JULKAISU

Olli-Pekka Ryynänen, Erkki Vauramo, Teemu Malmi & Ville Koikkalainen

SOTE JA IKÄÄNTYMISEN ONGELMAT – SELVIÄMISPOLUN ETSINTÄÄ

KAKS – KUNNALLISALAN KEHITTÄMISSÄÄTIÖ

SOTE JA IKÄÄNTYMISEN ONGELMAT – SELVIÄMISPOLUN ETSINTÄÄ

Olli-Pekka Ryynänen, Erkki Vauramo, Teemu Malmi & Ville Koikkalainen

SOTE JA IKÄÄNTYMISEN ONGELMAT – SELVIÄMISPOLUN ETSINTÄÄ

KAKS – Kunnallisalan kehittämissäätiö

Kunnallisalan kehittämissäätiön Julkaisu 35
2020

ISBN 978-952-349-052-9
ISSN 2489-9631

Esipuhe

Vuosina 2014–2019 Aalto-yliopiston tutkimusryhmä laati useita sote-järjestelmän tilaa kuvaavia raportteja, jotka julkaistiin Kunnallisalan kehittämissäätiön julkaisusarjassa. Tavoitteena oli avata keskustelua siitä, miten sote-järjestelmän toimivuutta voidaan parantaa ja kustannusten kasvua hillitä ilman että sillä olisi negatiivista vaikutusta hoidon laatuun ja saatavuuteen. Näissä raporteissa yksi keskeisistä havainnoista oli se, että suoritteiden, kuten toimenpiteiden ja hoitopäivien määrät, vaihtelevat todella voimakkaasti eri sairaanhoitopiireissä. Osa eroista selittyy demografisilla ja muilla tarvetekijöillä, mutta järjestelmän isot alueelliset tuotantorakenteen erot ovat selvittämättä.

Tämän raportin tavoitteena on löytää ja tuoda julkiseen keskusteluun mahdollinen selviämispolku, jolla Suomen kansainvälisesti arvostettu sosiaali- ja terveydenhuolto selviää sekä ikääntymisestä että kevään 2020 kriisistä. Raporttimme perustuu julkisiin rekisteritietoihin ja vertaa Suomen järjestelmää kansainväliseen kehitykseen. Raportissa tulee esille alueellinen vaihtelu sekä resurssien käytössä että tuotettujen suoritteiden määrissä, joka sote-tuotannossa edelleen vallitsee. Vaihtelun analysoinnin merkitys on siinä, että se kyseenalaistaa hoitokäytäntöjä ja haastaa etsimään optimaalisia käytäntöjä. Jos tätä vaihtelua pystytään pienentämään, sote tulisi olemaan taloudellisesti kestävämpi ja palvelut olisivat oikeudenmukaisempia, kun alueellinen vaihtelu vähenisi. Selviämispolun löytämisestä tuli kevään 2020 kriisin vuoksi keskeinen tavoite, johon sote-uudistuksella pyritään.

Ongelmien yksi juurisyy on pienten alueiden suhteellinen kalleus, mikä näkyy tämän raportin lukusarjoissa. Jo 1990-luvun lopulla sote-uudistus todettiin välttämättömäksi. Esillä olleissa malleissa lähdettiin siitä, että perusterveydenhuollon palvelualueen väestöpohja on noin 30 000 asukasta ja päivystävän erikoissairaanhoidon vastaavasti 250 000 asukasta. Ratkaisua eli väestöpohjan suurentamista ei saatu keskushallinnon heikkouden vuoksi tehtyä. Juurisyyhyn eli liian pieniin yksiköihin on soten vihdoin voitava puuttua.

Toinen juurisyy on lääketieteen kehitys, joka tekee terveydenhuollosta yhä erikoistuneempaa, teknisempää, pirstoutuneempaa ja yhä kalliimpaa henkilökuntaa vaativaa. Muutospaine kohdistuu sekä terveydenhuollon tarjontaan että sen kysyntään. Lääketiede tuottaa uusia hoito- ja tutkimusmenetelmiä ja samalla muodostuu kasvava kysyntä. Terveydenhuollon ratkaiseva ajuri on teknologinen imperatiivi: kaikki teknisesti mahdollinen tullaan myös toteuttamaan ja terveydenhuollon kohdalla tulee kansa sitä vaatimaan. Tämä kehitys on suurelta osalta myönteistä, kun voidaan hoitaa potilaita tehokkaammin, mutta samalla terveydenhuolto on karkaamassa maksukyvyn ulkopuolelle. Kuntien maksukyky on jo pahasti horjuva, eikä rahoituksen siirtyminen valtiolle sinänsä muuta tilannetta. Lääketieteen kehitysprosessi ei osoita mitään taittumisen merkkejä, vaan kehitys kohti lääketieteellistä superteknologiaa näyttää väistämättömältä. Kuitenkin meiltä paljolti puuttuu tieto hoitojen todellisesta vaikuttavuudesta. Tämä tieto on tulevaisuuden elinehto.

Tiedosta pitää myös kyetä tekemään johtopäätöksiä eli käytännössä asettamaan prioriteetteja.

Vuonna 2019 kunnista 2/3 eli pääosa teki tappiollisen tilinpäätöksen. Tilannetta pahentaa kevään 2020 koronaviruksen aiheuttama pandemia, joka pudottaa BKT:tä noin 5–6 % ja lasku julkiselle taloudelle on useita miljardeja euroa. Kuntasektorin sote-palveluiden rahoitusmahdollisuudet tulevat kiristymään. Ongelmat eivät ole poistettavissa voimavaroja lisäämällä tai korvaamalla pandemian aiheuttamia menetyksiä. Tarvitaan organisaatioiden muutos, mikä tarkoittaa realistista suhdetta väestön ikärakenteen aiheuttamaan palvelutarpeeseen ja alueiden sijainnista johtuvaan palvelutarpeen muutoksiin.

Soteuudistus, josta keskustelu aloitettiin jo 1990-luvun lopulla, on edennyt hitaasti. Kesäkuussa 2020 saatiin julkisuuteen laskelmat siitä, mitä uudistus tulee merkitsemään maakunnille ja kunnille. Taloudelliset rajoitukset merkitsevät sitä, että merkittäviä lisäyksiä menoihin ja henkilöstöön tuskin voidaan toteuttaa. Rahoituskanavia tulee jatkossakin olemaan useita.

Uudistustarve yhdessä taloudellisten rajoitusten kanssa on myös mahdollisuus tehdä välttämättömiä ratkaisuja. Siksi raportissa on hahmoteltu selviämispolku, jolla terveyspalvelut selviävät suuren ikäluokan ikääntymisen tarvepiikin ohi suunnilleen nykyisillä resursseilla, mutta uudella toimintamallilla. Selviämispolku tarkoittaa myös kykyä tehdä terveydenhuollosta vaikuttavampi, oikeudenmukaisempi ja taloudellisesti kestävä.

Koska tällä hetkellä ei liikkumavaraa ole nähtävissä, soten on selvittävä nykyisellä tasolla olevalla rahoituksella tulevasta lisätarpeesta. Seuraavassa on tarkasteltu, mistä on selvittävä ja miten selviäminen tapahtuu. Tavoitteena on, että tämän raportin pohjalta syntyy ajatuksia siitä, miten palvelurakennetta pitäisi korjata sotea muodostettaessa

Lopuksi haluamme kiittää Kunnallisalan kehittämissäätiötä raportin toimitustyössä sekä Kuntaliittoa, Terveyden – ja hyvinvoinnin laitosta ja Tilastokeskusta lähdetilastoista ja erillisten pyyntöjen toteuttamisesta. Ilman tätä tukea raportin tekeminen ei olisi ollut mahdollista.

Espoossa ja Kuopiossa elokuussa 2020

Olli-Pekka Ryynänen, Erkki Vauramo, Teemu Malmi ja Ville Koikkalainen

Esipuhe **1**
1 Välttämätön soteuudistus on edessä **5**
1.1 Aluksi 5
1.2 Väestön rakennemuutokset 1900–2070 – kaksi suurta ikäluokkaa 7
1.3 Suuri ikäluokka ja hoivan tarpeen kasvu 9
1.3.1 Ikään perustuva arvio 10
1.3.2 Elämän päättymiseen perustuva arvio 12
1.4 Avohoito 13
1.5 Yhteenveto 14
2 Kansainvälinen näkökulma **15**
2.1 Väestön nykyinen ikärakenne 15
2.2 Resurssit 16
2.3 Työntekijät 19
2.4 Suomi OECD:n silmin – maaraportti 2020 23
2.5 Yhteenveto 24
3 Havaintoja palvelujen tuotannosta **25**
3.1 Sotepalvelut ovat alueellisesti eri tavalla resursoitu 25
3.2 Sosiaalipalvelut 27
3.3 Erikoissairaanhoito 29
3.4 Erikoissairaanhoito keskittyy 30
3.5 Erikoissairaanhoidon käyttö 31
4 Havaintoja palvelujärjestelmän toiminnasta **34**
4.1 Yleiskuva palvelujärjestelmästä 34
4.2 Terveyspalvelut 36
4.3 Vanhuspalvelut 31.12.2018 36
4.4 Ikääntyneiden alueellinen palvelujen käyttö 2018 38
4.5 Havaintoja alle 75-vuotiaiden palvelukäytöstä 39
4.6 Palvelujärjestelmän nykytila ja tavoitetila 40
4.7 Hoitoisuusluokat ja pitkäaikaisen vuodelevon tarve 43
4.8 Kotihoito ei ole kasvanut 47
4.9 Palveluihin tulosyyt ja palvelurakenne 31.12.2018 48
4.10 Tiloihin liittyviä näkökohtia 51
4.11 Ahdas rakentaminen on huonoa hallintoa 55
5 Palvelujärjestelmä kehittyy pienin askelin – muutos 2008–2018 ..... **57**
5.1 Väestön tarve muuttuu 57
5.2 Väestö palvelukäytön muutos vuosina 2008 ja 2018 59
5.3 Perustason laitos- ja asumispalvelujen käytön tulosyyt 61

5.4 Suuret alueelliset erot – onko rakenne oikea? 63
5.5 Yhteenveto 65
6 Juurisyyt ongelmiin 65
6.1 Aika ajaa nykyisen rakenteen ohi 66
6.2 Palvelurakenteen uusiminen on viivästynyt 67
6.3 Palvelurakenne toimii, mutta yskii 68
6.4 Lääketiede ja hoito vaativat uuden rakenteen 70
6.5 Digitaalinen murros tuottaa uuden palvelurakenteen 71
6.6 Lisätarve kaskukeskuksissa – purku haja-asutusalueella 72
6.7 Tarve maakunnittain kuolemien määrään perustuen 76
6.8 Yhteenveto ja johtopäätökset 79
7 Palvelujärjestelmä on uusittava 79
7.1 Kansalliset laatuvaatimukset puuttuvat ja vastuu laadusta on epäselvä 79
7.2 Vanhusten palvelujärjestelmä on uudistettava 80
7.3 Vanhusten asuntokanta on ongelma 82
7.4 Tarpeen hallintaongelmia on 85
8 Keinot – uusi rakenne 86
8.1 Rakenneuudistusta toteutetaan 86
8.2 Väestö määrää palvelurakenteen 87
8.3 Verkottuminen – uusi toimintamalli 87
8.4 Tulevaisuudessa ei tasoja vaan palveluverkko 88
8.5 Uusi tulevaisuuden palvelurakenne 89
8.6 Porrastuksesta toimivaan palveluverkkoon 92
8.7 Otetaan käyttöön moderni johtaminen 93
8.8 Kustannus- ja tulevaisuusnäkökulma 94
8.9 Vaikuttavuuden arviointi 96
9 Selviämispolku 99
Loppusanat – selviytymispolku 102
Lähteet 104
Liitteet 106
Liite. Tulosyyt sairaanhoitopiireittäin 106

1 Välttämätön soteuudistus on edessä

1.1 Aluksi

Ihminen on aina halunnut elää vanhaksi. Nyt ikiaikainen unelma on alkanut toteutua, mutta se alkaakin näyttää ongelmalta. Tavoite on, että hoitojärjestelmä sopeutuu muuttuneeseen tilanteeseen ja yhä suurempi osa kansalaisista pääsee hyötymään paremmasta ja pidemmästä elämästä.

