suomen maakunta	4802
Uudenmaan maakunta	265	Kanta-Hämeen maakunta	4686
Varsinais-Suomen maakunta	256	Varsinais-Suomen maakunta	4420
Keski-Suomen maakunta	242	Pohjanmaan maakunta	4069
Etelä-Pohjanmaan maakunta	218	Keski-Pohjanmaan maakunta	3938
Pohjois-Pohjanmaan maakunta	204	Pirkanmaan maakunta	3935
Keski-Pohjanmaan maakunta	174	AHVENANMAA - ÅLAND	3886
Pohjanmaan maakunta	136	Pohjois-Pohjanmaan	3562
AHVENANMAA - ÅLAND	135	Uudenmaan maakunta	3071

1.9 Johtopäätöksiä

1. Väestöennusteiden mukaan työssäkäyvän väestön osuus ei kasva, mutta vanhusväestön palvelutarve kasvaa. Suuren ikäluokan hoivan tarpeen maksimi osuu vuosille 2025–2035, jonka jälkeen väestön tukipalvelujen tarve tasaantuu. Seurauksena on sote-palvelujen rahoituksessa lähivuosina erittäin kireä tilanne, joka vaatii jo nyt uudenlaista ajattelua toiminnan kaikilla tasoilla.
2. Koska suuri ikäluokka muutti asutuskeskuksiin, vanhusväestön palvelutarpeen kasvun alueellinen painopiste on asutuskeskuksissa. Kymmeneen suurimpaan kaupunkiseutuun keskittyy 75 % ikääntymisen ongelmista. Siksi suuren ikäluokan poistuminen on pääosin maakuntien keskuskaupunkien ja ympäristökuntien ongelma.
3. Alueelliset erot hoidontarpeessa ovat suuret. Väestöennusteen mukaan maaseudulta väestö vähenee jo nyt siinä määrin, että se vaikuttaa sairaalaverkkoon. Maaseudulta vapautuu henkilöresursseja ja palvelurakennuksia. Virheinvestointien välttämiseksi tarvitaan kuntarajoista riippumaton alueellinen sote-palvelujen tuotantosuunnitelma.
4. Väestöennuste määrittelee käytettävissä olevat resurssit. Ennusteen mukaan työikäinen väestö vähenee. Suomi joutuu hoitamaan suuren ikäluokan elämän päättymisen niukkenevin resurssein. Huoltosuhde on kansainvälisesti vertailtuna kireä 2020–2030 välillä, mutta sen jälkeen siirrymme nopeasti teollistuneiden maiden keskikastiin. Tähän ajanjaksoon sisältyy myös palvelutarpeen huippu.
5. Väestön seuraaminen näyttää, että elinajanodotteen absoluuttisella kasvulla on yläraja. Väestön keskimääräinen eliniän kasvu tulee kuolleisuuden vähenemisestä keski-iässä. Tässä väestön elintapavalinnoilla on merkitystä ja ennaltaehkäisevän terveydenhoidon merkitys kasvaa.
6. Pohjois-Karjalan väestön alhainen kuolleisuus sokeritautiin viittaisi siihen, että Pohjois-Karjala -projektilla olisi saatu aikaan pysyvää muutosta ruokailutottumuksiin. Sen sijaan tupakka ja alkoholi ovat jokaisen nuoren sukupolven oma valinta ja ennaltaehkäisevä terveydenhuolto joutuu opettamaan terveet elintavat vuosittain uusille sukupolville. Sydän- ja verisuonitautien alueelliset erot noudattelevat itä-länsi -jakoa.
7. Elinajanodotteessa väestön tunnetut ilmiöt, kuten itä-länsi erot näkyvät. Lisäämällä ennalta ehkäisevää terveydenhoitoa voidaan osa tappavista taudeista ehkäistä, kuten keuhkosyöpä, tai siirtää haittavaikutus myöhemmäksi.

2 Nykyiset sosiaali- ja terveyspalvelut

Aalto-yliopiston työryhmä on aikaisemmissa Kunnallisalan kehittämissäätiön julkaisemissa raporteissa käsitellyt palvelutuotantoa alueittain, ikäryhmittäin ja erikoisaloittain. Myös alueellisen kuntoutuksen ongelmia ja aluejärjestelmien ominaisuuksia on tutkittu. Lukuun ottamatta vuosittaista vaihtelua näissä raporteissa tehdyt havainnot pitävät paikkansa ja niiden toistamista vältetään.

Siksi seuraavassa tarkastellaan sosiaali- ja terveyspalvelujen nykytilaa käydyn soteuudistuskeskustelun näkökulmasta. Painopiste on ikääntymisessä, peruspalveluissa sekä alueellista eroissa. Erikoissairaanhoito on jätetty vähemmälle huomiolle, koska yleisesti sen on todettu toimivan hyvin ja siitä on käytettävissä Kuntaliiton tilastot.

2.1 Palvelurakenteen kehittyminen 2007–2017

THL tekee vuosittain 31.12. poikkileikkauksen analyysin kaikissa laitoksissa, jotka ovat vanhainkoti, tehostettu palveluasunto, tavallinen palveluasunto aikuiselle, tavallinen palveluasunto vanhuksille, terveyskeskuksen lyhytaikainen vuodeosasto ja terveyskeskuksen pitkäaikainen vuodeosasto. Jokaisesta hoidettavasta kerätään noin 30 tietoa.

Aluksi tarkastelemme Suomessa tapahtunutta kehitystä vuosien 2011–2017 välillä. Sitä kuvaa seuraava taulukko 7, jossa verrataan vuoden 2017 lukuja vuoden 2011 tilanteeseen. Taulukosta näkyy, että yli 75-vuotias väestö on kasvanut 13 %, mutta palvelutarve hoitopäivinä on pienentynyt 18 %. Asukkaiden kuntoisuus on säilynyt samana, 4,2.

Taulukko 7. Vanhusten palvelujärjestelmään paikkaluvun kehitys vuosien 2011 ja 2017 välillä, kaikki laitokset

Kaikki ikäluokat	Jaksot	Hoito-päivät	Hoito-aika	Ikä-ka	Hoitoi-suus (ka)	Väestö 75 +	Jaksot/ 1000 ikr. as	Hp/ ikär. asukas
2011 Kaikki yhteensä	70 778	49 330 000	607	81	4,2	444 000	159	111
2017 Kaikki yhteensä	65 000	40 467 000	623	82,2	4,2	502 000	129	81
Kehitys 2017/ 2011	0,92	0,82	1,03	1,01	1,00	1,13	0,81	0,73

Jos hoitojärjestelmää ei olisi kehitetty viimeisen kuuden vuoden aikana ja hoito olisi jatkunut samana, olisi 501 800 yli 75-vuotiasta tarvinnut kukin 111 hoitopäivää nykyisen 81 asemasta. Hoitopäiviä olisi ollut 15 miljoonaa enemmän ja kustannukset olisivat kasvaneet noin 2,4 miljardia euroa. Julkisuudessa on usein sanottu vanhusten tulleen raskashoitoisemmiksi sekä hoitoyksiköissä että kotihoidossa. Hoitoisuuden säilyminen samana viittaa siihen, että hoidettavien vaikeusaste on sama. Tulos ei johdu mekanistisesta laitoshoidon alasajosta, vaan on hoitojärjestelmän kehittämisen seuraus. Saavutus on merkittävä ja henkilökunta ansaitsee siitä kiitoksen.

2.2 Asiakaslaskenta 31.12.2017

Taulukosta näkyy, että tavallisin hoitojärjestelmä on tehostettu palveluasunto. Muualla Euroopassa pääosin 1970-luvulla eli 40 vuotta sitten lopetetussa vanhusten pitkäaikaisessa vuodeosastohoidossa on edelleen 1593 paikkaa, joissa vanhukset ovat olleet noin 18 kk.

Kotona pärjäämättömyys (itsensä huolehtimisen vajavuus) ja muistisairaudet vaativat 76 % yli 75-vuotiaiden resursseista. Ahtaat tilat tekevät kummastakin ryhmästä vuoteessa olevia vaikeahoitoisia vanhuksia.

Kuntoutus tulosyynä oli 768 vanhuksella vastaten 1 % kokonaismäärästä 65 000 vanhusta. Kuntoutusta on todennäköisesti todellisuudessa enemmän, koska osalla potilaista kirjautuu vain jatkohoito, vaikka kuntoutusta olisi runsaastikin.

Seuraavaksi tarkastelemme yhteenvetoa vuoden 2017 laskennasta ryhmiteltynä yli ja alle 75-vuotiaisiin sekä molempiin ikäryhmiin yhteensä.

Taulukko 8. Potilas- ja asiakaslaskenta 12.2017 yksiköt palvelun tyypin mukaan yhteensä, alle ja yli 75-vuotiaat sekä ikäryhmät yhteensä

Palvelujärjestelmien käyttö ikäluokittain 31.12.2017							
Alle 75v.	**Jaksot**	**Jaksot (%)**	**Kertyneet hoitopäivät**	**Hoitopäivät %**	**Hoitopäivät (ka)**	**ikäka**	**Hoitoisuus (ka)**
Vanhainkoti	888	7	659839	7	743	68	4,6
Tehostettu palveluasunto	6026	50	3925141	43	651	69	4,7
Tavallinen palveluasunto	854	7	1157967	13	1356	60	2,9
Tavallinen palveluasunto (aikuis.)	2150	18	3135481	34	1458	53	4,2
Terveyskeskus lyhyt	1844	15	32625	0	18	65	2,0
Terveyskeskus pitkä	342	3	202375	2	592	65	2,3
Yhteensä	**12104**	**100**	**9113428**	**100**	**753**	**65**	**4,0**
75v. ja yli							
Vanhainkoti	5259	10	3839977	12	730	87	4,6
Tehostettu palveluasunto	37679	71	22672411	72	602	86	4,7
Tavallinen palveluasunto	3917	7	3984639	13	1017	87	2,6
Tavallinen palveluasunto (aikuis.)	56	0	104321	0	1863	80	3,9
Terveyskeskus lyhyt	4732	9	86962	0	18	85	1,9
Terveyskeskus, pitkä	1251	2	665538	2	532	86	2,5
Yhteensä	**52894**	**100**	**31353848**	**100**	**593**	**86**	**4,2**
Kaikki ikäluokat							
Vanhainkoti	6 147	9	4 499 816	11	732	83,9	4,6
Tehostettu palveluasunto	43 705	67	26 597 552	66	609	83,9	4,7
Tavallinen palveluasunto	4 771	7	5 142 606	13	1 078	82,3	2,6
Tavallinen palveluasunto (aikuis.)	2 206	3	3 239 802	8	1 469	53,3	4,2
Terveyskeskus lyhyt	6 576	10	119 587	0	18	79,3	2,0
Terveyskeskus pitkä	1 593	2	867 913	2	545	81,8	2,4
Yhteensä	**64 998**	**100**	**40 467 276**	**100**	**623**	**82,2**	**4,2**

Maassamme oli 31.12.2017 edelleen käytössä terveyskeskuksen pitkäaikaisia sairaansijoja yhteensä 1 593 sairaansijaa ja hoitopäiviä kertyi yhteensä vähän alle 900 000. Näissä on raskain hoitajamiehitys. Kyseessä on ensisijaisesti muistisairaiden hoito. Potilaiden keskimääräinen hoitoisuus on 2,4 eli he ovat kaikkein helppohoitoisimpia.

Taulukko 9. Potilas- ja asiakaslaskenta, tulosyyt 31.12.2017, alle ja yli 75-vuotiaat sekä ikäryhmät yhteensä

Alle 75 vuotta: Tulosyy	Jaksot	Jaksot (%)	Hoito-päivät	Hoito-päivät (%)	Hoitopäivät (ka)	ika_ka	Hoitoisuus (ka)
11 Itsensä huolehtimisen vajav	4 200	35	3 382 302	37	805,3	63,6	4,4
12 Liikkumiskyvyn vajavuudet	948	8	1 239 312	14	1 307,3	59,9	4,2
2D Muistamattomuus, dementia	3 009	25	2 053 082	23	682,3	68,8	4,7
2X Muut hermostolliset syyt	337	3	664 529	7	1 971,9	59,4	4,1
32 Muu psykiatr. sairaus/oire	456	4	431 225	5	945,7	63,1	3,9
34 Yksinäisyys,turvattomuus	73	1	46 284	1	634,0	64,5	2,8
35 Asumisongelmat	163	1	171 291	2	1 050,9	62,4	3,4
37 Hoitajan loma	140	1	8 778	0	62,7	66,6	4,0
3X Muut psyyk.-sosiaaliset syy	727	6	838 049	9	1 152,8	61,3	4,2
4 Kuntoutus	218	2	48 766	1	223,7	59,1	3,4
6 Som.sairauden tutkim. + hoi	1 833	15	229 810	3	125,4	64,9	2,0
Yhteensä	12 104	100	9 113 428	100	752,9	64,5	4,0
75 vuotta ja yli: Tulosyy	**Jaksot**	**Jaksot (%)**	**Hoito-päivät**	**Hoito-päivät (%)**	**Hoitopäivät (ka)**	**ika_ka**	**Hoitoisuus (ka)**
11 Itsensä huolehtimisen vajav	15 304	29	8 403 620	27	549,1	86,5	4,4
12 Liikkumiskyvyn vajavuudet	2 442	5	1 463 181	5	599,2	86,1	4,3
2D Muistamattomuus, dementia	24 870	47	17 220 892	55	692,4	86,4	4,7
2X Muut hermostolliset syyt	755	1	438 211	1	580,4	86,0	4,2
32 Muu psykiatr. sairaus/oire	468	1	521 769	2	1 114,9	83,1	4,1
34 Yksinäisyys,turvattomuus	1 078	2	981 565	3	910,5	88,6	2,7
35 Asumisongelmat	457	1	708 839	2	1 551,1	86,9	2,7
37 Hoitajan loma	631	1	90 412	0	143,3	84,8	3,9
3X Muut psyyk.-sosiaaliset syy	1 447	3	938 550	3	648,6	85,5	4,1
4 Kuntoutus	550	1	67 084	0	122,0	85,4	3,3
6 Som.sairauden tutkim. + hoi	4 892	9	519 725	2	106,2	85,2	2,1
Yhteensä	52 894	100	31 353 848	100	592,8	86,3	4,2
Kaikki ikäluokat :Tulosyy	**Jaksot**	**Jaksot (%)**	**Hoito-päivät**	**Hoito-päivät (%)**	**Hoitopäivät (ka)**	**ika_ka**	**Hoitoisuus (ka)**
11 Itsensä huolehtimisen vajav	19 504	30	11 785 922	29	604,3	81,6	4,4
12 Liikkumiskyvyn vajavuudet	3 390	5	2 702 493	7	797,2	78,8	4,3
2D Muistamattomuus, dementia	27 879	43	19 273 974	48	691,3	84,5	4,7
2X Muut hermostolliset syyt	1 092	2	1 102 740	3	1 009,8	77,8	4,2
32 Muu psykiatr. sairaus/oire	924	1	952 994	2	1 031,4	73,2	4,0
34 Yksinäisyys,turvattomuus	1 151	2	1 027 849	3	893,0	87,0	2,7
35 Asumisongelmat	620	1	880 130	2	1 419,6	80,4	2,9
37 Hoitajan loma	771	1	99 190	0	128,7	81,4	3,9
3X Muut psyyk.-sosiaaliset syy	2 174	3	1 776 599	4	817,2	77,4	4,1
4 Kuntoutus	768	1	115 850	0	150,8	77,9	3,3
6 Som.sairauden tutkim. + hoi	6 725	10	749 535	2	111,5	79,7	2,1
Yhteensä	64 998	100	40 467 276	100	622,6	82,2	4,2

Keskeneräisen hoidon määrä on noin 40 miljoonaa hoitopäivää. Käyttäen hintana 160 euroa/vuorokausi on hoidon arvo noin 6,4 miljardia euroa. Yhden jakson keskihinta voidaan myös arvioida, jakson pituus on 622 vuorokautta x 160 euroa/vuorokausi eli noin 100 000 euroa. Laskelmassa käytetty keskihinta on epävarma, koska sitä ei kerätä julkisiin tilastoihin, mutta summa on 5–6 miljardin euron suuruusluokkaa.

Terveyskeskussairaaloissa on myös lyhytaikaista (alle 30 vuorokautta kestävää) hoitoa, jossa hoitojaksoja oli noin 6 500 ja hoitopäiviä 120 000. Terveyskeskussairaaloiden lyhytaikainen hoito käsittää kotihoidon tukijärjestelmän, sillä potilaiden enemmistö on otettu sairaalaan kotoaan suoraan terveyskeskuksen toimesta. Toinen ryhmä lyhytaikaisessa hoidossa olevista koostuu erikoissairaanhoidosta jatkohoitoon tulleista potilaista. Lisäksi terveyskeskussairaaloissa on vaihtelevasti muita toimintoja, kuten kuntoutusta, intervallihoitoa, terminaalihoitoa ja päihdeongelmien katkaisuhoitoa. Lyhytaikaisen hoidon keskimääräinen kesto on 18 vuorokautta ja pitkäaikaisen 545 vuorokautta.

Sosiaali- ja terveysministeriössä 2010-luvulla harkittiin 30 vuorokauden rajaa vuodeosaston hoitoaikaan, kun lääkärijäsen esitti tämän rajan käyttöönottoa myös Suomessa. Juristien näkemys oli vahvempi, ohjaavia rajoja ei asetettu, vaan hoitoaika jäi tarkoituksenmukaisuusharkintaan. Kun näiden paikkojen lopettamista ei saada aikaan, osoittaa se vakavia ongelmia valtionhallinnon ammatillisessa osaamisessa ja päätöksenteon valmistelussa.

Terveyskeskussairaalan vuodeosastoilla on nyt (2016) noin 7 000 sairaansijaa. Näissä lyhytaikainen hoito on rajoitettu 90 vuorokauteen. Euroopassa rajatiin vuodeosaston enimmäisaika 30 vuokauteen 1980-luvulla ja Pohjoismaista viimeisenä Ruotsi lopetti pitkäaikaiset vuodeosastot 1992 Ädel-reformin yhteydessä. Suomi on viimeinen EU-maa, jossa vuodeosaston hoitoaikaa ei ole rajoitettu korkeintaan kuukauteen ja ainoana maana käyttämässä pitkäaikaista vuodelepoa muistisairauksien hoitoon. Kun yleisesti tiedetään vuodelevon kuntoa huonontava vaikutus, olisi vuodeosaston hoitoaika rajattava 30 vuorokauteen vihdoin Suomessakin

Konservatiivinen laitosjärjestelmän kannattajakunta onnistui keväällä 2017 sosiaali- ja terveysministeriön ikääntyneiden palvelujen laatusuosituksessa 2017–2019 poistamaan sieltä numeeriset tavoitteet, joten on pelättävissä, että hyvä kehitys valitettavasti pysähtyy nykytasolle, eikä vanhuspalvelujen uudistusta saada vietyä loppuun.

2.2.1 *Yli 2 vuoden kestäneet laitosjaksot*

Edellä oleva taulukko 8, joka kuvaa kahden viime vuoden käyttöä, ei sisällä yli kaksi vuotta kestäviä hoitojaksoja. Kun osa vanhuksista on järjestelmässä yli kaksi vuotta, on tämä yli kahden vuoden palvelukäyttö myös huomioitava kokonaiskuvassa.

Taulukossa 9 on tarkasteltu THL:n vuoden 31.12.2016 laskentailmoitusten avulla kokonaiskäyttöä ja hoidon kestoa koko palvelujärjestelmässä: terveyskeskuksissa, vanhainkodeissa ja palveluasunnoissa. Taulukossa hoidon kesto on jaettu yhdeksään aikaluokkaan ja tarkasteltu hoidon määrää ja kestoa aikaluokittain.

Taulukossa on lisäksi yli 65-vuotiaiden kuolleiden henkilöiden hoitoon vuonna 2016 käytetyt resurssit. Ilman erikoissairaanhoitoa hoitopäiviä oli käytetty 9 118 777 tähän ryhmään.

Käyttäen hoitopäivän keskihintana 160 euroa/vuorokausi voidaan arvioida yli kaksi vuotta kestäneen keskeneräisen hoidon arvo. Kun hoitopäiviä on kertynyt 31,7 miljoonaa (hoitopäivät 7–9 yhteensä), saadaan arvioksi 5,07 miljardia euroa. Nämä hoitopäivät ovat toteutuneet keskimäärin 4,6 vuoden aikana.

Alle kaksi vuotta kestäneitä jaksoja oli 48 997 eli noin 73 % kaikista jaksoista, mutta niihin oli käytetty vain 10,8 miljoonaa hoitopäivää eli 25 % kaikista hoitopäivistä, arvoltaan noin 1,7 miljardia euroa.

Kun kaikkien jaksojen kesto on 623 vrk, saadaan lyhyet jaksot mukaan lukien jakson keskihinnaksi 100 000 €. Seuraavaksi tarkastelemme pitkien, yli kaksi vuotta kestäneiden hoitojaksojen kustannuksia.

Taulukko 10. Palvelujen käyttö yli kaksi vuotta kestäneissä jaksoissa

Laskenta 31.12.2016, yli 2 vuotta laitoksessa olleet												
Yksikkö	Kaikki yhteensä	%	TK - pitkä	%	Aik. tav. palv. as.	%	Ikäänt. tav. palveluas	%	Teh. palvelu-asunto	%	Vanhain koti	%
Potilaat 2016												
7 730-1094	6 952	10	289	14	151	7	634	12	4 520	11	1 141	12
8 1095-3599	10 273	15	486	43	591	27	1 416	26	6 475	16	1 794	19
9 3600-9999	1 330	2	39	17	286	13	431	8	389	1	168	2
7-9 yhteensä	**18 555**	**27**	**814**	**75**	**1 028**	**47**	**2 481**	**45**	**11 384**	**29**	**3 103**	**33**
Kaikki yhteensä	**66 846**	**100**	**2 792**	**75**	**2 181**	**100**	**5 458**	**100**	**39 869**	**100**	**9 494**	**100**
Hoitopäivät 2016												
7 730-1094	6 145 641	14	259 352	14	137 476	4	577 817	9	4 106 005	16	1 047 280	16
8 1095-3599	18 449 753	43	880 780	45	1 205 208	33	2 827 573	43	11 446 765	46	3 281 853	49
9 3600-9999	7 122 003	17	211 256	16	1 958 572	54	2 335 720	35	1 828 029	7	769 830	12
7-9 yhteensä	**31 717 397**	**75**	**1 351 388**	**75**	**3 301 256**	**92**	**5 741 110**	**87**	**17 380 799**	**70**	**5 098 963**	**77**
Kaikki yhtyeensä	**43 814 989**	**100**	**1 817 500**	**100**	**3 602 448**	**100**	**6 618 958**	**100**	**24 993 439**	**100**	**6 655 159**	**100**
% vanhuksista	100		4		3		8		60		14	
% hoitopäivistä	100		4		8		15		57		15	
Kustannukset M€	**5075**		**216**		**528**		**919**		**2781**		**816**	

Näiden yli kaksi vuotta kestäneiden jaksojen lukumäärä oli 18 555, osuus jaksoista 27 % ja hoitopäivistä 75 % kaikista eli yhteisarvoltaan 5,1 miljardia euroa. Tämä ryhmä on palvelujärjestelmässä keskimäärin 1 706 vuorokautta eli 4,6 vuotta. Jos arvioimme hoitovuorokauden keskihinnaksi 160 euroa/vuorokausi, voidaan keskeneräisen hoitojakson hinnaksi laskea 1 706 vuorokautta x 160 euroa/vuorokausi eli 270 000 euroa. Suuri osa heistä selviäisi toisenlaisessa hoitokulttuurissa tuettuna omassa kodissaan.

Jos hoitokäytäntö ei muutu, kasvaa tämä 5,1 miljardin euron summasuuren ikäluokan kuolemien määrän kasvun verran. Tämä kasvu on vuosien 2020 ja 2040 väillä noin 12 760 henkeä. Heistä 9 300 kuolee alle kahdessa vuodessa ja 3 500 yli kahdessa vuodessa. Vastaavat laitoshoidon kustannukset ovat pitkäaikaisen hoidon osalta 3 500 x 0,27 miljoonaa euroa eli noin 950 miljoonaa euroa.

Jos tätä aikaa voisi kuntoutuksella lyhentää puolella, kuten Eksoten esimerkki osittaa, selviäisi yhteiskunta merkittävästi pienemmillä kustannuksilla. Tämä on erittäin merkittävä näkökohta taloudellisten resurssien pienentyessä.

Jos arvioimme nykyisin hoitajamitoituksen olevan 0,5 paikkaa kohti, tarvitsee 18 500 yli 2 vuotta kestänyttä hoitojaksoa noin 9 200 hoitajaa. Jos he olisivat kuntoutettuina palvelukorttelissa, he selviäisivät noin 0,2 hoitajalla eli hoitajia vapautuisi 0,3 * 18 500 eli noin 5 500 tehtäviin, joissa heitä paremmin tarvitaan. Tämä edellyttää vanhusten kuntoutuksen saattamista muiden Pohjoismaiden tasolle.

Edellä olevassa tarkastelussa on vuosia kestäneiden hoitojaksojen kokonaiskustannuksia tarkasteltu koko jakson ajalta. Tätä tapaa ei tavallisesti käytettä, vaan kustannuksia tarkastellaan yhden vuoden jaksoissa. Samalla kokonaiskustannuksien muodostumisesta ei synny kokonaiskuvaa.

2.3 Alueilla on erilainen palvelurakenne

Rakenteet ovat alueellisesti muodostuneet eri tavalla. Tämä tulee esille, kun tarkastelemme, miten monessa kunnassa on kutakin palvelua. Vanhainkotipalveluja ei ole 44 %:ssa kuntia, tavallista palveluasuntoa vanhuksille 49 %:ssa, tavallista palveluasuntoa aikuisväestölle 30 %:ssa ja terveyskeskuksen pitkäaikaisosastoa 45 %:ssa. Tätä laskelmaa tehtäessä on käytetty jakona erikseen yli viisi asiakasta tai alle viisi asiakasta. Jako tarkoittanee sitä, että alle viisi asiakasta on keskimäärin noin kaksi asiakasta eli kunta käyttää toisen kunnan palvelua. Sellaisia kuntia, joissa palvelu todennäköisesti on, on noin neljännes kaikista kunnista.

Taulukko 11. Palvelut ovat alueellisesti erinimisiä

Palvelun nimi	Palvelua kuntia	Kuntia yli 5	Kuntia alle 5	Kuntia ei	Kuntia ei palv.	Kuntia
Vanhainkoti (31.33)	175	74	101	136	41	311
Tehostettu palveluasunto (32.3	304	229	5	7	2	311
Tav. palv. asunto vanh. (84)	159	108	51	152	49	311
Tav. palv. asunto aik. (81)	220	73	147	91	29	311
Tk pitkäaikainen osasto	170	74	96	141	45	311

Palvelujärjestelmä on tältä osin poikkeuksellisen sekava ja vaatii selkiinnytyksen. Tavallista ympärivuorokautista tehostettua palveluasuntoa ja vanhainkotia ei periaatteessa erota muu kuin nimi. Rakennukset ovat kuntakohtaisesti hyvin erilaisia, osa moderneja, osa varsin vanhoja. Nimestä riippumatta useimmissa on vuodeosaston rakenne, pienet oleskelutilat, noin 20 vanhusta kohti on 6–8 hengen ruokapöytä tuoleineen ja television katsomista varten 4–6 tuolia. Seurauksena on, että vanhus viettää aikaa omassa ahtaassa tilassa, etupäässä sängyssä, kuolemaa odotellen.

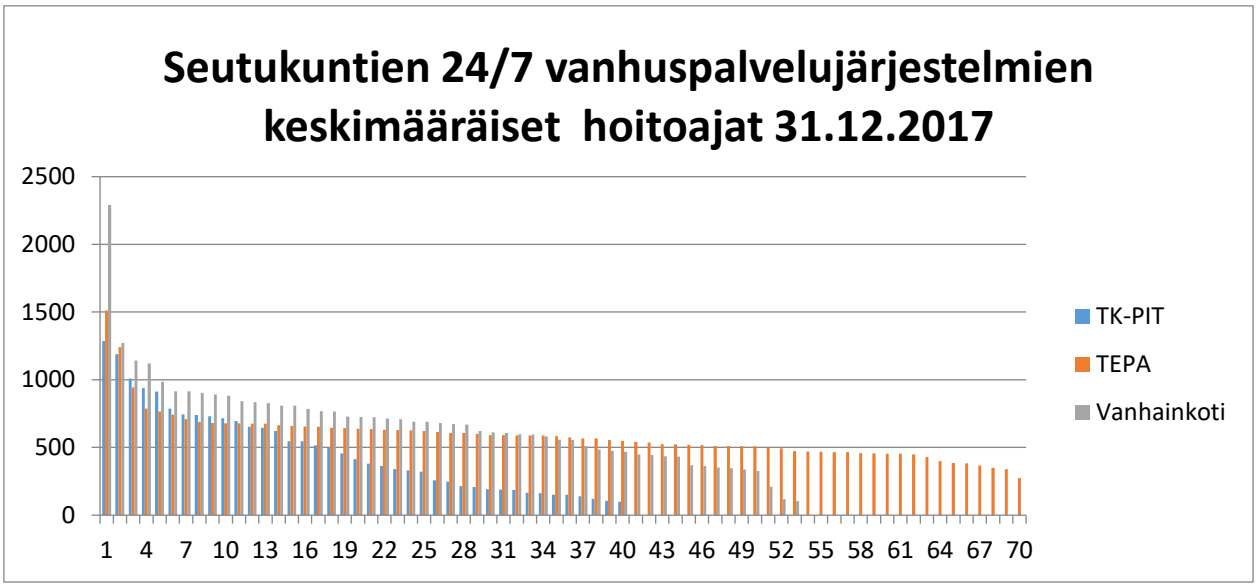
Jos opetusministeriö esittelisi koulujärjestelmän, jossa nimet ja laatu vaihtelisivat näin satunnaisesti, ministerillä olisi kaksi mahdollisuutta: joko puuttua asiaan tai erota. Sosiaali- ja terveysministeriön virkamiehet ovat ensisijaisesti vastuussa tilanteesta, mutta lääkintöhallituksen lopettamisen myötä katosi laadunvalvonta ja alueen kehitystyö.

Nykyisestä sekavasta jaosta pitää luopua osana soten rakenneuudistusta. Kun maahamme pitää saada tasalaatuinen palvelujärjestelmä, olisi järkevää tehdä uusi rakenne. Tämä edellyttää vanhuspalvelujen nykyisen järjestelmän tilalle uutta rakennetta. Tulevaisuudessa riittää kolme tasoa: 1) ympärivuorokautinen 24/7 hoivakoti, 2) päiväpalveluin varustettu sekä yöpalveluin tuettu asuminen ja 3) omaan kotiin tuodut kotipalvelut.

Rakenteen 24/7-palveluihin eli ympärivuorokautiseen palvelujärjestelmään kuuluisivat sekä vanhainkodit että tehostetut palveluasunnot, joiden nykyisistä luokituksista luovuttaisiin. Kokonaisuutta voitaisiin kutsua esimerkiksi vanhusten hoivakodiksi.

Sama asia tulee esiin kuvassa 7, jossa on tarkasteltu eri palvelujen hoitoaikoja seutukunnittain. Seutukunnissa on tehostetussa palveluasunnossa (TEPA) on lyhyimmät hoitoajat.

Kuva 7. Seutukuntien 24/7 vanhuspalvelujärjestelmien keskimääräiset hoitoajat 31.12.2017



Periaatteessa ei ole mitään estettä sille, että sekä vanhainkotien että terveyskeskusten pitkäaikaishoidosta luovutaan ja tilalle tulee tehostettua palveluasumista. Vegetatiivisessa tilassa olevien potilaiden hoidolle joudutaan miettimään omia ratkaisuja.

2.4 Vanhuspalvelujen mitoitus ja käyttö

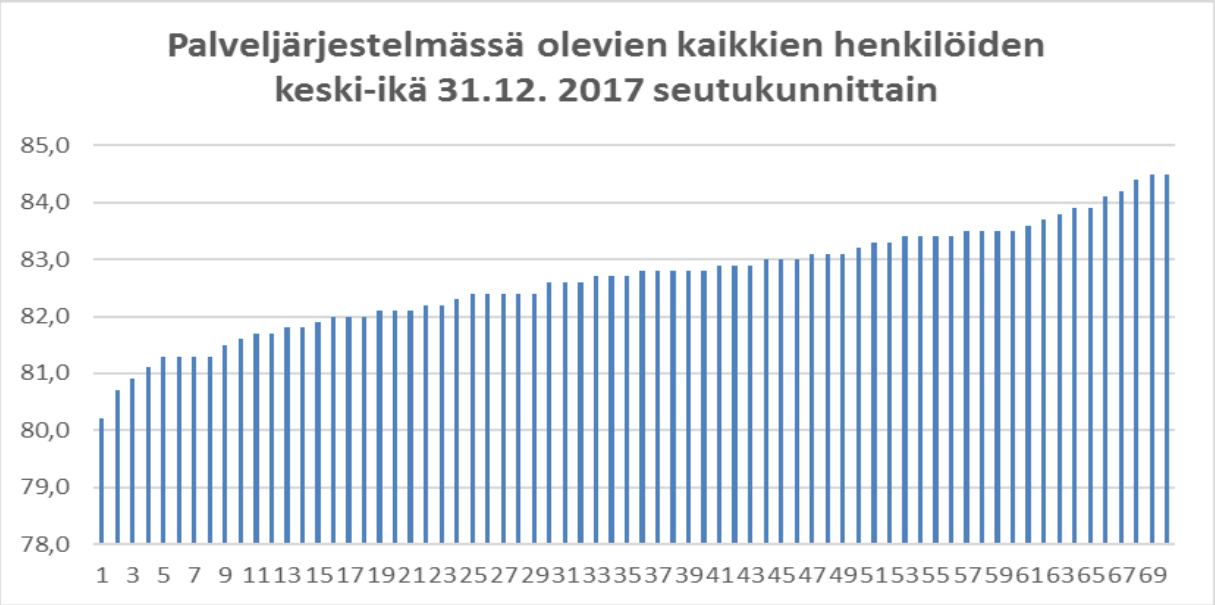
Seuraavassa tarkastellaan yli 75-vuotiaiden käyttämiä kaikkia alkuperäisen kodin ulkopuolisia palveluja.

Vanhuspalveluissa käytetään mitoituksena yli 75 vuoden ikää. Kun katsomme laitoshoidon ikärakennetta, on keski-ikä tällä hetkellä noin 85–87 vuotta. Tässä yhteydessä ei enää yli 75-vuotiaiden määrä ole relevantti mittari, vaan pitäisi siirtyä lähemmäksi laitosvanhusten todellista ikää.

Yleensä palveluasumiseen mennään siitä syystä, ettei kotona ei selvitä, asunto ole toimiva, etäisyys palveluihin on pitkä tai muistisairaus aiheuttaa ongelmia. Järjestelmää kuvaava tekijä on palveluissa olevien henkilöiden ikärakenne. Tämä on esitetty kunnittain kuvassa 8.

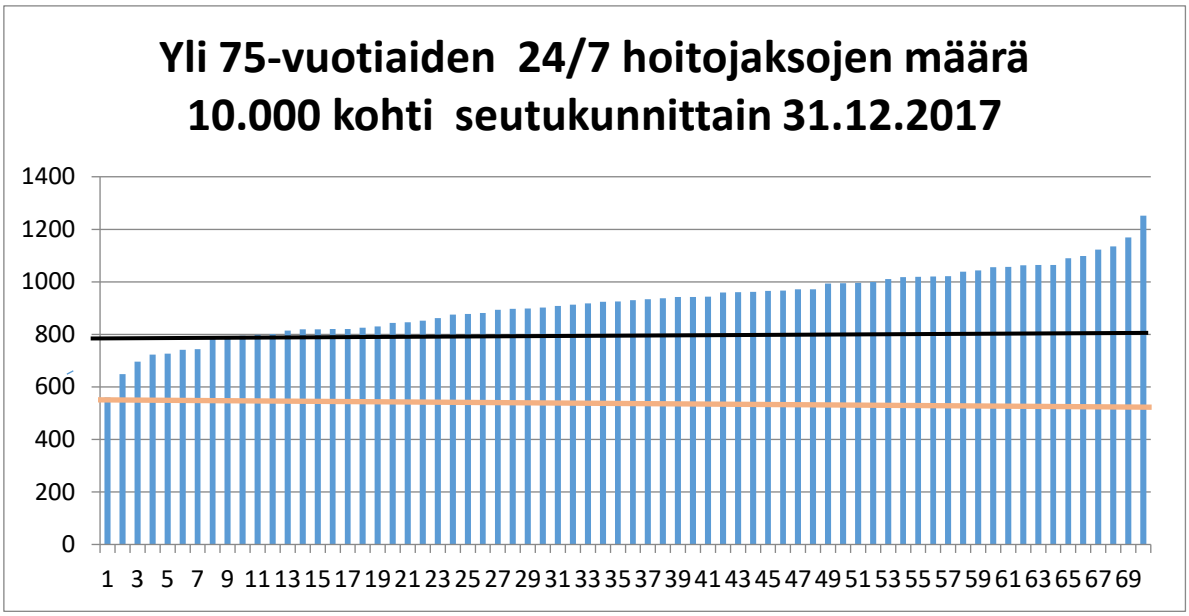
Palvelutarpeen mitoitus on tarkistettava. Onko esimerkiksi mitoituksen 75 vuoden ikäraja oikea tilanteessa, jossa laitosväestön keski-ikä on lähellä 86 vuotta? Seuraavan kuvion perusteella palvelumitoituksen pohjana tulisi olla 85 vuoden ikä eli 10 vuotta korkeampi kuin nykyisin käytössä oleva 75 vuoden ikä.

Kuva 8. Vanhuspalveluissa 31.12.2017 olevien henkilöiden keski-ikä seutukunnittain



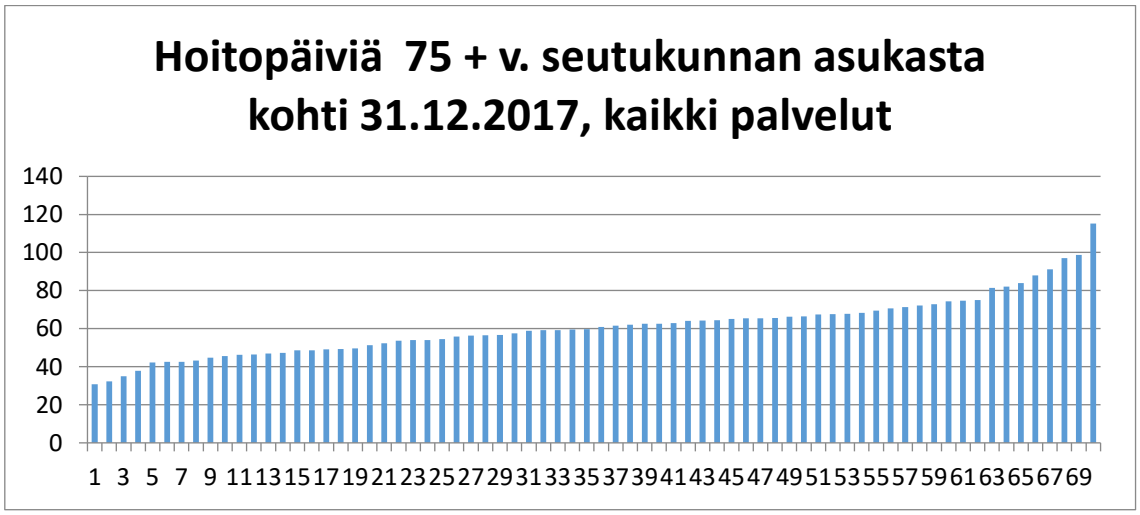
Kuvassa 9 musta viiva tasolla 800 merkitsee sosiaali- ja terveysministeriön Ikääntyneiden hoidon vanhan laatusuosituksen tavoitetasoa, jossa 92 % asuu kotona. Vain 8–9 seutukuntaa on saavuttanut vanhan tavoitetason. Suuri osa seutukunnista ei ole lähelläkään sitä tavoitetasoa, joka nykyisin on katsottava riittämättömäksi. Ruskea viiva vastaa Ruotsin nykytasoa, jossa 95 % yli 75-vuotiaista asuu tuettuna kotona. Tämä on myös Eksoten tavoitetaso.

Kuva 9. Yli 75-vuotiaiden 24/7 hoitojaksojen määrä 10 000 yli 75-vuotiasta kohti seutukunnittain 31.12.2017



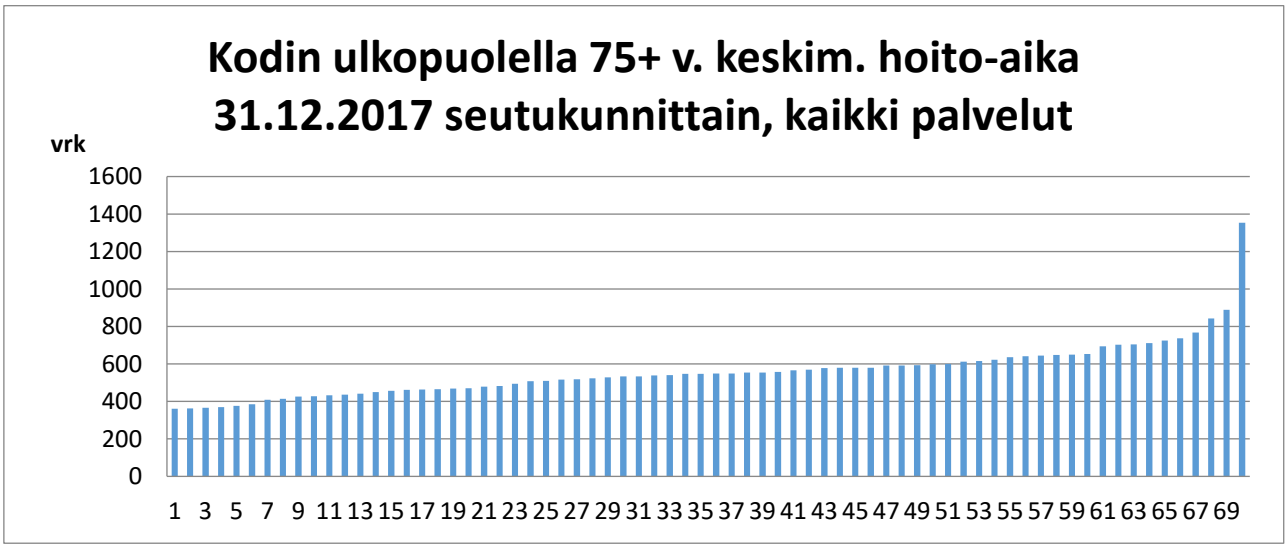
Suomen ja Ruotsin välinen ero johtuu ensisijaisesti kuntoutusjärjestelmien eroista. Suomesta puuttuu systemaattinen kuntoutusjärjestelmä. Kuntoutusta kyllä on, mutta kuntoutuksen intensiteetti vaihtelee tai se toteutetaan liian myöhään. Vanhusten kunto tyypillisesti romahtaa akuutin sairauden yhteydessä. Romahdus johtuu osittain hoidettavasta sairaudesta, mutta osittain myös hoitoprosessista itsestään. Vuodelepo johtaa nopeaan lihasten heikentymiseen ja liikuntakyvyn huononemiseen (hospitalization associated disability). Akuutti sairaus ja vuodelepo sairauden seurauksena huonontaa myös potilaan kognitiivista tilaa. Sairaalahoidon voidaan sanoa tuottavan dementiaa. Samoin vuodelepoon itsessään liittyy lisääntynyt kuolleisuus. Laitoshoito on usein seurausta siitä, ettei potilas ole enää toipunut sairaalahoidon jälkeen. Riittävän aikainen ja tehokas kuntoutus estää vuodelevosta aiheutuvia haittoja.

Kuva 10. Yli 75-vuotiaiden hoitopäivät asukasta kohti 31.12.2017, kaikki palvelut



Kuvasta 11 nähdään, että seutukunnittaiset hoitopäivämäärät yli 75-vuotiasta asukasta kohti vaihtelevat noin 40 vuorokaudesta yli 90 vuorokauteen. Kärjen ja jälkipään välinen ero on yli kaksinkertainen. Tämä on osoitus sosiaalisektorin keskushallinnon heikosta ohjauskyvystä.

Kuva 11. Kodin ulkopuolella asuvien yli 75-vuotiaiden keskimääräinen hoitoaika 31.12.2017 seutukunnittain, kaikki palvelut



Sote-keskustelussa on lähdetty siitä, että nykyinen palvelujärjestelmä toimisi hyvin. Kärjen ja lopun ero on lähes kaksinkertaisen. Näin suuret erot eivät voi johtua väestön tarpeesta. Kyseessä on alueellisesti eriarvoinen palvelujärjestelmä.

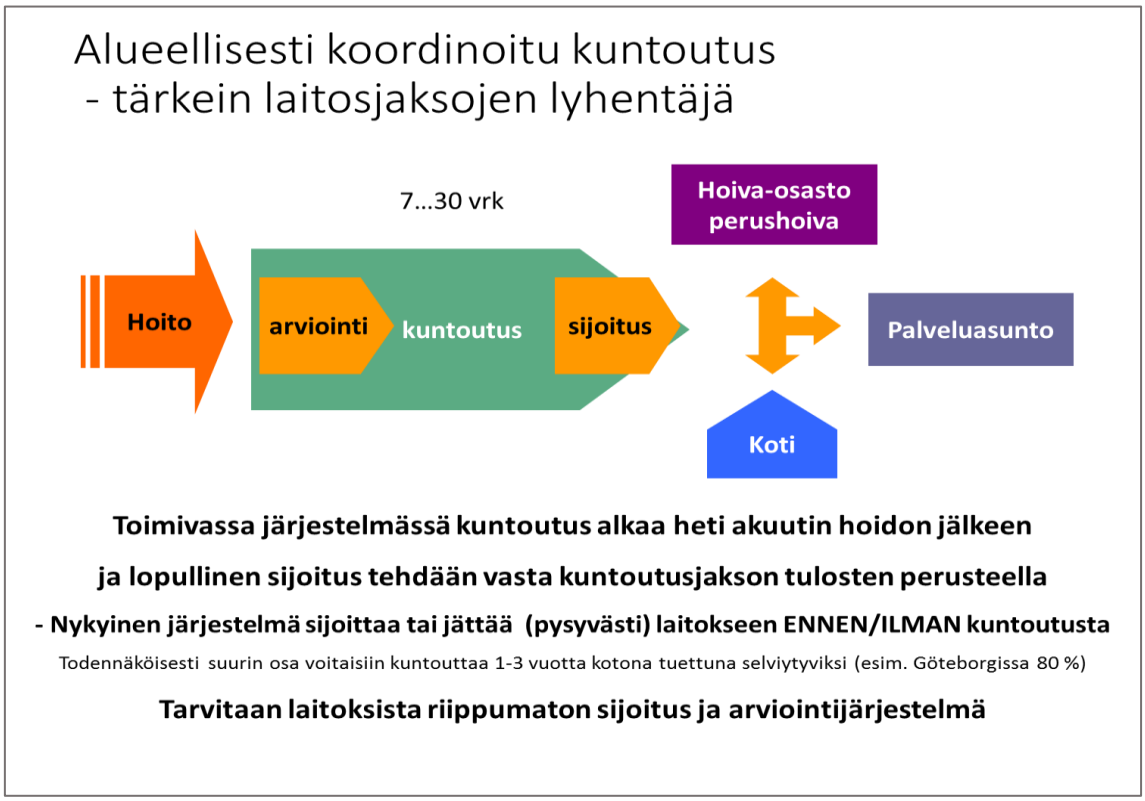
2.5 Päätös pysyvästä hoidosta

Kun tarkastelemme 24/7 palvelujärjestelmää, johon lasketaan vanhainkodit, tehostettu palveluasunto ja terveyskeskuksen pitkäaikaisosastot, näemme taulukossa 11 merkittäviä eroja siinä, kuinka monta vanhusta on järjestelmässä pysyväishoidon päätöksellä ja kuinka monta muuten. Seuraavassa taulukossa 12 on tarkasteltu pysyvien hoitopäätösten määrää suhteessa 24/7-hoitopaikkoihin.

On pelättävissä, että vanhuksen sijoittaminen järjestelmään ilman pitkäaikaishoitopäätöstä johtaa automaattisesti siihen, että jonkin ajan perästä pitkäaikaispäätös syntyy. Erityisen hankala on terveyskeskusten oikeus tehdä itse pitkäaikainen hoitopäätös 90 vuorokauden hoitoajan jälkeen. Siksi tarvitaan pitkäaikaispäätöstä varten erillinen uusi prosessi.

Mallia voidaan ottaa Ruotsista, jossa kriisin jälkeen vanhus siirretään mahdollisimman nopeasti kuntoutussairaalaan. Kun kuntoutusjakso, jonka pituus on korkeintaan kuukausi, on päättymässä, päätetään pysyvästä avun tai palvelutarpeesta. Tämä päätös tehdään riippumatta palvelun tuottajan intressistä.

Kuva 12. Toimivan palvelurakenteen kaaviokuva



Seuraavan sivun taulukko 12 esittää pysyvien hoitojen määrän asetettuna järjestykseen seutukunnittain pysyvien hoitopäätösten määrän mukaan. Listan alun ja lopun välillä on yli kaksinkertainen ero. Ero ei voi johtua mistään vanhusten toimintakykyyn liittyvästä tekijästä, vaan ero johtuu vain järjestelmän ominaisuuksista.

Taulukko 12. Päätökset pysyvästä hoidosta seutukunnittain

Seutukunnissa tehdyt pysyvät hoitopäätökset % yli 75 v.	Yli 75 v. asukkaita	Paikkoja yhteensä	Pitkäaik. päätös, paikkoja	Pitkäaik. päätös % kaikista paikoista	Lyhyt-aikaisia kaikista 24/7 paikoista	Lyhyt-aikaiset/ pitkä-aikaiset %	24/7 sijoituksia % yli 75 v.
Imatra	5823	326	290	89,00 %	36	12,4	5
Kaustinen	1767	131	102	77,90 %	29	28,4	5,8
Porvoo	4815	314	280	89,20 %	34	12,1	5,8
Lappeenranta	9527	665	558	83,90 %	107	19,2	5,9
Riihimäki	3978	298	239	80,20 %	59	24,7	6
Haapavesi-Siikalatva	1559	124	102	82,30 %	22	21,6	6,5
Kehys-Kainuu	3334	243	217	89,30 %	26	12	6,5
Kuopio	11931	867	775	89,40 %	92	11,9	6,5
Kokkola	4707	379	313	82,60 %	66	21,1	6,6
Lahti	21170	1667	1400	84,00 %	267	19,1	6,6
Loimaa	4037	320	266	83,10 %	54	20,3	6,6
Kyrönmaa	1292	109	87	79,80 %	22	25,3	6,7
Jämsä	3184	263	215	81,70 %	48	22,3	6,8
Koillismaa	2291	201	156	77,60 %	45	28,8	6,8
Keuruu	1651	149	116	77,90 %	33	28,4	7
Oulunkaari	2824	247	199	80,60 %	48	24,1	7
Vaasa	9549	783	668	85,30 %	115	17,2	7
Helsinki	101140	8077	7133	88,30 %	944	13,2	7,1
Salo	7149	582	518	89,00 %	64	12,4	7,2
Joensuu	11608	984	843	85,70 %	141	16,7	7,3
Mikkeli	8754	754	643	85,30 %	111	17,3	7,3
Lounais-Pirkanmaa	3566	296	263	88,90 %	33	12,5	7,4
Raasepori	4772	391	355	90,80 %	36	10,1	7,4
Jakobstadsregionen	5034	450	376	83,60 %	74	19,7	7,5
Kajaani	5419	487	407	83,60 %	80	19,7	7,5
Tampere	32641	2677	2455	91,70 %	222	9	7,5
Sisä-Savo	2157	180	165	91,70 %	15	9,1	7,6
Suupohja	2764	289	214	74,00 %	75	35	7,7
Rauma	7470	682	585	85,80 %	97	16,6	7,8
Seinäjoki	12288	1159	958	82,70 %	201	21	7,8
Järviseutu	2638	264	208	78,80 %	56	26,9	7,9
Kemi-Tornio	5885	528	467	88,40 %	61	13,1	7,9
Keski-Karjala	2521	253	200	79,10 %	53	26,5	7,9
Koillis-Savo	1175	124	93	75,00 %	31	33,3	7,9
Oulu	15411	1481	1210	81,70 %	271	22,4	7,9
Rovaniemi	5472	511	432	84,50 %	79	18,3	7,9
Ylä-Pirkanmaa	3543	334	279	83,50 %	55	19,7	7,9
Hämeenlinna	9797	905	788	87,10 %	117	14,8	8
Vakka-Suomi	3559	325	286	88,00 %	39	13,6	8
Mariehamns stad	1150	117	93	79,50 %	24	25,8	8,1
Savonlinna	6347	587	512	87,20 %	75	14,6	8,1
Etelä-Pirkanmaa	4527	399	373	93,50 %	26	7	8,2
Jyväskylä	13981	1358	1141	84,00 %	217	19	8,2
Kouvola	10609	1084	872	80,40 %	212	24,3	8,2
Turku	28840	2702	2357	87,20 %	345	14,6	8,2
Ålands skärgård	317	27	26	96,30 %	1	3,8	8,2
Åboland-Turunmaa	2662	256	221	86,30 %	35	15,8	8,3
Itä-Lappi	2716	264	227	86,00 %	37	16,3	8,4
Joutsa	903	84	76	90,50 %	8	10,5	8,4
Kuusiokunnat	2755	266	235	88,30 %	31	13,2	8,5
Loviisa	2059	191	175	91,60 %	16	9,1	8,5
Pohjois-Satakunta	2311	244	196	80,30 %	48	24,5	8,5
Varkaus	3990	376	338	89,90 %	38	11,2	8,5
Forssa	3883	415	333	80,20 %	82	24,6	8,6
Raahe	3038	304	261	85,90 %	43	16,5	8,6
Äänekoski	2459	260	212	81,50 %	48	22,6	8,6
Pielisen Karjala	3247	330	283	85,80 %	47	16,6	8,7
Sydösterbotten	2563	248	223	89,90 %	25	11,2	8,7
Pori	15432	1543	1358	88,00 %	185	13,6	8,8
Tunturi-Lappi	1437	163	126	77,30 %	37	29,4	8,8
Saarijärvi-Viitasaari	4335	444	404	91,00 %	40	9,9	9,3
Nivala-Haapajärvi	3156	348	297	85,30 %	51	17,2	9,4
Pieksämäki	4002	426	382	89,70 %	44	11,5	9,5
Ylivieska	4179	446	397	89,00 %	49	12,3	9,5
Ylä-Savo	6506	679	615	90,60 %	64	10,4	9,5
Ålands landsbygd	1251	121	119	98,30 %	2	1,7	9,5
Kotka-Hamina	9747	1071	947	88,40 %	124	13,1	9,7
Luoteis-Pirkanmaa	2067	234	205	87,60 %	29	14,1	9,9
Torniolaakso	1350	169	143	84,60 %	26	18,2	10,6
Pohjois-Lappi	1779	210	198	94,30 %	12	6,1	11,1

Suomessa oli vuonna 2017 yli 75-vuotiaita 503 500 henkeä. Jos Suomessa otettaisiin käyttöön Ruotsin taso, jossa paikkoja olisi 5 % olisi yli 75-vuotiaille eli noin 25 000, pienenisi nykyisten 24/7-palveluyksiköiden (vanhainkodit, tehostettu palveluasunto ja terveyskeskusten pitkäaikainen) yhteenlaskettu paikkamäärä nykyisistä 44 200 paikasta noin 14 200 paikalla vastaten noin 800 miljardin euron säästöpotentiaalia. Tämä edellyttäisi luonnollisesti 14 200 asuntoa palvelukortteissa tai vastaavissa.

Vastakkain ovat siis ahtaus, kallis 24/7-hoito ja kunnon huonontumisen kautta lyhentynyt elämä tai kuntoutus, asuminen toimintakykyisenä tuettuna kotona keskustan palvelukorttelissa ja yhteiskunnalle merkittävä säästö.

Uuteen keinovalikoimaan kuuluu kolme vaihtoehtoa. Ensisijainen vaihtoehto on sijoitus tuettuna elämään itsenäisenä omaan kotiin ja sinne tuotavat tarvittavat tukipalvelut. Seuraava vaihtoehto on muuttaa taajaman keskustan palvelukorttelissa olevaan vanhusten asuntoon, jossa on saatavissa tarvittava ruokailu, siivous, ja muut vastaavat järjestelyt. Vasta kolmantena tasona on sijoitus pysyvästi ympärivuorokautiseen palvelujärjestelmään. Voidaan pitää todennäköisenä, että Ruotsin taso, jossa 5 % yli 75-vuotiaista sijoittuu pysyvän laitoshoidon piiriin, on Suomessakin kuntoutuksen uudelleen järjestelyn avulla toteuttavissa.

Jos ajattelemme, että laitospaikan hinta vuodessa on 160 euroa/vuorokausi x 365 vuorokautta, eli 58 400 euroa ja kotihoidon noin 12 000 euroa (Eksoten arvio), syntyy säästöä noin 46 400 euroa paikkaa kohti ja yhteensä noin 658 miljoonaa euroa. Jonkin toisen alueen luvuilla tulos voi olla korkeampi lähes 900 miljoonaa euroa. Laskelma vaihtelee, koska seutukuntien palvelujen käytössä on satunnaisvaihtelua.

2.6 Perusterveydenhuollon lääkärissäkäynnit

Sotekeskustelun keskiössä on ollut lääkärille pääseminen. Tämä ongelma oli jo 1970-luvulla, jolloin kansanterveystyötä kehitettiin. Silloin tehtiin vuosittain toistuva viisivuotissuunnitelma, joka raportoitiin vuoden lopussa lääninhallituksille.

Kansanterveystyötä rakennettaessa valtakunnallisena tavoitteena oli kolme perusterveydenhuollon lääkärissäkäyntiä asukasta kohti vuodessa, joista yksi oli päivystyskäynti ilman ajanvarausta. Muiden käyntien osuudeksi arviotiin 1,5 käyntiä työntekijää kohti työterveyshuollossa, noin yksi käynti erikoissairaanhoidossa ja yksi käynti sairasvakuutussektorilla. Yhteensä käyntitavoite oli viisi käyntiä asukasta kohti vuodessa.

Samana päivänä kävijöistä oletettiin 80 % tapauksista vaativan vain lääkärin tapaamisen ja lääkemääräyksen. Noin 20 % vaatii yksinkertaisia laboratoriotestejä. Laboratoriokokeita tarvitsevista 20 %:sta oli ehkä neljännes niin sairaita, että he vaativat jatkotoimenpiteitä. Noin 0,5 % otettiin vuodeosastolle heti tai myöhemmin.

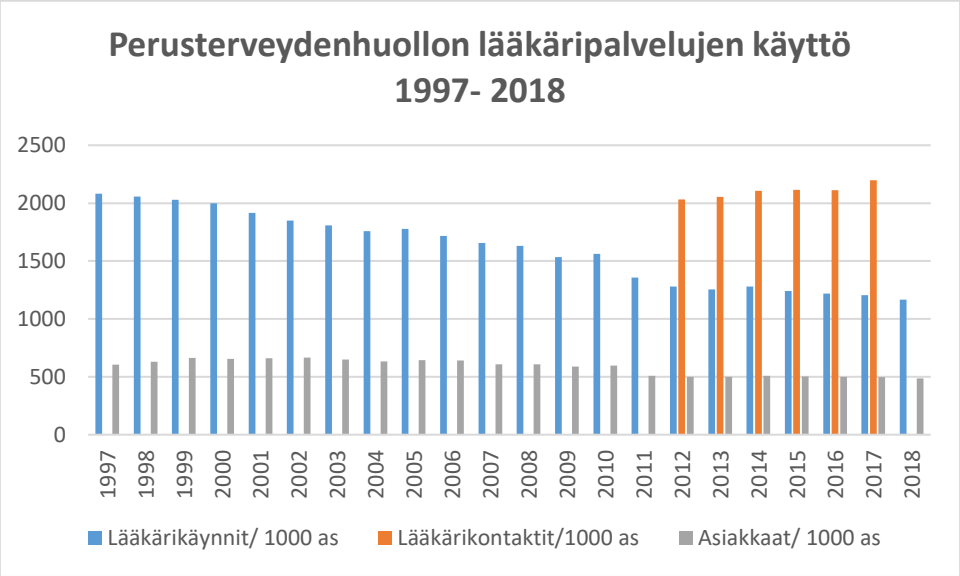
Lähtökohdat ovat nyt muuttuneet. Automaation vuoksi laboratoriokokeiden määrä on kasvanut ja kehittyneiden hoitojen vuoksi vuodeosastojen käyttö on vähentynyt. Samalla perustason lääkärissäkäynnit ovat vähentyneet kaikissa kehittyneissä maissa.

Tavoiteluvuissa oletettiin, että vastaanottotyötä oli viisi tuntia päivässä ja keskimäärin neljä potilasta tunnissa eli 20 potilasta päivässä. Kun vuodessa on kaksisataa työpäivää, vastasi tämä mitoitus 4 000 käyntiä virka-aikana lääkärityövuotta kohti. Mitoitus oli selvästi pienempi kuin vanhat kunnanlääkärien vuosittaiset 6 000–7 000 potilaskäyntimäärät.

Lääkärikunta pääsee perustasolla nykyisin keskimäärin noin viiteen potilas käyntiin päivässä eli noin tuhanteen käyntiin vuodessa.

Kehitys vuodesta 1997 ja nykytilanne on seuraavassa Terveyden- ja hyvinvointilaitoksen (THL) Sotka-tietokannan taulukossa 12. Lääkärikäynnit sisältävät vain kasvokkaisen tapaamisen. Lääkärikontakteissa on mukana puhelimitse tai netissä hoidetut asiakkaat.

Kuva 13. Terveyskeskusten lääkärissäkäynnit 1000 asukasta kohti 1997-2018



Kuvasta 13 näkyy, että terveyskeskusten lääkärikäynnit ovat olleet kahden käynnin tasolla eli noin 10 miljoonassa vuosituhannen vaihtuessa. Kun käynnit ovat nyt tasolla 1 200 käyntiä tuhatta asukasta kohti, on vähennys noin 800 käyntiä tuhatta asukasta kohti eli yhteensä 4,2 miljoonaa käyntiä. Tilalle on tullut muita kontakteja, jotka nostavat kontaktimäärän kokonaisuudessaan 2 200 kontaktin tasolle.

Terveyskeskusten potilasmäärä on vähentynyt huippuvuoden 2002 tasosta noin 27 % eli terveyskeskusten asiakasmäärä on vähentynyt noin 870 000 asukkaalla.

Kun tarkastellaan tilannetta kunnittain, todetaan suuria eroja. Tilanne kunnittain on liian epätasainen, jotta voitaisiin puhua tasalaatuisesta palvelujärjestelmästä. Ongelmana on, että käyttäjä ei pidä puhelua tai muun kuin lääkärin tapaamista samanarvoisena kuin henkilökohtaista lääkärissäkäyntiä.

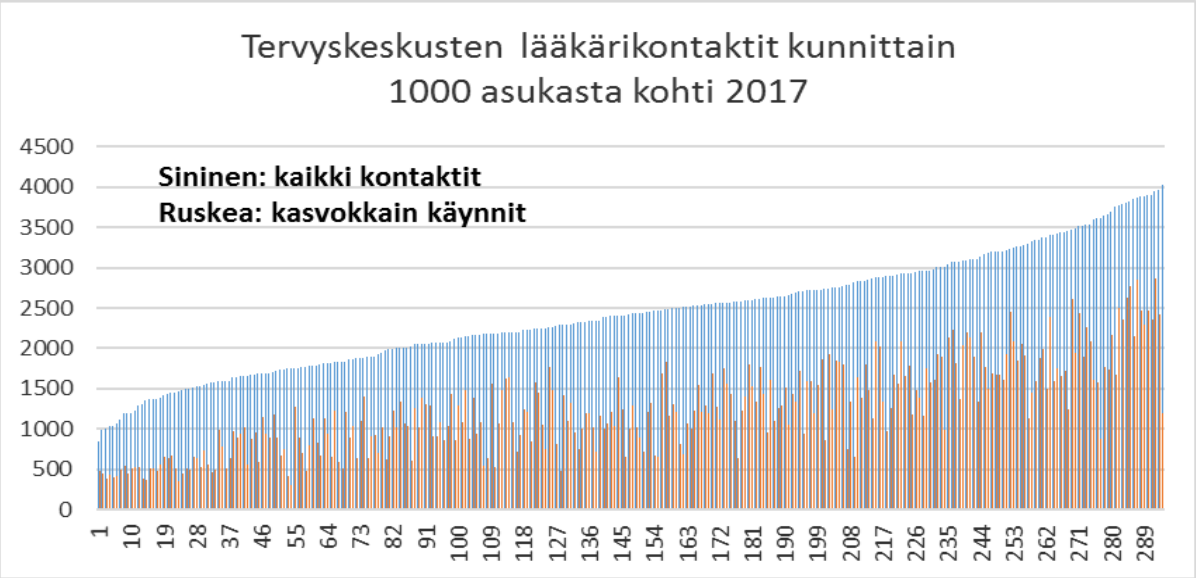
Kuva 14 osoittaa, että terveyskeskuksissa ovat yleistyneet muut kuin kasvokkain tapahuvat lääkärissäkäynnit. Erot kuntien välillä ovat suuria. Kuvan 14 alku- ja loppupään välillä on nelinkertainen ero. Näin suuret kuntakohtaiset erot perustasolla eivät ole hyväksyttäviä. On myös havaittavissa, että vähäinen kasvokkain

lääkärissäkäynti liittyy myös alhaisimpaan muiden kontaktien määrään. Siellä missä kasvokkain käyntejä on paljon, on myös muita kontakteja paljon. Tulos osoittaa, että merkittävä osa terveyskeskuksista on potilaspulassa. Potilasmäärien vähenemisen voi olettaa johtuvan väestömuutoksista, potilaiden siirtymisestä muualle kuten yksityiseen palvelutuotantoon tai työterveyshuoltoon tai hoitoprosessien suuremmasta siirtymisestä erikoissairaanhoitoon.

Kuva 14. Perustason kasvokkaiset lääkärissäkäynnit vuonna 2017

Yleensä julkisessa keskustelussa katsotaan perusterveydenhuollon suurimmaksi ongelmaksi resurssipulan ja siitä johtuvaksi oletetun jonoina ilmenevän vaikean pääsyn. Jono vastaanotoille on monimutkainen asia. Sillä on monta mahdollista selitystä. Resurssipulan sanotaan olevan automaattinen selitys, mutta jonoilla on oma dynamiikkansa. Lyhyellä jonolla on taipumus pidentyä, kun lyhyt jono houkuttelee lisää potilaita. Pitkällä jonolla on taipumus lyhentyä, kun potilaat alkavat välttää hoitopaikkaa liian pitkien jonojen vuoksi. Jonoilla on taipumus regressoitua kohti keskiarvoa. Jono on vallankäytön väline, kun jonolla voi perustella suurta työtaakkaa ja vaatia resursseja.

Kuva 15. Perustason lääkärissäkäynnit ja sähköiset kontaktit vuonna 2017



Potilasmäärien väheneminen ja terveyskeskusten kontaktien epätasainen jakauma kertovat sitä, että perinteinen näkemys terveyskeskuksesta on vanhentunut. Perinteisesti on nähty terveyskeskuslääkäri ottamassa vastaan potilaiksi ilmoittautuneita noin 20 minuutin välein. Uudempi näkemys pitää terveyskeskuslääkäriä verkostomaisen hoitotiimin jäsenenä, joka käsittelee kansalaisten terveysongelmia yhteistyössä muun henkilöstön kanssa paljon nykyistä matalammalla konsultaatiokynnyksellä eri alojen spesialisteihin. Tietoteknologian lisääntyy käyttö terveydenhuollon seurantaan ja viestintään. Lääkäri siirtyy valmentajan rooliin ja yksilö vastaa itse enemmän omasta terveydenhuollostaan. Samalla kontaktit siirtyvät kasvavassa määrin sähköiseksi, kuten THL:n tilastot osoittavat.

Nykyiset puheet perusterveydenhuollon ongelmien hoitamisesta tuhannella lääkärillä lisää kertoo vanhentuneen näkemyksen ylläpidosta ja kuvitelmasta, että jokainen ongelma hoidetaan lisäämällä resurssia.

Taulukossa 13 on kuvattu 20 suurimman ja 20 pienimmän lääkärissäkäyntien määrän terveyskeskuksia. Pienet ja pitkien etäisyyksien kunnat ovat alttiina satunnaisvaihtelulle. Niitä löytyy lähinnä oikeanpuoleisesta suurten käyntimäärien listasta. Vasemmanpuoleisessa pienten käyntimäärien terveyskeskusten luettelossa on sen sijaan suurempiakin asutuskeskuksia, joilla ei pitäisi olla vaikeuksia saada lääkäreitä.

Taulukko 13. Terveyskeskusten lääkärissäkäynnit ovat alueellisesti epätasaisia

Terveyskeskusten lääkärissäkäynnit 1000 kohti 20 penintä ja suurinta vuonna 2017				
Raasepori	372		Rääkkylä	1817
Kajaani	480		Vesanto	1869
Vöyri	482		Parkano	1875
Mikkeli	487		Pielavesi	1876
Mustasaari	524		Hämeenkyrö	1886
Valkeakoski	533		Pyhäjärvi	1904
Pukkila	536		Keitele	1923
Paltamo	558		Keuruu	1925
Ristijärvi	572		Kemijärvi	1954
Joensuu	601		Kuusamo	1993
Orimattila	602		Ikaalinen	1997
Hyvinkää	603		Kinnula	2013
Vaasa	607		Kiuruvesi	2027
Pornainen	614		Somero	2031
Lahti	621		Tervo	2079
Rovaniemi	621		Suonenjoki	2148
Kontiolahti	630		Utsjoki	2164
Lemland	631		Kihniö	2202
Sievi	644		Kaskinen	2735
Hirvensalmi	652		Taivalkoski	2831

Perusterveydenhuollossa on muitakin ammattiryhmiä kuin lääkäreitä. Hoitajat ovat erikoistuneet eri tautiryhmiin, esimerkiksi sokeritautiin, kuntoutukseen, mielenterveysongelmiin jne. THL:n Sotka-tietokanta antaa mahdollisuuden tarkastella tämän toiminnan volyymiä indikaattorilla 2 380, muut käynnit kuin lääkärikäynnit eli lähinnä sairaanhoitajakontaktit. Taulukkoon 14 on otettu hoitajakäyntien suhteen 20 suurinta ja 20 pienintä kuntaa. Kärjen ja perän välinen ero on noin 50-kertainen.

Ensiksi on todettava, että alueelliset erot ovat liian suuria, jotta voisimme puhua tasalaatuisesta palvelujärjestelmästä. Se, että tilanne on jatkunut vuosia samanlaisena ilman, että kukaan on kiinnittänyt siihen huomiota, osoittaa tilastoraporttien puutteen.

Taulukko 14. Terveyskeskusten hoitajakontaktit 1000 asukasta kohti, 20 pienintä ja suurinta

Perusterveydenhuollon muut kuin lääkärin avohoitokäynnit 1 000 asukasta kohti 2018				
1	Miehikkälä	2	Hyrynsalmi	1 050
2	Virolahti	10	Kitee	1 064
3	Askola	13	Ruovesi	1 082
4	Kökar	17	Lieksa	1 098
5	Nurmijärvi	22	Pori	1 146
6	Rovaniemi	23	Valtimo	1 175
7	Sottunga	33	Ulvila	1 233
8	Turku	33	Kemi	1 353
9	Kumlinge	35	Hartola	1 465
10	Nousiainen	36	Myrskylä	1 541
11	Mynämäki	38	Padasjoki	1 599
12	Lemland	39	Pukkila	1 615
13	Hammarland	42	Iitti	1 714
14	Finström	43	Orimattila	1 728
15	Masku	43	Sysmä	1 735
16	Eckerö	44	Asikkala	1 754
17	Muhos	47	Heinola	1 854
18	Laitila	48	Hollola	1 879
19	Saltvik	48	Kärkölä	1 925
20	Brändö	49	Lahti	2 039

2.7 Tulevaisuuden perusterveydenhuollon toimintamalli

Lääketieteen kehittyessä muuttuu myös ammattien työn sisältö. Etenkin avohoidon perinteinen lääkärin vastaanotto muuttuu. NHS:n uudistuksessa pyritään siihen, että noin 15 % hätäpuhelinkeskukseen soittaneista saa lääkärin avun puhelinsoittonsa aikana. Pääosa hoitokontakteista järjestetään hoitohenkilökunnan toimesta. Avun tarvitsija ohjataan nopeasti vastuuorganisaatioon tai vastuuhenkilölle, jotka ovat erikoistuneet ongelmakeskeisiin hoitoihin.

Perustason kontaktien siirtyminen osittain sähköiseksi on käynnissä ja etävastaanotot tulevat merkittävään osaan perustason yhteydenpidossa. Trendi on kansainvälinen.

Sujuvampi pääsy hoitoon syntyy myös työtapojen kehittämisellä. Potilaan hoito vaatii lääkärin lisäksi myös muita ammattihenkilöitä, kuten diabeteshoitaja, muistihoitaja, kuntoutushoitaja jne. Lääkärin rooli jää usein konsultiksi ja vaikeiden tilanteiden auttajaksi.

Keski-Uudenmaan perushoidossa on meneillään täysin uuden toimintatavan kokeilu, jossa lääkärin ja hoitajien muodostaman vastaanottotiimin työskentelee samassa tilassa ja samalla syntyy mahdollisuus uuteen työskentelytapaan, jossa

kasvokkaisten lääkärikontaktien tarve pienenee. Kokeilu on toiminut hyvin ja herättänyt mielenkiintoa Lappia myöten (Mia Palo). Sitä on selostus Lääkärilehdessä (23).

Myös muut kuin kasvokkaiset lääkärikontaktit rekisteröidään THL:n Sotka-tietokantaan. Nämä ovat puhelinkontakteja, sähköposteja hoitajien neuvontaa. Niiden osuus on merkittävä jo nyt ja tulee kasvamaan erilaisten näköpuhelimien yleistyessä.

Taulukko 15. Sähköisten kontaktien osuus kasvaa perusterveydenhuollossa

Ei kasvokkaiset lääkärikontaktit					
	Muu kuin	Muu %		Muu kuin	Muu %
Lieksa	301	17	Honkajoki	2649	61
Taivassalo	356	24	Ikaalinen	2707	58
Polvijärvi	374	28	Kärsämäki	2733	62
Pornainen	387	39	Pudasjärvi	2735	63
Hailuoto	393	30	Enonkoski	2738	66
Kontiolahti	407	39	Vimpeli	2767	68
Laihia	414	39	Mynämäki	2771	73
Kustavi	423	24	Alajärvi	2774	66
Joensuu	432	42	Salla	2775	61
Valkeakoski	455	46	Hankasalmi	2803	64
Luoto	456	38	Lappajärvi	2845	74
Tyrnävä	456	31	Puumala	2862	73
Urjala	466	30	Pyhäjärvi	2925	61
Raasepori	477	56	Hyrynsalmi	3029	65
Simo	479	27	Jämijärvi	3072	63
Järvenpää	482	35	Rantasalmi	3368	77
Valtimo	485	21	Evijärvi	3392	75
Juuka	497	32	Pomarkku	3427	67

Jos lääkärit ovat tulevaisuudessa läsnä vain etänä, tulee hoitajista keskeinen perustasoa ylläpitävä henkilöryhmä.

2.8 Soten kustannukset ja niiden kehitys 2010-luvulla

Valtiovarainministeriö on edellyttänyt kuntasektorilta 2–3 miljardin säästöä osana kestävyystalkoita. Soten osalta kustannuskeskustelu käynnistyi sosiaali- ja terveysministeri ministeri Rehulan puheenvuoroista, joissa tavoitteeksi asetettiin sote-kasvun pienentäminen 3 %:sta reaalisesti 0,9 %:iin vuodessa ja näin säästyisi kestävyysvajeeseen vuoteen 2028 mennessä kolme miljardia euroa. Keskustelussa keväällä 2019 puhuttiin 2,5 % kasvusta, mutta edelleen kolmen miljardin säästöstä.

Bruttokansantuote esiintyy useammassa eri muodossa. Pääministeri käyttää 18,6 miljardia, sote-aluekeskustelussa luku on yli 19 miljardia, Tilastokeskuksen vakioimattomassa luvussa ollaan 23 miljardin tasossa, mutta erilaisilla indekseillä korjattuna päädytään 22 miljardiin.

Jos sote olisi kasvanut reaalisesti 2,5 % tai 3 % vuodessa, olisi työntekijämäärämäärä vuodesta 2008 lisääntynyt noin 75 000–80 000 työntekijällä. Tällaista

reaalilisäystä ei ole ollut. Onkohan sote-keskustelussa mennyt sekaisin BKT:n nimellinen ja reaalinen kasvu?

Taulukko 16. Tuotanto- ja tulonmuodostustilit 2011–2016

Tuotanto- ja tulonmuodostustilit muuttujina Toimiala, Sektori, Taloustoimi, Tiedot ja Vuosi								
86 Terveys- ja sosiaalipalvelut yhteensä								
Kaikki osaalueet	YHTEENSÄ	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Kehitys % 2016/ 2011
Tuottajat yhteensä	Käypiin hintoihin	25094	26699	27714	28223	27714	28351	113
	Viitevuoden 2010 hinnoin	24189	24585	24873	24664	23938	24502	101
	Kehitys % viitev. hintoihin	100	102	103	102	99	101	101
S11 Yritykset	Käypiin hintoihin	3970	4255	4672	4950	5430	5974	150
	Viitevuoden 2010 hinnoin	3857	3954	4243	4332	4687	5015	130
	Kehitys % viitev. hintoihin	100	103	110	112	122	130	130
S1313 Paikallishallinto	Käypiin hintoihin	18248	19456	20064	20354	19400	19439	107
	Viitevuoden 2010 hinnoin	17544	17818	17876	17698	16674	16913	96
	Kehitys % viitev. hintoihin	100	102	102	101	95	96	96
S14 Kotitaloudet	Käypiin hintoihin	766	835	794	778	801	801	105
	Viitevuoden 2010 hinnoin	741	772	723	666	678	649	88
S15 Kotitalouksia palvelevat	Kehitys % viitev. hintoihin	100	104	98	90	91	88	88
voittoa tavoittelemattomat	Käypiin hintoihin	2110	2153	2184	2141	2083	2137	101
	Viitevuoden 2010 hinnoin	2047	2041	2031	1968	1899	1925	94
	Kehitys % viitev. hintoihin	100	99	96	93	94	94	94
86 Terveyspalvelut								
S11 Yritykset	Käypiin hintoihin	2487	2626	2865	2989	3267	3485	140
	Viitevuoden 2010 hinnoin	2395	2421	2588	2576	2757	2814	117
	Kehitys % viitev. hintoihin	100	101	108	108	115	117	117
S1313 Paikallishallinto	Käypiin hintoihin	11697	12465	12845	13044	11758	11786	101
	Viitevuoden 2010 hinnoin	11274	11455	11518	11469	10291	10507	93
	Kehitys % viitev. hintoihin	100	102	102	102	91	93	93
S14 Kotitaloudet	Käypiin hintoihin	715	774	745	731	750	750	105
	Viitevuoden 2010 hinnoin	691	714	677	624	632	604	87
S15 Kotitalouksia palvelevat	Kehitys % viitev. hintoihin	100	103	98	90	91	87	87
voittoa tavoittelemattomat	Käypiin hintoihin	478	460	431	399	299	279	58
	Viitevuoden 2010 hinnoin	465	434	397	366	271	250	54
	Kehitys % viitev. hintoihin	100	93	85	79	58	54	54
87_88 Sosiaalipalvelut								
S11 Yritykset	Käypiin hintoihin	1483	1629	1807	1961	2163	2489	168
	Viitevuoden 2010 hinnoin	1462	1534	1656	1758	1934	2213	151
	Kehitys % viitev. hintoihin	100	105	113	120	132	151	151
S1313 Paikallishallinto	Käypiin hintoihin	6551	6991	7219	7310	7642	7653	117
	Viitevuoden 2010 hinnoin	6270	6363	6358	6230	6369	6394	102
	Kehitys % viitev. hintoihin	100	101	101	99	102	102	102
S14 Kotitaloudet	Käypiin hintoihin	51	61	49	47	51	51	100
	Viitevuoden 2010 hinnoin	50	58	46	42	45	44	88
S15 Kotitalouksia palvelevat	Kehitys % viitev. hintoihin	100	116	92	84	90	88	88
voittoa tavoittelemattomat	Käypiin hintoihin	1632	1693	1753	1742	1784	1858	114
	Viitevuoden 2010 hinnoin	1582	1607	1634	1603	1629	1675	106
	Kehitys % viitev. hintoihin	100	102	103	101	103	106	106
Punainen - 5 % tai yli	Vihreä + 5 % tai yli							

Jatkossa ei ole mahdollista nostaa olennaisesti sote-sektorin kustannuksia. Työikäisen väestön määrä ja veronmaksukyky eivät kasva, vaikka maan ikärakenne muuttuu vanhusvoittoiseen suuntaan.

2.9 Soten työntekijät 2008–2016

Henkilökunnan kasvu vuodesta 2008 vuoteen 2017 on ollut hyvin maltillista, noin prosentin verran vuodessa. Kasvu voidaan jakaa julkisen ja yksityisen sektorin kesken. Kuten oheisesta taulukosta 15 näkyy, julkinen sektori ei ole kasvanut merkittävästi, sen sijaan yksityissektori on. Yksityissektorin kohdalla on huomattava, että se sisältää myös julkisen sektorin ulkoistukset, jotka näkyvät näissä tilastoissa julkisen sektorin pienenemisenä työvoiman osalta.

Suomen vertaaminen OECD-tilastojen avulla ei ole aivan yksinkertaista. Lasten päivähoitojärjestelmä on kansainvälinen poikkeus ja se aiheuttaa vertailutilastoissa Suomelle liian korkean luvun silloin, kun tilastoa käytetään vanhus- ja sairaalapalvelujen sekä sosiaalipalvelujen vertaamiseen.

Suomen sisällä voidaan todeta, että lasten päivähoidon poikkeuksellinen organisointi aiheuttaa niukkuutta sosiaali- ja terveyspalveluihin, jos se lasketaan sille puolelle tai vastaavasti niukkuutta opetushallinnon puolella. Tämä ei tarkoita sitä, että lasten hyvin toimivasta päivähoitojärjestelmästä pitäisi luopua, mutta se tarkoittaa sitä, että sosiaali- ja terveydenhuollon taloudellinen liikkumavara on Suomessa pienempi kuin muissa maissa.

Suomessa on lasten päivähoidossa merkittävä määrä työntekijöitä. Lasten päivähoidon asema kansainvälisissä tilastoissa jakaantuu kahtia. Opetushallinnon puolelle varhaiskasvatukseen tilastoidaan 1–2 esikouluvuotta. Pienten lasten päivähoito luokitellaan sosiaalipalveluksi. Näin esimerkiksi OECD:n sosiaali- ja terveydenhoitotilasto sisältää lasten päivähoidon virat. Tätä toimintaa ei muissa maissa ole Suomen laajuudessa, koska julkisen viranomaisen järjestämää lasten päivähoitoa ei tässä laajuudessa ole. Siksi Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon tiukka mitoitus ei automaattisesti tule näkyviin.

Seuraavassa taulukossa 17 on kaksi lukua Suomen keskimääräisestä työntekijämäärästä tuhatta asukasta kohti: Finland 71,19 ja koko maa 70,25. Pieni ero johtuu siitä, että Tilastokeskuksen tilastoja päivitetään koko ajan. Koko maan luku on myöhempi ja siten tarkempi kuin THL:n OECD:lle antama tilaston syntymisvaiheessa oleva luku.

Taulukossa 18 on Suomen maakuntien sote-työntekijöitä verrattu ilman lasten päivähoidon työntekijöitä, jolloin jää jäljelle perinteiset sosiaali- ja terveydenhuollon ammatit. Ilman lasten päivähoidon työntekijöitä on koko maassa 58,88 sote-työntekijää tuhatta asukasta kohti. Luku on alhainen, kuten tilastosta näkyy.

Ilman lasten päivähoitoa maassamme on noin 320 000 sote-alan työntekijää. Nämä työntekijät jakaantuvat kolmeen ryhmään tuottajittain: julkinen sektori, yksityiset palvelutuottajat ja kolmantena voittoa tuottamattomat yhteisöt. Julkisessa sektorissa on työntekijöitä vähän yli 200 000, yksityissektorissa noin 50 000 ja voittoa tuottamattomissa järjestöissä noin 30 000. Jos tarkastelemme kehitystä vuodesta

2008 vuoteen 2016, näemme, että julkisen sektorin työntekijämäärän kehitys on ollut väestöön suhteutettuna 0,5 % vuodessa eli 4 %. Tätä voidaan pitää soten reaalikasvun yhtenä mittarina. Vastaavana aikana BKT on kasvanut hyvin vähän, joten soten kasvu on ollut BKT:n kasvua suurempaa.