Suomessa on sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmä, joka on ollut 48 vuoden ajan ilmeinen menestystarina. Järjestelmän ympäristöolosuhteet ovat kuitenkin muuttuneet. Ajureina ovat olleet lääketieteen kehittyminen yhä monimutkaisemmaksi ja samalla kalliimmaksi, väestön koulutustason nousu, kaupungistuminen, digitalisoituminen, eliniän piteneminen ja suuren ikäluokan ikääntyminen. Aikaisempi menestys ei takaa menestystä tulevaisuudessa. Menneeseen ei voi palata, eikä aikaisemmin hyväänkään järjestelmään voi juuttua.

Suomen kuntien ja osin valtionkin on vaikea lisätä tulojaan verottamalla. Samanaikaisesti sosiaali- ja terveydenhuollon menot pyrkivät jatkuvasti kasvamaan. Kasvuun vaikuttavat edellisten tekijöiden lisäksi henkilöstökulujen kasvu ja väestön vaatimustason ja avunhakemiskynnyksen muuttuminen. Sosiaali- ja terveyssektorilla on yritetty pakon edessä tehdä äkillisiä paniikkijarrutuksia. Nekin ovat vaikeita, koska merkittävä osa menoista on lakisääteisiä, toteutuvat erikoissairaanhoidossa kuntien tahtotilan ulkopuolella tai perustuu rakenteisiin, joiden muuttamiseen ei poliittinen tahto riitä. Yritämme tässä raportissa vastata siihen, mitä paljon perätyt rakenteelliset muutokset tarkoittavat. Rakenteet ja niiden muutostarpeet ovat erilaisia maan eri osissa.

Suomen sosiaali- ja terveydenhuolto on nyt rikki. Suomen kunnat olivat suurissa vaikeuksissa jo ennen koronaepidemiaa, kun kyky kustantaa sosiaali- ja terveydenhuolto on rajoittunut. Julkisuudessa ongelmat on pelkistetty resurssiongelmiksi, jotka voitaisiin hoitaa rahaa ja työntekijöitä lisäämällä. Ratkaisu ei ole toimiva. Rahaa ja henkilöstöä on vaikea saada, eikä se välttämättä ole edes hyödyllistä. Periaatteessa jos kaaokseen lisätään voimavaroja, tuloksena on lisääntynyt kaaos.

Väitämme, että ongelmat liittyvät pääosin nykyiseen järjestelmään. Sote-palvelujen tuotantorakenne perustuu pohjoismaiseen kuntarakenteeseen, joka syntyi Suomessa vuonna 1865, jolloin kunnat ja seurakunnat erotettiin toisistaan. Suomen kunnat ovat niin itsenäisiä, että kansainvälisesti Suomi näyttää liittovaltiolta, jossa on 310 osavaltiota. Ruotsissa kuntien rooli on pienempi ja kuntia on 290 kaksinkertaisella väestöllä. Meiltä puuttuu kuntarakenteen uudistus. Tämä on merkittävä taustatekijä sote-palvelujen nykytilassa.

Suomen terveydenhoitojärjestelmä on erittäin hajautettu kuntien ollessa ainakin näennäisesti päättämässä terveydenhuollon sisällöstä. Tosin

merkittävä osa toiminnoista on lakisääteisiä ja sairaanhoitopiiri elää omaa elämäänsä ilman, että kunnat käytännössä voisivat sen toimintaan vaikuttaa. Järjestelmässä on demokratiaetuja, kun jokainen kansalainen voi tunnistaa terveydenhuollon päättäjät omasta kunnastaan. Demokratiaetu on huomattavasti supistunut, kun kunnat ovat joutuneet tyhjän kukkaron diktatuurin alle, samanaikaisesti kun lakisääteisille menoille eikä sairaanhoitopiirin menoille voi juuri mitään. Nykyaikaista terveydenhuoltoa ei voi näin pienillä väestöpohjilla rahoittaa. Suunnitteilla oleva maakuntavero edellyttää useimmille maakunnille vahvaa valtion tukea. Maakuntien voi odottaa aloittavan kiivaan kilpailun rahan saamiseksi valtiolta, jotta voitaisiin välttää kipeät sopeutustoimet.

Sotea on nyt uudistettu 1990-luvun puolivälistä lähtien eli noin 25 vuotta. Jo varhaisimmat mallit, kuten Kelan pääjohtaja Huhtasen Kela-malli, ylilääkäri Markku Puron Forssan malli ja Ilkka Kunnamon malli, pyrkivät laajempiin väestöpohjiin ja kestävään rahoitukseen. Merkittävä malli oli Osmo Kuusen johdolla silloisen eduskunnan tulevaisuusvaliokunnalle kehittämä palvelumalli, joka pohjautui viiteen vastuualueeseen. Näille malleille yhteistä on perustasolla väestöpohjan suurentaminen ja suunnitelmallisempi yhteistyö sairaala – terveyskeskus – sosiaalitoimi -akselilla. Kaikki ehdotetut ratkaisut olisivat nykyjärjestelmää toimivampia. Ongelman ratkaisu edellyttää keskushallinnon ryhdistäytymistä.

Raportissa rakennetaan selviämispolku. Lähtökohtana on edessä oleva suuren ikäluokan aiheuttama palvelujen kysynnän kasvu ja sen vaatima alueellinen palvelurakenteen muutos. Tavoitteena on selventää edessä olevaa muutosta ja etsiä selviämispolku.

Raportissa osoitetaan toteutuneen hoidon eroja maan eri osissa. Havaittu ero ei sinänsä kerro, mikä olisi optimaalinen taso. David Humen tunnettu lause sanoo, että "siitä, miten asiat ovat, ei voi päätellä, miten niiden tulisi olla". Kun havaitsemme, että jonkin hoidon käyttö yhdessä sairaanhoitopiirissä on x ja toisessa y (x ja y ovat tässä toisistaan selvästi poikkeavia lukuja), emme voi päätellä onko oikea hoidon taso x vai y, vai jotain niiden väliltä, tai kokonaan x–y-vaihteluvälin ulkopuolella. Hoidon määrän tulisi vastata hoidon tarvetta. Yleisesti hoidon tarve voidaan määritellä seuraavasti: Henkilöllä on lääketieteellisen hoidon tarve, kun sairautta hoitamalla voidaan saada kohtuullisella todennäköisyydellä oleellisella päätemuuttujalla mitattuna parempi lopputulos kuin jättämällä hoitamatta tai käyttämällä vanhaa hoitomuotoa. Määrittely sisältää kaksi vaikeutta:

1. Meidän tulee tietää, onko hoidolla saatavissa parempi lopputulos.
2. Meidän tulee tietää lopputuloksen toteutumisen todennäköisyys ja meidän on pystyttävä vastaamaan, onko sen saavuttaminen kohtuullista lopputuloksen suuruuden ja käytettyjen voimavarojen suhteessa.

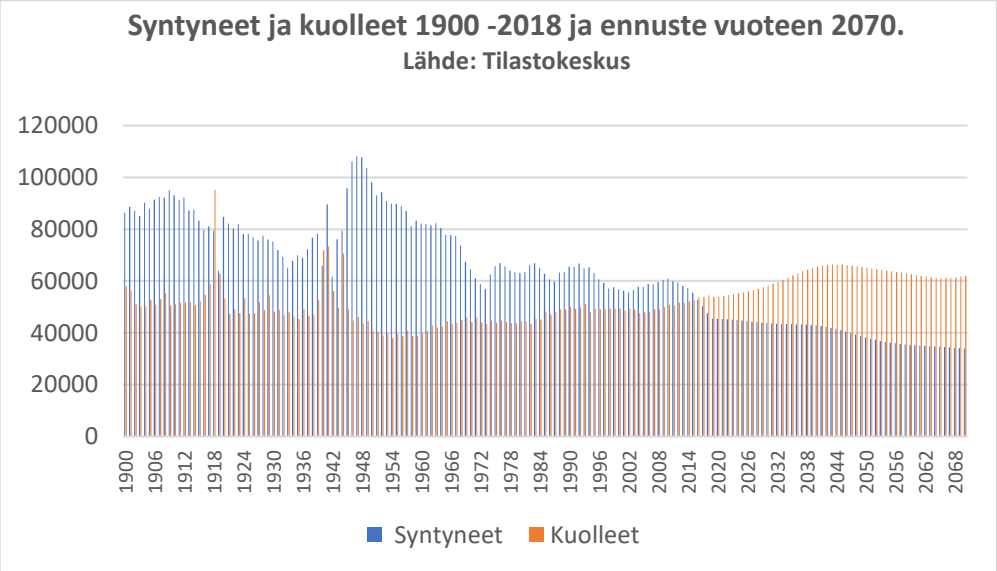
Tästä seuraa, että eri hoitojen vaikuttavuutta tulee tutkia ja saada tulokset käyttöön sekä tulee kyetä tekemään tuloksista johtopäätöksiä. Avain on vaikuttavuuden tutkimus. Vaikuttavuutta tulee tutkia jatkuvasti, sillä tilanteet

ovat jatkuvassa muutoksessa. Vaikuttavuus on lääketieteessä erittäin vaikea kysymys ja johtopäätösten teko kestävällä tavalla on mahdollisesti vielä vaikeampaa. Vaikuttavuutta eli hoidon toimimista käytännön olosuhteissa ei voi arvioida yksinomaan satunnaistettujen kontrolloitujen kokeiden avulla.

David Humen asettaman rajoituksen tietäen pyrimme tarkastelemaan maamme terveydenhuoltoa ja vanhustenhoitojärjestelmää etsien eroja, joita ei voi selittää sairastavuudella tai ikärakenteella. Oletamme, että kun maan eri osissa tavataan toisistaan paljon poikkeavia käytäntöjä, eivät kaikki voi olla yhtä hyviä. Pyrkiessämme hyvään vanhustenhuoltoon, pyrimme yhteiskunnalliseen järjestelmään, joka huolehtii vanhuksistaan. Käytännössä tämä tarkoittaa tarvehierarkioiden fysiologisten perustarpeiden ja turvallisuuden tarpeen tyydyttämistä. Jossain määrin voidaan tyydyttää myös ikääntyneen henkilön sosiaalisia tarpeita. Lähdemme myös periaatteesta, että kuolemaa koetetaan välttää niin paljon kuin se on biologisesti ja lääketieteellisesti mahdollista. Meillä on myös kestävyysnäkökulma, millä tarkoitamme sitä, että järjestelmän tulee olla yhteiskunnallisesti rahoitettavissa. Myös muiden resurssien, kuten työvoiman käytön, tulee olla mahdollisuuksien rajoissa. Torjumme sen ajatuksen, että vanhustenhoidon ongelmat ovat vain voimavarakysymyksiä. Sen sijaan tavoitteenamme on etsiä tuloksiltaan ja taloudellisesti optimaalista toimintaa sovittaen yhteen osin keskenään ristiriitaisia tavoitteita.

1.2 Väestön rakennemuutokset 1900–2070 – kaksi suurta ikäluokkaa

Ikääntyminen on ennustettavissa sekä syntyvyydestä (kuva 1) että eliniän odotteen kasvusta. Syntyvyydessä hallitsevana on sodan jälkeinen suuri ikäluokka, josta vuonna 1948 syntyneet vuonna 2008 olivat 60-vuotiaita ja 2018 vastaavasti 70-vuotiaita. (16)



Kuva 1 Syntyneiden ja kuolleiden määrät 1900–2018 ja vastaavat ennusteet vuoteen 2070.