Taulukko 17. Sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijät, OECD-maat ja Suomen maakunnat, lasten päivähoito mukana

Sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijät 1000 kohti, lasten päivähoito mukana			
Maa ja maakunta	2016	Maa ja maakunta	2016
Norway	109,63	United States	63,66
AHVENANMAA - ÅLAND	94,81	Iceland	62,68
Denmark	88,34	Kanta-Hämeen maakunta	61,81
Sweden	81,84	Etelä-Karjalan maakunta	60,05
Netherlands	80,97	United Kingdom	59,18
Pohjois-Savon maakunta	79,53	France	58,74
Keski-Pohjanmaan maakunta	79,44	New Zealand	55,53
Etelä-Savon maakunta	79,25	Belgium	53,41
Switzerland	79,04	Canada	52,82
Pohjanmaan maakunta	78,34	Ireland	51,53
Etelä-Pohjanmaan maakunta	76,60	Austria	51,24
Lapin maakunta	75,06	Israel	48,96
Luxembourg	74,2	Portugal	36,52
Varsinais-Suomen maakunta	74,16	Korea	36,31
Pohjois-Karjalan maakunta	73,16	Lithuania	32,13
Pohjois-Pohjanmaan maakunta	71,89	Italy	31,21
Pirkanmaan maakunta	71,31	Czech Republic	30,66
Finland	71,19	Hungary	29,88
Kainuun maakunta	70,51	Slovenia	29,88
Koko maa	70,25	Estonia	29,34
Germany	69,75	Spain	28,45
Päijät-Hämeen maakunta	69,27	Poland	25,31
Keski-Suomen maakunta	69,03	Slovak Republic	24,76
Satakunnan maakunta	67,64	Latvia	24,61
Kymenlaakson maakunta	66,92	Chile	22,75
Uudenmaan maakunta	65,60	Greece	20,46
Australia	65,42	Turkey	14,17
Japan	64,63	Mexico	9,29

Sipilän hallitus toisti sitoutumista 0,9 %:n vuosittaiseen terveydenhuollon reaalikasvuun vuoteen 2028 asti. Tämä merkitsee yhteensä noin 10 %:n kasvua vuoteen 2030 mennessä.

Taulukko 18. Sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijät OECD maat ja Suomen maakunnat ilman lasten päivähoitoa

Sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijät 1000 kohti pl. lasten päivähoito			
Maa ja maakunta	2016	Maa ja maakunta	2016
Norway	109,63	Keski-Suomen maakunta	58,56
Denmark	88,34	Satakunnan maakunta	58,32
Sweden	81,84	Kymenlaakson maakunta	57,93
Netherlands	80,97	New Zealand	55,53
Switzerland	79,04	Belgium	53,41
AHVENANMAA - ÅLAND	76,27	Canada	52,82
Luxembourg	74,2	Uudenmaan maakunta	52,46
Finland	71,19	Kanta-Hämeen maakunta	52,27
Etelä-Savon maakunta	70,47	Etelä-Karjalan maakunta	51,98
Germany	69,75	Ireland	51,53
Pohjois-Savon maakunta	68,60	Austria	51,24
Keski-Pohjanmaan maakunta	67,46	Israel	48,96
Australia	65,42	Portugal	36,52
Etelä-Pohjanmaan maakunta	64,74	Korea	36,31
Japan	64,63	Lithuania	32,13
Pohjanmaan maakunta	64,59	Italy	31,21
Lapin maakunta	64,55	Czech Republic	30,66
United States	63,66	Hungary	29,88
Pohjois-Karjalan maakunta	63,42	Slovenia	29,88
Iceland	62,68	Estonia	29,34
Varsinais-Suomen maakunta	62,60	Spain	28,45
Kainuun maakunta	61,13	Poland	25,31
Pirkanmaan maakunta	60,80	Slovak Republic	24,76
Pohjois-Pohjanmaan maakunta	60,61	Latvia	24,61
Päijät-Hämeen maakunta	59,44	Chile	22,75
United Kingdom	59,18	Greece	20,46
Koko maa	58,88	Turkey	14,17
France	58,74	Mexico	9,29

Kun tarkastelemme työntekijämäärän kehitystä vuodesta 2008, ei julkisen sektorin työntekijämäärä ole absoluuttisesti kasvanut vaan pienentynyt 2 %. Koko kasvu on mennyt yksityiseen sektoriin, jonka kasvu on 17 %.

Taulukko 19. Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilökunnan kehitys 2006–2016

Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilökunnan kehitys 2006-2016								
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Kaikki yhteensä	301558	304619	309611	313499	320063	322060	323260	322037
Kehitys vuodesta 2008	100	101	103	104	106	107	107	107
Väkiluku	5326314	5351427	5375276	5401267	5426674	5451270	5471753	5487308
Työntekijöitä 1000 asukasta kohti	56,6	56,9	57,6	58,0	59,0	59,1	59,1	58,7
Kehitys vuodesta 2008	100,0	100,6	101,8	102,5	104,2	104,4	104,4	103,7
Julkinen sektori	217066	218125	220292	220966	225105	225075	227335	223115
Kehitys vuodesta 2008	100	100	101	100	102	100	101	98
Yksityinen sektori	84492	86494	89319	92533	94958	96985	95925	98922
Kehitys vuodesta 2008	100,0	102,4	105,7	109,5	112,4	114,8	113,5	117,1
Lähde: Tilastokeskus, työssäkäyntitilasto 2019								

Tällä tavalla tarkasteltuna Suomen terveydenhuollon kansainvälinen arvostus perustuu siihen, että julkisen sektorin henkilöiden työpanos on vaikuttavaa. Suomalaisten eliniänodote vuonna 2000 oli 81.1 vuotta ja ennuste vuodelle 2020 on 83.6 vuotta.

Yleensä eliniänodotteen kasvu maailmassa johtuu koulutuksesta, taloudellisesta kehityksestä, hygieniasta ja tietyistä lääketieteellisistä toimista kuten rokotuksista ja perusantibioottien käytöstä. Suomen kaltaisessa maassa nämä tekijät on jo käytetty, mutta eliniänodote on edelleen kasvussa. Todennäköisiä syitä ovat sydän- ja verisuonisairauksien ennalta ehkäisy, terveiden elämäntapojen yleistyminen, lääketieteen eteneminen useiden sairauksien osalta sekä tapaturmaisten ja väkivaltaisten kuolemien väheneminen.

Jos tarkastelemme soten keskeistä ongelmaa eli perusterveydenhuollon lääkärikäyntipulaa, luku on parhaista 90-luvun vuosista laskenut noin neljällä miljoonalla käynnillä. On vaikea nähdä, että se ratkeaa lisäämällä asutuskeskusten avohoitopalveluja.

Isompi ongelma onkin se, että jos tarkastelemme väestöön suhteutettuja työntekijämääriä, näemme, että Uudenmaan kasvualue on puutteellisesti mitoitettu ja suuremmat mitoitukset ovat haja-asutusalueiden maakunnissa.

2.10 Johtopäätökset

1. Maassa ei ole tällä hetkellä tasalaatuista sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmää. Kärki ja loppupää eroavat useissa palveluissa kertoimella kaksi, hoitajien kontaktimäärässä erot ovat väestöön suhteutettuna jopa kertoimen 30 tasoa. Alueelliset palvelujen resurssien ja käytön vaihtelut ovat niin suuria, että niiden voidaan olettaa vaikuttavan väestön terveyteen.
2. Ikääntyneiden palvelurakenne on vanhanaikainen ja osittain päällekkäinen. Erityisen ongelmallista on sekava järjestelmä (vanhainkodit, terveyskeskusten pitkäaikainen vuodeosasto ja tehostettu palveluasunto). Tässä järjestelmässä potilaan kannalta kuntoa huonontava pitkäaikainen vuodeosastohoito on muualla lopetettu jo 40 vuotta sitten. Palvelurakenteessa on siirryttävä

selvään luokitukseen: 1. kotipalvelut, 2. palveluasunto päiväpalveluin ja 3. palveluasunto ympärivuorokautisine palveluineen.

3. On erotettava terveyskeskuslääkäripula ja terveyskeskuslääkärikäyntien pula. Väestöön suhteutetuissa lääkärikäynneissä Pohjoismaat ovat kansainvälisten tilastojen loppupäässä. Käyntimäärät lääkäriä kohti ovat alhaiset. Toisaalta palvelurakenne on erilainen. Osan siitä työstä, mitä lääkärit tekevät muualla, tekevät täällä hoitajat. Hoitajien työpanos on alueellisesti liian epätasainen.
4. Asutuskeskuksissa asuneella suurella ikäluokalla on erilainen palvelutarve kuin edellisellä sukupolvella. Ikääntyneiden asunto- ja palvelutarpeesta 75 % suuntautuu kymmenen suurimman kaupunkikeskukseen. Vanhuksille tarkoitettujen asuntojen on oltava parempia ja sijoitettava keskitetysti palvelukortteliin. Palvelujen tuottamisessa kotiin tuotavien palvelujen rooli kasvaa. Etäisyydet mahdollistavat kotisairaanhoidon ja kotipalvelujen helpomman tuottamisen haja-asutusalueeseen verrattuna. Tällä kehityksellä on merkittävä kustannusvaikutus.
5. Kuntoutuksen puute lyhentää vanhusten elinikää ja tekee palvelujärjestelmästä taloudellisesti lähes miljardin euron verran kuntouttavaa järjestelmää kalliimman.
6. Näiden tekijöiden vuoksi kokonaispalvelutarve yhtä elämän päättymistä kohti on suuren ikäluokan osalta pienempi kuin edeltäviltä sukupolvilta.

3 Miten suhtaudumme verrattuna muihin OECD-maihin?

Seuraavaksi tarkastelemme maamme palvelujärjestelmän asemaa kansainvälisissä vertailuissa. Vertailuja tekee kaksi organisaatiota. OECD ylläpitää Health Statistics tietokantaa ja julkaisee Health at Glance -raporttisarjaa. Health Consumer Powerhouse julkaisee Euro Health Consumer Index -raportin vuosittain. WHO Eurolla on laaja tilasto taudeista ja palvelutuotannosta. Euro STAT sisältää väestötietoja. Tässä raportissa tukeudutaan esisijaisesti OECD:n tietokantaan ja siitä tehtyihin raportteihin.

Taulukko 20. OECD -maiden välinen vertailu sosiaali- ja terveydenhuollon resursseista BKT-osuudesta

OECD maiden terveydenhuollon bkt osuus arvio 2019					
Turkey	4,2	Slovenia	7,9	Norway	10,2
Luxembourg	5,4	Korea	8,1	Austria	10,3
Mexico	5,5	Iceland	8,3	Belgium	10,4
Latvia	5,9	OECD - Average	8,8	Denmark	10,5
Poland	6,3	Italy	8,8	Canada	10,7
Estonia	6,4	Spain	8,9	Japan	10,9
Hungary	6,6	Chile	8,9	Sweden	11
Slovak Republic	6,7	Finland	9,1	France	11,2
Lithuania	6,8	Portugal	9,1	Germany	11,2
Ireland	7	Australia	9,3	Switzerland	11,2
Czech Republic	7,5	New Zealand	9,3	United States	16,9
Israel	7,5	United Kingdom	9,8		
Greece	7,8	Netherlands	9,9		

Suomessa oli 1980-luvulla poikkeuksellisen edullinen terveydenhuollon palvelujärjestelmä, jonka BKT-osuus on ollut pitkään noin 7,5 %. Lähtökohtaisesti emme enää ole poikkeuksellisen edullinen, mutta kuulumme kansainväliseen keskikastiin. Palvelujärjestelmämme on laadullisesti edelleen korkeatasoinen.

Rakenteellisesti järjestelmä toimii edelleen laitostavasti muistuttaen muiden maiden 1970-luvun palvelujärjestelmiä. Viranomaisohjaus puuttuu, joka näkyy esimerkiksi muualla jo lopetetun pitkäaikaishoidon jatkumisena. Moderni kuntoutus puuttuu. Tilat ovat ahtaita eivätkä tue kuntoutumista. Suomessa vallitsee hallinnossa pysähtyneisyyden aika.

3.1 Health at Glance 2018

OECD:n Health at Glance 2018 -raportti ilmestyy vuosittain. Niissä arvioidaan perusteellisesti jäsenmaiden terveydenhuoltojärjestelmiä. Tulokset ovat aikasarjoja, jotka ovat keskeisiä sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmää arvioitaessa. Koko

raportti on luettavissa verkossa. Kaaviot ja huomiot noudattavat raportin järjestystä. Vuoden 2018 raportin keskeiset toteamukset ovat seuraavat:

- Mielenterveyden ongelmien hoitamiselle on annettava suurempi painoarvo.
- Hukkakustannuksia voidaan vähentää järjestelmää tehostamalla ja joustavoittamalla.
- Eliniänodotteen kasvu on pysähtynyt ja suuria sosiaaliluokkaeroja esiintyy.
- Terveyden edistämisessä on enemmän panostettava riskitekijöiden pienentämiseen.
- Terveysjärjestelmän vahvistaminen voi vähentää ennenaikaisia kuolemia.
- Yhdenvertainen pääsy terveyspalveluihin vähentää sosiaaliluokkien välisiä terveyseroja.
- Palvelujärjestelmää voidaan uuden tekniikan avulla vahvistaa ja joustavoittaa.

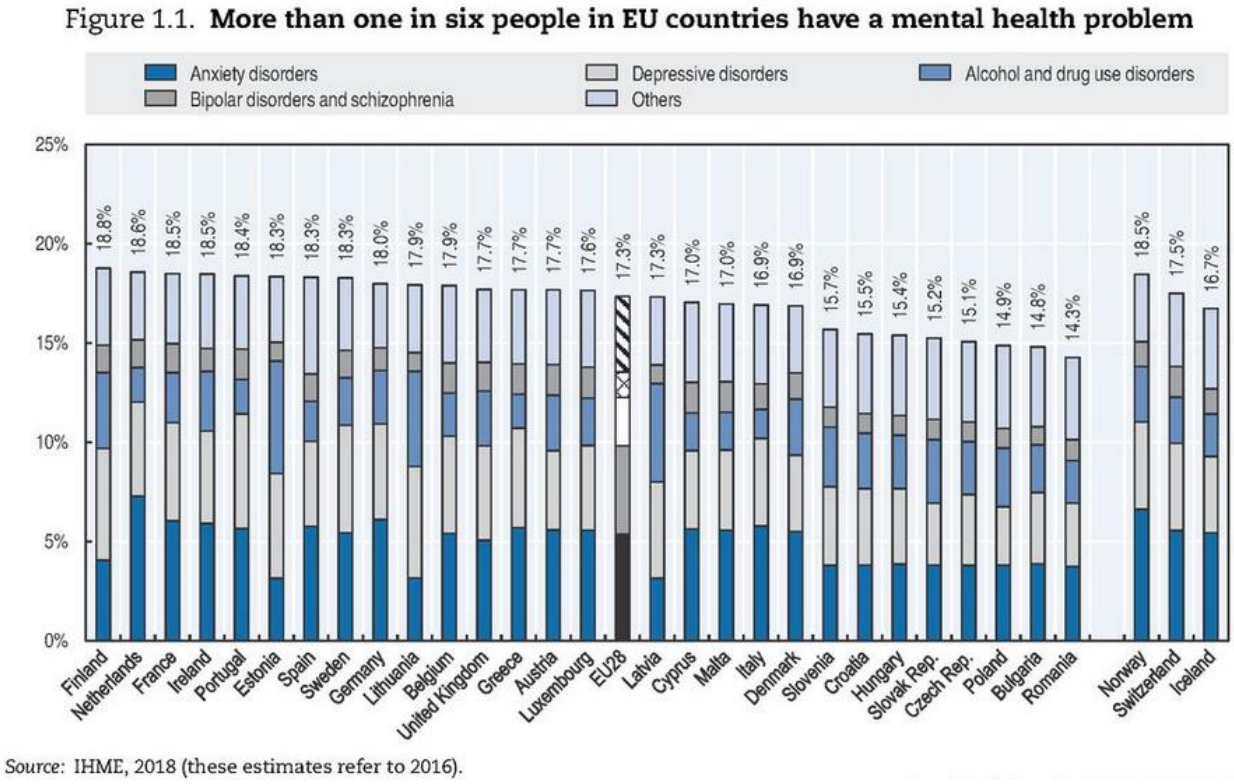
Suomi selviää maiden välisessä vertailussa hyvin. Etenkin hoitotuloksissa olemme usein viiden kärjessä tai kärjen tuntumassa. Tämä järjestelmän kansainvälisesti tunnustettu hyvä laatu on sote-keskustelussa unohtunut.

Seuraavassa tarkastellaan sote-keskustelun kannalta keskeisiä kohtia laajasta (211 sivua) raportista.

3.1.1 *Mielenterveyden edistäminen*

Mielenterveyden ongelmien arvioidaan aiheuttavan vuosittain 28 Euroopan maalle noin 600 miljardin vuotuiset kustannukset vastaten noin 4 % maiden BKT:stä. Suomen BKT-osuus on Euroopan korkein 5,3 % vastaten 1,1 miljardin euron kustannuksia. Kun maat pannaan järjestykseen sen mukaan, montako prosenttia väestöstä kärsii mielenterveyshäiriöistä, on Suomi yllättäen kärjessä.

Kuva 16. Yli yhdellä kuudesta henkilöstä EU-maissa on mielenterveysongelma



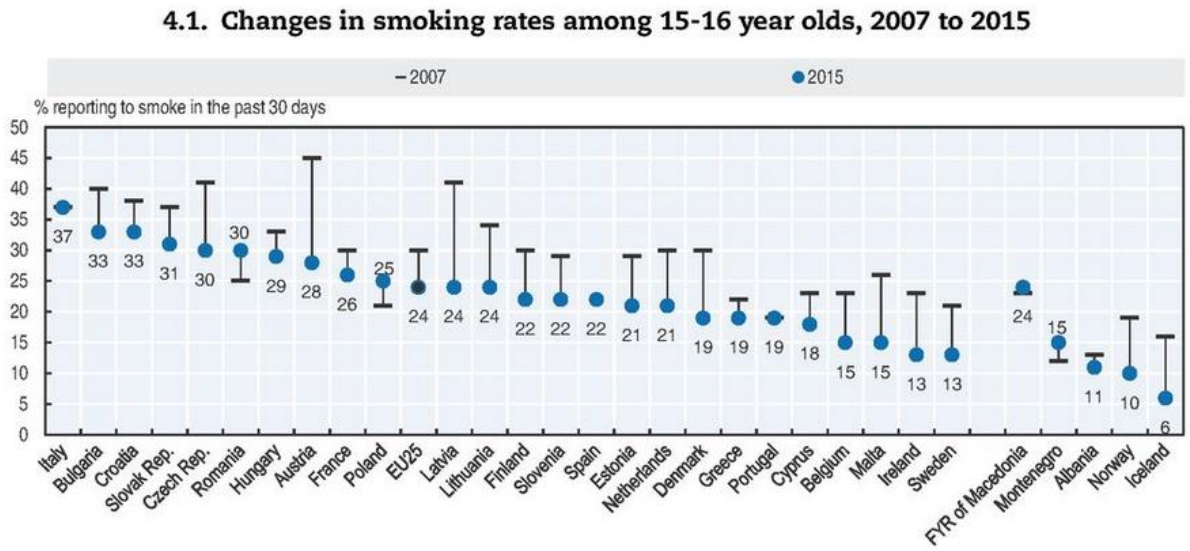
Kärki on varsin tasainen. Näyttäisi siltä, että depressioon ja alkoholiin liittyvät ongelmat ovat tekijät, jotka nostavat Suomen kärkeen. Erityisesti naisten korkeimman tuloluokan ja matalimman tuloluokan välinen ero masennuksen ilmenemisessä on Suomessa kolmanneksi korkein.

Suomen toimenpiteet itsemurhien ehkäisyprojektissa esitellään näyttävästi ja todetaan ne menestykseksi.

3.1.2 *Riskitekijät*

Terveyden riskitekijöitä ovat muun muassa päihteet, tupakka, liikkumattomuus ja ylipaino. Riskitekijöiden pienentämisessä olemme yleensä Ruotsia jäljessä. Esimerkiksi nuorison tupakointi on pienentynyt, mutta on 1,7-kertainen Ruotsiin verrattuna.

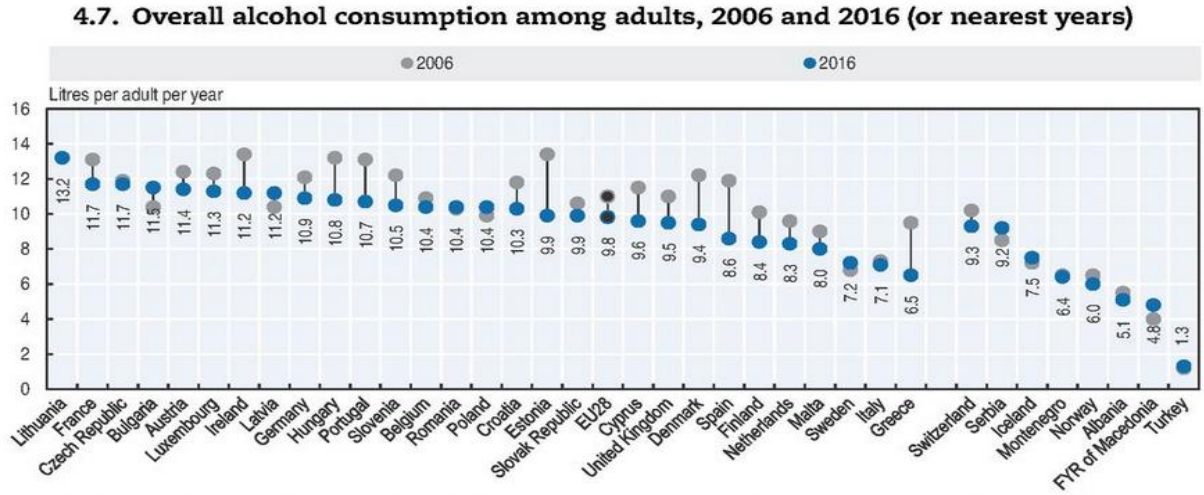
Kuva 17. Tupakointimuutokset 15–16-vuotiaiden keskuudessa vuosina 2007–2015



Nuorten tupakoinnissa sijoitumme keskiluokkaan, mutta muissa Pohjoismaissa taso on selvästi alempi.

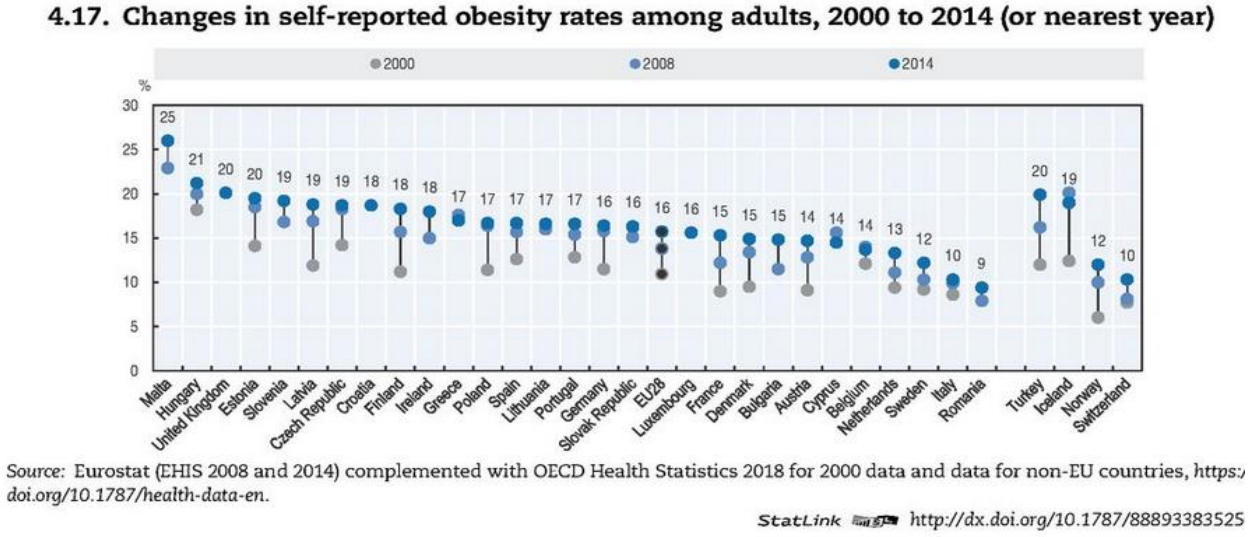
Alkoholin kulutuksesta on viime aikoina keskusteltu. Suomi ei ole pahimpia kuluttajia, mutta on merkittävästi viinintuottajamaita Italiaa ja Kreikkaa edellä. Ruotsiin verrattuna juomme noin 1,5 litraa enemmän alkoholia vuodessa.

Kuva 18. Aikuisten alkoholin kulutus vuosina 2006 ja 2016



Ylipainon vaarallisuus on kytketty paitsi syömiseen myös liikkumattomuuteen. Ylipaino on ainoa viime vuosina merkittävästi kasvanut riskitekijä.

Kuva 19. Aikuisten ylipainon muutokset vuosina 2000–2014

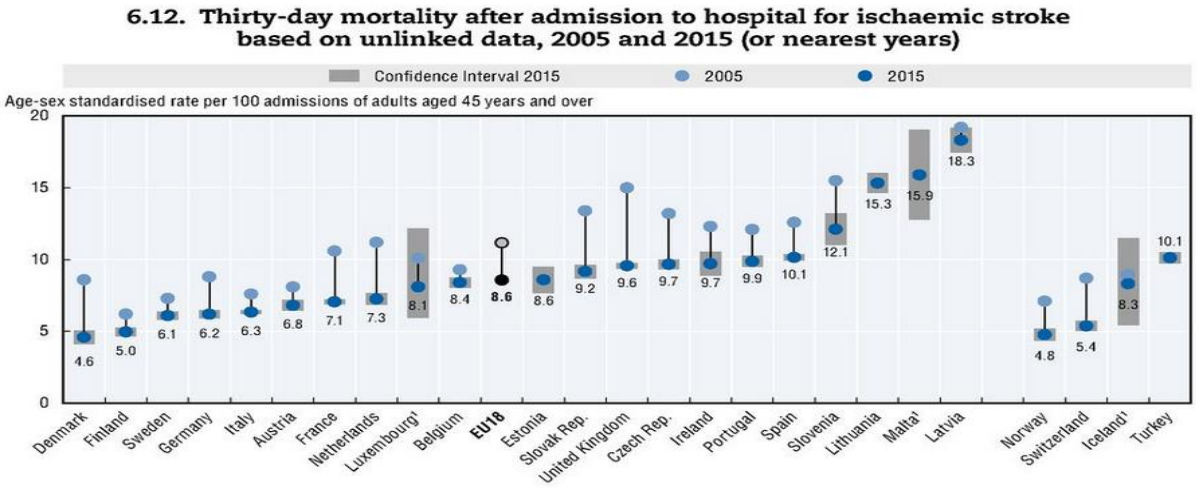


Sijoituksemme on merkittävästi noussut 2000-luvun alusta, jolloin olimme pienimmässä kolmanneksessa. Useissa Euroopan maissa lihavuus on lisääntymässä. Tupakointi ja alkoholin käyttö puolestaan vähenee useissa maissa.

3.1.3 *Hoitojen tuloksellisuus ja laatu*

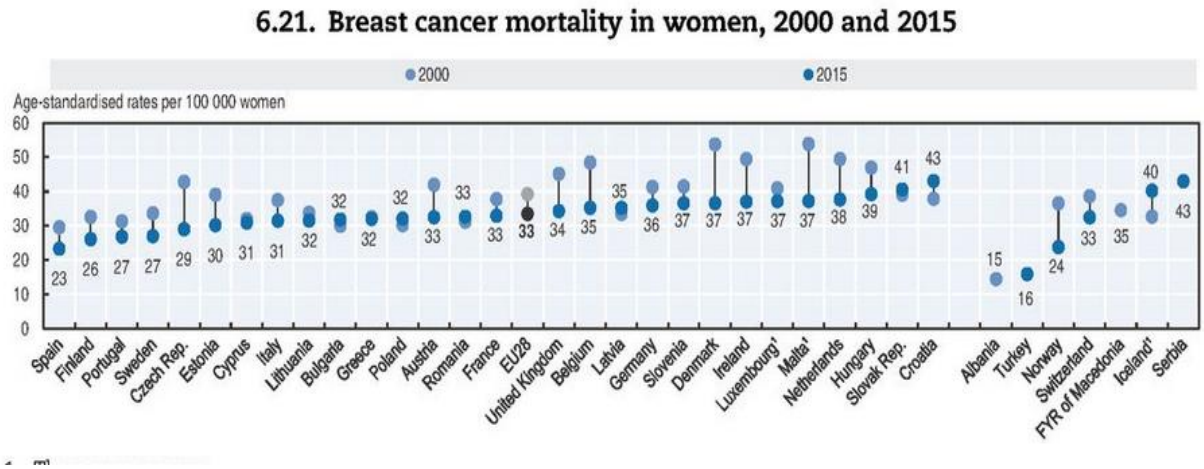
Hoitojen tuloksellisuus on yleisesti ottaen hyvä. Sote-valmistelun yhteydessä ei ole kiinnitetty riittävästi huomiota terveydenhuoltojärjestelmämme erinomaisiin tuloksiin. Seuraavassa on kaksi esimerkkiä niistä.

Kuva 20. Aivohalvauskuolleisuus 30 vuorokauden kuluessa sairaalajaksosta, vuosina 2005 ja 2015



Olemme sijoittuneet aivohalvaushoidon tuloksissa kuolleisuudella mitattuna kolmanneksi Norjan ja Tanskan jälkeen.

Kuva 21. Naisten rintasyöpäkuolleisuus vuosina 2000 ja 2015

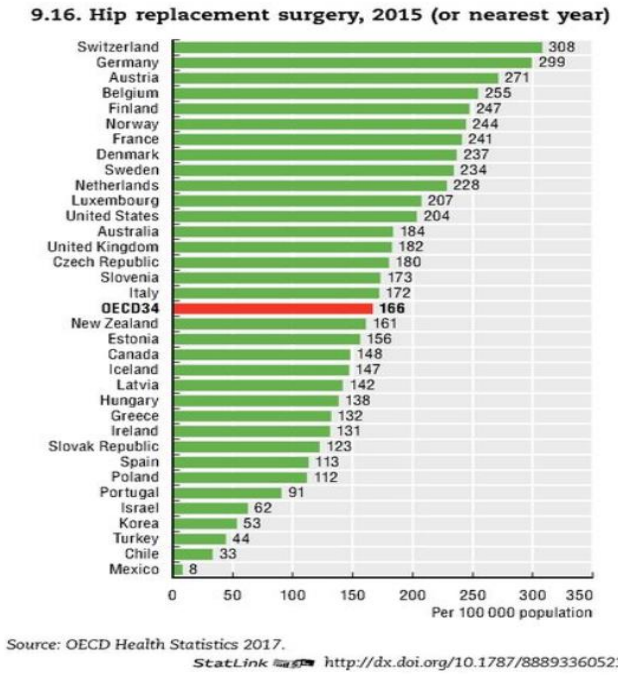


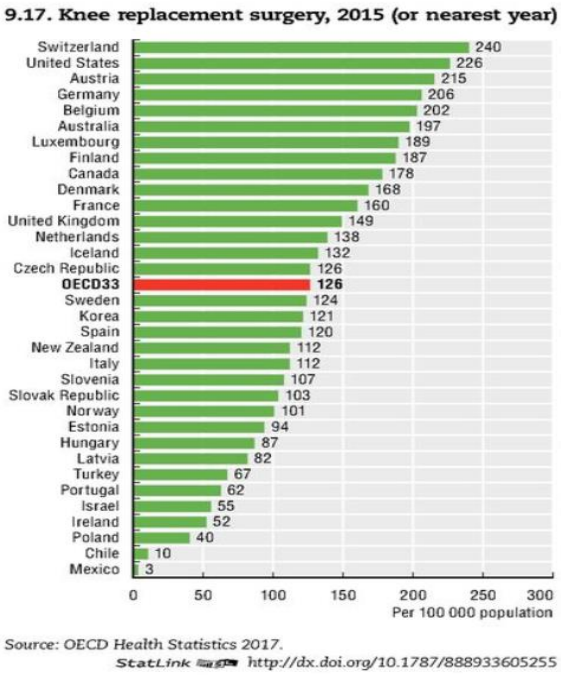
Rintasyövän hoitotuloksissa olemme toiseksi parhaita.

3.1.4 *Tekonivelkirurgia*

Tekonivelkirurgiassa Suomi sijoittuu lonkkanivelen leikkausten osalta 100 000 asukkaaseen suhteutettuna viidenneksi ja polvinivelten osalta kahdeksanneksi. Suomessa tekonivelkirurgian tarve on pääsääntöisesti tyydytetty.

Kuva 22. Lonkkanivelleikkaukset 2015. Kuva 28. Polvinivelleikkaukset 2015



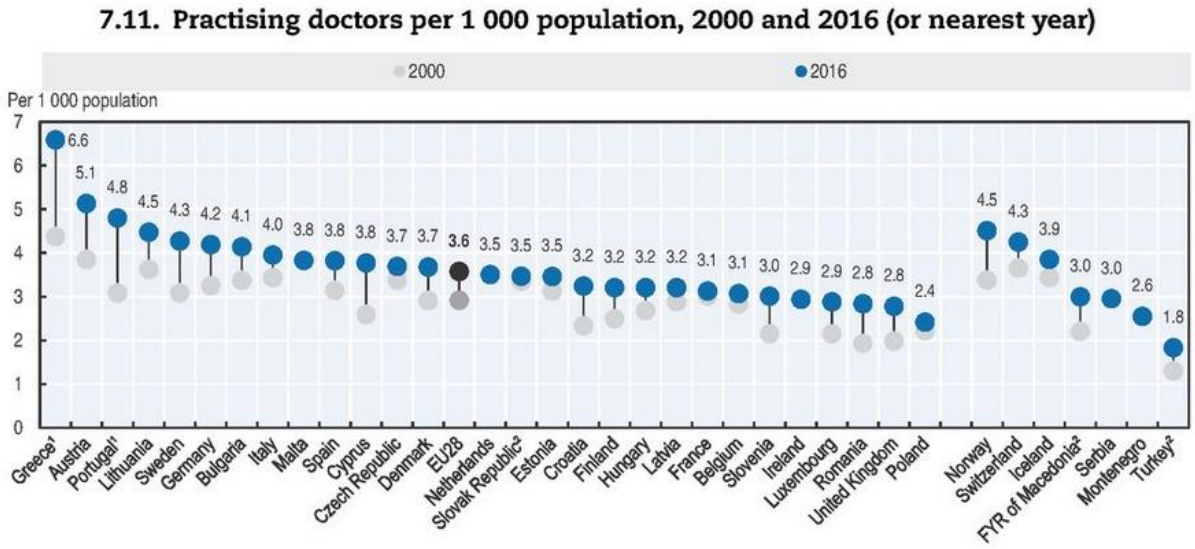


3.1.5 *Hoitojen saatavuus ja palvelujen käyttö*

Lääkärissäkäynnit ovat Suomessa olleet keskustelun kohteena. Lääkäreitä näyttäisi olevan vähänlaisesti.

Julkisuudessa on ehdotettu tuhannen perusterveydenhuollon lääkärin lisäystä. Se merkitsisi noin 0,2 lääkärin lisäystä tuhatta henkilöä kohti eli nostaisi Suomen tasolle 3,4 lääkäriä tuhatta asukasta kohti ja nostaisi sijoitusta yhden pykälän verran.

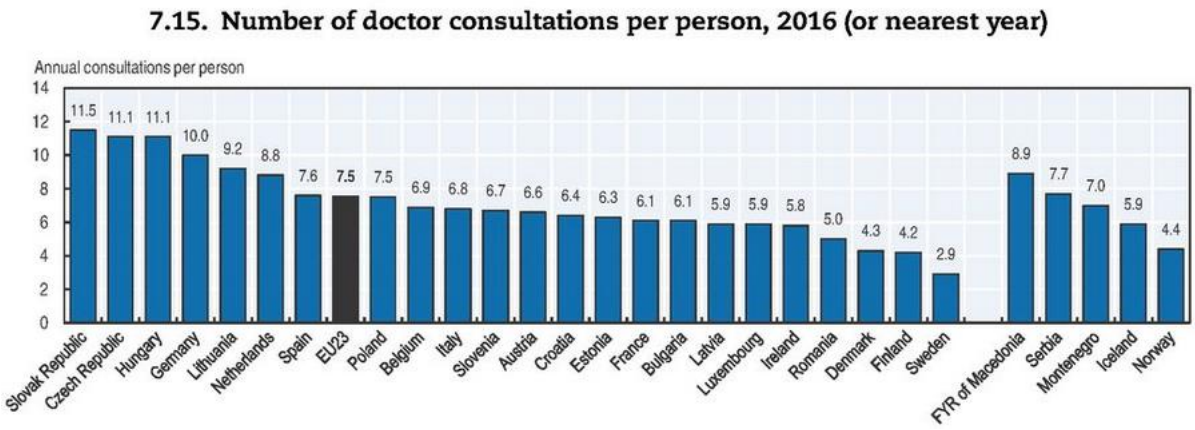
Kuva 23. Lääkäreiden määrä tuhatta asukasta kohti vuosina 2000 ja 2016



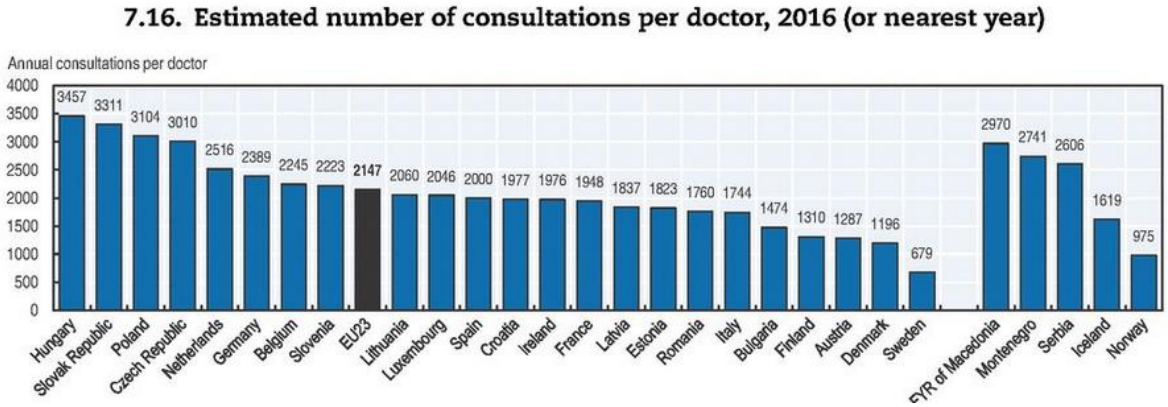
Lääkärissäkäyntejä asukasta kohti on vähän. Suomessa lääkärissäkäyntejä on Ruotsin jälkeen toiseksi vähiten. Pohjoismaat muodostavat oman ryhmänsä, joka pitää tässä tilastossa perää sekä lääkärikäyntien määrässä asukasta kohti että lääkärikohtaisten käyntien määrässä.

Syynä voidaan pitää osittain lääkärin asemaa virkamiehenä. Yrittäjävetoisessa työssä palkka tulee suoritteista. Tämä johtaa sekä suurempaan potilaskäyntien määrään että suurempiin tuloihin.

Kuva 24. Lääkärissäkäyntien määrä asukasta kohti vuonna 2016

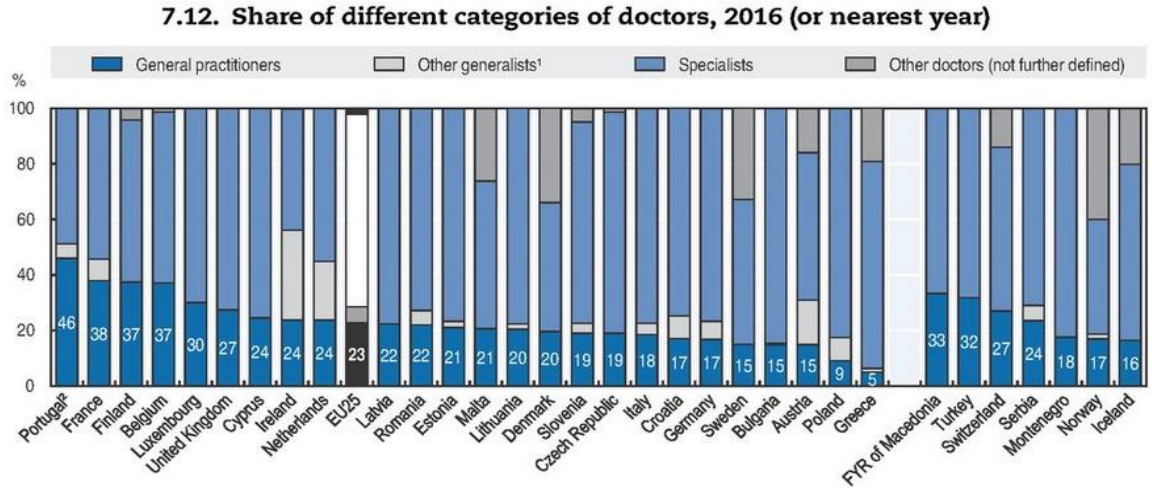


Kuva 25. Lääkärien potilaskontaktit vaihtelevat



Suomessa on yleislääkäreitä kolmanneksi eniten lääkärikunnasta.