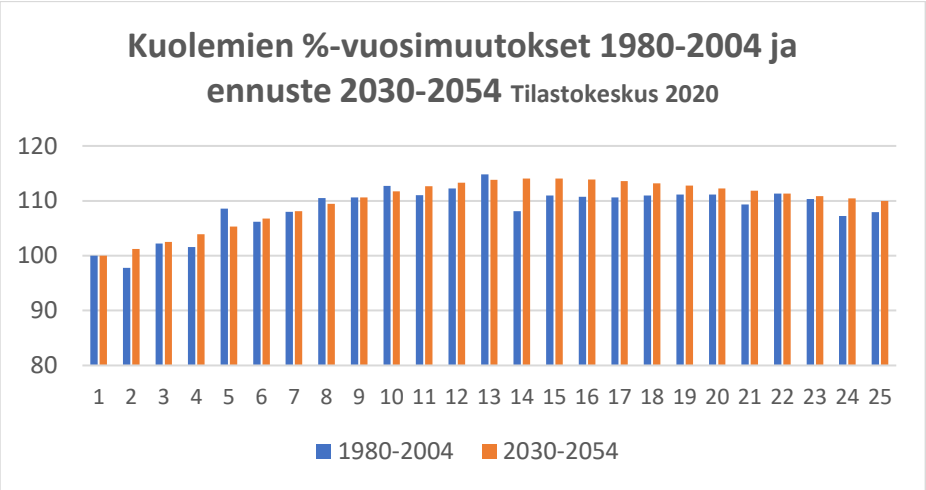
Kuvassa 1 on nähtävissä, miten syntyneiden määrässä suuret ikäluokat muodostavat piikin vuoden 1945 jälkeen. Syntyvyyden kasvu alkoi jo ennen sotia 1930-luvun lopulla. Syntyvyydessä on kuoppa vuoden 1933 kohdalla. Tämän voi selittää 1930-luvun lamasta johtuvaksi, mutta syntyvyys alkoi vähetä jo ennen lamaa ja kääntyi nousuun laman jälkivaikutusten vielä tuntuessa Suomessa. Varsinainen piikki on nähtävissä jo vuonna 1940, mutta sitten uudelleen alkanut sota pudotti syntyvyyden. Suuret ikäluokat syntyivät vuosina 1944–1950. Syntyvyys pysyi korkeana 1960-luvun alkuun asti, jolloin syntyvyys väheni tasolle, jossa se on pysynyt vuoteen 2010 saakka. Sen jälkeen syntyvyydessä on tapahtunut merkittävä lasku. Koska syntyvyys alkoi kasvaa jo ennen sotaa, on oletettava, että siihen ovat vaikuttaneet muutkin tekijät kuin usein ajateltu sodasta paluun vaikutus ja kansakunnan kuvitteellinen pyrkimys korvata sotatappiot syntyvyydellä.

Kun tarkastelemme kuvaa 1, näemme siinä toisen syntyvyyspiikin vuosina 1902–1912 ja 1930-luvun alussa tapahtuneen syntyvyyden laskun. Vuosien 1902–1910 korkea syntyvyys näkyy myös lisääntyneenä kuolleisuutena vuosien 1980–2004 aikana. Tätä aikakautta voidaan verrata väestöennusteeseen, jossa 2030–2054 on ennustettu kuolemien kasvu. Suurten ikäluokkien muodostuminen selittyy osin myös sillä, että 1900-luvun alun korkean syntyvyyden ikäluokat tulivat lisääntymisikään.

Aikaisemmin ei ole tunnistettu, että suuria ikäluokkia on ollut kaksi. Ensimmäinen suuri ikäluokka tuli hoidettua nykyjärjestelmässä niin, että sitä ei edes havaittu. Kuvasta 1 nähdään, että vuosina 1980–2004 palvelujärjestelmä on hoitanut vuosien 1900–1910 syntyvyyspiikin vanhusten poistumisen. Kuolemien kasvun ja sitä edeltävän vaiheen palvelutarpeen kasvu oli vuosisadan alun syntyvyyspiikissä samaa luokkaa kuin nyt ennustettu suuren ikäluokan poistumisen palvelutarve. Vastaavasti 1930-luvun matalan syntyvyyden jakso näkyy kuolemissa pienenä kuolemien määrän vähenemisenä 2000-luvun ensimmäisinä vuosina.

Suomen lähivuosien palvelutarpeen määrää siis suuren ikäluokan poistuminen, joka muodostaa kuolemien määrään kuplan. Kuvasta 1 voidaan nähdä, että kuolleiden lukumäärä alkoi kohota noin vuonna 2010, jolloin suuri ikäluokka on ylittänyt 60 ikävuoden ajan. Kupla on paljon suurten ikäluokkien syntyneiden piikkiä matalampi, koska kuolemat jakautuvat pidemmälle ajalle. Kupla ja sen edellyttämä palvelutarve saavuttaa huippunsa 2040-luvulla ja alkaa sitten hitaasti laskea.

Kuvassa 2 verrataan 1900-luvun alun korkeaa syntyvyyttä sotien jälkeen syntyneeseen suureen ikäluokkaan. Kuvassa esitetään kuolemien määrän vaihtelu vuosittain siten, että siniset pylväät edustavat kuolemien määrää 25 vuoden pituisella jaksolla vuosina 1980–2004. Punaiset pylväät näyttävät kuolleisuuden vaihtelun vuosien 2030–2054 välisen 25 vuoden jakson aikana. Sinisten pylväiden numerointi alkaa vuodesta 1980 ja punaisten pylväiden vuodesta 2030. Kuolemien vuosivaihtelu on saman muotoinen molemmissa jaksoissa.



Kuva 2 Vuosisadan alun syntyvyyspiikin ja suuren ikäluokan poistumisennusteen vertailu.

Jos kaikki ihmiset eläisivät lähelle keskimääräistä elinikää, näkyisi samankokoinen ja samanmuotoinen kupla sekä syntyneiden että kuolleiden määrässä. Kuvasta 2 voidaan nähdä, että suuren ikäluokan kuolleiden vastaava kupla alkaa kohota noin vuonna 2010, joskin loiva kuolemien määrän nousu alkaa jo aikaisemmin. Kupla saavuttaa huippunsa 2040-luvulla ja alkaa sitten hitaasti laskea. Kuolleiden kuplan loiva muoto johtuu eliniän pitenemisestä, josta kaikki eivät ole päässeet osallisiksi. Iäkkäiden henkilöiden toimintakyvyn tasossa on huomattavia eroja. Jotkut ovat hyvin huonokuntoisia, kun jotkut heidän ikätoverinsa ovat suunnilleen työikäistä väestöä vastaavalla terveyden ja toimintakyvyn tasolla. Oletamme, että kuolemien lukumäärä on vahva hoidon tarpeen indikaattori ja sitä parempia indikaattoreita ovat vain kuolemaa ja hoitotarvetta ennustavat mallit.

Julkisessa keskustelussa käsitellään suuren ikäluokan palvelutarvetta yhtenä möhkäleenä, jota ei pyritäkään tarkastelemaan alueellisesti tai ajallisesti. Seuraavassa tarkastelemme ilmiötä alueellisesti ja ajallisesti kuntien kannalta.

Julkisessa keskustelussa ei ole vielä ymmärretty, että vaikka suuri ikäluokka syntyi muutamassa vuodessa, heidän elämänsä päättyminen tasaantuu usealle vuodelle. Aikaisempi noin 15 % piikki ei aiheuttanut palvelujärjestelmässä erityisempää keskustelua, joten jää miettimään, että onko suuren ikäluokan palvelutarpeen huippua liioiteltu ja onko huippu oikea termi, jos kyseessä on loiva kyttyrä?

1.3 Suuri ikäluokka ja hoivan tarpeen kasvu

Jos haluamme eliminoida palvelutarpeen arvioinneista ylimitoituksen, on siirryttävä käyttämään ikääntyneiden palvelujen suunnittelussa kahta vaiheistettua palvelukokonaisuutta. Terve ja toimintakykyinen vanhus tarvitsee tavallisia terveyspalveluja kuten normaali aikuisväestö. Raskaampia palveluja tarvitaan elämän loppuvaiheissa taudin tai ongelmien mukaan.

Lähtötietona seuraavassa on Tilastokeskuksen nykyinen vuoteen 2040 päättyvä väestöennuste, joka on riittävän kattava tulevan suuren ikäluokan hoitopalvelujen suunnitteluun. Sitä on tarkasteltu vuosina 2020, 2030 ja 2040. Tarkastelun kohteena on ollut kuolemien määrän sairaanhoitopiirikohtainen ja kuntakohtainen muuttuminen.

Yleensä hoitotarvetta on arvioitu palvelua tarvitsevien osuutena väestössä. Laskentatapana on ollut esimerkiksi, kuinka monta ympärivuorokautista hoitopaikkaa tarvitaan 75 vuotta täyttäneelle väestölle. Menetelmä on ongelmallinen, koska 75 vuotta täyttäneiden terveydentila ja toimintakyky vaihtelevat suuresti ja on havaittavissa myös alueellista ja sosiaaliryhmien välistä vaihtelua. On myös käytetty hoidon tarpeen laskentaa 85 vuotta täyttäneiden määrän suhteessa.

Kuolemien määrään perustuvaa laskentatapaa voidaan perustella sillä, että hoidon tarve keskittyy kuolemaa edeltävän kahden vuoden aikaan. Kuolemia arvioidaan tavallisesti ikä- ja sukupuolivakioiduilla luvuilla, mutta palvelujärjestelmän kannalta vain lukumäärillä on merkitystä. Tässä raportissa tarkastelemme ilmiötä alueellisesti ja ajallisesti maakuntien kuntien kannalta.

1.3.1 *Ikään perustuva arvio*

Väestöennusteen mukaan yli 75-vuotiaiden määrä kasvaa vuoden 2019 tasosta 548 000 vuoteen 2040 mennessä tasolle 910 000 eli 66 %. Vastaavasti kuolemien määrä kasvaa vuoden 2019 ennustetusta tasosta 53 800 vuoteen 2040 mennessä tasolle 65 500 eli 21 %. Kuolemien määrän eli hoivan tarpeen kasvu on paljon maltillisempaa kuin ikäluokan kasvu.

Yleensä hoitopaikkojen tarvetta on arvioitu sillä perusteella, kuinka monta prosenttia 75 vuotta täyttäneistä tarvitsee ympärivuorokautista tai muuta hoivaa. Palvelujen käyttö maakunnittain vaihtelee. Merkittävää on, että yli 75-vuotiaiden määrän kasvu tapahtuu pääosin jo 2020-luvulla. Taulukossa 1 on esitetty Tilastokeskuksen väestöennusteeseen 2019 perustuen palvelutarpeen kasvu ikään perustuvan arvion pohjalta maakunnittain. (12)

Taulukko 1 Väestön ikääntyminen ja palvelutarve maakunnittain.

Palvelutarpeen kasvu vuosina 2020–2040, ikään perustuva arvio						
Maakunta		**Hoitopaikkoja**			**Kasvun indeksi 20020=100**	
Väestö 31.12. (ennuste 2019)	**2020 Väestö 75+**	**2020 Tarve 7 % yli 75 v.**	**2030 Tarve 7 % yli 75 v**	**2040 Tarve 7 % yli 75 v.**	**2030 Kehitys**	**2040 Kehitys**
MA1 MANNER-SUOMI	544 821	38 137	55 233	63 360	145	166
MK01 Uusimaa	130 057	9 104	13 912	17 014	153	187
MK02 Varsinais-Suomi	50 585	3 541	5 088	5 757	144	163
MK04 Satakunta	26 806	1 876	2 537	2 689	135	143
MK05 Kanta-Häme	19 157	1 341	1 948	2 221	145	166
MK06 Pirkanmaa	50 768	3 554	5 145	5 904	145	166
MK07 Päijät-Häme	23 508	1 646	2 392	2 613	145	159
MK08 Kymenlaakso	21 925	1 535	2 099	2 276	137	148
MK09 Etelä-Karjala	16 088	1 126	1 517	1 646	135	146
MK10 Etelä-Savo	20 086	1 406	1 867	2 008	133	143
MK11 Pohjois-Savo	27 106	1 897	2 717	3 095	143	163
MK12 Pohjois-Karjala	18 568	1 300	1 867	2 092	144	161
MK13 Keski-Suomi	28 481	1 994	2 851	3 224	143	162
MK14 Etelä-Pohjanmaa	21 434	1 500	2 122	2 352	141	157
MK15 Pohjanmaa	19 704	1 379	1 857	1 989	135	144
MK16 Keski-Pohjanmaa	7 028	492	720	777	146	158
MK17 Pohjois-Pohjanmaa	35 280	2 470	3 782	4 518	153	183
MK18 Kainuu	9 042	633	875	964	138	152
MK19 Lappi	19 198	1 344	1 938	2 219	144	165
MA2 AHVENANMAA	3 078	215	317	371	147	172
Vuosikustannus M€		**2 227**	**3 226**	**3 700**		

Ikään perustuvan arvion pohjana pidämme ympärivuokokautisen hoidon tarpeena 7 % yli 75-vuotiaiden määrästä. Luku on Ruotsin nykyinen palvelujen käytön keskiarvo. Se on pari prosenttiyksikköä Suomen nykyistä käyttöä kireämpi, mutta on todennäköinen palvelukäytön taso Suomessa viiden vuoden kuluessa. Suomessa on kuitenkin maakuntia, joissa 75 vuotta täyttäneistä on ympärivuoro-kautisessa hoidossa selvästi vähemmän henkilöitä kuin 7 %.

Arvioituna yli 75-vuotiaiden määrän muutoksella ympärivuorokautisen hoidon tarve kasvaa 25 223 hoivavuodella vuodesta 2020 vuoteen 2040 mennessä. Hoitovuoden hintana käytämme 55 000 euroa vastaten noin 150 euron vuorokausihintaa. Hintojen vaihteluvälit ovat tavallinen palveluasunto noin 30 000 euroa vuodessa ja terveyskeskuksen vuodeosasto lähes 75 000 euroa. Tarkkaa lukua ei ole saatavana, mutta luottamukselliset tietomme perustuvat kahden keskisuuren kunnan lukuihin. Jos hoivavuoden hinta on 55 000 euroa, on palvelutarpeen kasvun rahallinen arvo noin 1,4 miljardia euroa.

Menetelmä on ongelmallinen, koska 75 vuotta täyttäneiden ihmisten terveydentila ja toimintakyky vaihtelevat suuresti. Osa heistä on edelleen työelämässä. Lisäksi on havaittavissa myös alueellista, kuten itä-länsieroa tai sosiaaliryhmien välistä vaihtelua. Muuttotappioalueilla palvelutarpeen kasvu on pienempää kuin siellä, minne muuttoliike on suuntautunut. Tämä tulos on erilainen kuin uskomus, että hoidon tarve olisi suurin muuttotappioalueilla, jonne on lopulta jäänyt jäljelle vain vanhuksia. Hoidon tarvetta on eniten siellä, missä yleensäkin on eniten väestöä.

1.3.2 *Elämän päättymiseen perustuva arvio*

Palvelutarvetta arvioidaan yleensä tietyllä prosentilla ikääntyneiden määrästä. Tämä ei huomioi eliniän odotteen kasvua eikä ja väestön terveydentilan paranemista Vaihtoehtoinen tapa on tarkastella palvelutarvetta suhteutettuna kuolemien määrään. Palvelujen käyttö ennen kuolemaa on keskeinen saatavissa oleva lähtötieto.

Raportissa Sote – pyramidista palveluverkkoon (13) tarkasteltiin palvelujen käyttöä kahtena viimeisenä vuotena ennen kuolemaa. Palvelukäytön todettiin olevan suhteellisen samanlaista eri sairaanhoitopiireissä. Keskimääräinen käyttö oli 8,8 kuukautta eli pyöreästi yhdeksän kuukautta. Hoito-aika jakaantui eri hoitomuotoihin seuraavasti: erikoissairaanhoito 7 %, perusterveydenhuolto 24 % ja sosiaalisektori 68 %. Tämän raportin seuraavissa laskelmissa varataan hoitokapasiteettia yhdeksän kuukautta jokaista kuolemaa kohti. Jos koko hoivavuoden hinta on 55 000 euroa ja ennen kuolemaa tarvitaan yhdeksän kuukautta hoitoa, maksaa jokaisen kuoleman hoito keskimäärin noin 42 000 euroa.

Tätä tarkastelutapaa käytetään tässä raportissa resurssitarvetta arvioitaessa.

Taulukossa 2 on kuvattu yli 75-vuotiaiden kuolemien kasvuun perustuva hoitopaikojen lisätarve maakunnittain.

Taulukko 2 Elämän päättyminen ja hoivan tarve 2020–2040 maakunnittain.

Tarpeen kasvu 2020-2040 elämän päättymiseen perustuvan arvion pohjalta						
	Väestö ja 75 + v.		Hoitopaikkoja			indeksi
Väestö 31.12. (ennuste 2019)	Kuolleet 2020	Kuolleet yli 75 v. 2020	Tarve 2020	Tarve 2030	Tarve 2040	Vuosi 2020 =100
MA1 MANNER-SUOMI	53 772	36 027	27 020	29 092	32 758	121
MK01 Uusimaa	12 340	8 268	6 201	7 238	8 636	139
MK02 Varsinais-Suomi	4 859	3 256	2 442	2 620	2 978	122
MK04 Satakunta	2 737	1 834	1 375	1 400	1 473	107
MK05 Kanta-Häme	1 899	1 272	954	1 017	1 146	120
MK06 Pirkanmaa	4 802	3 217	2 413	2 642	3 027	125
MK07 Päijät-Häme	2 280	1 528	1 146	1 256	1 389	121
MK08 Kymenlaakso	2 251	1 508	1 131	1 155	1 228	109
MK09 Etelä-Karjala	1 646	1 103	827	838	880	106
MK10 Etelä-Savo	2 119	1 420	1 065	1 057	1 087	102
MK11 Pohjois-Savo	2 870	1 923	1 442	1 481	1 610	112
MK12 Pohjois-Karjala	1 992	1 335	1 001	1 025	1 106	110
MK13 Keski-Suomi	2 894	1 939	1 454	1 531	1 686	116
MK14 Etelä-Pohjanmaa	2 149	1 440	1 080	1 087	1 198	111
MK15 Pohjanmaa	1 813	1 215	911	932	1 026	113
MK16 Keski-Pohjanmaa	667	447	335	360	407	121
MK17 Pohjois-Pohjanmaa	3 407	2 283	1 712	1 904	2 226	130
MK18 Kainuu	972	651	488	484	508	104
MK19 Lappi	2 075	1 390	1 043	1 065	1 146	110
MA2 AHVENANMAA	282	189	142	158	188	133

Tilastokeskuksen väestöennusteen (3) mukaan kuolemia vuonna 2020 on 54 054 ja vuonna 2040 yhteensä 65 360. Kasvu on 11 306 eli 22 %. Kasvu vuodesta 2020–2030 on 4 156, joista yli 75-vuotiaita on 2 784. Vuosien 2030–2040 välinen kuolemien kasvu on 7 353, joista yli 75-vuotiaita on noin 4 927. Yhteensä vuosina 2020–2040 yli 75-nuotiaiden kuolemat kasvavat 7 711 vastaten 68 % koko kasvusta. Yli 75-vuotiaiden hoitokustannukset (42 000 euroa/kuolema) kasvavat vuodesta 2020 vuoteen 2030 mennessä noin 117 miljoonaa euroa ja vuoteen 2040 mennessä 207 miljoonaa euroa lisää. Yhteensä suuren ikäluokan poistumisen lisätarpeen suuruusluokka on näin tarkasteltuna vuodessa noin 324 milj. €. (Summaa voidaan verrata hallituksen 1.6.2020 tekemän lisäbudjetin kokoon 5 miljardia euroa.)

Tulevaisuuden tarvetta ja kustannuksia on tarkemmin tarkasteltu kohdassa 8,8.

1.4 Avohoito

Suuri ikäluokka on nyt noin 70-vuotias. Ikäluokka on käyttänyt avopalveluita koko työikänsä ajan. Heidän avopalveluiden tarpeensa edelleen kasvaa, mutta kapasiteettia vapautuu, koska aikuisväestön ikäluokat ovat pienempiä.

Avohoidon tehtävien sisältö ja alueellinen tarve muuttuvat, mutta kokonaisuudessa ei ole nähtävissä merkittävää lisätarvetta.

Avohoidon painopiste on muuttumassa. Kriisien hoidon rinnalle on nousemassa väestön terveellisten elintapojen noudattaminen ja sosiaalinen yhteisöllisyys. Tämä näkyy jo esimerkiksi NHS:n 10-vuotissuunnitelmassa (4) ja WHO:n terveyden edistämistä koskevissa tietokannoissa. (19).

1.5 Yhteenveto

Hoidon tarve väestössä voidaan arvioida prosenttiosuutena ikääntyneistä tai kuolemien määrästä. Suomessa sekä ikääntyneen väestöryhmän koko kasvaa että kuolemien määrät kasvavat ja saavuttavat huipun vuosina 2040–2050. Palvelutarpeen kasvun kustannukset kasvavat vuoden 2020 2,227 miljardista vuoden 2040 3,7 miljardiin euroon, kun lähtökohtana (1.3.1) pidetään sitä, että 7 % yli 75-vuotiaista saa 7/24 hoitoa. Tämä merkitsisi 1,473 miljardin euron lisäystarvetta 2020→ 2040.

Vastaavasti (1.3.2) elämän päättymisen perusteella laskettaessa (9 kk:n hoitokustannus 42 000 € x kuolevien määrä) hoidon kustannukset kasvaisivat vuodesta 2020 vuoteen 2030 117 milj. € ja edelleen vuoteen 2040 207 miljoonalla eurolla eli 2020→2040 yhteensä 324 milj. € lisätarvetta. Lisätarve olisi näin laskien 1,149 miljardia € vähemmän kuin ensimmäisessä mallissa.

Jos tarve arvioidaan prosenttiosuutena yli 75-vuotiaasta vanhusväestöstä, päädytään 2040 palvelujen lisäkustannuksissa noin 1,47 miljardin euron vuosittaiseen lisätarpeeseen. Elämän päättymiseen perustuvat arviot ovat vastaavasti 350 miljoonan euron suuruusluokkaa vuodessa.

Kuolemien määrän mukaan arvioituna hoidon tarve jakaantuu pidemmälle ajalle kuin käytettäessä hoidon tarpeen arviointina prosenttiosuutta ikäluokasta. Laskentatavoilla on merkittävä ero. Ero resurssitarpeessa on kerroin 3.

Jos haluamme eliminoida palvelutarpeen arvioinneista ylimitoituksen, on siirryttävä käyttämään ikääntyneiden palvelujen suunnittelussa kahta vaiheistettua palvelukokonaisuutta. Terve ja toimintakykyinen vanhus tarvitsee tavallisia terveyspalveluja, kuten normaali aikuisväestö. Raskaampia palveluja tarvitaan elämän loppuvaiheissa taudin tai ongelmien mukaan.

Avohoidon kokonaisresurssi on riittävä, mutta työn painopisteet ja alueellinen tarve muuttuvat.

Ottaen huomioon valtiontalouden tilanteen kesällä 2020, on vaikea kuvitella kovin suurta lisärahoitusta sotelle. Siksi on tarkasteltava myös keinoja, joilla hoitoprosessia kehittämällä saadaan kasvava tarve rahoitettua.