Kuva 26. Yleislääkäreiden ja erikoislääkäreiden osuus vuonna 2016



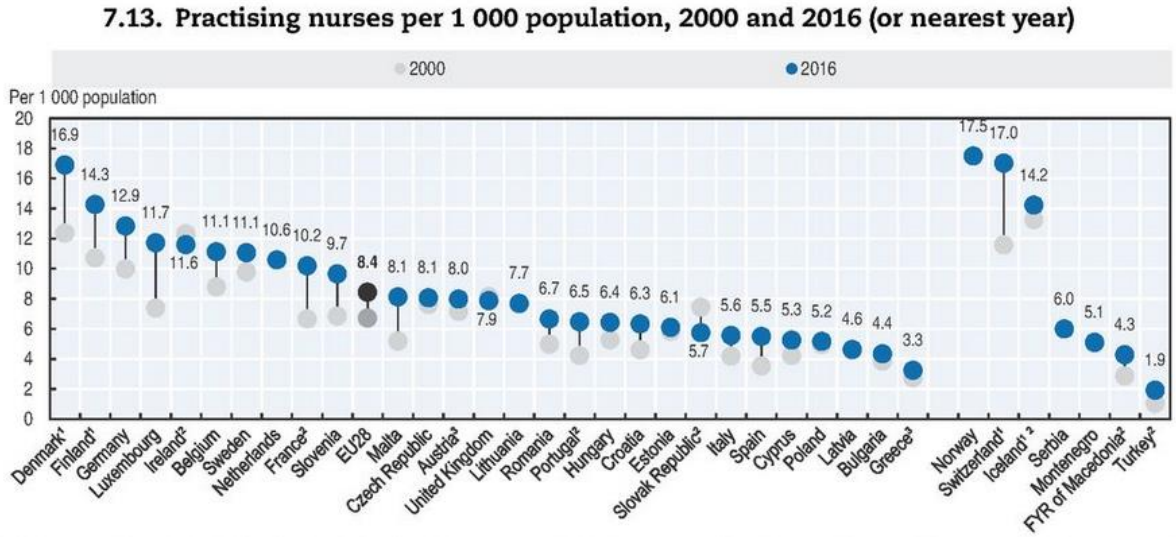
Kuvaa 25 arvioitaessa on muistettava, että yleislääkärikoulutus on eri maissa erilainen. Suomessa yleislääkäreillä on mahdollisuus erikoistua yleislääketieteen erikoislääkäriksi. Tämä tekee heistä alansa korkeasti koulutettuja asiantuntijoita, jotta pystyvät hoitamaan väestön ei leikkaushoitoa vaativat taudit korkeatasoisesti. Heitä ei vaan riitä kaikkiin terveyskeskuksiin. Useissa maissa tapahtuva hätäinen toistuva tapaaminen ei ole välttämättä tavoiteltava toimintamalli.

Suomalainen järjestelmä poikkeaa monin tavoin keskieurooppalaisesta. Terveyskeskukset ovat kansainvälisesti katsoen hyvin varusteltuja mikä mahdollistaa potilaiden perusteellisemman tutkimisen, mikä taas pidentää yhteen potilaaseen käytettyä aikaa. Suomessa on neuvolajärjestelmä, joka poikkeaa maista, joissa neuvolakäynnit tapahtuvat tavallisella vastaanotolla.

3.1.6 *Sairaanhoitajien määrä*

Sairaanhoitajia meillä on väestöön suhteutettuna toiseksi eniten.

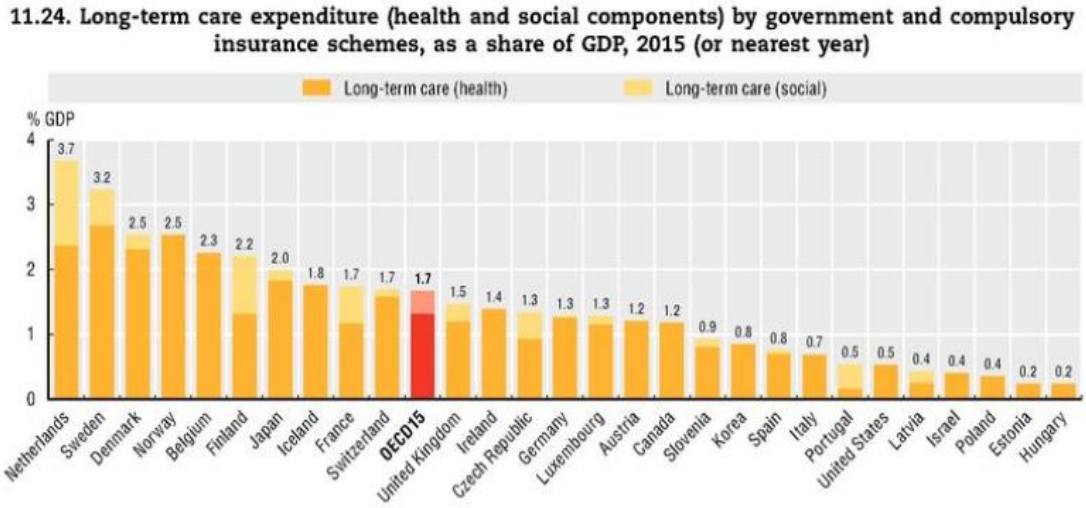
Kuva 27. Sairaanhoitajia tuhatta asukasta kohti vuosina 2000 ja 2016



3.1.7 *Pitkäaikaishoito*

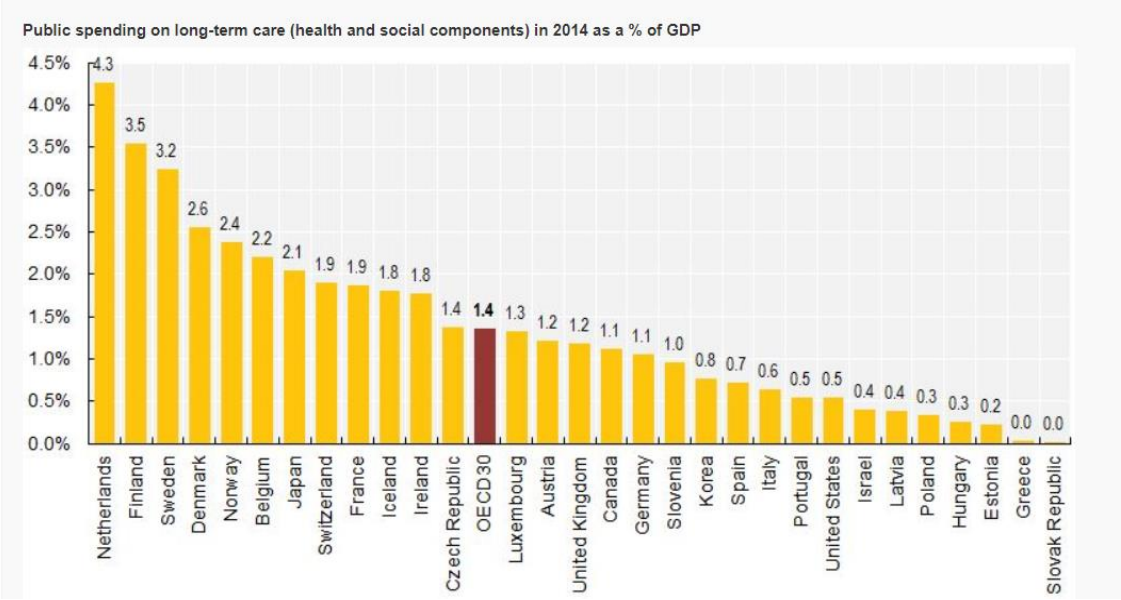
Suomi sijoittuu vanhusten pitkäaikaishoidossa laitospaikkamäärässä kärkiryhmään. Suomen palvelurakenne poikkeaa merkittävästi keskimääräisestä rakenteesta. Onko sijoittuminen kärkisijoille hyvä asia vai osoitus kuntoutusjärjestelmän puutteista?

Kuva 28. Pitkäaikaishoidon osuus prosentteina BKT:stä vuonna 2015



Pohjoismaat ja Hollanti ovat tässä tarkastelussa oma ryhmänsä.

Kuva 29. Pitkäaikaishoidon osuus prosentteina BKT:stä vuonna 2014



Viranomaisilmoituksissa on Suomen osalta merkittävä ero vuosien 2014 ja 2015 väillä. Mitään isoa eroa rakenteessa ei ole tapahtunut. Tämä osoittaa, kuinka vaikeaa vertailu on.

3.2 The Kings Fund

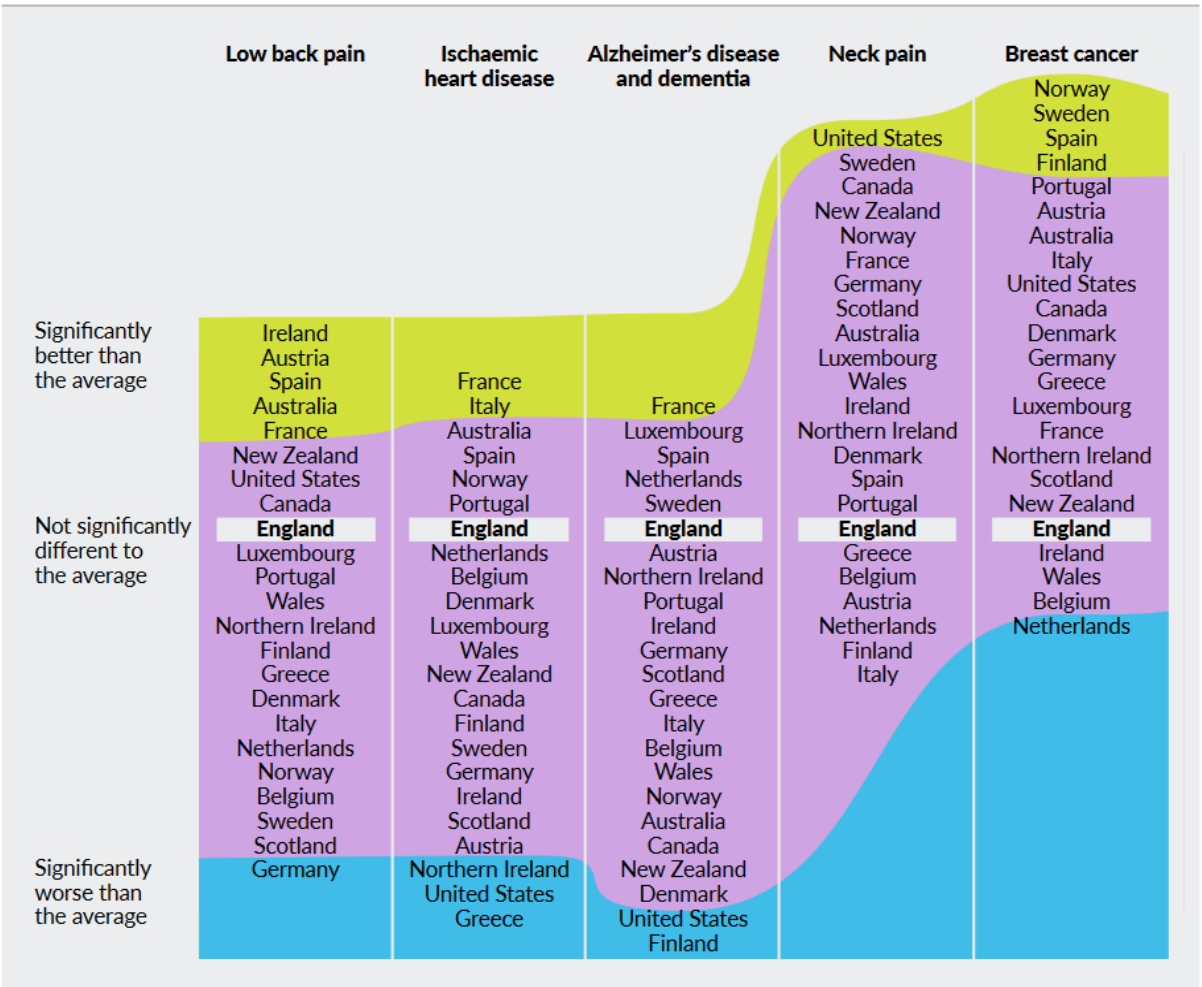
The Kings Fund on tuottanut useita raportteja, jotka koskevat NHS:n uudistamistarvetta. Nämä raportit ovat käyttökelpoisia myös Suomen uudistuskeskustelussa.

NHS:n uudistuksen yhteydessä on kiinnitetty huomiota eräiden tautien hoitotuloksiin. Rintasyövän hoidossa olemme neljäs, mutta niskan kipujen hoidossa toiseksi huonoin. Näistä hoitotuloksista näkyy yllättäen, että Suomessa on Alzheimerin ja dementian hoitotulokset luokiteltu merkittävästi keskiarvoa huonommiksi EU 15. Euroopassa.

Vaikka tällaisiin analyyseihin voidaan suhtautua varauksin, on tieto kuitenkin siinä määrin hätkähdyttävä, että se vaatii pohdintaa. Suomalaisessa laitoshoidossa noin puolet kapasiteetista menee muistisairauksien hoitoon. Tällä toteamuksella hoidon laatu on kyseenalaistettu. Taustalla voi olla moniakin tekijöitä. Kyseessä voi olla artefakta, joka johtuu dementiadiagnoosin erilaisesta käytöstä. Sairaalahoitoon joutumisen ja myöhemmin seuraavien kognitiivisten kykyjen laskun on todettu olevan toisiinsa yhteydessä, mutta kausaalista yhteyttä ei ole voitu todentaa.

Kun keskeisen sairauden hoitotulokset ovat näin huonot, on syytä ryhtyä pohtimaan organisaatiota vakavammin. Se on ollut paljon esillä sote-keskustelussa nimikkeellä ”isommat hartiat”, jolloin siinä on kiinnitetty huomiota lähinnä taloudellisiin lähtökohtiin. Sen sijaan laadullista näkökulmaa ei ole otettu esiin. Laatu pysyy piilossa, koska laadun seuraamisjärjestelmät eivät toimita palautetta. Nämä tiedot lienevät jossakin THL:n rekistereissä olemassa, mutta vertailevaa analyysia siten, että se näkyisi tuotantojärjestelmästä, ei tehdä.

Kuva 30. EU-maiden järjestys ennenaikaisesti menetettyjen elinvuosien mukaan (DALY), naiset, ikävakioitu 2013



Tarvitaan siis uusi rakenne, jossa perushoito ja erikoissairaanhoito ovat yhdessä ja samassa organisaatiossa. Ja toimiva laadun valvonta.

3.3 European Consumer Powerhouse 2018

European Consumer Powerhouse 2018 raportissa Suomi sijoittuu kuudenneksi. Meitä pidetään kustannustehokkaana maana. Tämä näkyy vertailtaessa sosiaali- ja terveyspalveluihin käytettyjä työntekijämääriä. Jos tarkastellaan sote-palvelujen henkilökuntaa ilman lasten päivähoitoa, olemme Euroopan kärkeä, kuten Euro Health Consumer Index toistuvasti toteaa.

Consumer Powerhouse huomauttaa kansanterveyden ongelmasta, joka ilmenee lasten ja koululaisten vähäisenä liikkumisena. Suomen perusterveydenhuollon vähäiset lääkärikäynnit ovat myös huomautuksen aiheena.

Todettakoon, että lääkärille pääsyssä täydet pisteet saa organisaatio, jossa yleislääkärille päästään samana päivänä.

3.4 Johtopäätökset

1. Suomen sosiaali- ja terveyspalvelujen resurssien kansainvälinen vertailu on vaikeaa. Kansainväliset tilastot perustuvat virkanimikkeistöön. Näin lasten päivähoito tulee mukaan sote-palveluihin. Kun tarkastellaan sote-palveluja ilman lasten päivähoitoa, havaitaan, että palvelumitoitus kohtuullinen, ellei lähes kireä.
2. Suomi selviää kohtuudella, mutta yllättäviä tuloksia on, kuten kärkisija mielenterveyspalvelujen tarpeessa vaatii lisää resursseja. NHS:n tulosvertailussa dementiahoito tuloksiltaan on luokittelu Euroopan yhteisön laadullisesti huonoimmaksi. Tämä vaatii nopeita toimenpiteitä. Niskan kipuja emme myöskään osaa hoitaa NHS:n arvioinnin mukaan.
3. NHS:n vertailussa rintasyövän tuloksissa olemme neljäs, mutta OECD:n rintasyöpätuloksissa olemme toiseksi parhaita.
4. Yleislääkäreitä on lääkärikunnasta kolmanneksi eniten OECD-maissa, mutta yleislääkärikäyntejä on vähän. Perustasolla on Suomessa muita asiantuntijoita, jotka korvaavat lääkärikäyntejä. Osin ongelma johtuu terveyskeskusten johtamisesta. Kun väestö kustantaa verovaroista perustason lääkäripalvelut, on sillä oikeus vaatia kohtuullista odotusaikaa lääkärille. Tämä merkitsee organisaatioiden toimintamallien uudistamista.

4 Terveydenhuollon uudistumisen megatrendit

4.1 Megatrendit

Suomi ei ole yksin uudistamassa terveydenhuoltoaan. Sama prosessi on meneillään kaikissa EU-maissa. Taustalla on ikääntyminen ja niukkenevat resurssit. Tässä yhteydessä tarkastellaan Englannin NHS:n, Hollannin, Ruotsin, Tanskan ja USA:n palvelujärjestelmien kehitystä sekä pyritään löytämään kehitystä ohjaavia megatrendejä.

Ennusteita on runsaasti saatavissa verkosta. Todellinen tulevaisuus todennäköisesti laskee jonnekin ääripäiden väliin. Esimerkiksi useat ennusteet sisältävät jonkin version seuraavista trendeistä.

- Kasvun aika on ohi. Järjestelmien rahoitus on kriisissä, yhteiskunta ei halua sijoittaa enempää rahaa sote-palveluihin.
- Toiminta tehostuu uudella rakenteella ja uudella tekniikalla. Älykellot tai vastaavat muut ratkaisut tuottavat jatkuvasti dataa, jonka hallinta tukahduttaa nykyiset organisaatiot. Tekoälyn odotetaan auttavan tulevaisuudessa.
- Terveydenhuollossa otetaan käyttöön teollisuuden tuotantomenetelmät prosessien seurantaan ja ohjaukseen.
- Poliittinen päätöksenteko osallistuu kasvavasti terveydenhuollon palvelujen järjestämiseen.
- Palvelurakenteesta tulee alueellisesti integroitu palveluverkko. Suljettu sisäisiä rajapintoja sisältävä hierarkkinen järjestelmä puretaan.
- Sairaalat tarjoavat palveluja vain sairaimpia tai monimutkaisimpia tarpeita varten, muut tehdään avohoidossa tai päiväsairaalassa.
- Tulee lisää liikkuvia terveydenhuollon ja hoivan palveluja kotiin. Kotikuolemat kasvavat.
- Kehitys tapahtuu yliopistosairaaloiden johdolla. Tiedonsiirron yliopistosairaalasta perustasolle tulee olla mahdollisimman nopea.

Seuraavassa tarkastelemme joitakin uudistusprojekteja maista, joilla on suunnilleen sama terveydenhuollon taso.

4.2 NHS uudistuu

Englannin NHS on maailmankuulu tavaramerkki englantilaiselle terveydenhuollolle. Se on monessa suhteessa ollut malli potilashoidon järjestämiselle useille muille maille. NHS joutui kuitenkin kustannuskriisiin ja on tällä hetkellä uudistamassa itseään. Ongelmat, kuten hoitoon pääsy, ovat tuttuja Suomessa, mutta ne ovat myös kansainvälisesti merkittäviä.

Britanniassa on NHS:n kustannukset jäädytetty puntamääräisesti vuoden 2012 tasolle. Käytännössä tämä merkitsi 2–4 % vuotuista säästöpainetta, johon NHS ei pystynyt.

Vuonna 2014 Englannin hallitus päätti jäädyttää NHS:n kustannustason silloiselle tasolle. Kun järjestelmä ei kyennyt muuttumaan, oli seurauksena tappiollisia tilinpäätöksiä, jotka katettiin valtion lainoilla. Näin terveydenhuoltoa ylläpitävät säätiöt velkaantuivat ja toisaalta julkinen sektori lainasi rahaa säätiöille ja ajautui itse vaikeuksiin. NHS:n pitkän tähtäimen suunnitelma tähtää ratkaisuihin, joilla löydetään ulospääsy nykyisestä kriisistä.

NHS:n kustannuskriisi hoidettiin siten, että sairaalajärjestelmää ylläpitävä säätiö jatkoi toimintaansa, mutta sai tappioilleen velkaa keskushallinnolta. Tämä pahensi Englannin valtionhallinnon tilannetta, koska sairaalajärjestelmän tappiot jatkuvasti kumulatiivisesti kasvoivat. Tämä velka kirjautui Englannin budjettiin positiivisena rahana, mutta se on vaikeasti takaisin maksettavaa ja siten sen reaaliarvo huonontaa Englannin taloustilannetta.

4.2.1 *NHS:n pitkän tähtäimen suunnitelma*

Tammikuussa 2019 ilmestyi NHS:n uusi palvelusuunnitelma. Se on ohjelma, jolla NHS:n tulisi selvitä kustannuskriisistään. Ohjelma on rakennettu siten, että NHS määrittelee itselleen tavoitteita, jotka pitää saavuttaa vuoteen 2025 mennessä. Näistä tavoitteista osa on taloudellisia, mutta osa myös toiminnallisia.

1. **Sairaalat ja perusterveydenhuolto integroidaan kokonaisuudeksi**
    - Tämä merkitsee siirtymistä porrastetusta terveydenhuollosta verkkomalliseen toimintatapaan ja lopulta poistetaan näiden organisaatioiden välinen historiallinen kuilu.
    - NHS vähentää paineita sairaalapalveluihin kehittämällä ennen päivystykseen tuloa tapahtuvaa digitaalisen verkkolääkärin antamaa kiireellistä hoitoa. Päivystyksen tavoitteeksi asetetaan potilaan saanti kotiin samana päivänä.
    - Väestö saa enemmän vastuuta omasta terveydestään ja henkilökohtaisemman palvelun, kun he tarvitsevat sitä. Digitaalisesti käytännöistä tulee ensisijainen yhteydenpitoväline avohoidossa.
2. **NHS lisää toimintaa elintavoista johtuvien terveyshaittojen vähentämiseksi.**
    - Toiminta keskittyy tupakoinnin vähentämiseen, painon hallintaan, alkoholin haittavaikutuksiin, ilman saasteisiin ja lääkeresistenttien mikrobikantojen hallintaan.
    - NHS tehostaa toimiaan terveyserojen poistamiseksi.
3. **Hoito-laatua ja tuloksia koskevat edistämistoimenpiteet**
    - Lasten ja nuorten elämälle on saatava vahva alku. Äitiys- ja vastasyntyneiden palvelut, lasten ja nuorten mielenterveyspalvelut, oppimisvaikeudet ja autismi, lasten ja nuorten syövän hoito ja muut lasten ja nuorten terveydenhuoltopalvelut ovat painopistealueita.
    - Aikuisväestön taudit, kuten syöpä, sydän ja veritaudit, aivohalvaus, diabetes, hengityselinten taudit ja mielenterveys ovat alueita, joissa hoitoon pääsyä on nopeutettava ja hoitoa parannettava.

4. **NHS:n henkilökunta saa tarvitsemansa tuen uudistuksen läpiviennissä ja lisää resursseja.**
    - Väestön terveydentilaan kiinnitetään erikoista huomiota. Tähän on kehitetty neljä tarkastelukulmaa: laajempi terveyskäsite, terveelliset elämäntavat, integroitu palvelutuotanto ja elinympäristön yhteisöllisyys.
5. **NHS antaa kolme lupausta veronmaksajille investointien tehokkaasta käytöstä.**

    NHS sitoutuu kolmeen testiin seuraavasti:
    - Ensimmäinen testi on, että NHS pystyy maksamaan takaisin lainaamansa rahat.
    - Toinen testi takaa tuottavuuden paranemisen vähintään 1,1 % vuodessa.
    - Kolmas testi on, että NHS vähentää kasvun tarvetta paremmalla integraatiolla ja tautien ennalta ehkäisyllä.

Verrattuna Suomen sote-valmisteluun, jossa valinnanvapaus ja maakunta olivat keskiössä, on Englannin NHS-valmistelu huomattavasti perusteellisempaa ja menee syvemmälle hoidon ongelmiin. Ajan tai resurssien hukkakäytön nähdään olevan keskeinen asia, josta saadaan toimintaan lisää resursseja.

Englannin suunnitelma sisältää keskeisesti toimintamallin muutoksen tautien hoidosta väestön terveydentilaan. Jokaisen ohjelma-alueen lopuksi annetaan lupaus, joka sisältää toimintaperiaatteet, jotka tullaan saavuttamaan. Tavoitteet asetetaan ja seurantaa varten asetetaan aika, jolloin tavoite on saavutettava.

Englannissa prosessia ohjaavat National Institute for Health and Care Excellence ajatushautomon tekemät tautikohtaiset hoitotoimenpiteiden suosituslistat. On vaikea kuvitella, että Suomen järjestelmää voitaisiin ohjata näin yksityiskohtaisin ohjeistuksin.

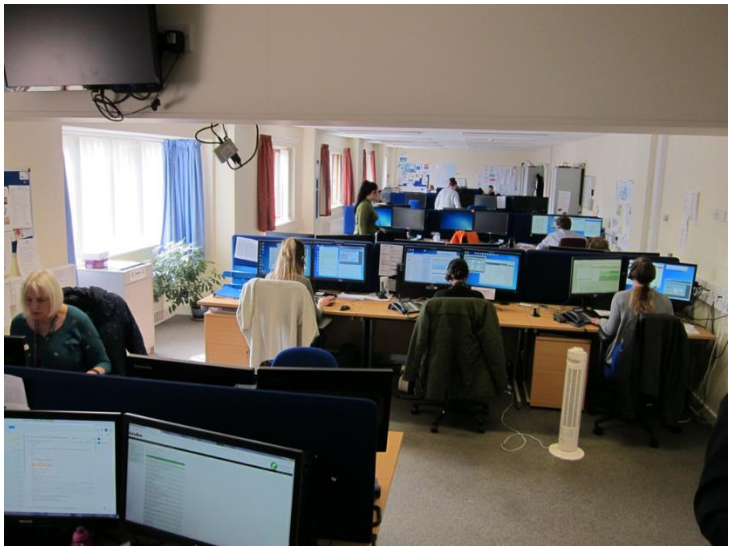
Ehkä oleellinen ero Suomen sote-suunnitelmaan on kahdessa peruskysymyksessä. Suomen sote-suunnitelma pyrkii integroimaan sosiaali- ja terveydenhuollon sekä erikoissairaanhoidon yhdeksi toiminnalliseksi kokonaisuudeksi. Englannin ohjelmassa on perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon integroiminen yhdeksi toiminnalliseksi kokonaisuudeksi, mutta sosiaalihuolto jää erilliseksi.

Toiseksi Englannin uudistus puuttuu palvelun sisäisiin rakenteisiin. Tätä ei Suomessa tehdä, koska meiltä puuttuu keskushallinnosta lääkintöhallitusta vastaava asiantuntijaelin. Siksi Suomessa ei ole järjestelmälle määritelty tavoitteita eikä edes avainprosesseille ole käytössä tavoiteaikoja. Tämän perusongelman NHS:n suunnitelma paljastaa.

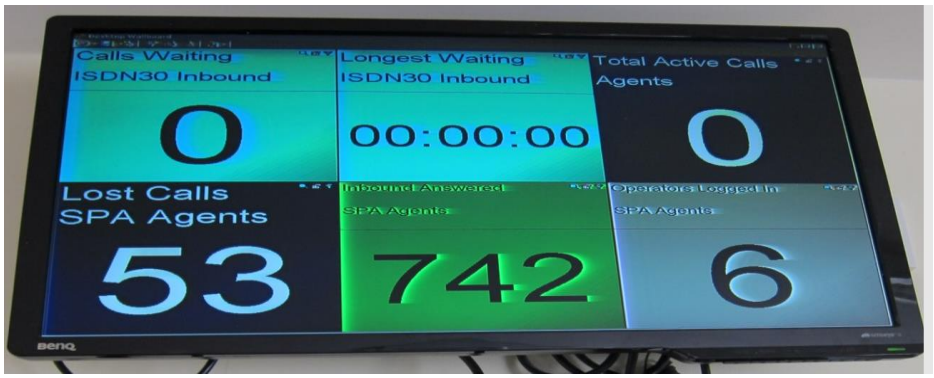
4.2.2 *Uusi ensihoito – puhelinpalvelukeskus*

Päivystysjärjestelmän käytössä on noin 100 000 asukkaan alueella puhelinpalvelukeskus, jossa on sekä paikallistuntemusta että lääketieteellistä osaamista. Ensihoitoyksikön lähettämisen lisäksi keskuksella on konsultoiva ja neuvova rooli. Eräissä tapauksissa voidaan lähettää esimerkiksi vapaaehtoistyöntekijä selvittämään paikalle, mikä tilanne on. Tarkoituksena on lisätä keskuksen laatutasoa järjestämällä siellä perustason lääkärin konsultaatiomahdollisuus. Tällä järjestelyllä uskotaan vähennettävän noin 15 % päivystyskäynneistä.

Kuva 31. Englantilainen puhelinpalvelukeskus, jossa oli noin 30 työtekijää.



Kuva 32. Työvuoron alusta oli vastattu 742 puheluun, 53 oli kyllästynyt odottamaan ja 6 oli kesken.



4.2.3 *Northumbrian päivystyssairaala*

Päivystys keskittyy alueelliseksi keskukseksi, jossa on myös vuodeosastoja. Newcastlen ympäristössä kuusi akuuttisairaalaa pohti päivystyksen järjestelyä. Ratkaisuna oli täysin uusi päivystykseen keskittyvän sairaalan rakentaminen. Sairaala rakennettiin pienen kylän viereen paikkaan, joka oli suunnilleen yhtä etäällä kaikista nykyisistä sairaalaa ylläpitävistä taajamista. Sairaala käynnistyi vuonna 2017. Sairaalassa on laaja päivystysvastaanotto, 320 sairaansijaa, teho-osastot, synnytysyksikkö sekä vuodeosastoja vastaavia lepotiloja.

Kuva 33. Northumbrian päivystyssairaalan toimintakaavio ja rakennus

Sairaalan toimintakaaviosta näkyy rakenteen joustavuus. Vuodeosasto perustuu naparakenteeseen, jolla on pystytty puristamaan osasto kokoon siten, että pienet etäisyydet tekevät tehokkaan valvonnan mahdolliseksi. Nurkkien putkirakenne tekee mahdolliseksi muun kuin suorakulmaisen rakenteen. Putki on auki välillä suoran kulman verran, välillä enemmän vaikka 120 astetta tai alle 90 astetta, jolloin saadaan aikaan leveä tai terävä nurkka. Nurkkapilareissa kulkevat kaapelit ja vesijohdot ovat tarvittaessa helposti korjattavia.

Kuva 34. Päivystysprosessi alkaa heti. Siksi odotustilassa näkyy vain vähän tuoleja.

Sairaala saavutti vuonna 2018 tehdyssä maata kattavassa NHS:n sairaalarankingissa kolmannen sijan. Näin ollen sairaalan toiminta on onnistunut.

4.2.4 *NHS panostaa väestön terveydentilan parantamiseen*

Väestön terveydentilan parantaminen otetaan NHS:n keskeiseksi toimintamalliksi. Terveyskäsite laajenee siten, että siihen kuuluu asuminen, ilman saastuminen, kuljetukset ja liikenne, koulutus ja työttömyys.

Tarpeettomia ennenaikaisia kuolemia tulee Englannissa viidestä kärkisyystä: tupakointi, huono dieetti, korkea verenpaine, lihavuus ja alkoholi sekä huumeiden käyttö. Myös ilman saastuminen on paikallisesti merkittävä. Näiden ongelmien pienentämiseksi tehdään alueelliset yksityiskohtaiset toimenpideohjelmat. Ohjelma sisältää yksityiskohtaisen tautikohtaisen toimenpideohjelman viidestä eniten kuolemaa aiheuttaneesta sairaudesta, jotka ovat sydänsairaudet ja aivohalvaus, syöpä, keuhkosairaudet ja psykiatriset sairaudet.

Keskeisiä keinoja ovat hoidon laadun ja tuloksellisuuden parantaminen, henkilökunnan aseman ja ammatillisen osaamisen laadun takaaminen sekä johtamisen parantaminen ja viimeisenä digitalisaation hyödyntäminen. Pyritään sähköiseen reseptiin ja videokonsultaatioihin, pyritään saamaan potilaiden sairaskertomukset digitaalisesti nähtäväksi kaikissa hoito-organisaatioissa, valmistaudutaan yksilölliseen hoitoon ja henkilön geneettisten ominaisuuksien huomiointiin tulevaisuudessa.

Perusterveydenhuollon integraatio rakennetaan yhteistyöalueiden avulla. Perusterveydenhuollon yksikön väestöpohja on 30 000–50 000 asukasta. Toimintaa ohjaa NICE-ohjeistus, joka on yksityiskohtainen ja diagnoosikohtainen käsittäen useita kymmeniä erilaisia ohjeita. Toimintatavoitteet ovat aikaan sidottuja. Esimerkiksi kotisairaanhoidon yhteydenotto taataan kahden tunnin kuluttua määräämisestä viiden vuoden kuluessa ohjelman käynnistymisestä.

Terveydenhuollossa on otettava käyttöön hukka-aika, jolla tarkoitetaan järjestelmässä olevaa omaa tyhjäkäyntiä ja uutena asiana huomioidaan potilaalle koituva ajan menetys. Näin kustannuksiin lasketaan esimerkiksi päivystyksen odotusaika.

2020-luvulla tulee väestön ikärakenteen vanhenemisesta johtuva tarpeen kasvu lisäämään kustannuspainetta. Samalla oletetaan, että terveydenhuolto saa Englannissa nykyistä vähemmän resursseja. Tähän pyritään varautumaan.

4.3 Ruotsi panostaa kuntoutukseen ja kotihoitoon

Ruotsin terveyspalvelut rakentuvat maakäräjien (Landstinget) alueisiin. Keskushallinto seuraa ja ohjaa järjestelmää valtakunnan tasolla asettaen tavoitelukuja. Ruotsin palvelujärjestelmä poikkeaa Suomesta muutamissa suhteissa. Näistä keskeisin on kuntoutus.

Vuoden 2008 jälkeen Ruotsissa on toiminut rinnakkain sekä julkisen palvelutuottajan että yksityisen palvelutuottajan perustason palveluita. Ongelmaksi on muodostunut se, että palveluraja muodostuu avohoidon ja erikoissairaanhoidon väliin. Mitä

enemmän lähetetään erikoissairaanhoitoon, sitä suurempi kate tulee perusterveydenhuollon yksikölle. Seurauksena on sairaalapoliklinikoiden tukkeutuminen.

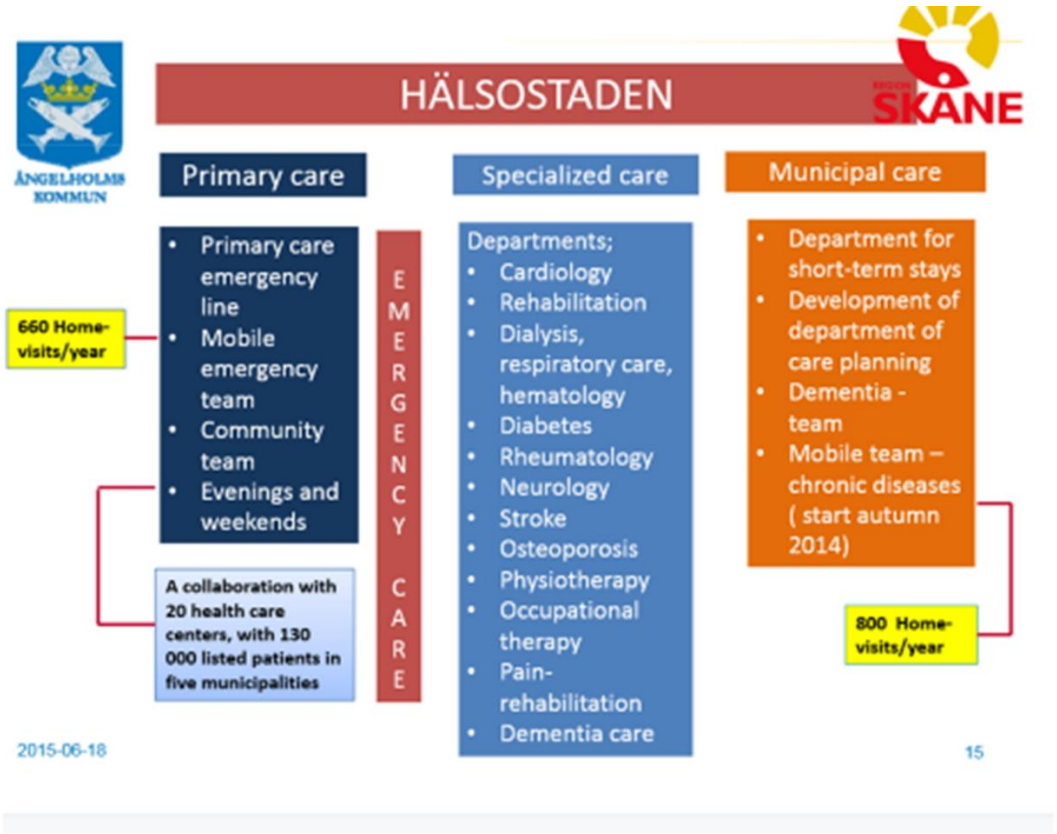
Ruotsin vanhustenhoito on rakennettu kuntoutuksen varaan. Kun potilas on sairaalasta kotiuttamisvaiheessa, hän menee joko kotiin tai kuntoutussairaalaan. Kuntoutusjakso kestää korkeintaan 30 vuorokautta, joka on myös maksimi, mitä vuodeosastolla voi olla.

Kuntoutukseen kuuluu myös sosiaalinen kuntoutus. Yksinäisiä varten järjestetään erilaisia aamu- tai lounastapaamisia, yhdessä musiikin kuuntelemisia sekä yhteisiä muita tilaisuuksia. Myös dementiayksiköiden toiminta on varsin aktiivista. Suomessa ei ole tapana viedä dementiayksikön henkilöitä sieniretkelle tai maakuntamatkalle. Erilaiset esiintyvät ryhmät, kuten koululaisorkesterit tai vastaavat ovat tervetulleita soittamaan ja esiintymään vanhusten laitoksiin.

Kuntoutusjärjestelmässä potilasta kuntoutetaan aktiivisesti fyysisesti, psyykkisesti ja sosiaalisesti. Kun kuntoutuksen tulos on nähtävissä, kokoontuu arviointiryhmä, joka päättää, mitä palveluja vanhus jatkossa tarvitsee. Vaihtoehtoja ovat tehostettu palveluasunto, tavallinen palveluasunto tai kotihoito. Vuodeosastotyyppisiin instituutteihin sijoitetaan ainoastaan terminaalivaiheessa olevia vanhuksia.

Lähipalvelut sisältävät sekä perushoitoa että erikoissairaanhoitoa. Ängelholm on 40 000 asukkaan kunta ja Skånen mallialue palvelujen kehittämisessä. Erikoissairaanhoito on hoidettu isommista sairaaloista käyvien lääkäreiden avulla.

Kuva 35. Ängelholmin terveyskeskuksen palvelut



Päivystys on eriytetty omaksi kokonaisuudeksi. Ilta-, yö- ja viikonloppu päivystys oli järjestetty 130 000 asukkaan yhteistyöalueella.

Ruotsissa kotisairaanhoito on erittäin kehittynyt. Raskaimmillaan esimerkiksi vanhan avioparin (Parkinson, prostata c:a) luona käy hoitaja huolehtimassa lääkkeiden otosta neljä kertaa: aamulla klo 07, klo 17, klo 20 ja klo 03. Kotikäynti kestää yleensä alle 15 minuuttia. Hoitajalla on 10–12 käyntipaikkaa työvuoron aikana. Ruoka tuodaan valmiina omalla järjestelmällä. Kodinhoitaja lämmittää lounaan klo 12 ja päivällisen klo 17 sekä avustaa syömisessä. Kodinhoitajalla on kahdeksan tunnin työpäivän aikana viisi lähekkäin olevaa asiakasta. Isommat siivoukset hoitavat eri työryhmät. Ajattelu perustuu siihen, että kriisit ovat ohimeneviä ja vaativat silloin intensiivisemmän hoidon ja kotona hoidettu vanhus jatkaa kriisin jälkeen helpommin tuettua elämää omassa kodissaan.

Avohoidossa lääkärille on jono. Merkittävä osa tehtävistä, jotka ovat kuuluneet lääkärille, on siirretty sairaanhoitajille. Näin ollen ensimmäinen kontakti on hoitaja, johon saadaan yleensä helposti yhteys ja hoitaja pystyy joko itse tai lääkäriä konsultoiden hoitamaan merkittävän osan tarpeesta tai päättämään jatkohoidon tarpeellisuudesta.

Ruotsiin on syntynyt myös toisen tyyppisiä lääkärivastaanottoja, joista EUHP:n kokoukselle esiteltiin Göteborgissa syksyllä 2018 ilman ajanvarausta toimiva vastaanotto. Tässä vastaanottomallissa oli odotussalissa 20–30 potilasta ja muutama lääkäri. Noin puolen tunnin - tunnin odotuksella potilaat pääsivät lääkärin vastaanotolle. Vastaanottomalli on Suomen vanha kunnanlääkärimalli. Lääkärikäynti kesti uudella potilaalla noin 20 minuuttia ja tutulla potilaalla 5–10 minuuttia. Näin ollen lääkärikontakteja tuli vuodessa useampi tuhat lääkäriä kohti.

Ruotsin ratkaisut ovat Suomen kannalta aina olleet mielenkiintoisia. Saadut kokemukset uudesta Karoliinisesta sairaalasta, joka on 300 000 m^2 suuruinen kompakti rakennuskompleksi, eivät ole olleet pelkästään myönteisiä. Seurauksena on, että Göteborgin yliopistosairaala Sahlgrenska suunnittelee uudistuksen toiselta pohjalta.

Varsinaista pääsairaalan kokoa pienennetään, mutta alueella toimivat muut akuuttisairaalat saavat kukin oman profiilin. Näin syntyy alueelle keuhkosairauksiin, ortopediaan, mielenterveysongelmiin jne. keskittyneiden sairaaloiden verkko. Tähän malliin yhdistetään sairaalan poliklinikan uudistus. Uudessa sairaalassa ei ole nimettyjä avohoitoyksiköitä. Yhteinen avohoitoyksikkö sisältää yleisiä vastaanottohuoneita, joista 60 erilaista vastaanottavaa ryhmää varaa viikoittain itselleen tarvitsemansa ajan. Kun asiantuntijalääkäri on mukana useassa eri ryhmässä, ollaan tekemässä vastaanoton toimintamallia.

4.4 Tanska keskitti ja hajauttaa uudelleen

Resurssipula on pakottanut Tanskan taas uudistamaan järjestelmänsä. Tanskan terveydenhuolto uudistettiin vuonna 2007 viiden alueen ja viiden 1000-paikkaisen yliopistosairaalan rakenteella. Ongelmia aiheutti alueiden laaja-alaisuus. Terveydenhuollon lisäksi alueelle kuuluivat ympäristökysymykset, kehitysvammaisten eritystarpeet ja julkinen liikenne.

Järjestelmä on nyt uusittu. Tanskan konservatiivihallitus teki tammikuussa 2019 ehdotuksensa uudesta terveydenhuollon rakenteesta nimeltään "Patient First". Sen tarkoituksena on saada Tanskan terveydenhuoltojärjestelmä keskittymään entistä paremmin potilaan ongelmiin, parempaan keskinäiseen yhteydenpitoon ja hoidon laadun parantamiseen sekä parantamaan potilaiden oikeuksia.