2 Kansainvälinen näkökulma

2.1 Väestön nykyinen ikärakenne

Suomi ei ole yksin ongelmien kanssa. Muut Pohjoismaat, Hollanti ja Englanti ovat käynnistäneet mittavat palvelujen kehittämishankkeet. Siksi seuraavassa tarkastellaan terveydenhuollon rakenteita käyttäen kansainvälisiä tilastoja. Peruslähteitä ovat WHO:n datapankki ja OECD:n terveydenhuollon indikaattorit.

Seuraavassa on havaintoja Suomen palvelujärjestelmästä OECD Health Statistics 2018 pohjalta (6).

Kuva 3 esittää väestörakenteen kehityksen vuodesta 2008 vuoteen 2018 EU:n ja eräiden lähimaiden kohdalla. Maamme nykyinen väestörakenne muuttuu nopeasti. Olemme isojen EU-maiden ja Ruotsin kanssa samassa ryhmässä työikäisen väestön suhteen. Myös nopea ikääntyminen vuosien 2008 ja 2018 on samalle valtioryhmälle tyypillistä.

Väestön ikärakenne Euroopan Unionin ja eräiden lähimaiden alueella

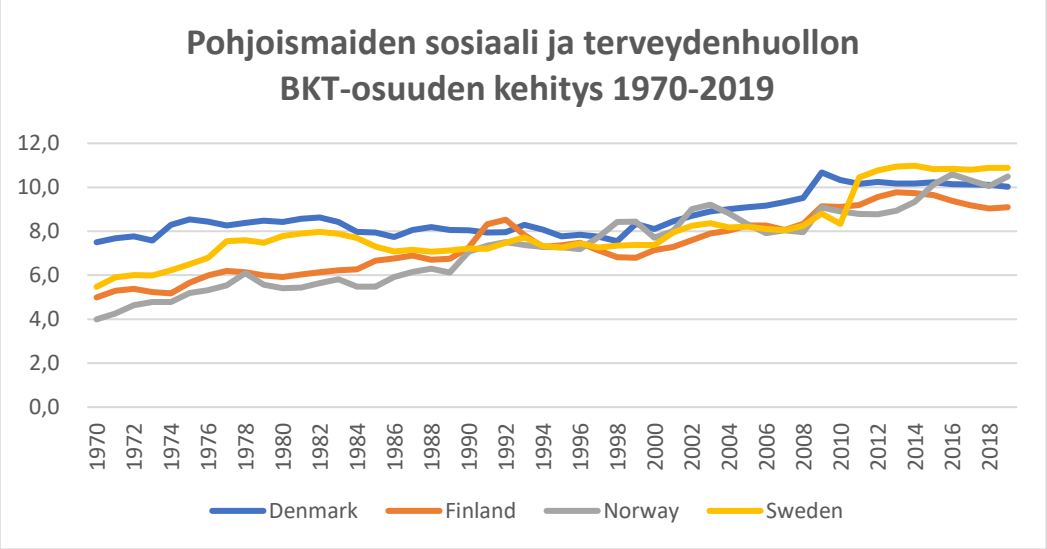
0–14 years old			15–64 years old			65 years old or over		
	2008	2018		2008	2018		2008	2018
European Union - 28	15,8	*15,6*	European Union - 28	67,2	*64,7*	European Union	17,1	*19,7*
Ireland	20,4	20,8	Luxembourg (¹)	67,8	69,6	Italy	20,2	22,6
Iceland	20,9	19,3	Slovakia	72,0	68,9	Greece	18,7	21,8
France (¹)	18,5	*18,1*	Liechtenstein	70,9	67,8	Portugal	17,7	21,5
United Kingdom	17,7	17,9	Cyprus	69,4	67,8	Finland	**16,5**	**21,4**
Norway	19,2	17,7	Poland (¹)	71,0	67,7	Germany (¹)	20,1	21,4
Sweden	16,8	17,7	Malta	70,0	67,2	Bulgaria	17,8	21,0
Belgium (¹)	16,9	17,0	Austria	67,5	66,9	Latvia	17,6	20,1
Denmark	18,4	16,6	Switzerland (¹)	68,1	66,8	Croatia (²)	17,8	20,1
Estonia (¹)	14,8	16,3	Iceland	67,6	66,6	Sweden	17,5	19,8
Cyprus	18,2	16,2	Hungary (¹)	68,8	66,5	France (¹)	16,4	*19,7*
Finland	16,9	16,2	Romania	68,2	66,2	Estonia (¹)	17,5	19,6
Luxembourg (¹)	18,2	16,1	Spain	68,9	65,9	Lithuania	17,0	19,6
Netherlands	17,9	16,1	Slovenia (¹)	69,8	65,5	Slovenia (¹)	16,3	19,4
Latvia	14,0	15,8	Croatia (²)	66,7	65,4	Denmark	15,6	19,3
Czechia	14,2	15,7	Lithuania	67,5	65,4	Czechia	14,6	19,2
Slovakia	15,9	15,6	Ireland	68,9	65,3	Spain	16,4	19,2
Romania	16,3	15,6	Norway	66,2	65,3	Netherlands	14,7	18,9
Poland (¹)	15,5	15,2	Netherlands	67,4	65,1	Hungary (¹)	16,2	18,9
Switzerland (¹)	15,5	15,0	Germany (¹)	66,2	65,1	Malta	13,9	18,8
Spain	14,6	15,0	Czechia	71,1	65,0	Belgium (¹)	17,1	18,7
Slovenia (¹)	13,9	15,0	Bulgaria	69,1	64,8	Austria	17,1	18,7
Lithuania	15,5	15,0	Portugal	66,7	64,6	Switzerland (¹)	16,4	18,3
Liechtenstein	16,8	14,7	Belgium (¹)	66,0	64,3	United Kingdom	15,9	18,2
Hungary (¹)	15,0	14,5	Latvia	68,4	64,2	Romania	15,4	18,2
Croatia (²)	15,5	14,5	Estonia (¹)	67,7	64,1	Liechtenstein	12,4	17,5
Austria	15,4	14,4	Denmark	66,1	64,1	Poland (¹)	13,5	17,1
Greece	14,6	14,4	Italy	65,7	64,0	Norway	14,6	16,9
Bulgaria	13,1	14,2	United Kingdom	66,4	63,9	Cyprus	12,4	15,9
Malta	16,1	13,9	Greece	66,8	63,8	Slovakia	12,1	15,5
Portugal	15,6	13,8	Finland	66,6	62,4	Luxembourg (¹)	14,0	14,3
Germany (¹)	13,7	13,5	Sweden	65,7	62,4	Iceland	11,5	14,1
Italy	14,1	13,4	France (¹)	65,2	*62,1*	Ireland	10,8	13,8

Kuva 3 Väestön ikärakenteen kehitys vuosina 2008–2018 Euroopan Unionin ja eräiden lähimaiden alueella. Kuvakaappaus: Eurostat (2).

2.2 Resurssit

Sotesektoria on nyt helppo verrata kansainvälisesti. OECD pitää yllä helppokäyttöistä verkkosivua: OECD Health Statistics 2020 (7). Sivuilla on kerätty usein kysytyt asiat (Frequently Requested Data) yhdeksi kokonaisuudeksi, josta löytyy helposti avaintiedot. Tähän lähteeseen perustuvat seuraavassa olevat resurssivertailut.

Sote-sektorin kustannusosuus bruttokansantuotteesta on jatkuvasti kasvanut. Pitkään Ruotsi ja Tanska käyttivät sosiaali- ja terveydenhuoltoon huomattavasti enemmän voimavaroja kuin Suomi ja Norja. Vähitellen Ruotsin ja Tanskan osuudet laskivat ja Suomen ja Norjan osuudet kasvoivat. Lamavuosina 1991–1993 Suomi käytti sosiaali- ja terveydenhuoltoon Pohjoismaista suurimman BKT-osuuden, mikä johtui BKT:n radikaalista putoamisesta. Vähitellen tilanne on muuttunut niin, että Tanska käyttää eniten ja muut Pohjoismaat suunnilleen saman verran. Kuvassa 4 on esitetty sote-sektorin BKT-osuuden kustannuskehitys Suomessa, Ruotsissa, Tanskassa ja Norjassa vuosina 1990–2019.



Kuva 4 Sosiaali- ja terveyssektorin suhde bruttokansantuotteeseen 1970–2018 Pohjoismaissa (6).

Seuraavaksi teemme vertailun OECD-maiden BKT-osuuksien ja työntekijämäärien välillä ja vertaamme tulosta Suomen maakuntien työntekijämääriin, taulukko 3. Siinä oleva työntekijämäärä perustuu työssäkäyntitilaston erilliseen poimintaan (14).

Taulukko 3 OECD-maiden soten BKT-osuus ja sote-työntekijät tuhatta asukasta kohti verrattuna Suomen sairaanhoitopiirien henkilökuntaan tuhatta asukasta kohti (6, 14).

OECD maiden soten bkt-% osuus ja sotetyöntekijät 1000 asukasta kohti sekä Suomen sairaanhoitopiirien henkilökunta 1000 asukasta kohti						
	Maa vuosi 2019	Osuus % bkt	Maa vuosi 2019	Hk/ asukas	Sairaanhoitopiiri	Hk/1000
1	United States	17,0	Norway	106,7	Ahvenanmaan	91,7
2	Switzerland	12,1	Sweden	89,9	Pohjois-Savon	83,0
3	Germany	11,7	Denmark	89,6	Etelä-Savon	82,3
4	France	11,2	Netherlands	83,1	Keski-Pohjanmaan	79,5
5	Japan	11,1	Switzerland	82,0	Etelä-Pohjanmaan	78,3
6	Sweden	10,9	Finland	77,4	Lapin	77,6
7	Canada	10,8	Luxembourg	77,2	Itä-Savon	77,3
8	Norway	10,5	Germany	71,7	Varsinais-Suomen	76,1
9	Austria	10,4	Australia	68,0	Pohjois-Pohjanmaan	74,5
10	Belgium	10,3	United States	64,7	Kainuun	73,7
11	United Kingdom	10,3	Japan	64,6	Pohjois-Karjalan	73,5
12	Denmark	10,0	Iceland	64,1	Pirkanmaan	72,4
13	Netherlands	10,0	United Kingdom	60,7	Länsi-Pohjan	72,1
14	Portugal	9,6	France	58,3	Keski-Suomen	71,1
15	Australia	9,3	New Zealand	56,7	Satakunnan	70,8
16	New Zealand	9,3	Belgium	55,4	Kymenlaakson	70,6
17	Chile	9,1	Ireland	53,3	Päijät-Hämeen	68,0
18	Finland	9,1	Canada	53,0	Kanta-Hämeen	66,2
19	Spain	9,0	Austria	52,5	Helsingin ja Uudenmaan	63,6
20	Iceland	8,8	Israel	49,9	Etelä-Karjalan	63,0
21	Italy	8,7	Korea	39,6	Vaasan	54,8
22	Slovenia	8,3	Portugal	38,9	Lähteet	
23	Korea	8,0	Lithuania	33,7	OECD Health data 2020	
24	Greece	7,8	Hungary	33,3	Työssäkäyntitilasto 2020	
25	Czech Republic	7,8	Czech Republic	32,8		

Taulukossa 3 voi havaita, että OECD-maat eivät ole samassa järjestyksessä BKT-osuuden mukaan verrattuna ja henkilökunnan määrään verrattuna (6). Ensimmäisessä sarakkeessa Yhdysvallat ja Sveitsi ovat ykkösiä BKT-osuudessa, mutta selvästi alempana henkilökunnan määrän mukaan. Suomi on BKT-osuudessa sijaluvulla 18, mutta henkilökunnan mukaan sijalla 6. Suomessa on 20 % enemmän työntekijöitä kuin USA:ssa. Tulos kertoo palkkatason eroista ja poikkeavasta rahoitus- ja kustannusrakenteesta.

Suomen maakuntien erot näkyvät selvästi. Jos Pohjois-Savo olisi oma tilastoyksikkönsä, se olisi henkilökunnan määrässä sijalla viisi Alankomaiden kanssa samalla tasolla.