Tanskaan perustetaan 21 uutta terveydenhuollon klusteria 21 akuutin erikoisairaalan ympärille. Klusterien tavoitteena on edistää yhteyksiä ja hoidon koordinaatiota sairaaloiden, perushoidon ja paikallisten kuntien välille, parantaa hoidon laatua ja lyhentää potilaiden matkoja.

Perusterveydenhuollon lääkäri on Tanskan terveydenhuoltomallin avainhenkilö. Jokaisella kansalaisella on oma lääkäri, joka on potilaan hoidon koordinaattori. Vuosina 2019 ja 2020 lisätään perusterveydenhuollon lääkäriresursseja vuosittain sadalla lääkärillä ja erikoistumispaikkoja 160. Tämä merkittävä lisäys lievittää osaltaan perusterveydenhuollon lääkäripulaa.

Kroonisia sairauksia potevien potilaiden hoidon painopiste siirretään akuutista sairaalahoidosta perushoitoon. Näitä sairauksia ovat COPD, tyypin 2 diabetes, sydän- ja verisuonitaudit, tuki- ja liikuntaelinten sairaudet ja lievät tai keskivaikeat mielenterveyden ongelmat.

Nykyiset viisi alueellista poliitikkojen johtamaa hallinto-organisaatiota korvataan viidellä alueellisella, ammatillisesti johdetulla terveysviranomaisella. Valtakunnallisesti nämä ovat uuden kansallisen terveysviranomaisen Tanskan terveydenhuolto **(Healthcare Denmark)** alaisuudessa, joka sijaitsee Århusissa. Tanskan terveydenhuolto-organisaation hallitus koostuu johtavista terveydenhuollon ammattilaisista ja hallintohenkilöistä sekä potilaiden edustajista. Hallitus valvoo terveydenhuollon palvelujen laatua ja koordinoi kansallisella tasolla hoidon tuottamista ja varmistaa potilaiden oikeuksien toteutumisen.

Uuden rakenteen ja ennaltaehkäisevän toiminnan tukemiseksi perustetaan kansallinen rahasto, jonka budjetti on kuusi miljardia Tanskan kruunua eli 800 miljardia euroa.

Potilaiden oikeuksia, jotka Tanskassa ovat jo melko edistyneet kansainvälisten standardien mukaisesti, vahvistetaan edelleen useilla aloilla. Yksi tärkeä tekijä on se, että potilaille tarjotaan vaihtoehtona hoitoa yksityisissä sairaaloissa ja klinikoissa, jos julkiset sairaalat eivät pysty toteuttamaan tarvittavaa hoitoa 30 päivän kuluessa.

4.4.1 *Odensen uusi päivystyssairaala*

Päivystys on Tanskassa jakaantunut kahteen tasoon, perustaso ja sairaalapäivystys. Perustaso rakentuu merkittävässä määrin kotikäynteihin. Osa perustason lääkäreistä on kiivaimpana päivystysaikana autossa moottoritien varressa valmiina lähtemään saatuaan päivystyskutsun.

Odensen yliopistosairaalasta erotettiin sairaalarakennuksen sisällä oleva päivystystoiminta uudeksi päivystyssairaalaksi.

Uusi päivystyssairaala perustuu prosessiohjaukseen. Sairaalassa on tiukka aikatavoite: Tällä hetkellä on saavutettu 3 ½ tunnin päivystysaika.

1. Lääkäri tutkii potilaan viimeistään puolen tunnin kuluttua potilaan saapumisesta.
2. Päivystävällä diagnostisella alueella potilaan oleskelu on korkeintaan neljä tuntia.
3. Kaikki akuutit diagnostiset toimenpiteet ovat valmiit ennen potilaan poistumista.
4. Triage on käytössä.
5. Kaikki akuutin diagnoosin vaatimat dokumentit ovat valmiina, kun potilas lähtee pois diagnostiselta alueelta.

Rakennus on luonteeltaan avoin. Potilaat odottavat lääkärin vastaanottoa tai diagnostista prosessia tilavissa odotustiloissa. Avohoitopotilaalle ja vuodepotilaalle on eri prosessi. Vuodepotilaita varten on oma yksikkönsä, mutta vuodepotilaiden ja istuvien potilaiden valvonta tapahtuu samasta hoitokeskuksesta.

Taulukko 21. Odensen päivystyssairaalan prosesseilla on aikataulu

Odensen päivystyssairaalan prosessit					
Vihreä prosessi	**Kesto min**	**Suorittaja**	**Vuodepotilaan hoitoprosessi**	**Kesto min**	**Suorittaja**
Rekisteröityminen	5	sihteeri	Rekisteröityminen	5	sihteeri
Ensitarkastus	5	sihteeri	Ensitarkastus	5	sihteeri
Vuoteeseen laitto	15	sairaanhoitaja	Vuoteeseen laitto	15	sairaanhoitaja
Triage	10	kokenut sh.	Triage	20	kok.sh /erik. lääk.
Sairaskertomus	90	apulaislääkäri	Verianalyysit	15	lab. Hoitaja
Diagnostiset tulokset	360	rtg ja lab	Radiologia	15	rtg. Hoitaja
Loppuarviointi	30	erikoislääkäri	Erikoislääk. arviointi	15	erikoislääkäri
Läpimenosaika	**180**		Potilaskertomus	45	sisätautilääkäri
			Alustavat hoitotoim.	15	sairaanhoitaja
			Läpimenoaika	**240**	

Lääkärin ensitapaamisen tavoiteaika oli 30 minuuttia ja saavutettu aika 41 minuuttia. Läpimenoajan tavoite oli 4 tuntia ja saavutettu aika 3 tuntia 51 minuuttia. Päivystyspotilaista pystytiin kotiuttamaan hoito-ohjein 60–70 %. Sisään kirjattujen potilaiden hoitoaika päivystysyksikössä oli keskimäärin 13–18 tuntia.

4.5 Hollanti – potilaan vaikutus päätöksen tekoon lisääntyy

Hollannin terveydenhuollossa on 80,97 työntekijää tuhatta asukasta kohti. Tavoitteena on saada aikaan 20 % säästö, eli tulla toimeen noin 65 työntekijällä tuhatta asukasta kohti. Maassa on todettu, että näin raskasta terveydenhuoltojärjestelmää ei voida pitää yllä. Seurauksena oli, että vuonna 2014 maan työmarkkinajärjestöt ja maan hallitus yhdessä päättivät, että terveydenhuolto joutuu tulemaan toimeen 10 % pienemmillä kustannuksilla. Tämä toteutettiin vuonna 2015 ja vuonna 2016 todettiin, että säästö oli todella syntynyt. Säästön seurauksena oli sairaalafuusioita, kuntoutuksen korostumista ja kotisairaanhoidon merkittävä nousu.

Hollannissa on edelleen todettu, ettei järjestelmä ole kansan kantokyvyn mukainen. Näin ollen tavoitteeksi on asetettu 25 % säästö vuoteen 2025 mennessä. Tämä

prosessi on nyt lähtenyt Hollannissa liikkeelle. Prosessi edellyttää, että lääkärin asema muuttuu päätöksentekijästä valmentajaksi, lääkäri elää potilaan rinnalla ohjaten ja neuvoen ja valinnat tehdään yhdessä. Tämä valmentaja-ajatus esiintyi myös sosiaali- ja terveysministeriön kärkihankkeiden loppuseminaarissa, jossa Sitran edustajat esittelivät käsityksiä tulevaisuudesta.

Kustannussäästöt saavutetaan yhdistelemällä alueella olevia sairaaloita sairaalaverkoksi, jossa kukin sairaala kehittää ja erikoistuu johonkin erikoisalaan. Yleisen päivystyksen lisäksi sairaalalla on oma profiili.

Kuntoutus nostetaan keskiöön. Tämä merkitsee kotisairaanhoidon merkityksen kasvua. Seuraukset näkyvät jo nyt, kun tehostetut palveluasunnot ovat vaikeuksissa, koska ne ovat tyhjentyneet asukkaista ihmisten tullessa toimeen kotonaan tuettuina.

Hollannin erikoinen ominaisuus on ollut rakennusten kehittäminen. Siellä toimi sosiaaliministeriön oma tutkimuskeskus Bowcollage. Sen ohjeistuksilla oli merkittävä vaikutus Euroopan sairaalarakentamiseen.

4.5.1 *Prosessit ja rakennukset uusiutuvat*

Keskussairaalatason rakennukset pyrkivät eriytymään erillisiksi rakennuksiksi, jolloin runkoratkaisun muuttuminen vähentää rakennuskustannuksia. Keskussairaala voi muodostua esimerkiksi yksiköistä kuuma sairaala, jossa on päivystys; leikkaus ja tehot; hotellista, jossa on vuodeosastot; päiväsairaalasta, joka on korvannut sairaalan poliklinikkatoiminnan; toimistorakennuksesta, jossa on kanslioiden lisäksi myös laboratorioita; siivouskeskus jne. ja näitä yhdistävästä aularakennuksesta.

Uusissa sairaaloissa ratkaisuna ovat olleet erikoisalattomat vastaanottoyksiköt, joissa lääkärit ottavat vastaan samassa huoneessa periaatteella aamupäivällä sisätautilääkäri, iltapäivällä kirurgi. Taloushallinto vuokraa erikoisaloille vastaanottotilaa ja erikoisalat ottavat vain tarvitsemansa määrän vastaanottotunteja.

Kotihoitoa lisätään. Uutuutena suunnitellaan pienimuotoisten toimenpiteiden tekemistä kotona. Ensimmäinen kotileikkaustiimi on käynnistynyt Sittardin sairaalassa.

On mielenkiintoista nähdä, selviääkö Hollanti kustannuskriisistään vuoteen 2025 mennessä. Tavoitteena on toiminnan saattaminen henkilökuntamäärällä mitattuna sille tasolle, mikä tällä hetkellä on Suomessa käytössä.

Hollannissa panostetaan voimakkaasti kuntoutukseen. Uutena ajatuksena on käynnistetty sairaanhoitajavetoinen kuntoutussairaala, joka ottaa leikkauspotilaan kolmen päivän kuluttua leikkauksesta kuntoutusjaksolle. Argumenttina on, että sairaalasta potilas kotiutetaan 5–6 päivän kuluttua, mutta varsinaisesti kriisin mentyä ohi kolme viimeistä päivää ovat etupäässä vuodelepoa. Samalla menetetään kuntoutusikkunasta olennainen osa. Tässä kuntoutussairaalassa potilas on noin viikon, jonka jälkeen hänet kotiutetaan. Kuntoutussairaalan huone hygieniatiloineen on noin 30 m^2, se on kalustettu normaalein kalustein, ja siellä käytetään omia vaatteita. Alustavat reaktiot tähän sairaalaan ovat olleet myönteisiä.

Hollannissa on erityisesti painotettu dementikkojen asumiseen. Vanhainkodeissa on tilaa normaalin yksiön verran. Lisäksi yleistilat ovat korkealaatuiset ja

mahdollistavat kaikkien henkilöiden päivittäisen oleskelun näissä tiloissa. Jokaiseen yksikköön kuuluu myös suljettu piha-alue, jossa muistisairaat vanhukset voivat vapaasti tulla ja mennä. Dementiayksikön koko on vähintään 100–130 paikkaa.

4.6 USA

USA:n järjestelmä on vakuutuspohjainen. Osalla kansaa ei ole vakuutusta ja siksi he ovat käytännössä terveydenhuollon ulkopuolella. Julkisuudessa paljon esillä ollut Obama care olisi tuonut koko väestön terveydenhuollon piiriin, mutta se on nyt vastatuulessa. Uudistus olisi vaatinut melkoisen resurssien uudelleenjärjestelyn. Lääkärikoulutusta pitäisi lisätä, yleislääkärikoulutusta varten tarvitaan noin 10–15 uutta lääkärikoulua.

USA:n terveydenhuollon kustannukset ovat liian korkeat. Siksi siellä on jatkuva kilpailu potilaista ja uudistamisprosessi. USA:ssa on ymmärretty palvelujen muuttuminen rakennuksista palveluverkoksi. Seurauksena on, että isot maailmanluokan sairaalat, kuten Cleveland Clinic, ostavat tällä hetkellä ympäristöstään pienempiä avohoitoyksiköitä rakentaakseen täydellisen alueellisen palveluverkon. USA:ssa samalla alueella toimii useita kilpailevia palveluverkkoja. Verkon sisällä ei esiinny palveluvastuun siirtämistä organisaatiolta toiselle kuten Ruotsin järjestelmässä nyt. Siksi kustannukset hallitaan.

USA:ssa on työsuoritteet mitoitettu. Lääkäri sitoutuu tiettyyn määrään potilasvastaanottoja päivässä. Jos hän ei saa työpäiväänsä täyteen, se on hänen vastuullaan. Palkka maksetaan suoritteista. Esimerkiksi CT-aivokuvauksissa työehtosopimukseen kuluu 6 000 tutkimusta yhdellä työvuorolla vuodessa. Suomessa päästään laitekohtaisesti vähän yli 1500 tutkimukseen.

4.7 Johtopäätökset

1. Suomi ei ole kuitenkaan tällä hetkellä yksin uudistamassa palvelujärjestelmäänsä. Väestön ikääntyminen on globaali ilmiö, joka aiheuttaa ikääntyvien palvelujen lisäystarpeen. Rakennemuutos on menossa läpi Euroopan. Tavoitteena on saavuttaa merkittävä tehostuminen, jotta ikääntyminen voitaisiin hoitaa suunnilleen nykyisillä resursseilla.
2. Suomen sosiaali- ja terveyspalvelujen resurssien kansainvälinen vertailu on vaativaa, koska kansainväliset tilastot perustuvat virkanimikkeistöön. Näin lasten päivähoito tulee mukaan sote-palveluihin. Kun tarkastellaan sote-palveluja ilman lasten päivähoitoa, havaitaan, että varsinaisissa sote-palveluissa mitoitus on tiukka, mutta alueellisesti hyvin epätasainen. Jotkut maakunnat ovat on kansainvälisen kärjen tuntumassa, mutta toisissa maakunnissa mitoitus on lähes kireä.
3. Suomi selviää kohtuudella, mutta yllättäviä tuloksia on, kuten kärkisija mielenterveyspalvelujen tarpeessa. NHS:n vertailussa rintasyövän tuloksissa olemme neljäs, mutta OECD:n rintasyöpätuloksissa olemme toiseksi parhaita. NHS:n vertailussa dementian hoitotulokset olivat huonot.

4. NHS:n tulosvertailussa dementiahoito tuloksiltaan on luokiteltu Euroopan yhteisön laadullisesti huonoimmaksi. Niskan kipuja emme osaa hoitaa. Nämä osa-alueet vaativat toimenpiteitä sote-rakennetta uusittaessa.
5. Yleislääkäreitä on lääkärikunnasta kolmanneksi eniten OECD-maissa, mutta yleislääkärikäyntejä on vähän. Perustasolla on Suomessa muita asiantuntijoita, jotka korvaavat lääkärikäyntejä. Osin ongelma johtuu terveyskeskusten johtamisesta. Kun väestö kustantaa verovaroista perustason lääkäripalvelut, on sillä oikeus vaatia kohtuullista odotusaikaa lääkärille. Tämä merkitsee organisaatioiden toimintamallien uudistamista.
6. Kun kansainväliseen kehitykseen maassamme ei ole kiinnitetty huomiota, johtuuko se siitä, että maasta puuttuu lääkintöhallituksen tapainen ohjaava terveydenhuollon asiantuntijaelin?

5 Ikääntyminen, palvelujärjestelmä ja kustannukset

5.1 Rakenneuudistus on selviämismahdollisuus

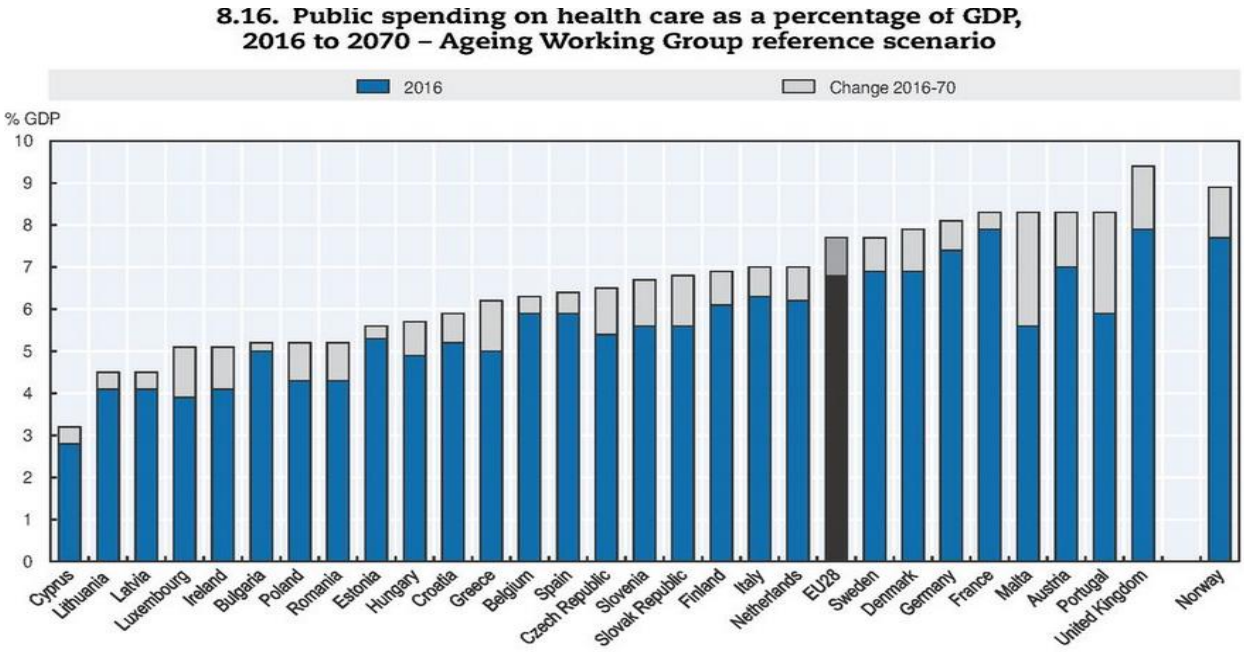
Seuraavassa teemme arvion siitä, mitä suuren ikäluokan poistuminen tule merkitsemään palvelujärjestelmälle.

Suuri ikäluokka on nyt saapumassa siihen elämänsä vaiheeseen, jossa tarvitaan palveluja. Lähtökohtana on, että suuri ikäluokka elää keskuudessamme ja käyttää terveyspalveluja normaalisti. Joillakin erikoisaloilla ja palvelualuilla esimerkiksi mielenterveyspalveluissa väestön terveyspalvelujen käyttö ikääntyessä pienenee (2). Lisätarvetta on laitospalveluissa, erikoissairaanhoidossa ja kotipalveluissa.

Palvelujen tarpeeseen vaikuttaa vahvasti kaupungistuminen, suuri ikäluokka muutti kasvaville kaupunkiseuduille ja maaseutu tyhjenee, myös vanhuksista. Tilanne on hankala, koska maaseudulla vanhusten väheneminen ja siksi tapahtuva välttämätön palvelujen keskittäminen vie taajamien elinvoima. Toisaalta tämä on mahdollisuus, koska kaupunkiseuduille voidaan rakentaa uusi järkevämpi palvelurakenne, joka mahdollistaa paremman vanhuuden ja on kansantaloudelle edullisempi sekä voidaan poistaa järjestelmässä oleva hukka.

OECD on tehnyt oman arvion ikääntymisen tarvitsemista lisäresursseista EU-28 maiden osalta. Suomen on arvioitu olevan kymmenenneksi ikääntynein maa ja selviävän ikääntymisestä vuoteen 2070 vain lisäämällä palvelujen BKT-osuutta noin 0,8 %. Suomen osalta ennuste on yllättävän maltillinen.

Kuva 36. OECD:n arvio EU-maiden ikääntymisen aiheuttamasta lisätarpeesta



Seuraavassa lähestytään ikääntymisen ongelmaa resurssitarpeen ja uudelleen organisoinnin näkökulmasta. Näitä tarpeita ovat laitoshoito, avosairaanhoito ja kotisairaanhoito.

5.1.1 *Vanhusten tarpeessa on vuosivaihtelua – Hämeenkyrön esimerkki*

Ikääntyessä paine erikoishoitoon pääsääntöisesti pienenee, mutta kasvaa uudelleen kuoleman lähestyessä, kuten seuraavassa esiteltävä Hämeenkyrön esimerkki osoittaa. Kasvua nähdään sisätautien ja kirurgian alueella etenkin avohoidossa.

Kuolemien lukumäärä valtakunnan tasolla voidaan ennustaa kohtuullisen tarkasti, mutta hoitavan kunnan alueella normaalit vuotuiset vaihteluvälit ovat suuria.

Hämeenkyrö on noin 10 000 asukkaan kunta, jossa on keskimäärin vähän yli sata kuolemaa vuodessa, mutta vuonna 2012 elämän päättymisiä oli yhteensä 141 eli 27 % yli vertailuvuoden 2018 tason. Todettakoon, että tämä vaihtelu hoitui ilman resurssien lisäystä. Vastaavia ilmiöitä on muuallakin.

Taulukko 22. Hämeenkyrön kunnan erikoissairaanhoidon käyttö 2009–2017

Hämeenkyrö	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Kuolleet	111	89	102	141	114	113	120	110	128
Somaattisen erikoissairaanhoidon 75 vuotta täyttäneiden vuodeosastohoitopäivät, % 18 vuotta täyttäneiden vastaavista hoitopäivistä info ind. 5360	24	26	32	37	30	25	29	24	31
Somaattisen erikoissairaanhoidon vuodeosastohoitopäivät / 1 000 asukasta info ind. 1259	448	457	539	641	456	453	450	425	374
Somaattisen erikoissairaanhoidon vuodeosastohoitopäivät 0 - 74-vuotiailla / 1 000 vastaavan ikäistä info ind. 700	387	382	419	465	372	393	369	373	300
Somaattisen erikoissairaanhoidon vuodeosastohoitopäivät 80 - 84-vuotiailla / 1 000 vastaavan ikäistä info ind. 2546	1 031	1 534	1 628	2 506	1 211	1 058	1 377	1 084	1 000
Somaattisen erikoissairaanhoidon vuodeosastohoitopäivät 85 vuotta täyttäneillä / 1 000 vastavan ikäistä info ind. 2547	742	957	2 007	2 421	1 095	739	784	594	883
Hämeenkyrö	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Kuolleet	100	80	92	127	103	102	108	99	115
Somaattisen erikoissairaanhoidon 75 vuotta täyttäneiden vuodeosastohoitopäivät, % 18 vuotta täyttäneiden vastaavista hoitopäivistä info ind. 5360	100	108	132	153	125	103	121	100	131
Somaattisen erikoissairaanhoidon vuodeosastohoitopäivät / 1 000 asukasta info ind. 1259	100	102	120	143	102	101	101	95	84
Somaattisen erikoissairaanhoidon vuodeosastohoitopäivät 0 - 74-vuotiailla / 1 000 vastaavan ikäistä info ind. 700	100	99	108	120	96	102	95	97	78
Somaattisen erikoissairaanhoidon vuodeosastohoitopäivät 80 - 84-vuotiailla / 1 000 vastaavan ikäistä info ind. 2546	100	149	158	243	117	103	133	105	97
Somaattisen erikoissairaanhoidon vuodeosastohoitopäivät 85 vuotta täyttäneillä / 1 000 vastavan ikäistä info ind. 2547	100	129	270	326	148	100	106	80	119

Terveyskeskuksen johtaja (27) kiinnitti huomiota siihen, että terveyskeskuksen vuodeosasto pystyi hoitamaan osuutensa, mutta elämän päättymiset lisäsivät erikoissairaanhoidon käyttöä. Tämä näkyy oheisessa THL:n rekisteristä tehdyssä taulukossa.

Havainto on sikäli mielenkiintoinen, että tähän asti on elämän päättyminen nähty lähinnä perustason ongelmana, mutta erikoissairaanhoidon käyttöön ei ole kiinnitetty huomiota.

Hämeenkyrön esimerkki osoittaa myös merkittävän sisäisen jouston palvelujärjestelmässä elämän päättymisten suhteen.

5.1.2 *Elämän päättymisten määrä hoivan tarpeen mittarina*

Ennen elämän päättymistä ihminen on sairas ja vaatii selvitäkseen hoivaa ja hoitoa. Siksi elämän päättymisten määrä on luonnollisesti suoraan verrannollinen hoitotarpeeseen ja sopiva tarpeen mittari. Kuntatarkastelussa on paitsi kasvua myös pienenemistä. Seuraavassa kuviossa nähdään, miten kuolemien lukumäärä muuttuu vuoteen 2040 mennessä seutukunnittain.

Taulukko 23. Seutukunnittainen hoivan tarpeen kasvun kehittyminen, vuosi 2020 on 100.

	Elämän päättymisten muutos seutunnittain 2020-2040						
		2030	2040			2030	2040
	MANNER-SUOMI	109	124		MANNER-SUOMI	109	124
1	Oulun seutukunta	122	152	35	Loimaan seutukunta	101	113
2	Helsingin seutukunta	119	142	36	Kouvolan seutukunta	104	113
3	Porvoon seutukunta	116	138	37	Kajaanin seutukunta	102	111
4	AHVENANMAA - ÅLAND	113	134	38	Äänekosken seutukunta	104	111
5	Tampereen seutukunta	113	132	39	Kotka-Haminan seutukunta	103	110
6	Jyväskylän seutukunta	112	131	40	Porin seutukunta	103	109
7	Kuopion seutukunta	112	129	41	Luoteis-Pirkanmaan seutukunta	101	109
8	Turun seutukunta	110	128	42	Suupohjan seutukunta	98	106
9	Raahen seutukunta	110	128	43	Sydösterbottens ekon. reg.	98	106
10	Hämeenlinnan seutukunta	110	126	44	Oulunkaaren seutukunta	99	106
11	Pohjois-Lapin seutukunta	112	126	45	Kaustisen seutukunta	99	106
12	Riihimäen seutukunta	110	125	46	Lounais-Pirkanmaan seutukunta	98	106
13	Rovaniemen seutukunta	110	125	47	Keuruun seutukunta	98	105
14	Lahden seutukunta	111	124	48	Jämsän seutukunta	100	105
15	Ylivieskan seutukunta	108	124	49	Pohjois-Satakunnan seutukunta	99	104
16	Kokkolan seutukunta	109	123	50	Savonlinnan seutukunta	100	104
17	Seinäjoen seutukunta	106	122	51	Varkauden seutukunta	99	104
18	Vaasan seutukunta	107	121	52	Joutsan seutukunta	99	104
19	Salon seutukunta	107	121	53	Ylä-Savon seutukunta	97	104
20	Raaseporin seutukunta	110	121	54	Pieksämäen seutukunta	99	103
21	Vakka-Suomen seutukunta	108	121	55	Keski-Karjalan seutukunta	100	103
22	Joensuun seutukunta	107	120	56	Nivala-Haapajärven seutukunta	98	102
23	Forssan seutukunta	105	120	57	Imatran seutukunta	100	102
24	Jakobstadsregionens ekon. reg.	107	119	58	Ylä-Pirkanmaan seutukunta	97	102
25	Tunturi-Lapin seutukunta	107	119	59	Kuusiokuntien seutukunta	97	100
26	Loviisan seutukunta	105	117	60	Sisä-Savon seutukunta	96	100
27	Koillismaan seutukunta	108	117	61	Pielisen Karjalan seutukunta	96	99
28	Kemi-Tornion seutukunta	104	117	62	Saarijärvi-Viitasaaren seutukunta	97	99
29	Åboland-Turunmaan seutukunta	104	117	63	Haapavesi-Siikalatvan seutukunta	97	98
30	Rauman seutukunta	105	115	64	Järviseudun seutukunta	95	98
31	Etelä-Pirkanmaan seutukunta	104	115	65	Itä-Lapin seutukunta	97	97
32	Lappeenrannan seutukunta	104	114	66	Koillis-Savon seutukunta	96	97
33	Kyrönmaan seutukunta	101	114	67	Kehys-Kainuun seutukunta	96	96
34	Mikkelin seutukunta	104	113	68	Torniolaakson seutukunta	95	94

Kun eliniän pitenemisestä on tervettä elämää noin 90 % ajasta, voidaan ajatella, että elämän päättyminen on sopiva hoitotarpeen mittari. Siksi seuraavassa tarkastellaan alueittain elämän päättymisen kehitystä.

Vuoteen 2030 mennessä koko maassa elämän päättymisten määrä on kasvanut noin 4,5 %. Vuoteen 2025 mennessä pienenemistä on 36 seutukunnassa ja yli 10 % kasvua vain Helsingin ja Oulun seutukunnissa. Vuoteen 2040 tilanne on jonkin verran muuttunut. Kymmenessä seutukunnassa on edelleen elämän päättymisen lukumääräistä pienenemistä. Yli 10 % kasvua on 38 seutukunnassa. Näistä merkittävää yli 25 % kasvua on 25 seutukunnassa. Kärjen muodostavat kasvavat kaupunkiseudut, ylimpänä Oulu, Helsinki, Porvoo, Ahvenanmaa ja Tampere.

Taulukosta 23 nähdään, että ikääntyminen on alueellinen ongelma. Kasvun painopiste on alueilla, jonne suuri ikäluokka on muuttanut. Maaseudulla joudutaan asteittain purkamaan palveluja. Viimeisten ARA:n tietojen mukaan maaseudulla on jo nyt tyhjää tilaa, vuonna 2016 oli noin tuhat eriasteista vanhustenhuoltopaikkaa ja 2017 niitä oli noin 1 500 paikkaa. (12).

Ajatus siitä, että suuri ikäluokka ikääntyneinä palaisi takaisin synnyinseudulle viettämään siellä loppuelämänsä, on reaalimaailmalle vieras. Kaupunkien kasvu on pysyvää ja jatkuu. Kasvavissa kaupungeissa suuren ikäluokan poistuminen ei pienennä tarvetta, koska kaupunkien kasvu on pysyvä ilmiö.

Kuten Hämeenkyrön esimerkki osoittaa, kunnat joutuvat selviämään 40 % suuruusluokkaa olevasta vuosivaihtelusta. Seutukunnista vain kolme kärjessä olevaa kasvualuetta ylittää pysyvästi 40 % kasvun.

5.2 Elämän kahden viimeisen vuoden palvelutarve

Elämän päättymisten lukumäärä voidaan arvioida. Tarve keskittyy asutuskeskuksiin, kuten MDI:n ennuste 2/2019 osoittaa. Koska palvelutarve on suurimmillaan viimeisten viikkojen aikana ennen kuolemaa, niin voidaan kuolemien määrää ja muutosta pitää palvelutarpeen mittarina. Kun tarkastelussa huomioidaan lisääntynyt hoivan tarve, niin tarvitaan riittävän pitkä aika elämän päättymisen palvelutarpeen arviointiin. Täksi valittiin kaksi viimeistä vuotta.

Kun THL:n tiedoista poimitaan vanhuksen viimeisen kahden vuoden kotona oloaika, saadaan taulukko 24, jossa todetaan merkittäviä alueellisia eroja.

Erojen taustalla ovat palvelujen erilaiset ominaisuudet. Terveyskeskuksen intresseissä tulisi olla saada vanhus kuntoutettua ja takaisin kotiin, mutta osaamisen kehittäminen vaatii työtä. Tämä prosessi on koko ajan meneillään.

Esimerkiksi Maalahdessa otettiin käyttöön Ruotsissa koulutetun fysioterapeutin johdolla sikäläinen kuntoutusjärjestelmä. Pysyvänä seurauksena oli, että pitkäaikaisosaston 43 paikasta voitiin sulkea kymmenen ja jäljellä olevista 33 paikasta osa on muutettu intervallipaikoiksi. Laskennassa 31.12.2017 mukana oli vain 16 vanhusta sairauden hoidon vuoksi ja kaksi kuntoutuksessa.

Alueellisia eroja on. Vaasan sairaanhoitopiirissä ollaan ennen kuolemaa palvelujärjestelmässä 10,1 kuukautta ja Pohjois-Savossa 7,8 kuukautta maan keskiarvon ollessa 8,8 kuukautta. Kun alueelliset erot ovat kuitenkin kohtuullisia, +/- 13 % verrattuna yleensä palveluissa oleviin eroihin, voidaan todeta, että alueellinen hoito on kestoltaan kohtuullisen tasalaatuista maan eri osissa.

Taulukko 24. Ikääntyneiden kahden viimeisen vuoden aikana kotona vietetty aika

Kuolleiden 2 viimeisen vuoden aikana vietetty aika kotona vrk / kuollutta kohti											
Ikäryhmä	00_74		75_79		80_84		85_89		90_		Kaikki nouseva
Koko maa	**593**	**Koko maa**	**515**	**Koko maa**	**465**	**Koko maa**	**401**	**Koko maa**	**332**	**Koko maa**	**466**
Vaasan shp	605	Vaasan shp	492	Vaasan shp	459	Vaasan shp	377	Vaasan shp	287	Vaasan shp	426
Keski-Suom	583	Keski-Suom	494	Keski-Suom	435	Keski-Suom	387	Keski-Suom	308	Keski-Suom	440
Itä-Savon s	565	Itä-Savon s	497	Itä-Savon s	501	Itä-Savon s	331	Itä-Savon s	348	Itä-Savon s	445
Ahvenanm	576	Ahvenanm	418	Ahvenanm	485	Ahvenanm	396	Ahvenanm	348	Ahvenanm	447
Keski-Pohja	583	Keski-Pohja	491	Keski-Pohja	441	Keski-Pohja	411	Keski-Pohja	310	Keski-Pohja	448
Satakunnan	599	Satakunnan	529	Satakunnan	456	Satakunnan	386	Satakunnan	298	Satakunnan	454
Kymenlaak	593	Kymenlaak	559	Kymenlaak	469	Kymenlaak	368	Kymenlaak	286	Kymenlaak	454
Länsi-Pohja	587	Länsi-Pohja	514	Länsi-Pohja	416	Länsi-Pohja	391	Länsi-Pohja	365	Länsi-Pohja	456
Pohjois-Pol	583	Pohjois-Pol	463	Pohjois-Pol	458	Pohjois-Pol	388	Pohjois-Pol	339	Pohjois-Pol	462
Varsinais-S	602	Varsinais-S	510	Varsinais-S	477	Varsinais-S	412	Varsinais-S	315	Varsinais-S	464
Pohjois-Kar	595	Pohjois-Kar	520	Pohjois-Kar	453	Pohjois-Kar	403	Pohjois-Kar	330	Pohjois-Kar	464
Etelä-Karjal	592	Etelä-Karjal	522	Etelä-Karjal	482	Etelä-Karjal	392	Etelä-Karjal	327	Etelä-Karjal	467
Helsingin ja	600	Helsingin ja	509	Helsingin ja	450	Helsingin ja	403	Helsingin ja	309	Helsingin ja	467
Lapin shp	553	Lapin shp	515	Lapin shp	488	Lapin shp	381	Lapin shp	343	Lapin shp	468
Pirkanmaan	577	Pirkanmaan	527	Pirkanmaan	457	Pirkanmaan	401	Pirkanmaan	372	Pirkanmaan	469
Etelä-Savon	571	Etelä-Savon	506	Etelä-Savon	492	Etelä-Savon	420	Etelä-Savon	344	Etelä-Savon	469
Päijät-Häm	608	Päijät-Häm	526	Päijät-Häm	447	Päijät-Häm	422	Päijät-Häm	359	Päijät-Häm	480
Kanta-Häm	597	Kanta-Häm	481	Kanta-Häm	478	Kanta-Häm	432	Kanta-Häm	376	Kanta-Häm	481
Kainuun sh	601	Kainuun sh	504	Kainuun sh	506	Kainuun sh	388	Kainuun sh	368	Kainuun sh	484
Etelä-Pohja	599	Etelä-Pohja	576	Etelä-Pohja	505	Etelä-Pohja	434	Etelä-Pohja	374	Etelä-Pohja	489
Pohjois-Sav	586	Pohjois-Sav	551	Pohjois-Sav	499	Pohjois-Sav	423	Pohjois-Sav	404	Pohjois-Sav	495

Todettakoon, että Vaasan sairaanhoitopiirin käytön perustella laskettu valtakunnan kokonaiskustannus on vuonna 2018 arvioitu saman suuruiseksi kuin Pohjois-Savon kustannus vuonna 2040. Vaasan sairaanhoitopiirissä on käynnissä laaja hoidon uudistus. Vaasan kaupungin sairaalan vanhusosastojen toimintaperiaatteet ovat muuttuneet. Sama prosessi on käynnissä myös muissa sairaanhoitopiirin kunnissa.

5.2.1 *Kustannukset vaihtelevat alueen hoitokäytännön mukaan*

Kun sairaanhoitopiirikohtaisia vertailuja tehtäessä voidaan todeta alueellisia eroja, tehdään kasvuarvio kolmen alueen tiedoilla: pienimmän käyttäjän eli Pohjois-Savon, maan keskiarvon ja suurimman eli Vaasan sairaanhoitopiirin lukujen avulla.

Karkeasti arvioiden suuri ikäluokka tarvitsee nykyisen noin 39 000 paikan lisäksi Vaasan mallilla 12 500 paikkaa lisää ja Pohjois-Savon mallilla noin 9 700 paikkaa. Jos hoitovuorokauden hinta olisi vanhusten hoidossa 160 euroa, olisi hoitovuoden hinta noin 58 400 euroa. Näin arvioituna lisäkustannukset tästä olisivat noin 600–700 miljoonaa euroa. Kustannukset ovat pienempiä kuin hoitokäytäntöjen erojen kustannukset.

Taulukko 25. Palvelujärjestelmän kasvutarve koko maassa ja ääripään sairaanhoitopiirien toimintamalleilla

Suuren ikäluokan 2 vuotta kuolemaa edeltävän laitoshoidon paikkatarve					
Malli	**2015**	**2020**	**2030**	**2040**	**Kasvu**
Vaasa shp	43653	45463	49535	56238	12586
Maa keskimäärin	37909	39481	43017	48839	10930
Pohj. Savon shp	33745	35144	38292	43474	9729
Suuren ikäluokan 2 vuotta kuolemaa edeltävän laitoshoidon kustannukset M€					
Malli	**2015**	**2020**	**2030**	**2040**	**Kasvu M€**
Vaasa shp	**2514**	**2619**	**2853**	**3239**	**725**
Maa keskimäärin	**2184**	**2274**	**2478**	**2813**	**630**
Pohj. Savon shp	**1944**	**2024**	**2206**	**2504**	**560**

Todettakoon, että paremmalla kuntoutuksella saadaan Eksoten esimerkin mukaisesti pienennettyä kokonaistarvetta merkittävästi.

Tässä ei kuitenkaan ole koko kuva, koska olemme rajoittuneet vain kahden viimeisen elinvuoden palvelukäytön tarkasteluun. Tarvitaan ikäryhmäkohtaiset tarkastelut, muun kuin kahden viimeisen vuoden laitoskäyttö, arvio erikoissairaanhoidon avokäytöstä ja kotisairaanhoidon käytöstä.

5.2.2 *Ikä ja palvelutarve*

Elämän päättymisen ikä vaikuttaa palvelutarpeeseen. Seuraavassa on yhdistetty Tilastokeskuksen ja THL:n tietoja ja saatu seuraava taulukko. Jos taulukossa korvataan yli 90-vuotiaiden hoitopäivämäärä (232) keskimääräisellä käytöllä (194), pienenee hoitopäivien kokonaismäärä määrä noin 3 %. Palvelutarpeen ratkaisee elämän päättymisten määrä, ei kuolinikä.

Taulukko 26. Eri ikäryhmien palvelukäyttö kaksi vuotta ennen kuolemaa

Ikä	Kuolleita	Hp yhteensä	Hp/kuolemaa	Jaksoja yhteensä	Jaksoja /kuolema	Hp yhteensä. /jaksot yht.
00_74	10631	1354822	127	74254	7	18
75_79	4854	995401	205	34855	7	29
80_84	6973	1776910	255	47098	7	38
85_89	8177	2604442	319	51451	6	51
90_	7829	3040226	388	42781	5	71
Kaikki	38464	9771801	254	250439	7	39

Ikääntyessä jaksojen määrä pienenee, mutta hoidon kesto lisääntyy. Hoitopäivien määrä ennen kuolemaa on vanhusikäluokissa käytännöllisesti katsoen sama.

Yli 90-vuotiaiden hoidon lisääntyminen, noin 25 %, tapahtuu pääosin sosiaalisektorin laitoksissa, joissa kustannustaso on alempi. Siksi voidaan todeta, että yli 90-vuotiaiden hoitopäivien lisääntyminen ei merkitse hoidon olennaista kallistumista.

Seuraavaksi voidaan arvioida tarkemmin kustannuksien kehittymistä vuoteen 2040 mennessä. Koska pääosa kunnista on asukasmäärältään pieniä ja käyttää enenevästi ristiin toistensa palveluja, on seutukunta yleensä tarkoituksenmukainen tarkasteluyksikkö.

Taulukko 27. Palvelujen käyttö laitosryhmittäin kaksi vuotta ennen kuolemaa

Palvelujen käyttö 2 vuotta ennen kuolemaa ikäryhmittäin						
Ikä	**Kuolleita**	**tk_hopv**	**esh_hopv**	**muu_hopv**	**sos_hopv**	**Hp yhteensä**
00_74	10631	364610	294957	20543	674712	1354822
75_79	4854	276532	97771	9977	611121	995401
80_84	6973	477607	106585	15547	1177171	1776910
85_89	8177	618820	93255	30203	1862164	2604442
90_	7829	600232	60456	59026	2320512	3040226
Kaikki	38464	2337801	653024	135296	6645680	9771801
Ikä	**Kuolleita**	**tk_hopv %**	**esh_hopv %**	**muu_hopv %**	**sos_hopv %**	**Hp yhteensä %**
00_74	10631	27	22	1,5	50	100
75_79	4854	28	10	1,0	61	100
80_84	6973	27	6	0,9	66	100
85_89	8177	24	4	1,2	71	100
90_	7829	20	2	1,9	76	100
Kaikki	38464	24	7	1,4	68	100

Onkin ilmeistä, että sairauden hoito on asianmukaista. Ongelmana on sen sijaan lievät hoivaa vaativat vanhukset, jotka tulevat palvelujärjestelmään vuosiksi (kohta 2.2.1). Jos tämä ryhmä saadaan hoidettua toisella tavalla, selviää vanhushuolto kohtuullisilla lisäkustannuksilla suuren ikäluokan lisätarpeesta.

5.3 Ikääntyneiden palvelujen mitoitus

Ongelma, johon sote-keskustelussa ei ole vielä puututtu, on ikäihmisten palvelujen mitoitus ja määrä ikäluokan väestöön suhteutettuna. Tällä hetkellä ollaan joissakin kunnissa kaikki palvelut mukaan lukien tasolla 500–600 hoitojaksoa tuhatta ikääntynyttä asukasta kohti ja kärki on puolestaan tasolla 1 100. Eroa on noin 500 jaksoa tuhatta asukasta kohti. Tämä näkyy myös keskimääräisissä hoitoajoissa. Osa kunnista selviää vanhuspalveluista noin 400 vuorokauden keskimääräisellä hoitoajalla, osassa kuntia vastaava aika on 600 vuorokautta tai yli sen.

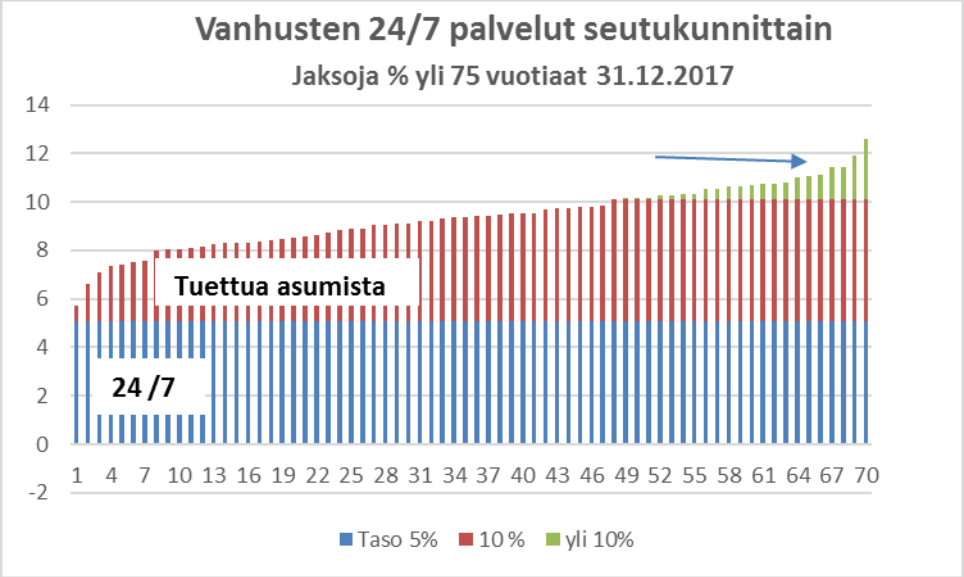
Poiketen monesta muusta maasta Suomessa ei ole käytössä sitovia ohjeita tai suosituksia. Sosiaali- ja terveysministeriön Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksessa vuodelta 2012 määriteltiin kotona asumisen tavoitetasoksi 91–92 % yli 75-vuotiaista. Tämä luku poistettiin vuoden 2018 kevään laatusuosituksesta. Virkamiehillä

lienevät omat sisäiset luvut, joilla palveluja arvioidaan. Tilanne on outo johtamisen kannalta, koska ministeriön on annettava palveluille julkiset määrälliset tavoitteet.

Kansainvälisesti käytetään palvelumitoituksessa sekä 75 vuoden että 80 vuoden ikärajaa. Ruotsissa mitoitus on ympärivuorokautisille laitospaikoille yläraja 5 % yli 75-vuotiaiden määrästä vastaten Suomen luvuilla 26 300 paikkaa. Hollannissa mitoitus on 15 % yli 80-vuotiaiden määrästä vastaten 45 600 paikkaa Suomessa. NHS puolestaan toteaa, että joka seitsemäs yli 85-vuotiaista on ympärivuorokautisten palvelujen piirissä eli Suomen luvuilla 21 200 paikkaa.

Suomessa oli vuoden 2017 lopussa 24/7-käytössä 53 476 paikkaa eli runsaasti enemmän. Taustalla on puuttuva kuntoutus ja vähäiset kotipalvelut. Kuvassa 9 esitetty nykyinen ylimitoitettu rakenne pitää muuttaa porrastamalla vanhustenhuolto kahteen tasoon raskaat 24/7 hoitopalvelut ja tuettu asuminen palvelukorttelissa.

Kuva 37. Uusi porrastettu vanhuspalveluiden rakenne, johon nykyinen henkilökunta riittää



Raskaat 24/7 palvelut tarvitsevat mitoituksen 0,7, mutta tuetussa asumisessa riittää 0,2–0,3. Jos seutukunnissa on 24/7 paikkoja yli 10 prosentille 75 + väestöstä, kuten nuolen osoittamissa alueissa, on ylimäärä purettava kotipalveluihin.

5.3.1 *Terveyskeskussairaaloista ikääntyneiden kuntoutusverkko*

Terveyskeskussairaalan vuodeosastolla on nyt (2016) noin 7 000 sairaansijaa.

Seuraavassa taulukossa ovat sairaaloiden tulosyyt ja hoidon kesto koko maan tasolla 31.12.2016 jaettuna lyhytaikaiseen, alle 90 vuorokauden ja pitkäaikaiseen käyttöön, yli 90 vuorokautta. Taulukossa ovat tulosyyt ja hoidon kesto.

Laskemalla pitkäaikainen ja lyhytaikainen hoito yhteen saadaan keskeneräisen hoidon määräksi noin miljoona hoitopäivää. Pääosa resursseista eli noin 88 % on käytetty pitkäaikaiseen hoitoon.

Varsinaiseen somaattisen sairauden hoitoon on käytetty 5 291 lyhytaikaista ja 802 pitkäaikaista paikkaa, yhteensä 6 093 paikkaa. Tämä on noin 75 % kokonaispaikkamäärästä 8 169. Järjestelmässä on siis riittävä reservi suuren ikäluokan tarpeita varten, mutta sisäinen muuttoliike vaatii muuttotappioalueelta resurssien siirtoa kasvukeskuksiin.

Itsestään huolehtimisen vajavuudet, liikkumiskyvyn vajavuudet ja muistisairaudet eivät parane vuodelevolla. Jos nämä vanhukset olisivat olleet esimerkiksi vanhainkodissa, jossa hoitopäivän hinta olisi noin 30 euroa halvempi, olisimme saaneet heille parempaa elämää ja sivutuotteena säästäneet 20 miljoonaa euroa.

Kun terveyskeskussairaaloista puuttuvat kuntoutuksen tilat ja osaaminen, jää nykyisessä hoitokulttuurissa moni vanhus vuodeosastolle, vaikka hänet olisi voitu kuntouttaa tuettuna itsenäiseen elämään. Vuodeosastolle jääneiden vanhusten määrä oli 31.12.2017 noin 1 593 ja he olivat olleet vuoteessa puolitoista vuotta. Nämä vanhukselle vaaralliset hoitomuodot, kuten terveyskeskusten pitkäaikainen vuodehoito tai liian ahtaat palveluasunnot, olisi nopeasti lopetettava.

Kuva 28. Terveyskeskussairaalan käyttö 31.12.2017, keskeneräinen hoito

Lyhytaikainen hoito Tulosyy	Jaksot	Jaksot (%)	Hoito-päivät	Hoito-päivät (%)	Hoito-päivät (ka)	ika_ka	Hoitoi-suus (ka)
11 Itsensä huolehtimisen vajav	340	5	7 200	6	21,2	80,1	2,6
12 Liikkumiskyvyn vajavuudet	125	2	2 352	2	18,8	80,8	2,7
2D Muistamattomuus, dementia	329	5	6 494	5	19,7	83,5	2,0
2X Muut hermostolliset syyt	39	1	1 192	1	30,6	78,3	3,2
32 Muu psykiatr. sairaus/oire	60	1	687	1	11,5	54,4	2,1
34 Yksinäisyys,turvattomuus	Alle 5						
35 Asumisongelmat	Alle 5						
37 Hoitajan loma	26	0	124	0	4,8	80,6	2,4
3X Muut psyyk.-sosiaaliset syy	44	1	1 161	1	26,4	75,6	2,8
4 Kuntoutus	317	5	8 444	7	26,6	79,4	3,2
6 Som.sairauden tutkim. + hoi	5 291	80	91 821	77	17,4	79,3	1,8
Yhteensä	**6 576**	**100**	**119 587**	**100**	**18,2**	**79,3**	**2,0**
Pitkäaikainen hoito Tulosyy	**Jaksot**	**Jaksot (%)**	**Hoito-päivät**	**Hoito-päivät (%)**	**Hoito-päivät (ka)**	**ika_ka**	**Hoitoi-suus (ka)**
11 Itsensä huolehtimisen vajavuus	265	17	190 577	22	719,2	82,1	3,1
12 Liikkumiskyvyn vajavuudet	38	2	26 627	3	700,7	79,8	3,2
2D Muistamattomuus, dementia	373	23	342 780	39	919,0	84,6	2,7
2X Muut hermostolliset syyt	7	0	1 573	0	224,7	85,0	2,4
32 Muu psykiatr. sairaus/oire	12	1	3 235	0	269,6	60,0	1,0
34 Yksinäisyys,turvattomuus	Alle 5						
37 Hoitajan loma	Alle 5						
3X Muut psyyk.-sosiaaliset syy	21	1	7 379	1	351,4	83,2	2,9
4 Kuntoutus	73	5	18 238	2	249,8	79,6	3,1
6 Som.sairauden tutkim. + hoito	802	50	276 778	32	345,1	81,0	2,0
Yhteensä	**1 593**	**100**	**867 913**	**100**	**544,8**	**81,8**	**2,4**
Pitkäaikainen hoito % kaikista	20		88				

Lisäksi on tässä yhteydessä korkea aika toteuttaa muualla Euroopassa 1970–1980-luvulla tehty päätös siitä, että kaikilla vuodeosastoilla hoitoaika rajoitetaan 30 vuorokauteen, koska pidempi vuodelepo on vaarallista. Sosiaali- ja terveysministeriö voisi selittää julkisuudessa, miksi vanhuksille kuntoa huonontavaa ja vaarallista hoitomuotoa ei lopeteta. Ministeriön toimenpiteitä ja ohjausta tarvitaan, koska nykyinen prosessi on tarpeettoman hidas.

Ratkaisu on hyvin yksinkertainen. Sote-uudistuksessa alueen kaikki vuodeosastot yhdistetään yhden alueellisen johdon alle. Puolet terveyskeskussairaaloiden kapasiteetista irrotetaan alueellisiksi kuntoutussairaaloiksi ja toinen puoli siirretään alueen geriatrien käyttöön lyhytaikaista kriisihoitoa varten. Hoitovastuu on keskussairaalan geriatreilla ja kuntoutuslääkäreillä. Terveyskeskuksen yleislääkärit osallistuvat hoitoon erikseen sovitulla tavalla. Päivystys hoidetaan osana terveyskeskuksen päivystystä.

5.4 Suuren ikäluokan ikääntymisen lisäkustannukset

Seuraavassa tarkastellaan karkeasti palvelutarpeen kasvua ja suuren ikäluokan aiheuttamaa lisätarvetta. Siihen on kaksi näkökulmaa: veroa maksavan väestön määrä ja suuren ikäluokan elämän päättymisen aiheuttama palvelujen lisätarve.

Jälkimmäisessä on kolme komponenttia: vuodeosasto sekä laitoshoito, avohoito ja kotisairaanhoito.

Veroa maksava väestö eli veronmaksukyky on määritelty kohdassa 2.2. Heidän lukumääränsä kehittyminen näkyy taulukossa 2. Veronmaksukyky riippuu 15–24-, 25–64- ja yli 65-vuotiaiden määrästä. Näistä opiskeleva ikäluokka, 15–24-vuotiaat, ja yli 65-vuotiaat eläkeläiset arvioidaan veronmaksukyvyltään puoleksi aikuisväestöön verrattuna. Vuoden 2015 väestöennusteen mukaan veromaksukyky pysyisi suunnilleen nykyisenä, mutta alueelliset erot ovat merkittäviä.

Seuraavassa esitetään arvio palveluiden lisätarpeesta, jossa hoitopäivätarpeena pidetään nykyistä 630 vuorokautta kuolemaa kohti. Se vastaa kuolemien vaatimaa hoitokeskiarvoa ja sitä edeltävästä yli kaksi vuotta kestävästä esihoivasta tulevaa osuutta. Kun kuolemat lisääntyvät vuoden 2020 tasosta 55 641 vuoteen 2040 mennessä tasoon 66 598, on lisäys 12 760. Jos hoitamiseen menee 630 hoitopäivää ja hinta on 160 euroa/vuorokausi tulee lisäyksen kustannusarvioksi noin 1,3 miljardia euroa.

Laitoshoidon lisäkustannus noudattaa karkeasti kuolemien kasvua. Taulukossa 23 on esitetty kuolemien kasvu seutukunnittain. Seutukuntien ikärakenne nostaa kustannusten kasvun kärkeen suuria asutuskeskuksia ja pienempiä taantuvia seutukuntia, joissa asukaskato tekee kustannukset maksajaa kohti kalliiksi. Viimeisessä kolmanneksessa on seutukuntia, joista suuri ikäluokka on muuttanut pois ja kunnan terveydenhoitokustannukset vähenevät. Maaseudulla asuntojen huonon kunnon vuoksi ikääntyneillä on tyypillistä palveluasuntojen tarve, mutta tarpeen huippu on nopeasti kohta ohitettu. Tarve kasvaa pysyvästi asutuskeskuksissa

Erikoissairaanhoidon avohoidon lisätarve voidaan arvioida. Kuntasektorin erikoissairaanhoidon avohoidon ikäryhmäkohtainen käyttö on analysoitu raportissa *Saadaanko soteuudistuksella tasalaatua* (2). Yli 75-vuotiailla käyttö on noin 2 500 käyntiä ikäryhmän tuhatta asukasta kohti.

Kun yli 75-vuotiaita on (taulukko 2) vuonna 2020 noin 550 000 ja vuonna 2040 yhteensä 925 000, on kasvua noin 375 000 henkilöä. Lisätarve on siis 2,5 käyntiä henkilöä kohti eli yhteensä noin 937000 käyntiä. Jos käynnin hinta on noin 200 euroa, maksavat tarvittavat lisäkäynnit noin 187,5 miljoonaa euroa.

Kotipalvelujen kustannukset ovat nyt noin 950 miljoonaa vuodessa. Jos tämä kasvaa kuten laitoshoito eli 28 %, saadaan kotihoidon lisätarpeeksi noin 263 miljoonaa euroa.

Yhteensä nämä kustannukset ovat laitoshoito erikoissairaanhoito mukaan lukien 1 300 M€, avohoito noin 187 M€ ja kotipalvelut noin 263 M€. Kaikki nämä ovat yhteensä noin 1750 M€. Valitsemalla lukuja hieman toisin päädytään helposti 1,9 miljardiin euroon.

MDI:n tekemä väestöennuste viittaa siihen, että maaseudun väestön pieneneminen on paljon Tilastokeskuksen ennustetta rajumpi. Taulukon suunta on kuitenkin sama. Maaseutu selviää vähemmällä ja muutos on suurin isojen kaupunkikeskusten vaikutusalueella.

5.5 Terveydenhuollon mahdollisuudet osallistua kustannustalkoisiin

5.5.1 *Kuntoutus*

Terveydenhuoltojärjestelmällä itsellään on mahdollisuus osallistua kasvaviin kustannuksiin järjestämällä toiminta nykyaikaisesti. Keskeinen ratkaisu on kuntoutus. Tästä on Soteran projekti Muuttuva yhteiskunta – Muuttuvat palvelut-projekti tehnyt raportin ***Ikääntyvä väestö ja kunnon ylläpito (5).*** Raportissa esitetyt keinot ovat vuodeosaston hoidon rajaaminen 30 vrk:n ja akuutin kriisin jälkeen potilaan siirtäminen kuntoutusyksikköön. Päätös jatkohoidosta ja tuen tarpeesta mukaan lukien 24/7 palveluun siirtyminen tulisi tehdä vasta kuntoutusjakson jälkeen riippumattoman elimen toimesta. Eksoten toiminta (5.3) on osoittanut, että Ruotsin mitoitus 5 % yli 75-vuotiaista olisi mahdollinen Suomessa. Näin voimme tehdä seuraavan karkean taulukon palvelurakenteesta ja henkilökunnasta.

Taulukko 29. Palvelurakenne ja henkilökunta

Mitoitus	Nyt	Tarve 5% yli 75-vuotiaista	Liikaa	24/7 hoivapaikat 5 %
Paikkoja 24/7	48921	25175	23746	25175
Mitoitus hk/paikka	0,5	0,7		0,2
Henkilökuntaa	24461	18410	6051	5035

Maassamme oli 31.12.2017 yhteensä 48 921 ympärivuorokautista hoitopaikkaa. Jos näissä mitoitus olisi 0,5, olisi henkilökuntaa 24 461 henkilöä. Todellinen tarve raskaalle 24/7 mitoituksella kuntoutuksen toimiessa olisi 5 % yli 75-vuotiaista. Tämä merkitsisi noin 25 175 paikkaa. Jos siinä käytettäisiin mitoitusta 0,7 olisi henkilökunnan tarve 18 410. Jos nyt tarpeettomasti 24/7 palveluissa olevat vanhukset kuntoutettaisiin takaisin puoli-itsenäiseen elämään, tarvittaisiin siihen noin 25 175 asuntoa palvelukorttelissa. Näissä olisi henkilökuntaa 0,2 henkilöä vanhusta kohti eli noin 5 035 työntekijää. Vakansseja vapautuisi nykyrakenteeseen verrattuna noin 1 000.

Ongelmana on siis kuntoutuksen puute ja siitä syntyvä ylisuuri 24/7 paikkatarve. Vanhukset voisivat paremmin kuntouttavassa hoitokulttuurissa. Yhteiskunnan arvioidaan säästävän 600–800 M€ vuositasolla.

5.6 Hukka ja sen torjuminen

Terveydenhuollossa on aina varauduttava venymään, jos potilaiden ruuhkautuminen sitä vaatii. Varautuminen voi olla liian suurta, jolloin syntyy hukkaa.

Hukka käsitteenä on tullut terveydenhuoltoon. NHS on ottanut organisaation tyhjäkäynnin eli hukan erityiseksi tarkastelun kohteeksi. Sillä arvioidaan saavutettavan 1–2 % kustannussäästöjä. Suomessa tämä merkitsisi 20–40 M€ säästöpotentiaalia.

Mielenkiintoista oli, että britit laskevat hukkaan mukaan myös potilaan odotusajan tietyn tuntihinnan mukaan.

Ehkä tunnetuin hukka on avohoidon tyhjäkäynti. Erikoissairaanhoidon avohoito on sairaaloissa järjestetty siten, että henkilökunta on paikalla kello 8 ja ensimmäinen potilas otetaan vastaanottohuoneeseen klo 9. Potilaita on vain osan päivää, koska harvoin lääkäri on koko päivän poliklinikkatyössä.

Sama pätee leikkaustoimintaan. Keski-Euroopassa on leikkausmäärä salia kohti noin 2000 vuodessa, Suomessa noin 1000. Salien määrä väestöä kohti vaihtelee kertoimella jopa kertoimella 1,5–2.

Seuraavassa on tarkasteltu eräitä palveluja hukkakäsitettä käyttäen. Käytettävissä olevat julkiset tiedostot eivät mahdollista tarkkoja kustannuslaskelmia. Mutta suurusluokka-arviota voi tehdä. Loppu jää järjestelmän johdon tehtäväksi.

5.6.1 *Raskaat kuvauslaitteet ja käyttöaste*

OECD:n tilastot antavat mahdollisuuden tarkastella raskaiden kuvauslaitteiden käyttöastetta. Tämä on tehty sekä CT- että MRI-laitteiden osalta. Kun katsotaan Suomen sijoitusta kansainvälisiin taulukoihin, nähdään, että Suomen laitetiheys on kärkipäässä, mutta käyttöaste on erittäin alhainen.

Taulukko 30. CT-laitteiden määrä ja tutkimukset väestöön suhteutettuina

CT- laitteiden määrä ja tutkimukset 2016								
Laitteita/miljoona asukas				Tutkimuksia /1000 as			Tutkimuksia/laite	
	Japan	107		United States	253,6		Israel	14037
1	Australia	63		Japan	230,8		Hungary	13115
2	United States	42		Luxembourg	210,6		Turkey	12994
3	Denmark	39		Iceland	204,8		Luxembourg	12287
4	Switzerland	39		France	204,4		France	12080
5	Iceland	39		Belgium [1]	199,7		Canada	9813
6	Korea	38		Korea	191,2		Estonia	9497
7	Greece	37		Turkey	188,8		Slovak Republic	9376
8	Latvia	36		Portugal [1]	179,1		United Kingdom	8953
9	Germany	35		Latvia	178,4		Belgium [1]	8638
10	Italy	33		Estonia	166,0		Portugal [1]	8405
11	Austria	29		Slovak Republic	162,3		Czech Republic	6920
12	Finland	24		Denmark	160,7		Netherlands	6802
13	Belgium [1]	23		Greece	150,3		Poland	6278
14	Sweden [1]	22		Austria	148,1		United States	6064
15	Portugal [1]	21		Canada	147,3		Chile	6050
16	Spain	18		Germany	143,1		Spain	5953
17	New Zealand	18		Israel	136,3		Iceland	5284
18	Estonia	17		Australia	119,2		Austria	5095
19	Poland	17		Hungary	116,2		Korea	5058
20	Slovak Republic	17		Poland	108,8		Latvia	4924
21	Ireland	17		Spain	108,7		Slovenia	4637
22	Luxembourg	17		Czech Republic	107,4		Denmark	4109
23	France	17		Switzerland	104,0		Greece	4100
24	Czech Republic	16		Chile	89,3		Germany	4069
25	Canada	15		Netherlands	88,7		Switzerland	2671
26	Chile	15		United Kingdom	84,7		Italy	2441
27	Turkey	15		Italy	81,3		Japan	2154
28	Slovenia	14		Slovenia	65,1		Australia	1894
29	Netherlands	13		Finland	36,8		New Zealand	1603
30	Israel	10		New Zealand	28,7		Finland	1521
31	United Kingdom	9		OECD AVERAGE	141,8		OECD AVERAGE	5426
32	Hungary	9						
33	Mexico	6						
34	OECD AVERAGE	26						

Jos ajattelemme suomalaista työntekoa, on laitetta kohti tutkimusmäärä varsin alhainen. USA:ssa on esimerkiksi aivojen CT-kuvauksissa sovittu työehdoissa kuvausten määräksi vuodessa 6 000 laitetta ja työparia kohti.

Taulukko 31. MRI-laitteiden määrät ja tutkimukset väestöön suhteutettuina

MRI laitteiden määrä ja tutkimukset 2016								
Laitteita/miljoona asukas				Tutkimuksia /1000 as			Tutkimuksia/laite	
1	Japan	51,7		Germany	136,2		Hungary	10630
2	United States	36,7		Japan	136,2		France	8425
3	Germany	34,5		United States	120,6		United Kingdc	7856
4	Italy	28,2		France	113,9		Belgium	7674
5	Korea	27,8		Iceland	92,9		Israel	7413
6	Greece	26,6		Belgium	89,4		Luxembourg	6950
7	Finland	25,5		Luxembourg	83,4		Slovak Repub	6807
8	Austria	22,4		Spain	82,5		Czech Republi	5845
9	Switzerland [1]	22,3		Denmark	82,2		Canada	5743
10	Iceland	20,9		Switzerland [1]	72,2		Spain	5182
11	Spain	15,9		Italy	67,1		Portugal [1]	4949
12	Sweden [1]	15,7		Greece	64		Slovenia	4659
13	Ireland	14,7		Slovak Republic	61,4		Iceland	4451
14	Australia	14,3		Austria [1]	56,9		Germany	3949
15	New Zealand	13,9		United Kingdom [1]	56,8		Estonia	3852
16	Latvia	13,8		Canada	54,5		Poland	3825
17	Estonia	13,7		Estonia	52,7		Netherlands	3813
18	France	13,5		Slovenia	51,9		Latvia	3462
19	Netherlands	12,8		Czech Republic	49,8		United States	3287
20	Luxembourg	12,0		Netherlands	48,8		Switzerland [1]	3233
21	Belgium [1]	11,7		Latvia	47,7		Australia	2967
22	Slovenia	11,1		Australia	42,4		Japan	2635
23	Turkey	10,6		Hungary	42,2		Austria [1]	2537
24	Canada	9,5		Finland	39,1		Greece	2403
25	Chile	9,4		Portugal [1]	38,8		Italy	2376
26	Slovak Republi	9,0		Israel	36,4		Chile	2131
27	Czech Republic	8,5		Korea	33,8		Finland	1535
28	Poland	7,9		Poland	30,1		Korea	1215
29	Portugal [1]	7,8		Chile	20,1		New Zealand	318
30	United Kingdor	7,2		New Zealand [1]	4,4			
31	Israel	4,9						
32	Hungary	4,0					Lähde:	
33	Mexico	2,6					OECD 2019	

Suomessa suhteellisen pienellä kuvausmäärällä on pystytty saamaan järjestelmä kannattavaksi, eli kuvausten tuotantohinta on kansainväliseen tasoon verrattuna kallis. Jos vertaamme tilannetta Saksaan, kuvausmäärät laitetta kohti ovat lähes kolminkertaisia. Tämä johtuu omistusrakenteesta. Röntgenlääkärit omistavat laitteet ja heidän vastaanottonsa on jopa katutasolla irrallaan muista organisaatioista. Näin he palvelevat laajempaa käyttäjäkuntaa. Kuvantamistutkimusten hukka on useita kymmeniä miljoonia ja 20 M€ säästö on helppo tavoite.

5.6.2 *Laboratorion säästöpotentiaali noin 20 miljoonaa euroa*

Haettaessa kustannussäästöjä on kiinnitettävä huomiota laboratoriotutkimusten hintatasoon. Aalto-yliopistossa tehdyn tutkimuksen mukaan (4) mukaan laboratoriohinnat ovat Suomessa 6–7 euron tasoa ja vastaavasti Keski-Euroopassa 70–90 sentin hintatasoa. Suomessa tutkimuksia tehdään kaikkiaan noin 70 miljoonaa vuodessa. Jos hintana pidetään 6 euroa, olisi sektorin liikevaihto 420 miljoonaa euroa. Laboratoriossa työskentelevää henkeä kohti tehdään noin 15 000 tutkimusta vuodessa, kun Keski-Euroopassa tutkimusten määrä työntekijää kohti on 40 000–70 000.

Suomen erikoisuuksiin kuuluu se, että laboratorionäytettä eivät ota sairaanhoitajat vaan erityinen näytteenottaja. Näytteenottaja on paikallaan silloin, kun näytteitä on paljon, esimerkiksi HUS:in hajautetuissa näytteenottokeskuksissa tai isossa sairaalassa.

Sen sijaan haja-asutusalueilla pienemmissä sairaaloissa päästään parempaan tulokseen siirtämällä näytteenotto takaisin sairaanhoitajien työksi, johon he ovat saaneet myös täyden koulutuksen. Myös monessa terveyskeskuksessa yksi laboratoriohoitaja teki 20 000 tutkimusta vuodessa. On vaikea kuvitella, että uusi prosessi tulee halvemmaksi, kun näytteenotto on eriytetty. Näytteeseen tulee kuljetuskustannus keskuslaboratorioon, jossa tehdään 15 000 tutkimusta työntekijää kohti. On mahdollista, että kustannuslaskenta osoittaa, että keskityksen asemasta toimintojen paikallistaminen on ainakin osittain tarpeen.

5.6.3 *Päivystyksen hukka*

Päivystyksen läpimenoaika, 4 tuntia, on Euroopassa yleisesti käytetty tavoiteaika, johon akuuttisairaalat pyrkivät. Tämä tavoite on Helsingin järjestelmälle tuntematon, kuten seuraava kokemus osoittaa.

Tekijälle sattui mahdollisuus helmikuussa 2019 suorittaa tarkkailu Helsingin Haartmanin päivystyspoliklinikan päivystyksen hoitoprosessista. Päivystykseen potilas meni terveyskeskuksen lähetteellä. Kirjautumisen jälkeen siirryttiin odottamaan. Odotusaulassa oli ennen saapumista kymmenen potilasta. Päivystyksessä oli ajoittain kaksi lääkäriä, pääosin yksi lääkäri, jolla oli vastuuna myös sisätautiosaston päivystys.

Seuraavaan taulukkoon on merkitty prosessin aikaiset tapahtumat. Luvuista näkyy, että aktiivista työaikaa oli lääkärillä keskimäärin noin 20 minuuttia potilasta kohti ja potilaiden välinen tauko oli 10–15 minuuttia.

Kun potilas tuli, oli hän yhdestoista. EKG:n otto katkaisi prosessin. Potilaan jonotus alkoi alusta, koska hänet uutena potilaana siirrettiin viimeiseksi sen hetkisen tilanteen mukaan. Näin ollen hän pääsi tapaamaan lääkärin sijalta seitsemän. Tätä jonotusta kesti noin 1 tunti 40 minuuttia. Varsinainen lääkärikontakti kesti kahdeksan minuuttia.

Taulukko 32. Haartmanin sairaala, sisätautien päivystys 2/2019

Hartmannin sairaala, sisätautien päivystys. 2/2019									
huone 1, potilaan numero	sisään	ulos	väli	kesto	huone 2 ja 3, potilaan numero	sisään	ulos	väli	kesto
1	15 00	15 18		18	1	-	15 55		
2	15 20	15 40	2	20					
3	16 30	16 45	50	15	2	16 30	16 45	35	15
4	16 45	16 55	0	20	3	16 55	17 10	10	15
5	17 10	17 25	15	15	4	17 22	17 40	12	18
6	18 00	18 20	35	20	5	17 42	18 00	2	18
Ekg	***18 35***	***18 55****		20	6	18 05	18 15	7	10
7	19 05	19 20		15	7	18 15	18 35	0	20
8	19 30	19 55	10	25	**Yhteensä**			**66**	**96**
9	20 15	20 30	20	15		**Lääkärien ajankäyttö minuutteja**			
10	20 34	20 42	4	8		Potilasaika	287	59 %	
Yhteensä			**136**	**191**		Muu aika	202	41 %	
						Yhteensä	**489**	**100 %**	
***Ekg 18,35 . Sen jälkeen jonotus alkoi uudeleen 0-tilanteesta**									

Potilaan hukka-aika oli yhteensä noin viisi tuntia ja lääkärin nettotyöaika yhteensä noin kolme tuntia. Järjestelmässä on siis hukkaa sekä potilaan kannalta että lääkärin työn organisoimisessa.

Jatkohoito-ohjeen mukainen Helsingin terveyskeskuslääkärin puhelinaika löytyy kolmen viikon päähän. Vastaanotolle ei otettu aikavarauksia.

European Consumer Powerhouse on esittänyt laatukriteerin, jossa perustason lääkäriin on päästävä samana tai seuraavana päivänä. Tämän saavuttaminen on mahdollista, jos toimintamallia muutetaan siten, että vastaanoton ensimmäinen kontakti on reseptioikeudella varustettu hoitaja, joka konsultoi lääkäriä tarvittaessa. Näin saadaan helpot ongelmat ratkaistua ja lääkäri pääsee keskittymään vaikeisiin tilanteisiin. Kansainvälisesti on useita hoitajia hyödyntäviä toimintamalleja.

5.7 Tietotekniikan säästömahdollisuudet

Nyt on syytä pohtia keskustelussa käytettyä käsitettä *säästö* tietotekniikan käyttöönoton yhteydessä. Jyväkylän yliopiston ryhmä Pekka Neittaanmäen johdolla on esittänyt 4 miljardin säästöä tekoälyn avulla. Säästö syntyisi kasvutarpeen pienenemisenä. Neljän miljardin säästö merkitsisi sitä, että 4/20 eli viidennes 322 000 työntekijästä olisi korvattavissa tietotekniikalla. Tällöin Suomen terveydenhuolto toimisi 64 000 työntekijää nykyistä vähemmällä.

Ajateltu säästö perustuu pääosin teknologiaan, jota ei vielä ole terveydenhuollossa olemassa. On vaikea kuvitella, että se kovin helposti tulisi Suomessa käyttöön. Esteitä on monia. Otetaan yksi esimerkki.

Jokaisesta laitoksessa olevasta potilaasta tehdään vuoden lopussa arvio, jossa on useita kymmeniä tietoja. Nämä kaavakkeet lähetetään erilaisissa tietoteknisissä muodoissa THL:lle, joka puolestaan tarkastelee ja käsittelee tietoja siten, että vuoden lopun tilanne saadaan valmiiksi syys-lokakuussa seuraavana vuonna. Taustalla

on maakuntien tietojärjestelmien lukumäärä, joka vaihtelee 300–1500 järjestelmä välillä. Useissa sairaaloissa ei ole automaattista tarkistusta.

Jo 1990-luvulla keskusteltiin mahdollisuudesta toimittaa tiedot sähköisesti reaaliaikaisesti THL:ään, josta reaaliaikaiset raportit tai kuukausittain reaalitilanteen raportit olisivat saatavissa. Tästä on kulunut 20 vuotta. Perusongelmina on yhteensopimattomat tietojärjestelmät, joita on maakunnittain 300–1600. Sekavan aineiston läpikäynti on tarpeeton hukkatyö THL:lle. THL:n prosessien digitalisointi on kaikkien etu ja tilastojen nopea saatavuus on johtamisen edellytys.

5.8 Tavoitteet on määriteltävä

Vanhusten palvelujärjestelmää ei johdeta, koska taulukko 12 ja kuvat 8 ja 9 osoittavat suuria toimintaeroja alueittain. Osa ylikäytöstä selittyy kuntoutusjärjestelmän puutteella. Kun laitoksessa on tilaa, pääsee sinne helposti. Rakenteesta puuttuu tuettu senioriasuminen. Jos nämä saadaan kuntoon ja paikkojen käyttö parhaan kolmanneksen tasolle, riittää henkilökunta ja rahat. Alueellisten suurten erojen taustalla on myös sosiaali- ja terveysministeriön ohjaushalun tai ohjauskyvyn puute. Syynä on myös numeeristen tavoitteiden puute ***Ikäihmisten laatusuosituksessa*** ja tavoitteiden seurannan tapahtuminen etukäteen ilmoitettuina tarkastuksina.

Jotta järjestelmää voidaan johtaa, tarvitaan tavoitteet. Tavoitteet voidaan ilmaista vain numeroin. Siksi vanhusten huollossa on määriteltävä kolme asiaa, paikkatarve % ikäluokasta, hoitajamäärä paikkaa kohti ja tilantarve vanhusta kohti.

Henkilökunnan saatavuus on kasvava ongelma. Poliittisessa keskustelussa kesällä 2019 esiintyy 4 000 työntekijän lisätarve. Tätä määrää koulutettuja ei ole eikä nuorista ikäluokista riitä riittävästi työntekijöitä sosiaali- ja terveyspalveluihin. Siksi palvelurakenne tulisi muuttaa parhaiden maakuntien mallin mukaiseksi.

Eläkeläisten käyttö on osaratkaisu. Pitäisikö eläkkeelle siirtymisikää nostaa 75 vuoteen tilanteessa, jossa työntekijä haluaa jatkaa ja työnantaja toteaa hänet päteväksi ja halutuksi työntekijäksi? Ilmeisesti työperäinen maahanmuutto ja maahanmuuttajien systemaattinen koulutus ovat ratkaisu, johon joudutaan panostamaan.

5.9 Johtopäätökset

1. Alueelliset hoitokulttuurit eroavat hoidon suhteen merkittävästi. Kulttuurieroilla on kansantaloudellista vaikutusta. Jos toimimme parhaiden maakuntien mukaisesti, selviämme suuren ikäluokan poistumisesta suunnilleen nykyisillä resursseilla.
2. Suuren ikäluokan elämän päättymisen lisätarve on arvioitavissa, se on noin 1,6–1,9 miljardin euron suuruusluokkaa.
3. Tarpeesta merkittävä osa on saatavissa sote-sektorin sisäisin järjestelyin ensisijaisesti johtamista tehostaen.
4. Kun elämän päättymiseen johtava sairausaika on harvoin yli kaksi vuotta, on 4–5 vuotta laitoselämää viettäneen ryhmän laitoksessa olon syynä

useimmiten kuntoutuksen puute tai asumisolot. Näin ollen palvelurakennetta on tarkasteltava kriittisesti ja kuntoutus saatava kuntoon.

5. Tarve kasvaa asutuskeskuksissa. Niiden vanhustenhuollossa painopiste on siirrettävä omatoimiseen tuettuun asumiseen uusiin palvelukortteleihin. Näiden palvelut, esimerkiksi kuntosalit, on oltava myös muun väestön käytössä.

6 Ongelmana palvelurakennusten tilat ja sijainti

Tässä luvussa on professori Jarmo Suominen Aalto-yliopisto arkkitehtuurin laitokselta ollut asiantuntijana. Hän on tuonut uuden näkemyksen vanhuspalvelurakennuksiin. Niiden ei tarvitse olla itsenäisiä suljettuja kokonaisuuksia vaan osa taajaman elinvoimaa.

Tämä merkitsee uudentyyppistä palvelukortteliajattelua, jossa vanhuspalvelut ovat osa taajaman elinvoimaa. Vanhus asuu omin huonekaluin tilavassa yksiössä tai pariskunta kaksiossa, käy syömässä alakerran ravintolassa tai saa sieltä aterian kotiinsa, käy kuntosalissa, jossa ohjataan myös yli 60-vuotiaiden liikuntaa.

Kun nykyisistä ahtaista vanhuskopeista päästään eroon, selviää suuri ikäluokka parempikuntoisena ikääntymisestä. Onneksi pääosa uudisrakentamisesta kohdistuu taajamiin, jonne suuri ikäluokka muutti. Kun taajamien palvelut ovat rakentamatta, on mahdollisuus vielä uudistaa palvelurakenne.

6.1 Ahtaus lyhentää elämää

Suomalainen hoitoprosessi karrikoidusti on seuraava. Kun vanhus ei pärjää kotona, hänet siirretään laitokseen. Laitokset ovat erinimisiä, kuten vuodeosasto, vanhainkoti, palvelutalo tai palveluasunto. Yhteistä näille kaikille on ahtaus ja yhteistilojen pienuus. Seurauksena on, ettei vanhuksella ole virikkeitä. Hän jää omaan huoneeseensa, pääosa ajasta kuluu maaten, joka pahimmillaan sisältää vain sängyn, yöpöydän ja yhden tuolin. Näin seurauksena on ongelmia, joista on kirjoitettu lehdissäkin.

Ahdas rakenne on säilynyt koko kansanterveyslain ajan. Ahtauden juuret ovat 50 vuoden takaisessa kunnalliskotien sairasosastojen mitoituksessa. Kun kansanterveyslaki pantiin voimaan, yhdistettiin kunnalliskotien sairasosastot ja kunnan sairaalan vuodeosastot terveyskeskuksen vuodeosastoksi. Samalla tuotiin ahtauden perinne terveyskeskuksiin ja niistä edelleen vanhusten asumisjärjestelmään. Myös ajatus siitä, että vanhukset tarvitsevat ulkoilmaa, on ollut suunnittelulle vieras. Meiltä puuttuvat sisäpihat, jotka voisivat olla joko kokonaan tai osittain katettuja. Jos lasketaan 20 hengen osastolla olevia nojatuolipaikkoja, on niitä 6–7, muiden vanhusten oletetaan olevan jossakin muualla eli vuoteessa lepäämässä.

6.2 Ikääntyneiden asuminen ja palvelut ovat osa keskustan elinvoimaa

TÄYTYY-hankkeen ja ***Muuttuva yhteiskunta – muuttuvat palvelut -hankkeen*** kokemusten perusteella voidaan todeta, että maamme vanhuksille tarkoitetussa palvelurakennuskannassa on nykyisin kaksi vakavaa ongelmaa: väärä sijainti ja yleinen ahtaus.

Nykyiset vanhusten asumisjärjestelmät sijaitsevat keskustan reunalla tai sen ulkopuolella rauhallisessa ympäristössä irrallaan taajaman muusta toiminnasta. TÄY-TYY-hankkeessa tehty analyysi sekä Lapinjärvellä että Savitaipaleella osoitti, ettei rakennusten arviointi sinänsä riitä, vaan on tarkasteltava koko taajamaa yhtenä toiminnallisena kokonaisuutena. Tämä edellyttää ajattelun täydellistä uudistamista siten, että terveys- ja hoivapalvelut nähdään osana taajaman palveluverkkoa.

Palvelurakennuksen sijoituksella on merkitystä. Asuinympäristön ja -tilojen vaikutus ikääntyneen omatoimiseen pärjäämiseen on ymmärretty. Vahva suuntaus on pitää ikääntyneiden asumispalvelut osana tavallista kaupunkiasumista. Väeltään vähenevässä taajamassa vapautuvien omakotitalojen verkko voisi mahdollisesti tulevaisuudessa toimia palveluasuntojen korvaajana. Liikkuvien hoiva- ja kotipalveluiden kehittyminen tekevät mahdolliseksi myös omassa kodissa asumisen.

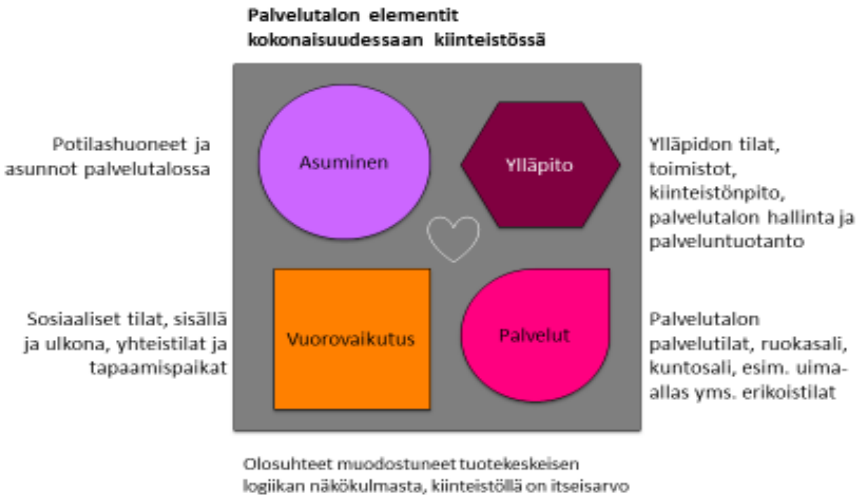
Nykyinen suomalainen käytäntö, jossa tukipalvelut ovat vain oman asumisyksikön käytössä, ei ole taloudellisesti eikä usein tilan kannaltakaan optimiratkaisu ja palvelutaso jää heikoksi. Muiden käyttäjien houkutteleminen keskustan reuna-alueille ei ole realistista. Seurauksena on, että palvelujen yhteiskäyttömahdollisuus on vähäinen eikä keskustalle tyypillistä esimerkiksi kylätalotoimintaa ole mahdollista yhdistää tiloihin.