Suhde terveydenhuoltoon on muuttumassa. Useat maat eivät pysty kantamaan nykyisiä kustannuksiaan. Terveydenhuolto on muuttumassa armeliaasta palvelutuotannosta nykyaikaiseksi teolliseksi prosessiksi.

Vanhusten sosiaali- ja terveyspalveluissa Alankomaat, Englanti ja Pohjoismaat, Islanti poissulkien, ovat olleet ne kuusi maata, joita usein vertaillaan toisiinsa. Alankomaiden tavoitteena on pudottaa soten BKT:n osuutta nykyisestä 10,7 %:sta noin tasolle 8,8 % eli suunnilleen Suomen tasolle. Keskeisenä keinona on potilaan oman roolin ja vastuun lisääminen hoitoprosessissa. Sairaaloiden työnjakoa kehitetään niin, että yksiköiden kapasiteetti on täysin käytössä (6).

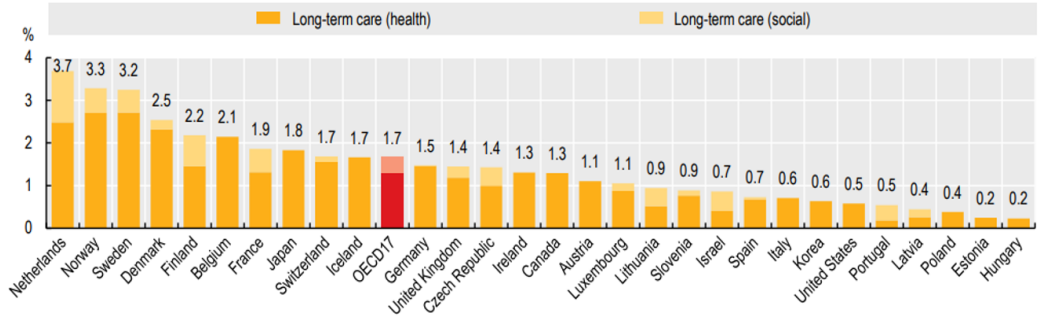
Vuonna 2020 julkaistun Englannin NHS:n kymmenen vuoden tavoite (4) on pienentää kustannuksia nykytasosta 10 % eli saada nykyinen 10,3 % BKT-osuus 9,2 % tasolle. Perinteisten keinojen lisäksi panostetaan tautien ennalta

ehkäisyyn, kuten alkoholin ja tupakan käytön vähentämiseen ja painon hallintaan. Lisäksi uskotaan yhteisöllisyyden merkitykseen terveyttä lisäävänä tekijänä etenkin mielenterveyden alueella.

Kaikissa Pohjoismaissa pyritään kustannusten parempaan hallintaan. Tanskan 2010-luvun alun tavoite on ollut noin 15 % säästö ja Norja on rationoinut järjestelmäänsä jo pitkään. Tanskan ajatus keskittää koko akuuttihoito viiteen yliopistosairaalaan osoittautui kestämättömäksi ja siitä luovuttiin. Norjassa pyrittiin eroon pienistä sairaaloista, mutta tulos ei ole hyvä ja niiden palauttamista harkitaan (6).

Suomen terveydenhuollon BKT-osuutta ei ole varaa kasvattaa. On hyvä, jos voidaan säilyttää nykyinen rahoitustaso, joten paineet sisäiseen kehittämiseen ovat kovat.

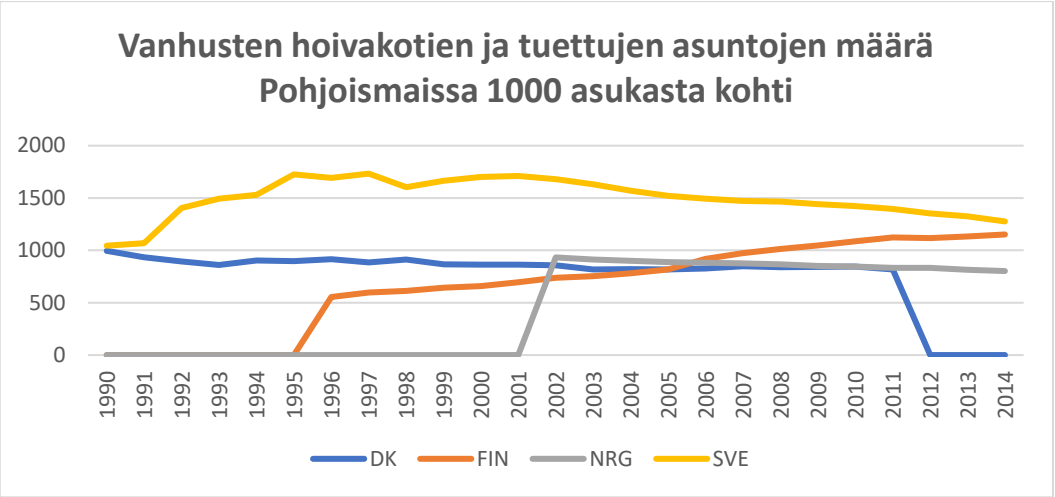
Kuvassa 5 on esitetty pitkäaikaishoidon kustannukset BKT-osuuksina OECD-maissa. Suomi on listalla viidentenä Alankomaiden, Ruotsin, Norjan ja Tanskan jälkeen. Suomi on selvästi edellä OECD:n keskiarvoa ja useat rikkaat OECD-maat ovat Suomea jäljessä.



Note: The OECD average only includes 17 countries that report health and social LTC.
Source: OECD Health Statistics 2019.

Kuva 5 Pitkäaikaishoidon kustannusosuudet BKT:stä OECD-maissa (6).

BKT-osuus ei vielä kerro hoidon määrää. Kuvassa 6 on esitetty vanhusten hoivakotien ja tuettujen asuntojen määrät pohjoismaissa (19). Suomen hoitopaikkamäärä on kohtuullinen ja on kasvamassa. Taso on ylittänyt Norjan ja Tanskan tason määrällisesti ja nyt paikkoja on lähes sama määrä kuin Ruotsissa. Asuntojen laatu, mm. neliömäärä, on muissa Pohjoismaissa parempi. Siksi tulos ei ole suoraan vertailukelpoinen.

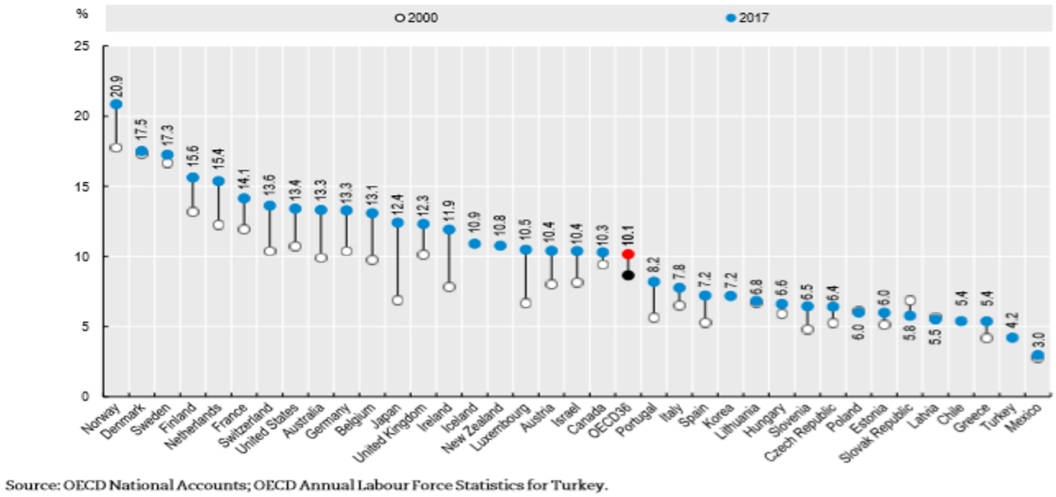


Kuva 6 Vanhusten hoivakotien ja tuettujen asuntojen määrät Pohjoismaissa 1000 asukasta kohti (19).

Suomen ja Ruotsin ero ei enää ole merkittävä. Kapasiteetin lisäämiseen ei ole mahdollisuuksia. Tarvitaan toiminnan muutos.

2.3 Työntekijät

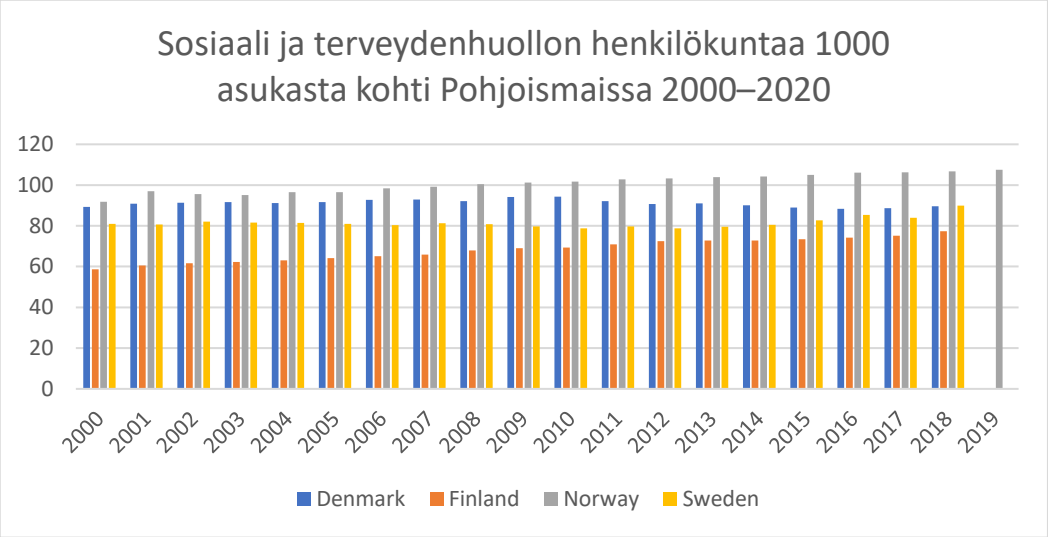
Terveydenhuollon työntekijöiden osuus kokonaistyövoimasta Suomessa on OECD-maista neljänneksi suurin kokonaistyövoimasta (Kuva 8). Sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöiden osuus on Suomessa kasvanut vuoden 2000 jälkeen. Muissa pohjoismaissa on sosiaali- ja terveysalan työntekijöiden osuus suurempi, mutta Suomessa alan työntekijöitä on enemmän kuin suurissa OECD-maissa ja paljon yli OECD:n keskiarvon. Ruotsissa ja Tanskassa ei ole tapahtunut muutosta vuoden 2000 jälkeen, mutta Norjassa osuus on kasvanut. Kun Suomessa on kansainvälisesti verrattuna korkea sote-työntekijöiden määrä, voidaan olettaa, ettei Suomessa voida lisätä työntekijöiden määrää ainakaan kovin paljoa.



Source: OECD National Accounts; OECD Annual Labour Force Statistics for Turkey.

Kuva 7 Sosiaali- ja terveysalan työntekijöiden osuus koko työvoimasta OECD-maissa.