6.3 Palvelurakennusten laadun kehittäminen

Sotera-instituutti on inventoinut vuoden 2010 jälkeen yhteensä yli 300 palvelurakennusta eri puolilla maata. Tarkastelussa kiinnitetään huomio tilojen toimivuuteen ja niissä ilmenneisiin ongelmiin. Arviointia voidaan painottaa tarpeen mukaan esimerkiksi seuraavasti:

Aluksi on palvelukokonaisuuden hahmottaminen lähiympäristö mukaan lukien. Yksittäisen rakennuksen arviointi ei aina riitä, vaan palveluympäristö on nähtävä osana laajempaa toiminnallista kokonaisuutta.

Kuva 38. Palvelukokonaisuuden kuvaus



Rakennuksen arvioinnissa tekninen kuntotarkastus ei aina yksinään riitä. Siksi on tehtävä laadun ja toimivuuden kuvaaminen. Tämä vaihe aliarvioidaan vanhuksille

tarkoitetussa asumisessa. Rakennus voi olla teknisesti hyväkuntoinen, mutta soveltua huonosti toimintaan. Syynä ovat käyttötarkoituksen tai toimintamallien muutokset.

Vuoden 2019 asuntomessuilla esiteltiin kaksi ikääntyneille tarkoitettua ratkaisua, Virkkula-ketjutalo ja siirrettävä Lapinjärvi-talo. Molemmat on tarkoitettu nykyisten palveluasuntojen tai vanhainkotien inhimillisiksi vaihtoehdoiksi. Ratkaisut ovat saaneet ennakolta paljon julkisuutta ja edustavat merkittävää askelta eteenpäin vanhusten tilojen suunnittelussa.

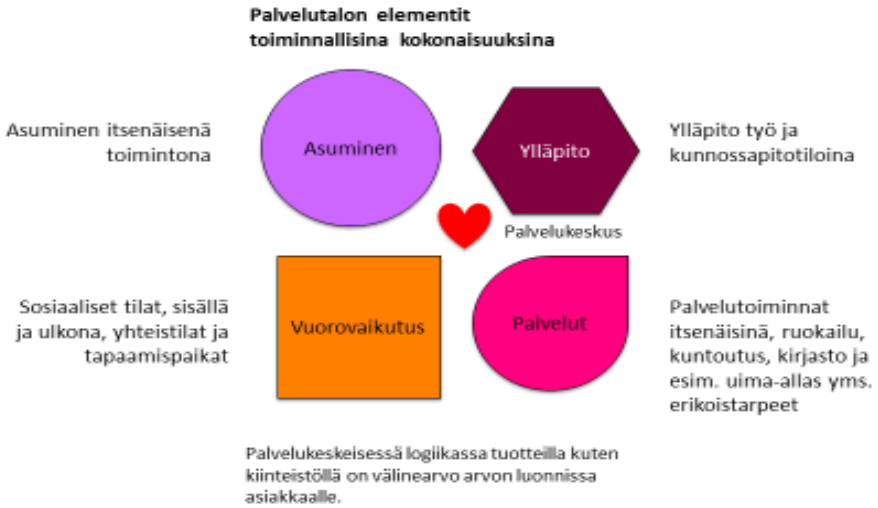
Virkkula muodostui neljästä noin 40 m^2:n yksiöstä, joilla oli yhteinen oleskelutila. Rakenne oli joustava ja sallii laajemman ketjuttamisen. Ratkaisusta on mahdollista tehdä 4 x 5 asunnon ratkaisu, jolloin hoivahenkilökunta voidaan mitoittaa taloudellisesti, siirtyä yhteiseen ruokailuun ja varata seurustelutiloja ja tv-katselutiloja. Tämä asuntojen verkko voisi olla hyvä ratkaisu kevyeen vanhusten hoivaan.

Lapinjärvi-talo on tarkoitettu omakotitalon pihalle asennettavaksi siirrettäväksi rakennukseksi tilanteessa, jossa esimerkiksi vanhus jää asumaan lasten perheen kanssa samalle tontille. Talolle sinänsä voi olla tarvetta muunkinlaisessa käyttötilanteessa. Talo voidaan helposti purkaa ja rakentaa uudelleen omistajan tarpeiden muuttuessa.

Koska vanhuksen huoneelle ei juuri löydy suoria suunnitteluohjeita, voi rakennuttaja käyttää hotellihuoneiden tilajärjestelyjä. Kiinteät hyllyt ja tilat omille tavaroille on usein hotelissa näppärästi ratkaistu, mutta vastaavat mahdollisuudet puuttuvat kummankin malliratkaisun kalustuksesta.

Molemmat ratkaisut ovat esimerkkejä siitä, mitä merkitsee uusi palvelukeskeinen ajattelu rakentamisessa. Olemassa olevia rakennuksia voidaan usein helposti parantaa rakentamalla lisäsiipiä tai kattamalla siipien välinen tila lumettomaksi talvipihaksi ja sateelta suojatuksi ulko-oleskelutilaksi. Ajattelun looginen läpivienti tulee muuttamaan rakentamista ja myös olemassa olevia vanhusten palvelurakennuksia ilman suuria kustannuksia.

Kuva 39. Palveluyksiön elementit toiminnallisina kokonaisuuksina

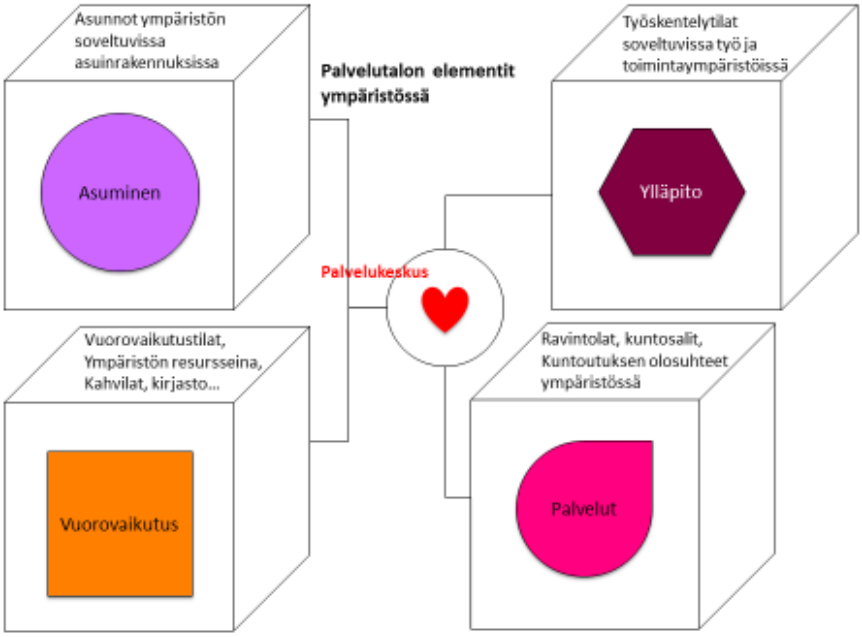


Rakennuksen muotoa pitää kehittää. Vanhuspalvelut tarvitsevat leveärunkoisia ratkaisuja. Oleskelutiloja on avarrettava. Niillä on kolme vaatimusta: mahdollisuus ruokailla, katsella televisiota ja seurustella rauhassa vierailijoiden kanssa. Kohtuullinen vaatimus suunnittelijoille on, että aulatilat ovat osa avotilaa ja mahdollistavat esimerkiksi kuoron vierailun tai merkkipäivän järjestämisen.

Seuraavaksi on suunniteltava tulevaisuus huomioiden ympäristön tarpeet. Voidaanko osa palvelutoiminnasta avata laajemmalle käyttäjäkunnalle? Pitääkö palvelutalon ruokasali avata lähiympäristön lounasravintolaksi? Onko uima-allas avoin myös ulkopuolisille? Voidaanko syntymäpäivät järjestää omissa tiloissa vai naapurissa?

Vanhusten rakennuksiin voi yhdistää taajaman asukkaiden palveluja. Ruokasali voi olla avoin juhlille. Kuntosali pitäisi olla taajaman kaikkien asukkaiden käytössä. Kuntokävelypolut ja ulkovoimistelutelineet ovat kaikille avoimia.

Kuva 40. Päätöksenteon tukeminen, kun rakennuksen käyttöä harkitaan



Kutistuvat maaseututaajamat muodostavat oman ryhmänsä. Väestön aktiivinen osa on muuttanut pois. Jäljellä ovat ikääntyneet suuren ikäluokan kasvattaneet vanhukset. Heistä osa on työkykyisiä, mutta eläkkeellä. Tarvittavia peruspalveluja ei pystytä pitämään yllä. Uutta ei tarvita. Elävöittämisen keinoina on pienimuotoista korjausrakentamista ja käyttötarkoituksen muutoksia.

Arvioinnin yksityiskohtaiset tulokset on julkaistu Sotera-instituutin verkkoraporttina.

6.4 Taajama tarvitsee kulttuurikeskuksen

Taajama tarvitsee liikekeskuksen lisäksi kulttuurikeskuksen. Uudessa taajamarakenteessa korostuu yhteisöllisyys ja sen edellytykset. Tarvitaan tiloja kokoontumisiin, kuntoutumiseen, harrastustoimintaan sekä näitä tukevat kahvila- ja ravintolapalvelut. Myös nuoriso tarvitsee omat tilan musiikkia ym. varten. Kirjasto ja koulu voisivat olla keskeisiä toimijoita. Moderni ratkaisu on keskittää nämä toiminnat taajaman kylätaloksi tai kulttuurikeskukseksi lähelle vanhusten asumista ja heidän tarvitsemiaan oheispalveluja.

Uuden taajaman kehittymisessä yhteisöllisyyden edistäjänä kylätalo on keskeinen edellytys. Vanhusten asunnot palvelutarpeineen ovat luonteva osa kylätalotoimintojen hyödyntäjistä. aa. Samalla koko taajamasta tulee turvallinen, muuntojoustava, houkutteleva ja helppo liikkua.

Asunnot voivat olla yksilöllisiä omia rakennuksia, asuntoryppäitä yhteisin tiloin (soluasunto tai useita) tai suurempia kokonaisuuksia, joissa rakennuksessa on myös palveluja. Yhteistä on palvelujen avoimuus myös muille, joka automaattisesti nostaa tilojen laadun asiakkaiden vaatimalle tasolle ja integroi taajaman keskustan elämään. Järjestelmästä syntyy hajautettu lähipalvelujärjestelmä.

Koulut, päiväkodit, kirjastot ja palvelut voidaan tiivistää toiminnalliseksi kokonaisuudeksi jalankulkuetäisyydelle väestön ja ikääntyneiden palveluasumisesta.

Vanhuspalvelurakennuksissa on hyvä olla avoimia julkisia ja kaupallisia palveluita, kuten ravintola, jota käyttävät asukkaat ja muut naapuruston asukkaat. Ulkopuolinen asiakaskunta varmistaa usein palvelun laadun. Palvelujen tuottaminen pelkästään palveluasumisyksikön asukkaiden käyttöön ei ole taloudellisesti kannattavaa ja palvelutaso jää heikoksi. Myös tämän vuoksi asumispalveluiden sijainti keskustaalueella on tärkeää.

Palvelurakennus on voitava toteuttaa myös hajautettuna keskustataajamassa. Rahoituksella ja kaavoituksella on varmistettava, että yhden suuren yksikön sijasta palvelurakennuksen tilat on voitava rakentaa hajautetulla mallilla taajaman keskustaan noin 200–250 metrin säteellä.

Ikääntyneiden asuminen on osa taajaman elinvoimaa. Ikääntyvän väestön elämän loppuvaiheen asunto on taajaman keskustan palvelukorttelissa osana taajaman muuta toimintaa. Rakennusten sijoituksessa ne on nähtävä taajaman keskustan toimintoina ja sijoitettava sinne. Rakennuksia suunniteltaessa ne on nähtävä osana taajaman palveluverkkona, joka sekä käyttää ympäristön mahdollisuuksia, että tuottaa lisäarvoa ympäristölle.

Kuva 41. Vasemmalla kahden muistisairaan huone palveluasunnossa Suomessa. Oikealla vaikeasti muistisairaan suomenkielisen vanhuksen huone Boråsissa Ruotsissa.

Vanhusten asumisessa on paljon korjattavaa kuten kuvapari osoittaa. Suomalainen huone on helppo siivota, joka lienee ollut yksi keskeinen tavoite suunnittelussa. Kun dementoitunut henkilö siirtää osan muistiaan huonekaluihinsa, mieltää hän ruotsalaisen asunnon kodikseen ja elää siellä lähes normaalisti ilman tarvetta lähteä levottomana kotiin. Tässä suomalaisella järjestelmällä on paljon oppimista.

Ongelma on ensisijaisesti kaavoituksen ongelma. Palvelurakennusten syrjäisestä sijainnista ja usein myös massoittelusta päättää kaavoituksesta vastaava kunta. Kaavoittajilla ei ole kansainvälisestä hoivakulttuurirakentamisesta osaamista eivätkä he tunne hyväksi todettuja esimerkkejä tai järjestelmien perusajatusta. Valtion ARA-rahoituksen tai kuntarahoituksen kohteissa rahoittajan tulisi varmistaa, että heidän hyväksymänsä rakennushinta mahdollistaa tontin tai asunnon keskustasijainnin. Rahoittajalla on myös mahdollisuus valvoa tilaohjelmaa rahoituksen hyväksymisen yhteydessä. Kun merkittävä osa maaseudusta on väestöltään ikääntyvää ja vähenevää, on kuntoutusjärjestelmän kokonaisuus rakennettava sairaanhoitopiirin tai maakunnan tasolta.

Tällöin tulee kuvaan myös yhdyskuntasuunnittelu. Terveen pienen taajaman rakenteelle on tyypistä, että ikääntyneellä on mahdollisuus yhteisöllisyyteen, on kävelyetäisyydet monitoimikirjastoon, kuntopolku ja bensa-aseman kahvila, jossa kunnan jutut päätetään. Useissa maaseututaajamissa liikkuminen edellyttää henkilöautoa. Kaavoituksella tulisi tehdä taajamaan liikekeskuksen lisäksi asumis-, koulu-, palvelu- ja kulttuurikeskus.

Rahoituksen ja kaavoituksen tasolla on tunnistettava myös hajautettu malli, jossa itse palvelurakennus voi olla hyvinkin pieni, tai sitä ei ole, ja kokonaisuuteen kuuluvat palveluverkkoon tukeutuvat yksittäiset asunnot.

6.5 Rakennuksiin uusia ratkaisuja

Kaupungistumisesta ja ikääntymisestä johtuva raju rakennemuutos on tapahtumassa. Sen aiheuttama massiivinen ja usein hallitsematon tilojen

käyttötarkoituksen muuttuminen on kiinteistötalouden iso ongelma. Ikääntymisestä johtuen sosiaali- ja terveydenhuolto tarvitsee kasvukeskuksissa lisää tilaa.

Väestöltään kutistuvien kuntien alueen sosiaali- ja terveyspalvelujen ylimäärän purkaminen on edessä. Siinä taajamat on nähtävä alueellisena tai seudullisena palveluverkkona, jossa parhaat yksiköt jäävät käyttöön kuntarajoista riippumatta.

Lähivuosina merkittävä määrä palvelurakennuksista tulee peruskorjausvaiheeseen. Meneillään oleva kaupungistuminen vähentää kunnissa sekä taloudellista liikkumavaraa että muuttaa keskustan rakennetta. Ennen isoja rakentamisratkaisuja on arvioitava koko alueen palvelujärjestelmä.

Suomalaisessa järjestelmässä kauneus ja mukavuus koetaan ylellisyydeksi, ja mieluummin korostetaan kliinistä siisteyttä ja helppoa siivottavuutta ja huollettavuutta. Järjestelmän on opittava tekemään haluttavia sisä- ja ulkotiloja, joita vanhukset haluavat käyttää. Tilan siivouksineen tulee olla alisteinen vanhusten viihtymiselle eikä päinvastoin. Suomalainen vanhusten palvelukoti ei eroa vuodeosaston yhden hengen huoneesta, jossa on sänky yöpöytä ja tuoli.

Ratkaisuja löydetään parhaiten julkisilla arkkitehtikilpailuilla. Sosiaali- ja terveysministeriön sekä ympäristöministeriön tulisi toteuttaa vanhusystävällinen rakentaminen niin, että rakennukset ovat myös taajaman väestön käytettävissä. Tarvitaan uutta ajattelua: hyvä tapa löytää uusi ratkaisuja Suomen vanhusten rakentamisen kipukohtiin on järjestää arkkitehtikilpailu. Tällainen tulisi pikimmiten järjestää yhdessä jonkun kunnan kanssa, jossa väestöennusteen mukaan on merkittävä palvelutarpeen kasvu.

Olennaista on siis ymmärtää, ettei elämän päättyminen sinänsä ole ongelmallista, vaan sitä edeltävä aika ja laitosasuminen. Tämä aika on keinotekoinen ja johtuu seuraavista tekijöistä.

Terveyskeskussairaala yhdistettiin kunnalliskodin sairaalaosastosta ja kunnansairaalasta. Säilyttävän hoidon perinteen vuoksi edelleen terveyskeskukset ja siten niiden alueilla olevat ovat ilman kuntoutuksen järjestelyä.

Joissakin tilanteissa hoitojärjestelmälle on kotiin toipuva vanhus ongelma, koska samalla menetetään maksava asiakas. Tämä ilmiö on merkittävä alueilla, jossa on jo nyt pulaa vanhuksista. Vanhainkodin menetys on isku taajaman elinvoimalle. Tällä hetkellä on jo vanhusten laitoksissa noin 1 500 paikkaa tyhjinä.

6.6 Ikääntyneiden palveluasuminen – avain kustannusten hallintaan

Ikääntyneiden palvelut ovat jaettavissa kahteen ryhmään, lyhytaikaiset kriisit ja niiden hoito sekä pitkäaikaisen tuen tarve eli tuettu asuminen. Tuetussa asumisessa on tehostettua palveluasumista, jossa on 24/7 henkilökuntaa ja asuntoja, joissa on päiväaikainen henkilökunta ja yöllä tukeudutaan tarvittaessa alueen yöpartioihin tai muuhun päivystykseen. Eksote on osoittanut, että Ruotsin mitoitus toimii. Tämä merkitsee, että tehostettuja palveluasuntopaikkoja varataan 5 % yli 75-vuotiaiden

määrästä ja päiväaikaisten paikkojen tarve on myös noin 5 % yli 75-vuotiaiden määrästä.

Sillä, onko tavoite tuettuna kotona asuvien määrä 95 % tai 92 % yli 75-vuotiaiden määrästä on merkittävä taloudellinen vaikutus. Jos 92 % asuu kotonaan, tarvitaan vuoteen 2040 mennessä lisää paikkoja 23 000 ja purettavia paikkoja on 1000. Jos 95 % asuu tuettuna kotonaan, paikkojen lisätarve on 3160 ja purettavia paikkoja on 9 000. Lisärakentamisen investointi on 20 000 paikkaa x 40 m2 x 2000 €/m2, yhteensä noin 1,6 mrd. euroa. Investoinnin kuoletus pitäisi tapahtua muutamassa vuodessa, koska tarve menee ohi.

Myös käyttökustannuksissa on merkittävä ero. Käytettävissä olevien laskelmien perusteella kotihoiva on noin 35 000 € vuodessa ympärivuorokautista hoitoa edullisempaa. Jos vuonna 2040 asuu 95 % kotonaan, kasvavat kustannukset nykytasoon verrattuna noin 770 M€. Jos 95 % asuu kotonaan, pienenevät kustannukset vastaavasti noin 200 M€.

Henkilökunnan määrästä ei voida keskustella ilman, että keskustellaan palvelujärjestelmän kokonaiskoosta. Jos toisessa kunnan laitoksessa on 10 % yli 75-vuotiaita väestöstä hoivassa ja toisessa kunnassa vastaava luku on 5 %, merkitsee tämä sitä, että ensimmäisessä yksikössä on huomattavasti terveempiä vanhuksia ja pienempi hoitotarve. Henkilökunnan tarve riippuu laitosjärjestelmän väestöön suhteutetusta koosta, ei nimestä.

Määräykset tilojen mitoituksista voi antaa sosiaali- ja terveysministeriö tai ympäristöministeriö, mieluummin nämä organisaatiot yhdessä. Kunta vastaa sijoituksesta kaavoituksessa ja rakentamisen määräysten ja lain mukaisuudesta rakennusluvassa.

Ympärivuorokautinen palveluasuminen. Ikääntyneiden nykyisistä moniportaisesta ja päällekkäisistä palvelujärjestelmistä luovutaan. Vanhainkodit ja tehostettu palveluasunto yhdistetään yhden nimikkeen alle. Nimike voisi olla ympärivuorokautinen palveluasunto.

Keväällä 2019 julkisuudessa on keskusteltu hoitajamitoituksesta. Pääministeri Sipilä vaalihaastattelussa huhtikuussa totesi, että 0,7 tarkoittaa hoitajamitoitusta ja päälle tulevat vielä tukipalvelut, kuten siivous, ruuanlaitto jne. Jos vanhusten ympärivuorokautinen laitosjärjestelmä on 5 % yli 75-vuotiaista, voidaan pitää hoitotarpeen mittarina eriasteisia hoitajia noin 0,7. Tukipalveluihin, kuten siivous, ruuanlaitto ja vastaavat, sekä hallintopalveluihin varataan noin 0,2–0,3 henkilöä. Näin kokonaismitoitukseksi tulee lähes yksi henkilö hoitopaikkaa kohti. Näitä hoitopaikkoja tarvitaan noin 5 %:lle yli 75-vuotiaista.

Ympärivuorokautisia 24/7-palveluja, joissa hoitajamitoitus 0,7 tarvitaan, on enintään 5 % yli 75-vuotiaiden määrästä (tai 15 % yli 85-vuotiaiden määrästä). Ahtaasta koppimaisesta rakentamisesta luovutaan. Laitoksessa on oltava asukkaan käytössä pinta-alaa vähintään 35 m^2 ja yhteistiloja varten 7 m^2, yhteensä 42 m^2 yhden hengen huoneessa ja 48–52 m^2 kahden hengen huoneessa. Rakennukseen kuuluu suljettu sisäpiha, jonne on vapaa pääsy.

Tuettu asuminen. Jos oma asunto ei kriisin jälkeen toimi tai on liian kaukana palveluista, on palvelukorttelissa oleva uusi tavallinen asunto tai palveluin tuettu

asuminen ensisijainen ratkaisu. Huoneiden pinta-ala mitoitetaan samoin kuin ympärivuorokautisessa palvelussa. Näiden paikkojen tarve on 5 % yli 75-vuotiaiden määrästä.

Keskeinen tehtävä on pitää vanhukset omatoimisina ja siten terveempinä. He osallistuvat mahdollisuuksien mukaan ruuanlaittoon, tiskaukseen ja siivoukseen, tämä pitää heidät kiinni arjessa ja paremmassa kunnossa.

Tilasta osa on yhteistä keskustilaa, jossa tapahtuu ruokailu, tilaa tv-katselulle ja musiikin kuuntelulle. Lisäksi on hiljainen keskustelunurkka omaisten tapaamista varten. Asukkaat osallistuvat itse voimiensa mukaan ruuanlaittoon, siivoukseen ja muihin toimintoihin. Tässä osiossa vanhusten hoivaan tarvittava henkilökunta on 0,2–0,3 työntekijää asukasta kohti.

Tavallinen palveluasunto sijaitsee taajaman keskustakorttelissa. Asunnot ovat itsenäisiä ja rakenteeltaan yleiskäyttöisiä. Korttelissa on oltava suljettu sisäpiha, jonne kaikki voivat vapaasti päästä.

Yksikön palvelupiste on alueellinen ja sieltä voi lähteä päivisin, iltaisin ja öisin. Palveluja voivat käyttää myös lähiympäristön kotona asuvat vanhukset.

Lisäksi tarvitaan senioriasuntoja, jotka sijaitsevat siten, että niistä on mahdollisuus käyttää tarvittaessa palveluasuntojen ruokailu ja kuntoutuspalveluja. Ikääntyneiden elämän laadun kannalta ovat keskeisiä saavutettavat palvelut ja toimiva yhteisöllisyys. Palveluasuntojen korttelissa on riittävät yhteiset tilat, jotka ovat auki myös alueen asukkaiden kylätalotyyppiseen toimintaan.

Hoivapalvelut tulevat palvelukeskuksesta, joka vastaa myös alueen muusta yöpartiotoiminnasta.

Soteran koordinoimien projektien kokemusten perusteella voidaan todeta, että osa rakennusten ongelmista olisi voitu estää keskitetyllä laaduntarkastuksella ja ohjauksella, mutta sitä ei ole ollut. Siksi tarvitaan sitovat tilaa koskevat ohjeet.

Yhteistiloihin on sovellettava kylätalo- ja kyläpihakonseptia mahdollisuuksien mukaan. Soteran tekemä raportin (5) liitteenä on yhteenveto vanhusten asunnoille asetettaville vaatimuksille. Se sisältää paitsi yleisiä vaatimuksia myös ympäristöä koskevia näkökohtia. Liite on toimiva ja käyttökelpoinen muistilista kunnes viranomaistyönä on saatu aikaan virallinen ohjeistus.

6.7 Johtopäätökset

1. Hoiva- ja hoitorakennukset ovat niin ahtaita, että ainoaksi oleskelumuodoksi jää vuoteessa makaaminen. Samalla järjestelmä huonontaa kuntoa. Minimitilamitoitus on nostettava.
2. Ikääntymien asumisen tukipalvelut kuten ruokailu ja kuntoutustilat tulisi avata koko taajaman väestön käyttöön.
3. Julkinen talous tulee olemaan kireällä lähivuosikymmenet. Siksi suuressa osassa kuntia on mahdollisuus vain hyvin pienimuotoiseen korjausrakentamiseen.

4. Haja-asutusalueella tulisi siirtyä palvelujen käytössä seudulliseen ajatteluun. Vain siten saadaan palvelujen laatu pidettyä yllä.
5. Haja-asutusalueelta muuttoliikkeen vuoksi vapautuu resursseja lähinnä ikääntyneiden laitosten tullessa tarpeettomiksi, kun vanhusten määrä piennee. On huolehdittava siitä, että tietoisesti ei pidetä yllä ylisuurta paikkamäärää. Tätä varten tarvitaan ohjeluvut sekä henkilökunnan että tilojen osalta ja tavoiteluvut palvelujärjestelmässä oleville henkilöille.
6. Uudisrakentaminen suuntautuu alueille, jonne suuri ikäluokka muutti. Näillä alueilla tarvittava lisärakentaminen tulisi tehdä ensisijaisesti rakentamalla vanhusten asuntoja, joita tuetaan päiväaikaisin palveluin. Lisärakentaminen tulisi tehdä niin, että vanhusten palveluyksikkö olisi luonteva osa keskustan toimintaa.
7. Päätöksenteko pysyvästä hoitoon sijoituksesta on siirrettävä tapahtuvaksi kuntoutusjakson jälkeen tapahtuvaksi. Päätöksen tekoon eivät saa osallistua hoitoa tuottavan organisaation edustajat. Tämä edellyttää alueellista kattavaa kuntoutusjärjestelmää.

7 Uusi aluejärjestelmä - uudet tavoitteet ja uusi rakenne

Ikääntyminen merkitsee siis noin 1,5–2 miljardin euron lisäkustannuksia. Kun kuntasektori tekee tappiollisia tilinpäätöksiä, ei tarvittavaa rahaa ole löydettävissä. Myöskään ajatukset tuhansien henkilöiden työvoiman lisäyksestä eivät ole realistisia. Ei ole koulutettuja henkilöitä, eikä ikäluokista löydy enempää halukkuutta sosiaali- ja terveysalalle.

Jäljelle jää rakenteiden uusiminen, uusi johtaminen, kevyempi rakenne ja väestön terveydentilan parempi seuraaminen.

7.1 Rakenne on uudistettava

Nyt MDI:n väestöennusteen mukaan Suomi jakaantuu kahtia: väestökatoalueisiin, joista palveluja puretaan ja kymmeneen kasvavaan kaupunkiseutuun. Tämä pakottaa paikallishallinnon uudistamiseen. Se jakaa myös terveydenhuollon kahtia, kasvaviin kaupunkiseutuihin ja supistuvaan maaseutuun. Tehtävänä on siis hallitusti tiivistää taantuvan alueen rakenteita ja rakentaa uutta kasvavalle alueelle.

Sote-uudistuksen tavoitteena on hajanaisen järjestelmän kerääminen suuremmiksi maakunnallisiksi toiminnallisiksi kokonaisuuksiksi ja saavuttaa siten skaalaetua ja osaamisen yhtenäistämisellä myös parempaa laatua. Tätä on jo tehty sosiaali- ja terveysministeriön johdolla pala palalta, josta päivystysasetus, syövän hoidon, leikkaustoiminnan ja synnytysten keskittäminen ovat esimerkkejä. Tämä toimintatapa on liian hidas, edessä oleva toimintaympäristön muutos vaatii nopeita muutoksia.

Tarvittavalla uudella aluejärjestelmällä voisi olla seuraava rakenne:

1. Yliopistosairaalat ja erva-velvollisuudet (5)
2. Täyden palvelun keskussairaalat (13)
3. Muut akuuttisairaalat ja lähisairaalat
4. Perustason sosiaali- ja terveydenhuollon viisitasoinen palveluverkko järjestelmä
   - 4.1 Avohoitovastaanotot
   - 4.2 Erillislaitokset kuten kehitysvammalaitokset ja päihdeongelmaisten hoitoyksiköt
   - 4.3 Ikääntyneiden 24/7 asumispalvelut
   - 4.4 Ikääntyneiden ja vammaisten muut asumispalvelu
   - 4.5 Kotiin tuotavat palvelut

Rakenteessa yliopistosairaaloiden asema on selvä. Täyden palvelun keskussairaaloita oli päivystysasetuksessa 12 ja nyt niiden määrä nousee 13:een Vaasan tullessa mukaan. Uudenmaan viisi aluetta lisäävät päivystävien alueiden määrän 18:een.

Nykyisestä rakenteesta poistuisivat vanhainkodit, jotka muuttaisivat nimeään tehostetuiksi palveluasunnoiksi. Samalla rahoitusjärjestelmä yhtenäistettäisiin. Terveyskeskusten vuodeosastoista tulisi geriatrian tai kuntoutuksen osastoja ja pitkäaikainen terveyskeskusten vuodeosastohoito lopetettaisiin. Tämä tehtiin Euroopassa 1980-luvulla, jolloin rajattiin vuodeosastollaolo yhteen kuukauteen, koska vuodelepo huonontaa yleiskuntoa.

7.1.1 *Erva-alueen yhteistyön vastuu kasvaa*

Kun maassamme rakennetiin nykyinen sairaanhoitopiirien verkko, oli erikoisaloja kymmenkunta. Nyt HUS ilmoittaa etusivullaan yhteensä noin 50 eri erikoisalaa suppeat erikoisalat mukaan lukien. Näin laajaa erikoisalajakoa ei ole mahdollisuutta ylläpitää kaikilla alueilla. Tämä näkyy päivystysten ja synnytysten keskittämisestä, jota väestö on äänekkäästi vastustanut. Ratkaisuna olisi uudistuksen yhteydessä verkottunut tuotantorakenne, jossa pienet alueet määrättäisiin lainsäädännöllä yhteistyöalueiksi.

Akuutin yleissairaalan minimi väestöpohja oli Euroopassa vielä 1990-luvulla noin 150 000–200 000 asukasta. Tämä väestöpohja on nyt kasvanut noin 300 000–400 000 asukkaaseen. Suomessa synnytysten keskittäminen ja päivystyssairaaloiden jako ovat osa tätä prosessia.

Kehitys Euroopassa viittaa siihen, että perustason palvelukeskuksen väestöpohjan pitäisi olla noin 30 000–50 000 asukasta, akuutin erikoissairaalan noin 200 000 ja täyden profiilin erikoissairaalan noin 400 000 asukasta.

Suomen osalta tämä merkitsee perustasolla verkkomaisia rakenteita ja useamman sairaalan yhteistoimintaverkkoa. Olisi harkittava, pitäisikö yliopistosairaaloiden asemaa vahvistaa palveluja koordinoivana elimenä.

Ongelma liian pienestä pohjasta koskee noin 450 000 asukkaan ja kuuden alueen yhteistoimintaa: 1) Kymenlaakso ja Etelä-Karjala, 2) Keski-Pohjanmaa ja Vaasa sekä 3) Länsi-Pohja ja Lappi. Mikäli Riihimäki siirtyy HUS-alueelle, tulee Kanta-Hämeen ja Pirkanmaan piirien yhdistäminen ajankohtaiseksi.

Eräänä vaihtoehtona olisi luokitella maakunnat kahteen kategoriaan. Jos maakunnalla olisi riittävä väestöpohja täyden palvelun erikoissairaanhoitoon, olisi maakunnassa keskussairaala. Jos väestöpohja on tähän riittämätön, olisi maakunnassa keskussairaalan asemasta akuuttisairaala niminen sairaala.

7.1.2 *Erva-johtoisia palveluverkkoja*

Erva-yhteistyötä kiinteytetään. Uudessa palvelujärjestelmässä osaaminen tuodaan verkon osiin erva-alueen sisäisin järjestelyin. Yliopistosairaalle annetaan velvoite osallistua alueen sairaaloiden laadun ylläpitoon ja alueille velvoite kehityksen seuraamisesta. Organisaatiossa on kaksi johtolinjaa, paikallisesti hoidetaan hallinto, mutta yliopistosairaalan johtamana huolehditaan osaamisen siirtämisestä.

Vastaava rakenne sosiaalitoimen puolella merkitsee kehitystä, jossa yliopistojen ja opistojen roolia kehitystyössä vahvistetaan.

Viiden yliopistosairaalan erityistehtäviä lisätään antamalla niille seurantavastuu alueen palveluverkon palvelujen tasalaatuisuudesta ja väestön hoitotulosten seurannasta yhteistyössä THL:n kanssa.

Todettakoon, että jo nyt keskustellaan koko erva-alueen kattavista organisaatioista, kuten Etelä-Pohjanmaan, Kanta-Hämeen ja Pirkanmaan yhteisestä erikoissairaanhoidon tuotantokeskuksesta. Samaa keskustelua käydään myös Pohjois-Suomessa. Syövän hoito on keskittänyt osaamisen, kuten esimerkiksi Länsi-Suomen syövänhoitokeskus osoittaa.

Tämä kehitys, joka on jo nyt nähtävissä, johtaa pidemmällä tähtäimellä Suomessa viiteen yliopistosairaalavetoiseen palveluverkkoon, joka toteutunee vaiheittain.

7.2 Alueellinen uusi palvelualusta on palvelujen verkko

Soten tavoitteena on yksi maakunnan muodostama palvelualusta, jossa toimii palvelutuotannon ekosysteemi, jonka rakenne vaihtelee alueittain. Verkossa voi olla itsenäisiä ja eri tavalla rahoitettuja osia. Osilla voi olla alueen määrittelemä tehtävä, mutta ne voivat itsenäisesti kehittää toimintaansa ja tarjota palveluja myös suoraan asiakkaille ja muiden maakuntien väestölle.

Alueellisen palveluverkon on oltava tasalaatuinen siten, ettei potilaan tai palvelun tarvitsijan kannalta ole merkitystä, missä alueen yksikössä häntä hoidetaan. Siksi kaikki alueen sairaaloiden vuodeosastot johdetaan keskitetysti niin, että potilaan hoidon laatu on hoitopaikasta riippumatonta ja avohoitoyksiköt noudattavat yhtenäisiä periaatteita.

Palveluverkolla on keskitetty hallinto ja yhteinen talousarvio. Alueen toimintaa seurataan tavoitteilla ja laatukriteereillä, jotka ministeriö laatii yhdessä uuden osaamiskeskuksen kanssa.

Ministeriö johtaa alueita ohjaten niitä ehdottomilla vaatimuksilla ja tavoitteellisilla tunnusluvuilla. Toiminta sopeutetaan valtiontalouden määrittelemiin raameihin. Tätä varten ministeriöön perustetaan osaamiskeskus, joka koostuu kokeneista sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisista.

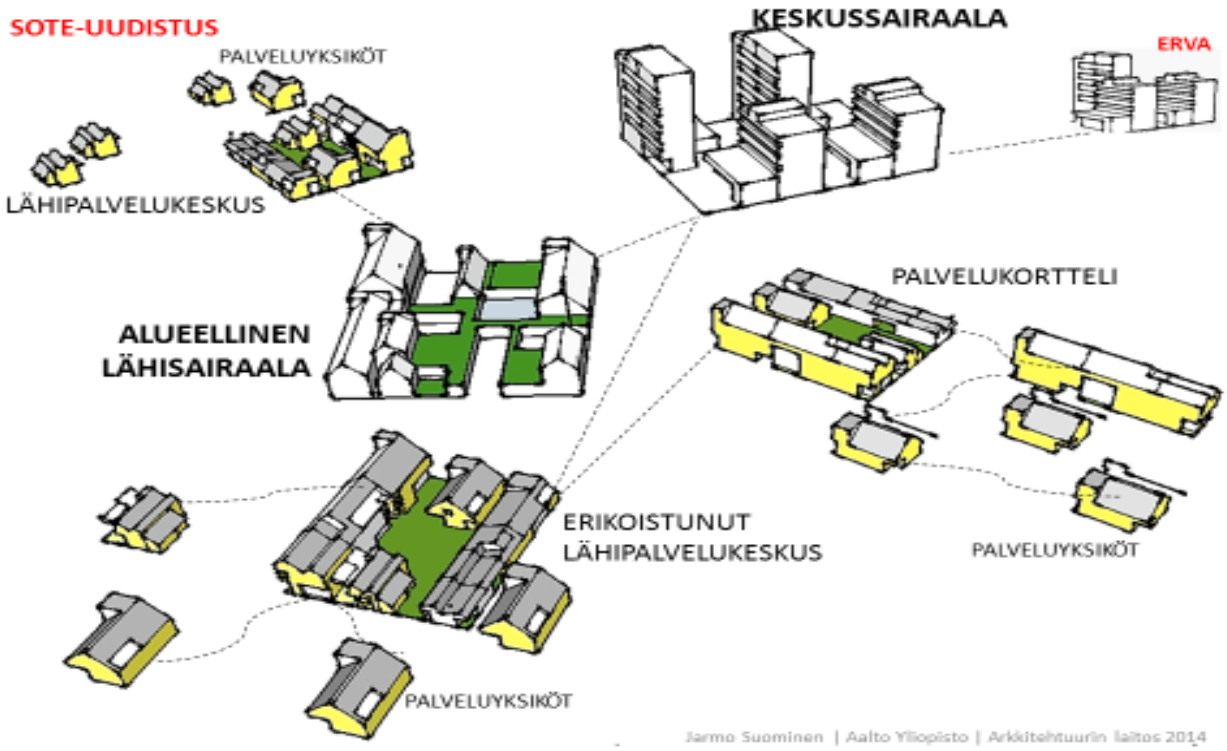
Täyden palvelun väestöpohja on yli 200 000 asukasta. Jos alue on pienempi, tukeutuu se tiiviisti yliopistosairaalaan tai muodostaa yhteistoiminta alueen naapurialueen kanssa, jolla on yhteensä 200 000 asukasta.

Maakunnan palveluihin kuuluu keskussairaala, lähisairaaloita noin 25 000 asukkaan tarpeita varten, kuntoutussairaala ja vanhusten hoitolaitoksia sekä asumispalveluita.

Lähipalvelut sisältävät sekä perustason palveluja että erikoishoitoa ja ovat keskeinen osa väestön palveluverkkoa. Lähipalvelualue perustuu seutukuntiin, joiden väestöpohja on 15 000–30 000 asukasta. Haja-asutusalueella väestöpohja voi olla merkittävästi pienempi ja suurissa asutuskeskuksissa suurempi. Jos seutukunnan väestöpohja on pienempi, on tarvittava palvelurakenne saavutettavissa alueellisella yhteistoiminnalla.

Palveluverkko on pääosin maakuntien omistuksessa. Siinä voi olla myös muulla rahoitusmallilla toimivia osia.

Kuva 42. Palvelualusta ja palvelujärjestelmä



Palveluverkolle annetaan ehdottomat laatuvaatimukset ja tavoitteet. Laatuvaatimukset koskevat hoitoon pääsyä ja tavoitteet hoidon tuloksia. Laatuvaatimukset estetään pääosin numeerisina tavoitteina. Esimerkkeinä tarvittavista ohjaavista luvuista ovat päivystyksen neljän tunnin läpimenovaatimus ja sairaalakohtaiset prosessin vaiheille annetut aikarajat.

7.3 Tuleeko uusia välikerroksia?

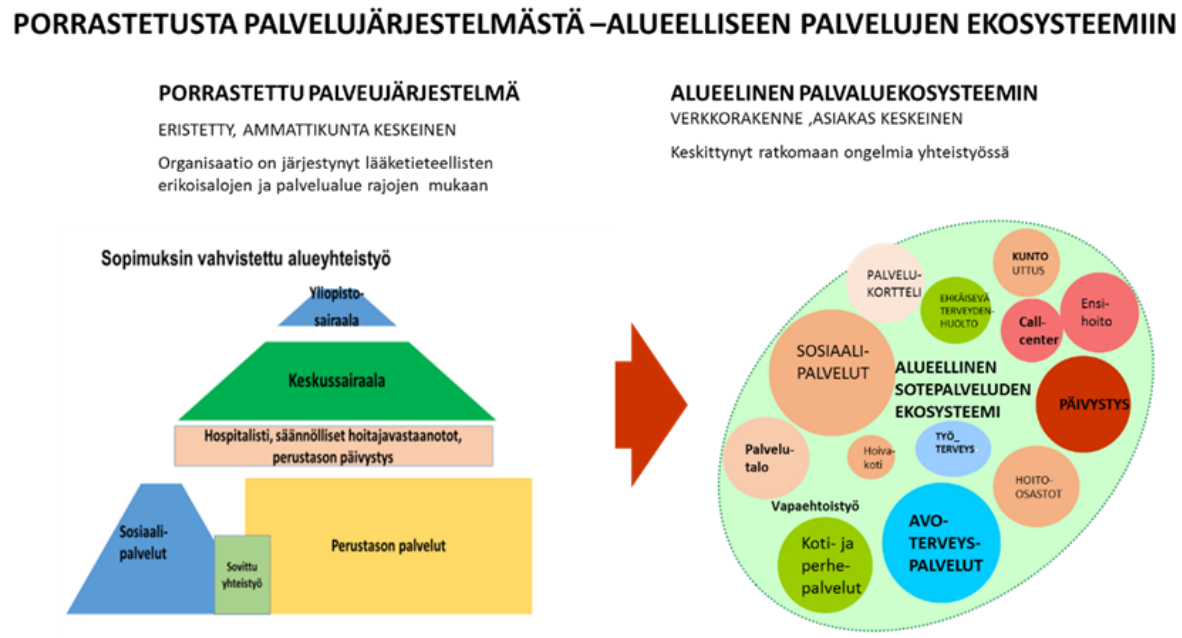
Uusia välikerroksia on nähtävissä kaksi. Yliopistosairaaloissa on tarvetta erikoislääketieteen yleislääkärille. Päivystysasetus ja toimenpiteiden keskittäminen jakavat sairaanhoitopiirit kahteen eri tasoon: täyden päivystyksen sairaalaan ja ei-täyden päivystyksen sairaaloihin. Tässä pienempi sairaala vaatii tukea myös muilla alueilla päivystyksen lisäksi.

Yliopistosairaaloiden erikoistuminen on johtanut myös ongelmiin ja uusien erikoisalojen tarpeeseen. Tähän ryhmään kuuluu perustason ja erikoishoidon rajapinnassa oleva eri erikoisaloja yhdistävä akuuttilääketieteen erikoisala ja potilaan yleisvointia seuraava ja jatkohoitoa suunnitteleva hospitalisti.

Vastaava kehitys on nähtävissä myös yleislääketieteen ja väestön rajapinnassa. Hoitajien vastaanotto rajattuine reseptioikeuksineen, fysioterapeutin ja mielenterveyshoitajan vastaanotot ja etäkonsultaatiot ovat esimerkkejä rajapintailmiöstä. Pohjoismaissa hoitajat tekevät paljon sitä työtä, joka muualla on lääkärien tehtävänä.

Nämä ilmiöt viittaavat kehitykseen, jossa pitkälle erikoistunut yliopistosairaala joutuu muuttamaan rakennettaan ja kehittämään uuden kontaktipinnan väestöön päin.

Kuva 43. Tuleeko erikoissairaanhoidon ja perustason väliin uusi kerros?



Tavallisten akuuttisairaaloiden hoidon laatu riippuu menettelytavasta, jolla yliopistosairaalasta jatkuvasti siirretään osaamista muille terveydenhuollon tasoille. Kaiser Permanente käyttää useiden yleislääkäreiden suuria vastaanottoja, joissa on jatkuvasti myös tärkeimpien erikoisalojen lääkäreitä käytettävissä matalalla konsultaatiokynnyksellä.

Suomessa ei muutamaa poikkeusta lukuun ottamatta ole mahdollista saada perusterveydenhuollon vastaanottoa niin suureksi, että esimerkiksi sisätautilääkärin jatkuva konsultaatiomahdollisuus olisi paikan päällä käytettävissä. Suomessa konsultaatio voidaan järjestää pitämällä kokenut yleislääkäri tukemassa nuorempia sekä rakentamalla jatkuva erikoisalojen konsultaatioyhteys etänä. On huomattava, että laaja konsultaatio vaatii oman infrastruktuurinsa ja oman henkilökuntansa. Laajaan konsultaatioon ei riitä, että keskussairaalassa työskentelevä erikoislääkäri vastaisi konsultaatioihin muiden töidensä lomassa.

7.4 Uudistuva erikoishoito

Keskeisenä periaatteena on keskittää isoihin akuuttisairaaloihin sellaiset toimenpiteet, jotka vaativat toistuvaa suorittamista laadun varmistamiseksi. Tarvittava väestöpohja on mieluummin 300 000 kuin 200 000 asukasta.

Alueella tulee olla yksi sairaala, johon kuuluu kaikki vuodeosastot. Laadun pitää olla sama kaikissa osastoissa, jotta potilaan kannalta on sama millä osastolla hän on. Terveyskeskussairaalan vuodeosastoilla on nyt (2016) noin 7 000 sairaansijaa. Tämä kansainvälisestä käytännöstä poikkeava osa-alue tulee muuttaa geriatrisiksi ja

kuntouttaviksi vuodeosastoiksi ja liittää ne kiinteästi maakunnan keskussairaalan organisaatioon.

Kehityksen vuoksi porrastettu järjestelmä on alkanut murtua. Uusin tietämys biologiasta on viimeisen parinkymmenen vuoden aikana muuttanut yliopistosairaalan toimintamallin. Taudit ovat jakaantuneet alatyyppeihin, jotka vaativat oman alatyyppiin erikoistuneen osaamiskeskittymän. Esimerkiksi sokeritaudissa on viisi alatyyppiä. Sama pätee myös muihin tauteihin. Isot erikoisalat, kuten sisätaudit ja kirurgia ovat jatkaneet erikoistumista ja hajonneet osiin. Yleissisätautilääkäriä ei enää ole olemassa.

Tilannetta tulee mutkistamaan vielä genetiikka, joka johtaa yksilökohtaiseen lääkitykseen. Geenitesti paljastaa yksilölle sopivan lääkkeen ja merkitsee yksilöllisen lääkityksen kasvua. Samalla se johtaa yliopistosairaalan aseman vahvistumiseen. Pitkälle erikoistuneet lääkäriryhmät saavuttavat parempia hoitotuloksia, mutta erikoistuminen vaatii isomman väestöpohjan. Suomen olosuhteissa HUS:in aluetta lukuun ottamatta erikoistumista varten tarvittava väestöpohja on mahdollista saavuttaa vain yliopistosairaaloiden erikoisvastuualueen puitteessa.

Seurauksena on, että hoitopäätökset eivät enää ole yhden spesialiteetin tehtävissä, vaan ongelmakohtainen ryhmä koostuu useista erityisosaajista. Tämä näkyy yliopistosairaalan tarjonnassa. Aiemmin oli selkeät erikoisalat kuten sisätaudit, kirurgia, lasten taudit ja keuhkotaudit. Tällä hetkellä yliopistosairaalan sisällä toimii noin 50–60 tauteihin erikoistunutta osaajaryhmää. Kun väestön pitää saada tasalaatuiset palvelut asuinpaikasta riippumatta eikä keskussairaaloihin voida perustaa vastaavaa rakennetta, jää ainoaksi mahdollisuudeksi osaamisen siirtämiseksi sairaaloiden välisen yhteistyön tiivistäminen.

Sotea uudistettaessa pitäisi systematisoida tiedon siirto antamalla ylipistosairaalalle lainsäädännössä velvollisuus ohjata eritysvastuualueensa sairaaloita ja tavallisille keskussairaaloille oikeus saada määrävälein uutta tietoa erityisvastuualueen ylipoistosairaalasta sekä velvoittaa keskussairaalat ottamaan enemmän vastuuta perustasosta. Tämä edellyttää yliopistosairaalan ja keskussairaalan välisen tiedon siirron systematisointia ja huomiointia lainsäädännössä.

Tämä kehitys, joka on jo nyt nähtävissä, johtaa pidemmällä tähtäimellä Suomessa viiteen yliopistosairaalavetoiseen palveluverkkoon, joka toteutunee vaiheittain.

7.4.1 *Sairaalan avohoitoyksiköstä päiväsairaalaan*

Perinteinen sairaala rakentuu erikoisalojen tilakokonaisuuksista. Erikoisalan alue muodostuu vuodeosastosta ja avohoitoyksiköstä. Nykytilanne, jossa erikoisalan poliklinikalla on täyspäiväinen hoitajamiehitys ja osapäiväinen lääkärimiehitys, on lähtökohtaisesti kallis ratkaisu. Tämä rakenne on viime vuosina muuttunut yleiskäyttöisempään suuntaan ja samalla on saatu reaalisäästöjä.

Kehitystä on vauhdittanut lääketieteen oma kehitys. Keski-eurooppalaisen sairaalan avohoito ei enää ole selkeä yhden erikoisalan vastaanotto, vaan yhä useammin useiden asiantuntijoiden yhteisvastaanotto. Näitä tiimejä voi olla isommassa sairaalassa 40–60. Erikoisosaaminen kerätään eri yksiköistä kulloisenkin tarpeen mukaan. Nämä toiminnalliset yksiköt varaavat käyntimääriin pohjautuen

yleiskäyttöisen avohoitoyksikön tilavarausjärjestelmästä tarvitsemansa tilan esimerkiksi 3 kuukauden jaksoissa.

Avohoitoyksikköön kuuluu yhteinen ilmoittautuminen ja perushoitajan palvelut. Tilarakenne on modulaarinen, vastaanottotilat ovat standardisoituja ja yleiskäyttöisiä. Huoneista joka viides voi olla tilavampi ja varustettu tietyn erikoisalan tarpeen mukaan.

Avohoito-yksiköiden tilaohjelmiin on ilmestynyt tilavarauksia nimikkeellä hoitotyön keskus. Tällä tarkoitetaan valvottua tilaa, jossa tehdään toimenpiteitä tai potilaat odottavat tutkimuksia. Tästä on vain askel päiväsairaalaan. Belgiassa on tehty ensimmäinen sairaala, jossa avohoito on kokonaan korvattu päiväsairaalla.

Trendi on lisätä liikkuvia palveluja. Hollannissa on ensimmäinen kotileikkaustiimi käynnistynyt. Vastaava kehitys muilla aloilla hämärtää perinteisesti selvät rajat vaikeasti hahmotettavaksi palveluverkoksi.

7.5 Ensihoito ja päivystys

Liikkuvan päivystysyksikön ensihoito on tärkeä kehitettävä palvelu. Tämä merkitsee päivystävän paikalle saapuneen henkilökunnan osaamisen, mahdollisuuksien ja velvollisuuksien lisäämistä. Tavoitteena on hoitaa tarve paikalla ja siten pienentää päivystyskäyntejä.

NHS:n uudistuksessa pyritään siihen, että noin 15 % hätäpuhelinkeskukseen soittaneista saa lääkärin avun puhelinsoittonsa aikana. Pääosa hoitokontakteista järjestetään hoitohenkilökunnan toimesta. Avun tarvitsija ohjataan nopeasti vastuuorganisaatioon tai vastuuhenkilölle, jotka ovat erikoistuneet ongelmakeskeisiin hoitoihin.

Päivystys keskittyy. Viidessä vuodessa tullaan tilanteeseen, jossa noin 200 000–300 0000 asukkaan alueen kaikki päivystys tapahtuu yhdessä päivystävässä sairaalassa. Päivystyksessä ei ole perustaso/erikoistasoporrastusta, mutta toiminta jaetaan alueisiin, esimerkiksi yleislääketiede, sydän ja verenkierto, neurologiset ongelmat ja traumat. Vaikeutena on saada paikalle tarvittava osaaminen. Siksi päivystyslääketieteen erikoisala on tarpeen ja nopeasti yleistyvä.

Päivystyksessä noudatetaan kansainvälistä aikatauluvaatimusta. Potilaan on tavattava lääkäri 15 minuutin kuluttua saapumisesta ja koko päivystysprosessi on saatava loppuun neljässä tunnissa. Nämä tavoitteet puuttuvat nyt suomalaisesta järjestelmästä.

Päivystyksessä tavoitteena on toimia päiväsairaalatyyppisesti siten, että yhden vuorokauden mittaiset päivystysaikaiset sisäänotot vähenevät. Myös hoitoaikojen lyhentäminen on tavoitteena.

7.6 Uusiutuva avohoito

Terveydenhuollon palvelut ovat väestöpohjaisia. Perusterveydenhuollon yksikkönä oli 1960 kunnanlääkärin vastaanottoyksikkö, yksi lääkäri 3 000 asukasta kohti ja

sairaanhoitajia. Terveyskeskuksen väestöpohja oli minimissä noin 10 000 asukasta. Lääkärin vastaanoton lisäksi perustasolle on lisätty vastuu tautien kroonisen vaiheen hoidosta.

Perustason palveluyksikön henkilökunta ja väestöpohjat ovat kasvaneet. NHS:n uudistuksessa perustason väestöpohjaksi kaavaillaan 30 000–50 000 asukasta. Yksikössä on ongelmiin erikoistuneita hoitotiimejä, joissa on sekä yleislääkäreitä että erikoislääkäreitä.

Päinvastaisiakin malleja on. Islannin paikallisyksikkö on aluesairaala, väestöpohjaltaan noin 15 000 asukasta ja jossa on lastenlääkäri, gynekologi, sisätautilääkäri ja kirurgi. Alueelta puuttuu yleislääkäri.

Perustason kontaktien siirtyminen osittain sähköiseksi on käynnissä ja etävastaanotot tulevat merkittävään osaan perustason yhteydenpidossa. Trendi on kansainvälinen.

Sujuvampi pääsy hoitoon syntyy myös työtapojen kehittämisellä. Keski-Uudenmaan perushoidossa on meneillään täysin uuden toimintatavan kokeilu, ns. Tuusulan malli. Siinä vastaanottotiimin työskentely samassa tilassa ja siitä seuraava mahdollisuus välittömään sisäiseen konsultaatioon on toiminut hyvin ja herättänyt mielenkiintoa Lappia myöden (Mia Palo).

7.7 Kuntoutus ja kuntoutustilat

Kun potilas on kriisin jälkeen toipunut, aloitetaan kuntoutus välittömästi. Tämä tapahtuu hoitavassa yksikössä tai erillisessä kuntouttamislaitoksessa. Kuntoutusjakso kestää korkeintaan 30 vuorokautta. Sijoituksen päättää riippumaton arviointielin.

Kuntoutusvaihe on sijoitettava riippumattomaan kuntoutusorganisaatioon, jonka tavoitteena on saada vanhus takaisin elämään itsenäisesti tuettuna. Tämä tavoite ei ole aina 24/7-vanhuspalvelujärjestelmällä, joka on orientoitunut hoivaamaan pysyviä asukkaita.

Päätös pysyvään hoitojärjestelmään sijoituksesta on tehtävä riippumattomien asiantuntijahenkilöiden voimin ilman, että vanhus otetaan laitokseen ilman päätöstä ”harjoittelemaan” pitkäaikaista laitosvanhenemista.

Kuntoutuksen järjestäminen on edellytys sille, että vanhukset pysyvät toimintakykyisinä ja pystyvät hoitamaan päivittäiset rutiininsa itse tai vähemmällä avustuksella, jolloin vastaavasti hoivaresursseja säästyy. Se on myös edellytys sille, että vanhusten lihasmassa säilyy eikä elämä lyhene ennenaikaisesti liikkumattomuuden vuoksi.

Soteran tekemissä useissa sairaanhoitopiirikohtaisissa palvelurakennusinventaarioissa on tullut selvästi esiin, että perustasolla ei ole riittäviä kuntoutustiloja tai välineistöjä. Systemaattinen vanhusten kuntoutuksen puute on maamme vanhushuollon ja sosiaali- ja terveysministeriön keskeinen ongelma. Sote-valmistelussa on huolehdittava sitä, että jokaisessa maakunnassa on kattava ja yhtenäinen

kuntoutusjärjestelmä. Osana kuntoutuksen kokonaisuutta jokaiseen perustason palveluorganisaatioon on järjestettävä kuntoutusyksikkö ja kuntoutustilat. Ikääntymisestä johtuvan muutoksen hallitsemiseksi tarvitaan palvelurakenne, jossa kuntoutus on kaikkien oikeus.

Kuntoutumismahdollisuuksien tulee olla samanlaatuiset väestön asuinpaikasta riippumatta. Edellytyksenä on osaaminen ja tarvittavat tilat, jotka on avattava myös koko väestön käyttöön, kunnon ylläpitoon ja ennaltaehkäisevään toimintaan. Liikkuvaa kotikuntoutusta tulee tarjota myös keskustataajaman ulkopuolelle.

Sosiaali- ja terveysministeriön tulee ohjeistaa soten valmistelu siten, että maakunnan keskustaajamiin tulee kuntoutuspalvelujen verkko.

7.8 Väestön terveyden edistämisen nouseminen keskiöön

Alueelliset terveyserot ja erot elinajanodotteessa ovat liian suuret. Väestön terveydentilan ongelmien syyt ovat kansainvälisiä: alkoholi, tupakka, liikkumattomuus, liikalihavuus, ilman saasteet ja vastustuskykyiset bakteerikannat. Näistä neljä ensimmäistä ovat merkittäviä maassamme. Taustalla ovat paitsi epäterveelliset elintavat myös sosioekonomiset tekijät, kuten kaupungistumisen aiheuttama sisäinen muuttoliike. Muuttoliike vie aktiiviväestön kasvukeskuksiin ja aiheuttaa väestöön rakenteen, jossa muuttotappioalueella sairaudet ja ikääntyminen dominoivat ja palvelutarve on korkea.

Ehkäisevän terveydenhuollon tuottama hyöty on nähtävä kaksiosaisena, väestön terveydentila paranee, mutta myös tautien syntymättömyys alentaa kustannuksia.

Terveydenhuoltolain 12 § määrittelee terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen seuraavasti:

Kunnan on seurattava asukkaittensa terveyttä ja hyvinvointia sekä niihin vaikuttavia tekijöitä väestöryhmittäin sekä kunnan palveluissa toteutettuja toimenpiteitä, joilla vastataan kuntalaisten hyvinvointitarpeisiin. Kuntalaisten terveydestä ja hyvinvoinnista sekä toteutetuista toimenpiteistä on raportoitava valtuustolle vuosittain, minkä lisäksi valtuustolle on kerran valtuustokaudessa valmisteltava laajempi hyvinvointikertomus.

Kunnan on nimettävä terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen vastuutahot. Kunnan eri toimialojen on tehtävä yhteistyötä terveyden ja hyvinvoinnin edistämisessä. Lisäksi kunnan on tehtävä yhteistyötä muiden kunnassa toimivien julkisten tahojen sekä yksityisten yritysten ja yleishyödyllisten yhteisöjen kanssa. Jos sosiaali- ja terveydenhuolto on järjestetty useamman kunnan yhteistoimintana, yhteistoimintaalueen on osallistuttava asiantuntijana eri toimialojen väliseen yhteistyöhön sekä sosiaalisten ja terveysvaikutusten arviointiin alueen kunnissa.

Nämä lain edellyttämät toimenpiteet eivät ole riittäviä. Ongelmat ovat alueellisia ja ne tarvitsevat alueellisia toimenpiteitä tai ohjelmia.

Alueellisiin terveyseroihin voidaan puuttua Pohjois-Karjala -projektin tapaisilla toimintamalleilla. Keski- ja Itä-Suomen alueen korkea sairastuvuus ja muita alueita

lyhyempi elinajanodote edellyttävät maakunnan tasoisia toimenpiteitä. Tarvitaan uusi kansallinen Itä-Suomen terveysprojekti.

Ikääntyvän väestön kuntoon on kiinnitettävä eritystä huomiota. Vanhenevien lääkitys ja sen vaikutuksen seuraaminen vaativat lisää huomiota. Sama koskee myös ravitsemusta ja unta. Tähän tarvitaan lisää panostusta ja digitalisaation hyödyntämistä.

7.9 Kaikissa yksiköissä siirrytään uuteen johtamiseen

Nykyisin terveydenhuoltoa ei Suomessa johdeta samalla tavalla kuin yritystä. Kustannuslaskentaa ei ole käytännössä lainkaan. Useita kustannusvuotoja on helposti nähtävissä. Työskentelytapa vaihtelee liikaa ja useat organisaatiot ovat omalla mukavuusalueellaan.

Kuten tästä raportista ilmenee, on edessä niukkeneva tulevaisuus, joka vaatii sotepalvelujen johtamisen uudistamista. Vastuu kuuluu ensisijaisesti asiantuntijoille, joiden käytössä täytyy olla moderni laskentatoimi. Jonojen, leikkaussalien ja poliklinikkatilojen käyttöasteen ja läpimenoaikojen seuranta on otettava käyttöön samalla tavalla kuin on tehty muissa pohjoismaissa.

Kansainväliset tavoiteajat, kuten esimerkiksi 4 h/päivystysprosessin kesto, on otettava käyttöön ja raportoitava sosiaali- ja terveysministeriön asiantuntijaelimelle (9.2).

Taloushallinnon menokirjanpitokeskeinen ajattelu on muutettava nykyaikaiseksi laskentatoimeksi. Uutta hallintohenkilökuntaa valittaessa tulee johtavaan asemaan tulevilta henkilöitä edellyttää myös yritysmaailman kokemusta.

Toiminnan ohjausjärjestelmät otetaan käyttöön sekä valtakunnan että sote-alueen tasolla. Tätä varten tarvitaan toiminnalliset tavoitteet, jotka määritellään lukuina ja tavoiteaikoina.

Hukkakäsite otetaan mukaan sekä palvelujärjestelmän että asiakkaalle näkökulmasta. Tyhjäkäyntiin on puututtava. Sitä varten tarvitaan seuranta- ja raportointijärjestelmä.

Sama koskee laajemminkin avovastaanottoa. Yleensä erikoissairaanhoidossa järjestelmä toimii niin, että henkilökunta on täysipäiväinen, mutta lääkäri on osa-aikainen. Tämä on johtanut avohoitoyksiköiden uuteen suunnitteluun, jossa sama perushenkilökunta hoitaa päivän aikana usean erikoisalan potilaita, mutta lääkärien erikoisala vaihtuu.

Merkittävin hukka, noin 700–800 miljoonaa euroa tulee kuntoutuksen puuttumisesta. Siitä vastuun kantaa yksikäsitteisesti sosiaali- ja terveysministeriö. Kuntoutukseen liittyy myös esihoitovaihe, joka on poikkeuksellisen iso Suomessa.

Laboratoriotoiminnassa keskittämisen hyödyt on arvioitava uudelleen. On käsittämätöntä, että tuotantokustannukset voivat olla moninkertaisia muun Euroopan hintatasoon verrattuna.

Johtamisen apuvälineet, kuten kustannuslaskenta ja suoritteiden seuraaminen on otettava käyttöön. Leikkausten läpimenoajat, avohoitovastaanottohuoneiden käyttöaste ja vastaavat prosessia kuvaavat tiedot on kerättävä automaattisesti.

Edellä olevat tavoitteet muuttaisivat Suomen järjestelmää merkittävästi potilasystävälliseen suuntaan.

7.10 Sosiaali- ja terveysministeriöön asiantuntijayksikkö

Lääkintöhallituksesta ja sosiaalihallituksesta vuonna 1991 yhdistetty sosiaali- ja terveyshallitus lakkautettiin 1992 ja tilalle perustettiin Stakes. Vuoden 2009 alussa Stakes yhdistyi uuden Kansanterveyslaitoksen kanssa. Organisaation nimeksi tuli Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Vastuu palvelujen suunnittelusta siirtyi sosiaali- ja terveysministeriölle ja muut tehtävät hajautettiin eri virastoille tai lopetettiin. Tähän ei oltu tyytyväisiä vaan kaivattiin vahvempaa ohjausta.

> *”Lääkintöhallituksen myötä hävisi terveydenhuollon toiminnallinen ohjaus. Sosiaali- ja terveysministeriöstä ei siihen löytynyt voimavaroja, arvioi Lääkäriliiton apulaistoiminnanjohtaja Santero Kujala. Lääkintöhallituksen lakkauttamisen jälkeen ei ole ollut mitään jäntevää terveyspoliittista valtiollista ohjailua.*
>
> *Terveydenhuollon oikeusturvakeskuksen ylijohtaja Paula Kokkosen mielestä maahan olisi jälleen perustettava lääkintöhallituksen kaltainen elin, jolla olisi päätäntävaltaa myös terveydenhuollon organisaatioiden suhteen. Hänen mielestään on kohtuutonta, että kentän moninaisesta toiminnasta nyt joutuvat usein kantamaan vastuun etulinjan työntekijät, lähinnä lääkärit, vaikka epäkohdat olisivat organisoinnissa. Jonkun on otettava kokonaisvastuu terveydenhuollosta. Minusta on aivan ilmeistä, että meillä on monta sellaista epäkohtaa, jotka eivät oikene nykyisillä keinoilla. Olen jatkuvasti kysynyt, mitä tarkoittaa, että ylin johto, ohjaus ja valvonta terveydenhuollossa kuuluvat sosiaali- ja terveysministeriölle: miten se näkyy kentällä. ”Ajankohtaista SLL 13.12.2002 49-50/2002 vsk 57 s. 5014–5016*

Tällä hetkellä aluehallintovirasto seuraa yksiköiden toimintaa. Hajautetun organisaation osaaminen ei riitä järjestelmän arviointiin. Siihen tarvitaan kokeneempi asiantuntijaryhmä lääkintö- ja sosiaalihallituksen tapaan.

Sote-keskustelu on osoittanut, että sosiaali- ja terveysministeriö nykymuodossa on saman ongelman edessä kuin Tanska, jossa palattiin asiantuntijajohtoon. Maassamme tarvitaan riippumaton ministeriön organisaatioon kuuluva uusi itsenäinen asiantuntijayksikkö. Sen kokoonpanossa edellytetään jäseniltä 5–10 vuoden kokemusta palvelujärjestelmän johtamisessa maan eri puolilla.

Sotelle sovitaan pitkän tähtäimen budjettiraami. Sosiaali- ja terveysministeriö tekee soteen joka toinen vuosi alueita koskevan raamisuunnitelman. Suunnitelma sisältää katsauksen alueen onnistumiseen tavoitteiden saavuttamisessa.

Aluehallintoviranomaisen tarkastustoimintaa tulee lisätä siten, että vuosittain on kaksi tarkastuskäyntiä, joista toinen on ennalta ilmoittamaton. Myös viranomaisten tarkastuskertomusten on oltava rekisterissä nähtävänä.

7.11 THL:n tietotuotanto on digitalisoitava lähes reaaliaikaiseksi

Valinnanvapaus edellyttää, että on mahdollisuus valita. Siksi tarvitaan julkinen rekisteri vanhusten palveluista. Sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonhaaran tulee perustaa vanhusten palveluyksiköiden julkinen rekisteri, josta ovat nähtävissä tiedot laitoksen tiloista ja toimintatavoista sekä viranomaisten tarkastuspöytäkirjat yksikön toiminnasta. Rekisteriin pääsy edellyttää, että viranomainen on tarkastanut ja luokitellut tilat valtakunnallisesti yhtenäisellä luokittelujärjestelmällä. Käyttöliittymän on oltava yksinkertainen hotellivalinnan tapaan, jotta palvelujen vertailu on mahdollista.

THL:n tehtävänä on tuottaa ohjausta ja suunnittelua varten tarvittava tietomateriaali. Materiaalin käyttöliittymä on saatava toimivammaksi. Palvelujen toimivuutta koskevat edellisen vuoden tiedot on saatava palveluohjauksen käyttöön seuraavan vuoden helmi-maaliskuussa. Sotka-tietokannan käyttöliittymä on käyttäjille epäyställinen ja selvästi heikompi käyttöliittymä kuin Tilastokeskuksen tai Kelan vastaavat. Ei ole olemassa mitään estettä ottaa käyttöön THL:ssä Tilastokeskuksen väestöennusteen ym. käyttöliittymää ja saada tiedot digitaalisesti online-muodossa niin että ne ovat ajantasaisena ministeriön ja muiden tahojen käytettävissä ohjausta varten. THL:n tietotuotannon modernisointi ja digitalisointi ovat palvelutuotannon ohjauksen keskeinen edellytys.

7.12 Ehdotukset

1. Sosiaali- ja terveysministeriö on uudistanut palvelujärjestelmää palasina, kuten synnytysten keskitys ja päivystysasetus osoittavat. Nyt vähittäinen uudistus ei enää riitä, vaan tarvitaan radikaali kokonaisajattelun uudistus. On siirryttävä porrastetusta toimintamallista palveluverkkoajatteluun. Muutoksen tarve on niin iso, ettei pelkkä hallintojärjestelmän yhdistäminen riitä, vaan tarvitaan täysin uusi tuotantorakenne, joka on hahmoteltu edellä. Painopiste on ikääntyvän väestön kunnon hallinnassa (lääkehoito, ravitsemus, liikkuminen ja uni), peruspalveluissa sekä alueellisten erojen hallinnassa.
2. Alueellinen palveluverkko on ekosysteemi, jonka rakenne vaihtelee alueittain ja muuttuu kehityksen mukana. Ekosysteemi on riippumaton maakunnan sisällä kuntarajoista. Ekosysteemin osat joko tukevat toisiaan tai kilpailevat keskenään.
3. Maakunnalla on vain yksi sairaala, jolla on osastoja eri kunnissa. Vuodeosastojen on oltava yhtenäisessä palveluverkossa. Terveyskeskusten vuodeosastot yhdistetään geriatrian ja kuntoutuksen erikoisaloihin.
4. Vanhusten hoidossa laitosmaista rakennuskantaa on liikaa. Meiltä puuttuvat kevyemmät asumismuodot, joissa ikääntyneen käytössä on oma

asunto ja ruokailua, seurustelua ja omaisten tapaamista varten riittävästi tilaa. Kuntosalit ja kuntoutusvälineet on oltava käytettävissä yhteisenä muun taajaman väestön kanssa.

5. Palveluverkkoa luotaessa kaikkien hoidon laadun on oltava sama maakuntien välillä ja maakunnan sisällä. Tämä vaatimus johtaa yksikköjen rajojen murtumiseen ja uudenlaiseen toimintamalliin, jossa paras tieto on tiiviin yhteistyöverkon avulla kaikkien saatavissa.
6. Lääkintöhallitusta vastaava asiantuntijaelin on perustettava koordinoimaan kehitystä sosiaali- ja terveysministeriön hallinnon alalla. Elimelle on annettava valtuus ja velvollisuus antaa ohjeita toiminnan järjestämisestä ja laadusta.
7. Terveydenhuollon yksikköjen sisäinen hallinto on modernisoitava. On siirryttävä tapahtumien seuraamisesta niiden ohjaamiseen. Käyttöön on otettava modernit tunnusluvut kuten yksikköjen kuormitus ja prosessien läpimenoajat.
8. THL:n rekisterien tiedot on saatava ajantasaisina ja nopeasti käyttöön. Palvelujen laatu on oltava julkinen tieto. Rekistereissä on oltava julkisesti saatavissa avaintiedot, kuten tarkastuskertomukset siten, että tietoja voidaan käyttää tuottajaa valittaessa.

Lähteet

Raportin taustalla on viisi Kunnallisalan kehittämissäätiön julkaisua lähteineen:

1. Kinnula, P., Malmi, T. & Vauramo, E. (2014a). Sisältöä sote-uudistukseen. Kunnallisalan kehittämissäätiön Tutkimusjulkaisu-sarjan julkaisu nro 78. http://www.kaks.fi/sites/default/files/TutkJulk_78_net.pdf
2. Kinnula, P., Malmi, T. & Vauramo, E. (2014b). Saadaanko sote-uudistuksella tasalaatua? Kunnallisalan kehittämissäätiön Tutkimusjulkaisu-sarjan julkaisu nro 82. http://www.kaks.fi/sites/default/files/TutkJulk_82_net_II.pdf
3. Kinnula, P., Malmi, T. & Vauramo, E. (2015). Miten sote-uudistus toteutetaan? Kunnallisalan kehittämissäätiön Tutkimusjulkaisu-sarjan julkaisu nro 91. http://kaks.fi/wp-content/uploads/2015/08/Miten-sote-uudistus-toteutetaan.pdf
4. Kinnula, P., Malmi T. & Vauramo, E. (2016) Mitä tunnuslukuja sote-alueen johtamisessa tarvitaan? Kunnallisalan kehittämissäätiön Tutkimusjulkaisu-sarjan julkaisu nro 102. ISBN 978-952-7072-74-5 https://kaks.fi/wp-content/uploads/2017/02/Mit%C3%A4-tunnuslukuja-sote-alueen-johtamisessa-tarvitaan-1.pdf
5. Hussi E., Mäkiniemi E. ja Vauramo E. Ikääntyvä väestö ja toimintakyvyn ylläpito. Julkaisu: 13.06.2017. Kunnallisalan kehittämissäätiön Julkaisusarjan julkaisu nro 6. http://kaks.fi/julkaisut/ikaantyva-vaesto-ja-toimintakyvyn-yllapito/

Muut lähteet:

6. Berwick, DM., MD, MPP. Bra 3 for Medicine and Health Care, JAMA, April 5, 2016 Volume 315, Number 13, 1329-13-30)
7. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2017–2019 (Stm. Julkaisuja 2017:6) http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/80132/06_2017_Laatusuositusjulkaisu_fi_kansilla.pdf?sequence=1&isAllowed=y
8. Euro Health Consumer Index 2015, 2016 ja 2017. ISBN: 978-91-980687-5-7
9. Ham, C., Raleigh, V., Foot, C., Robertson, E. & Alderwick, H. (2015). Measuring the performance of local systems: Review for the Department of Health. The Kings Fund https://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field_publication_file/measuring-the-performance-of-local-health-systems-dh-review-kingsfund-oct15.pdf
10. Helminen, V., Vesala, S., Rehunen, A., Strandell, A., Reimi, P., Priha, A. Ikääntyneiden asuinpaikat nyt ja tulevaisuudessa. Suomen Ympäristökeskuksen raportteja 20/2017
11. Nyyssölä S., Ahola H. ja Makkonen J. Erityisryhmien asuntomarkkinakatsaus 2017.

12. Lehtimäki T. Terveyttä kaikille – keskussairaalat 1940-luvulta 1980-luvulle. Arkkitehtitoimisto Hanna Lyytinen Oy 2014
13. OECD (2016). Health at a Glance: Europe 2016: State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing, Paris. DOI: http://dx.doi.org/10.1787/9789264265592-en
14. OECD Health Statistics 2019, verkkolähde
15. Rozner, S. (2013). Developing and Using Key Performance Indicators. A Toolkit for Health Sector Managers. Bethesda, MD: Health Finance & Governance Project, Abt Associates Inc.The Kings Fund, weekly reports, syksy 2016
16. Sjöholm, M. esh16 1–12, Sairaaloiden ja sairaanhoitopiirien tammi-joulukuu 1917 ja 2018. Yhteenvetoa kysynnästä, tuotannosta ja taloudesta. Kuntaliitto
17. National Quality Standards for Residential Care Settings for Older People in Ireland, 2009 Mathews SB, Arnold SE, Epperson CN. Hospitalization and cognitive decline: Canthe nature of the relationship be deciphered? Am J Geriatric Psychiatry. 2014: 22(5):465-80.
18. Covinsky KE, Pierluissi E, Johnston CB. Hospitalization-associated disability: "She was probably able to ambulate, but I'm not sure". JAMA. 2011;26;306(16):1782-93.
19. Irving G. et al. International variations in primary care physician consultation time: a systematic review of 67 countries. BMJ Volume 7, Issue 10
20. Campbell JL. Provision of primary care in different countries. BMJ 2007 Jun 16; 334(7606): 1230–1231.
21. Faber M., Voerman G., Erler A., Eriksson T., Baker R. Survey Of 5 European Countries Suggests That More Elements Of Patient-Centered Medical Homes Could Improve Primary Care. HEALTH AFFAIRSVOL. 32, NO. 4, April 2013,
22. Henkilökohtainen tiedonanto. Nokso-Koivisto P., Ylilääkäri, Hämeenkyrön terveyskeskus
23. Terveysasema ilman ajanvarausta, Mia Pihlava, Lääkärilehti 36/2019

Acknowledgements

The authors want to cordially thank following persons for introduction of functions and problems in health care in their countries as well as inspiriting discussions describing the future of health service systems behind horizon: Research Director Barrie Dowdeswell, EuHPN, U.K., Director Henny van Laarhoven, Orbis Medical Group, NL and Prof. Eduard Sivak, Metro Health, Cleveland, Ohio, USA.

Kiitokset

Sairaanhoitopiirin johtaja Jouko Isolauri, Nurmijärvi on lukenut käsikirjoituksen eri vaiheita ja tehnyt arvokkaita huomautuksia. Professori Martti Kekomäki on inspiroivasti kommentoinut raportin välivaiheita. Professori Teemu Malmi, Aalto-yliopisto, laskentatoimen laitos, on useissa yhteyksissä antanut asiantuntijan kannanottoja laskelmiimme. Professori Jarmo Suominen opetti ajattelemaan terveydenhuollon arkkitehtuuria palveluna, jossa kaikkea ei pidä tehdä itse. Tästä merkittävästä avusta ja tuesta lausumme heille parhaat kiitoksemme.

Lyhenneluettelo

NHS	National Health Service, Englannin terveydenhuoltojärjestelmä
WHO	World Health Organization, Maailman terveysjärjestö
Erva	Yliopistosairaaloiden erityisvastuualue, ns. miljoonapiiri
ARA	Asumisen rahoitus- ja kehittämiskeskus

,

Kunnallisalan kehittämissäätiön Julkaisut-sarjassa ovat ilmestyneet

1 Sami Borg & Sari Pikkala
KUNTAVAALITRENDIT (2017)

2 Toim. Soile Pohjonen & Marika Noso
KANSALAINEN KESKIÖÖN! NÄKÖKULMIA SOTE-UUDISTUKSEEN (2017)

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

4 Tapio Häyhtiö
OSALLISUUTTA SOTE-PALVELUIHIN PALVELUMUOTOILEIMALLA? (2017)

5 Veera Värtinen
TUTKIJAT JA SOSIAALISEN MEDIAN KÄYTTÖ (2017)

6 Esko Hussi, Esa Mäkiniemi & Erkki Vauramo
IKÄÄNTYVÄ VÄESTÖ JA TOIMINTAKYVYN YLLÄPITO (2017)

7 Matti Wiberg (toim.)
FAKTAT JA POLITIIKKA (2017)

8 Antti Mykkänen
VALTUUTETTUJEN ILMAPUNTARI 2017- KUNNAT, MAAKUNNAT JA YHTEISTYÖ (2017)

9 Sanna Laulainen, Helena Taskinen, Jere Rajaniemi, Erja Rappe, Päivi Topo & Sari Rissanen
KUMPPANUUDELLA KUNTOON–KUNTIEN JA JÄRJESTÖJEN YHTEISTYÖ IÄKKÄIDEN TERVEYDEN EDISTÄMISESSÄ (2017)

10 Auli Valli-Lintu
SOTE- JA KUNTARAKENTEEN PITKÄ KUJANJUOKSU (2017)

11 Esa Ahonen, Maire Ahopelto, Matti Heikkinen, Marjo Huovinen-Tervo & Eeva Mäntymäki
NÄIN TEHDÄÄN SAUMATON SOTE-KAINUUN HILJAINEN TIETO 2003–2017 (2017)

12 Anneli Hujala & Johanna Lammintakanen
PALJON SOTE-PALVELUJA TARVITSEVAT IHMISET KESKIÖÖN (2018)

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

14 Juha Talvitie
100 VUOTTA KAAVOITUSTA – MUUTTUVA MAANKÄYTTÖ (2018)

15 Erkki Vauramo, Seppo Ranta, Jonna Taegen & Ira Verma
SOTE-PALVELUT MUUTTUVAT UUDISTUKSESTA HUOLIMATTA - KONSORTION TYÖN TULOKSET 2015–2017 JA KEHITTÄMISEHDOTUKSET (2018)

16 Kaija Saranto, Eija Kivekäs, Sari Palojoki, Ulla-Mari Kinnunen, Olli Sjöblom & Reima Suomi
TIEDONKULUN VAIKUTUS SOTE-PALVELUJEN MAINEESEEN (2018)

17 Jasmin Penttinen
ARVIO KUNTIEN KOTISIVUISTA (2018)

18 Tomi Venho
KABINETIN PUOLELLA
SÄÄTIÖT JA PUOLUERAHOITUS SUOMESSA (2018)

19 Niina Laine, Paula Timonen, Anne Halmetoja, Suvi Hakoinen, Heini Kari & Hanna Kortejärvi
HOIVAYKSIKÖISSÄ LÄÄKEHUOLLON JA -HOIDON PITÄISI OLLA JOUKKUEPELIÄ (2018)

20 Roosa Talvitie, Hannu Rantanen & Eeva Hämäläinen
KUNNAN ROOLI TURVALLISUUDESSA KOROSTUU (2018)

21 Raitio Katja, Sevón Eija & Rönkä Anna
DIGITAALINEN OPPIMISPELI VAUVAPOLKU: VANHEMMUUTEEN VALMISTAUTUMISTA PELILLISEN OPPIMISEN KEINOIN (2019)

22 Hannes Manninen & Tapani Tölli
HELSINKI VS. MUU SUOMI – VASTAKKAINASETTELUSTA YHTEISYMMÄRRYKSEEN (2019)

23 Timo Aro, Susanna Haanpää & Anna Laiho
YRITYSDYNAMIIKKA KUNTIEN ELINVOIMATEKIJÄNÄ (2019)

24 Jyri Manninen, Anna Karttunen, Matti Meriläinen, Anna Jetsu & Anna-Kaisa Vartiainen
HYVINVOINTIA JA SOSIAALISTA PÄÄOMAA – KANSALAISOPISTON MERKITYS KUNNALLE JA ALUEELLE (2019)

25 Jorma Niemelä
JÄRJESTÖT SOTE-SUOMEA RAKENTAMASSA (2019)

26 Sakari Möttönen
SOTE-UUDISTAMISEN ANATOMIA. YHTEISKUNTAPOLIITTISIA NÄKEMYKSIÄ SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON REFORMISTA (2019)

27 Auli Valli-Lintu
SOTE- JA KUNTARAKENTEEN PITKÄ KUJANJUOKSU – OSA II (2019)

28 Jukka Pellinen, Vesa Voutilainen, Kari Sippola, Toni Mättö & Antti Rautiainen
RISKIEN HALLINNAN KÄYTÄNNÖT SUOMEN SUURIMMISSA KAUPUNKIKONSERNEISSA (2019)

29 Erkki Vauramo & Olli-Pekka Ryynänen
SOTE – PYRAMIDISTA PALVELUVERKKOON. IKÄÄNTYMINEN JA NIUKKA TULEVAISUUS (2019)

JULKAISU

Erkki Vauramo & Olli-Pekka Ryynänen

Sote – pyramidista palveluverkkoon.
Ikääntyminen ja niukka tulevaisuus

Tähänastisessa sote-keskustelussa on keskusteltu hoitajamitoituksesta ja valinnanvapaudesta. Keskeiset ongelmat on julkisuudessa sivuutettu tai jätetty liian vähälle huomiolle.

Aalto-yliopiston työryhmä on tarkastellut palvelujärjestelmän toimivuutta useissa raporteissa. Tässä raportissa keskitytään tarkastelemaan suuren ikäluokan lisätarpeen vaikutusta palvelujärjestelmään ottaen huomioon, että suuriin lisäresursseihin ei ole mahdollisuuksia.

Muutostarve on niin iso, ettei pelkkä hallintojärjestelmän yhdistäminen riitä, vaan tarvitaan täysin uusi tuotantorakenne.

kaks.fi
KUNNALLISALAN KEHITTÄMISSÄÄTIÖ