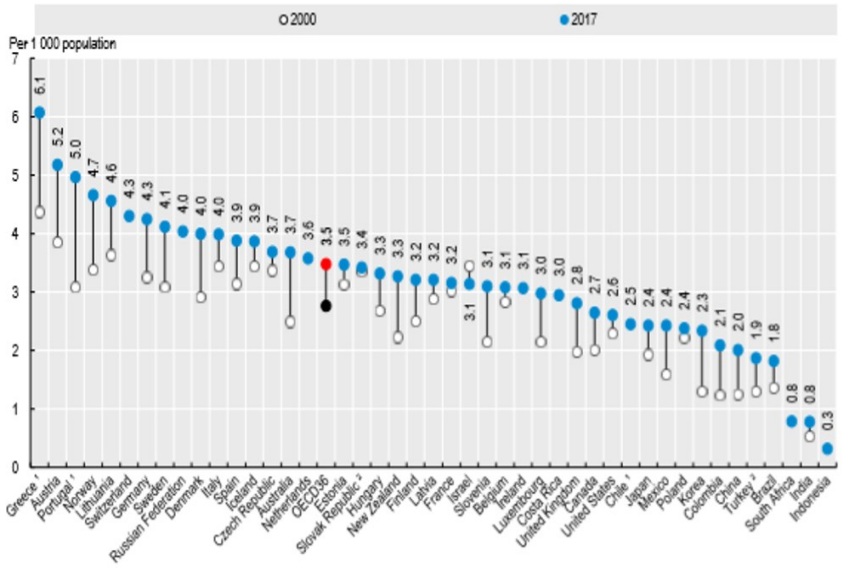
Pohjoismainen vertailu on esitetty kuvassa 8. Tämä osoittaa, että Suomessa lähtötilanne oli vuonna 2000 selvästi muita Pohjoismaita alempi, mutta ero on kaventunut Ruotsiin ja Tanskaan nähden. Nämä molemmat maat pyrkivät alentamaan sotekustannuksiaan eli tulemaan lähemmäksi Suomen tasoa.



Kuva 8 Sote-henkilökunnan kehitys Pohjoismaissa väestöön suhteutettuna (6).

Kun nyt sotekeskustelussa haikaillaan Ruotsin tasoa, merkitsisi se Suomessa välitöntä BKT-osuuden nousua kahdella prosenttiyksiköllä. Kun järjestelmä toimii hyvin, ei siihen ole tarvetta.

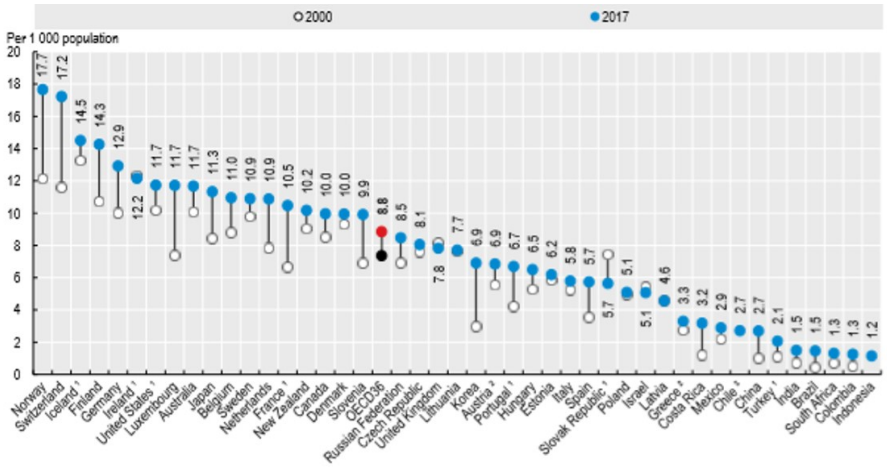
Lääkäreiden määrä Suomessa ei ole erityisen suuri (kuva 9). OECD:n käyttämä tilastotieto on vinoutunut perusterveydenhuollon lisäkoulutuksessa olevien vuoksi, sillä Suomen valmistuneiden työssä olevien lääkäreiden määrä tuhatta asukasta kohti on 3.8. Suomen suurin lääketieteellinen tiedekunta on ulkomailla, jossa on noin 1 120 opiskelijaa. On odotettavissa, että eläköitymisestä huolimatta lääkärien määrä tulee kasvamaan noin arvoon 4/1000 asukasta. Lääkärikoulutuksen lisäämistä on toisinaan toivottu. Vaikeutena on se, etteivät yliopistosairaalat juurikaan pysty ottamaan lisää opiskelijoita. Opiskelijoita voitaisiin sijoittaa myös muihin keskussairaaloihin, niin kuin on meneteltykin. Laaja sijoitus edellyttäisi opetustiloja ja opetushenkilöstöä, mikä merkitsee huomattavia kustannuksia. Lääkärikoulutuksen muutokset tulevat näkyviin hitaasti, sillä tänä vuonna aloittavat alkavat valmistua erikoislääkäreiksi noin 12 vuoden kuluttua.



1. Data refer to all doctors licensed to practice, resulting in a large over-estimation of the number of practising doctors (e.g. of around 30% in Portugal).
2. Data include not only doctors providing direct care to patients but also those working in the health sector as managers, educators, researchers, etc.

Kuva 9 Lääkärien määrä OECD-maissa tuhatta asukasta kohti (6).

OECD:n käyttämässä tilastossa on erikoista, että yleensä tämäntapainen tilasto asettaa maat lähes samaan järjestykseen kuin ne olisivat bruttokansantuotteen mukaan. Tässä tilastossa näin ei ole, vaan kärjessä on maita, joissa lääkäreistä merkittävä osa ei ole lääkärin työssä. Toisaalta terveydenhuollon tasoltaan korkeissa maissa, kuten Kanada, Iso-Britannia, Espanja, Italia ja Israel, lääkärien määrä on häkellyttävän alhainen.



1. Data include not only nurses providing direct care to patients, but also those working in the health sector as managers, educators, researchers, etc. 2. Austria and Greece report only nurses employed in hospital. 3. Data in Chile refer to all nurses who are licensed to practice.
Source: OECD Health Statistics 2019.

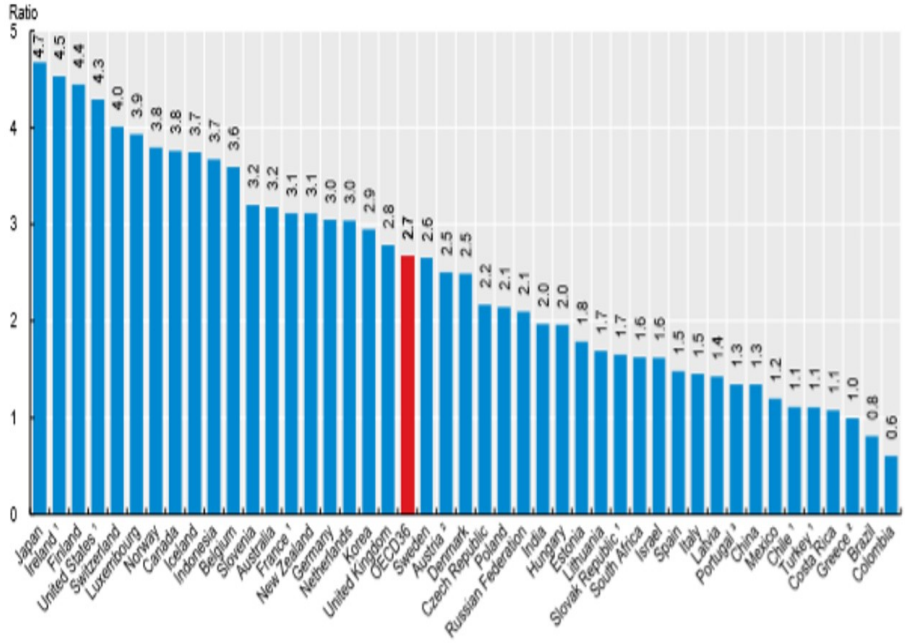
Kuva 10 Työssä olevien hoitajien määrä OECD-maissa tuhatta asukasta kohti (6).

Suomessa on tällä hetkellä väestöön suhteutettuna neljänneksi eniten hoitajia OECD-maissa (kuva 10). Jos verrataan Suomen (14,3) ja Ruotsin (10,9) hoitaja tiheyksiä keskenään, nähdään, että Suomessa on OECD:lle tehdyn ilmoituksen 78 960 sairaanhoitajaa. Jos 5,5 miljoonan asukkaan Suomessa olisi yhtä paljon väestöön suhteutettuja hoitajia kuin Ruotsissa, olisi hoitajien lukumäärä 59 950 eli 76 % nykyisestä tasosta. Näiden lukujen valossa Suomessa on runsaasti liikaa sairaanhoitajia. Jos tarve on reaalinen, on kyseessä organisointi ongelma.

Hoitajien lukumäärän laskeminen kansainvälisessä vertailussa on vaikeaa, sillä hoitajan määrittely ja koulutustaso vaihtelee. Tämän vuoksi lukuihin on syytä suhtautua varauksella. Kuvassa 7 oli esitetty kaikkien työntekijöiden määrä, mikä lienee oikein tapa tehdä kansainvälisiä vertailuja.

Hoitajamäärän nostaminen on haasteellista, sillä hoitajamäärää voidaan lisätä vain rajoitetusti. Hoitajien työkuormitus edellyttää rakenteellisia uudistuksia, joissa keskeisenä on potilaan tai vanhuksen omien resurssien parempi hyödyntäminen.

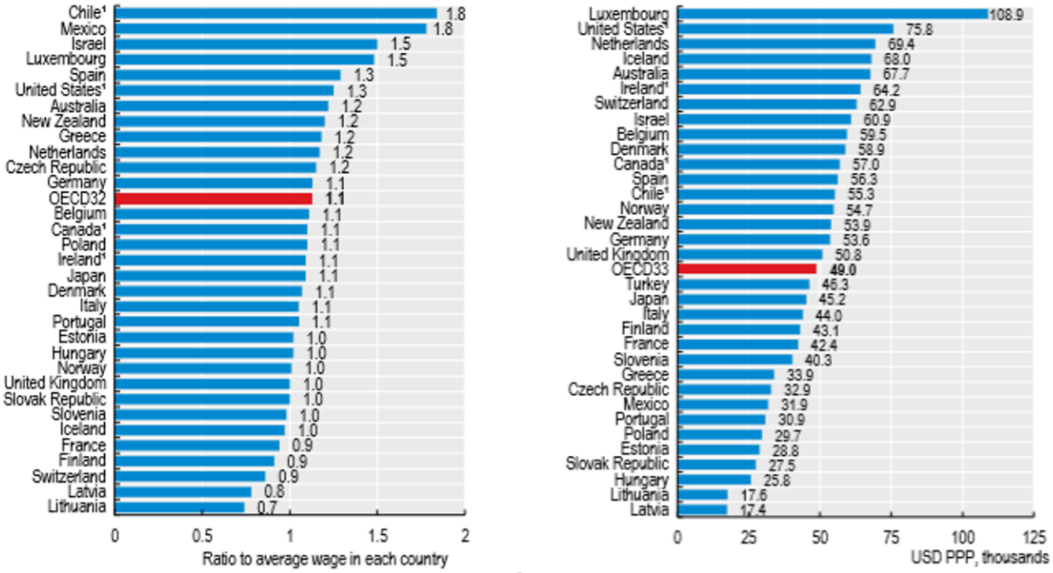
Suomessa hoitajien määrä suhteessa lääkäreiden määrään on korkea (kuva 11).



1. For countries that have not provided data for practising nurses and/or practising doctors, the numbers relate to the "professionally active" concept for both nurses and doctors (except Chile, where numbers include all nurses and doctors licensed to practise). 2. For Austria and Greece, the data refer to nurses and doctors employed in hospitals. 3. The ratio for Portugal is underestimated because the numerator refers to professionally active nurses while the denominator includes all doctors licensed to practise.

Kuva 11 Hoitajien määrän suhde lääkärien määrään OECD-maissa (6).

Hoitajat ovat palkkakuopassa. Kuva 12a esittää sairaaloissa työskentelevien hoitajien palkan suhdetta työvoiman keskimääräiseen palkkaan ja kuva 12b palkkasummaa. Tässäkin ovat kansainväliset vertailut haasteellisia, sillä palkkaustason vaihtelut johtuvat osin peruspalkan ja ylityö- ym. lisien osuuksien jakaantumisesta eri tavalla eri maissa. Kuvassa 12a voi huomata, että maat eivät ole läheskään bruttokansantuotteen mukaisessa järjestyksessä, vaan loppupäässä on Suomen lisäksi mm. Sveitsi ja Ranska ja lähellä ovat myös Englanti ja Norja. Sen sijaan palkkasummaa osittava kuva näyttää maat lähes BKT:n mukaisessa järjestyksessä. Siinä Suomi sijoittuu matalammalle tasolle kuin BKT:stä voisi päätellä.



Kuva 12a/12b Sairaaloissa työskentelevien hoitajien palkkataso OECD-maissa verrattuna maan keskimääräiseen palkkaan (12a) ja palkkasumma (12b).

2.4 Suomi OECD:n silmin – maaraportti 2020

OECD tekee vuosittain maakohtalaisia raportteja. Suomea koskeva raportti State of Health in the EU, Finland Country Health Profile 2019 (7) on päivätty 12.2.2020. Raportin johtopäätökset ovat seuraavat.

1. Elinajanodote Suomessa on kasvanut tasaisesti vuodesta 2000 lähtien heijastaen kansanterveystyön onnistumista kuolleisuuden vähentämisessä sekä estettävien tautien osalta että hoidettavissa olevista tautien osalta. Vähiten koulutetut miehet voivat odottaa elävänsä 5,5 vuotta vähemmän kuin koulutetuimmat, kun taas tämä koulutusero naisten osalta on 3,5 vuotta.
2. Huomattavaa edistystä on saavutettu vähentämällä tärkeitä terveysriskitekijöitä kuten tupakointi. Lihavuus on kuitenkin lisääntynyt sekä lasten että aikuisten keskuudessa. Useimpien toimenpiteiden, joiden tarkoituksena on hillitä tätä kasvua, tulokset ovat osoittautuneet toistaiseksi vaatimattomiksi. Terveydentilan eriarvoisuus johtuu suurelta osin riskitekijöiden, kuten tupakointi ja liikalihavuus, suuremmasta esiintyvyydestä alimman koulutus- ja tulotason ryhmässä. Tärkeä haaste kansanterveyspolitiikassa on löytää tehokkaita tapoja saavuttaa nämä epäedullisessa asemassa olevat ryhmät.
3. Alkoholin käyttö on edelleen tärkeä kansanterveyskysymys Suomessa, yli kolmasosa aikuisista ilmoittaa käyttävänsä alkoholia säännöllisesti. Alkoholin myynti vapautui vuonna 2017 ja kulutus nousi hieman vuonna 2018, mikä käänsi edellisen vuosikymmenen mittaisen vähennyksen kasvuun, vaikkakin kasvu oli vaatimattomampi kuin odotettiin.
4. Terveysmenot henkeä kohden Suomessa ovat hieman korkeampia kuin EU:n keskiarvo. Terveydenhuollon osuus BKT:stä 9,2 % oli hieman EU:n keskiarvoa 9,8 % pienempi vuonna 2017 ja paljon

alhaisempi kuin Ruotsissa, Norjassa ja Tanskassa. Julkisen kulutuksen osuus oli 75 % terveydenhuoltomenoista, alle EU: n keskiarvon 79 % ja muiden Pohjoismaiden tason kaikki yli 83 %. Loput maksetaan pääasiassa kotitalouksien toimesta.

5. Julkisten terveys- ja pitkäaikaishoidon kustannusten BKT-osuuksien ennustetaan kasvavan tulevina vuosikymmeninä väestön ikääntymisen ja hitaamman talouskasvun vuoksi. Nämä ennusteet vahvistavat tarvetta terveydenhuollon ja pitkäaikaishoidon tehokkuuden parantamineen, jotta näiden palvelujen tuotanto olisi kestävällä pohjalla pitkällä aikavälillä.
6. Tärkeä haaste on vahvistaa perusterveydenhuollon saatavuutta ja edistää parempaa koordinointia perusterveydenhuollon tarjoajien kesken, sekä sairaaloiden sekä sosiaalihuollon yksiköiden kesken. Oikea-aikaisella ja tehokkaalla pääsyllä sähköisesti perusterveydenhuolto voisi vähentää tarpeettomia sairaalanpäivystys- ja erikoislääkärikäyntejä erityisesti kasvavan kroonisia sairauksia sairastavan ihmisryhmän kohdalla. Sairaanhoitajien rooli on laajennettu tavoitteena parantaa perusterveydenhuollon saatavuutta, mutta toistaiseksi uusien roolien toteuttaminen on ollut rajoitettua.
7. Erityinen huolenaihe on, että sekä työnantajien rahoittama työterveyshuolto että yksityinen hoidon kautta tarjottu perusterveydenhuolto lisäävät eriarvoisuutta hoitoon pääsyssä. Nämä kanavat helpottavat pääasiassa korkeampia sosioekonomisia ryhmiä, kun taas alemmista sosioekonomisten ryhmien ja eläkkeellä olevien ihmisten on odotettava kauemmin. Myös työterveyshuollon ylikapasiteetti herättää kysymyksiä järjestelmän allokointitehokkuudesta.
8. Uusi hallitus on ehdottanut uudistusta terveyden ja sosiaalihoidon palveluiden ja rahoitusmekanismien uudelleenjärjestämistä. Alueellinen hallintorakenne perustuu 18 sosiaalihallinnosta vastaavaa maakuntaan. Julkiset palvelutuottajat tuottavat edelleen useimmat palvelut.

Raportti on mielenkiintoinen ja helppolukuinen. Kun Suomen sisäisessä keskustelussa puhutaan sairaanhoitajapulasta, niin tämä raportin mukaan meillä on kolmanneksi eniten hoitajia väestöön suhteutettuna. Edellämme on vain Islanti ja Norja. Puheet voivat heijastaa organisointiongelmia, jotka ovat korjattavissa.

2.5 Yhteenveto

Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstömäärät ovat valtakunnallisesti kohtalaisen hyvällä tasolla verrattuna rikkaimpiin OECD-maihin.
Sen sijaan voidaan kysyä, ovatko organisaatio ja palkkaus tilanteen tasalla, silloin kun hoitajien palkkaus on vertailuryhmän neljänneksi pienin asianomaisen maan keskipalkkaan verrattuna.

Kuntatalous on Suomessa ainutlaatuisen kovassa tilanteessa. Kuntien tappiolliset tilinpäätökset vuodelta 2019 ovat kiristäneet soten

rahoitustilanteen. Henkilöstömäärien suunniteltuun huomattavaan kasvattamiseen ei juurikaan ole mahdollisuuksia. Siksi tuotantorakenteiden läpikäynti, kuntoutuksen otto keskeiseksi osaksi hoitoprosessia ja radikaalinen uudelleen ajattelu ilman henkilökuntalisäyksiä ovat ainoa tie selvitä kasvavasta tarpeesta. Tähän on mahdollisuuksia, kuten tästä raportista käy monessa kohtaan ilmi.

3 Havaintoja palvelujen tuotannosta

Seuraavassa tarkastelemme alueellisia resursseja ja erikoissairaanhoidon palveluita.

3.1 Sotepalvelut ovat alueellisesti eri tavalla resursoitu

Palveluverkosta on vaikea saada kokonaiskuvaa, koska sekä rahoitus että tuotanto ovat monikanavaisia. On olemassa kuitenkin yksi tarkastelutapa, joka antaa kuvan palvelujen tuotannon henkilöresursseista. Tilastokeskuksen työssäkäyntitilasto tehdään yksikön toimialan mukaan (16). Tilasto tarkastelee työntekijöiden määriä. Tilastokeskus luokituksen mukaan ryhmä Q on Terveys- ja sosiaalipalvelut sisältäen alaryhmät 86 Terveyspalvelut, 87 Sosiaalisektorin laitospalvelut ja 88 Sosiaalisektorin avopalvelut. Tässäkin tiedostossa voi olla keräämis- ja ilmoittamiskäytäntöjä, jotka ilmi tultuaan muuttavat kuvaa.

Poimimalla vuodelta 2019 sairaanhoitopiirin kaikki sotetyöntekijät Tilastokeskuksen työssäkäyntitilastosta edellä olevan luokituksen mukaan saamme todenmukaisen ja kattavan kuvan sairaanhoitopiirin resursseista alueittain ja toimialoittain (16). Tarkastelu on riippumaton rahoitusjärjestelmästä. Se kattaa sekä julkisen että yksityisen palvelutuotannon. Luvut kuvaavat alueella työskentelevien lukumäärää, ei tehdyn työn määrää.

Aluksi tarkastelemme terveydenhuollon työntekijöiden jakaantumista sairaanhoitopiireihin vuoden 2017 työssäkäyntitilaston avulla (Taulukko 4). Luvuissa ovat mukana kaikki alueella työssä käyvät henkilöt, lääkärit ja hoitajat sekä avustava henkilökunta. Luvut kattavat sekä yksityisissä että julkisissa palveluissa työskentelevät ammattilaiset. Taulukossa 4 ovat sairaanhoitopiirit laskevassa järjestyksessä sen suhteen, montako ammattiin koulutettua työntekijää työskentelee 1000 asukasta kohti.

Työntekijämäärää verrataan Eksoten tasoon. Tämä ei tarkoita, että pitäisimme välttämättä Eksoten tasoa ihanteellisena. Vertailu on tehty Eksoteen vain erojen ilmentämiseksi.

Taulukko 4 Sairaanhoitopiirien sote-sektorin työntekijät 1000 asukasta kohti verrattuna Eksoten tasoon 63 työntekijää 1000 asukasta kohti.

Shp työntekijöiden lkm. verrattuna Eksoten tasoon 2019					
Sairaanhoitopiiri	**Työntekijät**	**Väestö**	**Hk/1000**	**Ylitys Eksote-tasoon 63 työntekijää 1000 asukasta kohti**	**Koko maan hk tarve ao. shp:n toimintamallilla**
Etelä-Karjalan	8182	129865	63	1065	349257
Helsingin ja Uudenmaan	106975	1682000	63,6	14802	352561
Kanta-Hämeen	11431	172720	66,2	1966	366876
Päijät-Hämeen	14406	211957	68	2791	376767
Kymenlaakson	11918	168691	70,6	2674	391642
Satakunnan	15604	220398	70,8	3526	392469
Keski-Suomen	17981	252902	71,1	4122	394130
Länsi-Pohjan	4457	61776	72,1	1072	399945
Pirkanmaan	38510	532261	72,4	9342	401076
Pohjois-Karjalan	12240	166441	73,5	3119	407660
Kainuun	5449	73959	73,7	1396	408416
Pohjois-Pohjanmaan	30493	409043	74,5	8077	413246
Varsinais-Suomen	36559	480626	76,1	10221	421662
Itä-Savon	3264	42221	77,3	950	428548
Lapin	9109	117447	77,6	2673	429938
Etelä-Pohjanmaan	15311	195583	78,3	4593	433960
Keski-Pohjanmaan	6207	78124	79,5	1926	440428
Vaasan	13687	169741	80,6	2993	303720
Etelä-Savon	8352	101518	82,3	2789	456063
Pohjois-Savon	20470	246653	83	6953	460054
Ahvenanmaan	2705	29489	91,7	1089	508493
Yhteensä	**388923**	**5543415**	**70,2**	**85144**	**388923**

Taulukossa sarake ylitys Eksoten tasoon merkitsee työntekijöiden määrää, jolla piiri ylittää Eksoten toimintamallin tarvitseman henkilökunnan. Viimeiseksi sarakkeeksi laskettiin koko maan henkilökuntatarve kyseisen sairaanhoitopiirin toimintamallilla. Luvuista nähdään, että jos koko maa toimisi taloudellisesti tehokkaimpien piirien tasolla.

Työntekijöitä on yhteensä 389 000 henkeä. Runsaasti resursoituja sairaanhoitopiirejä ovat yliopistosairaaloiden lisäksi Etelä-Savo, Vaasa, Etelä-Pohjanmaa, Keski-Pohjamaa ja Itä-Savo. Vähällä tulevat toimeen Etelä-Karjalan, HUSin, Kanta-Hämeen ja Päijät-Hämeen piirit.

Voimme verrata sairaanhoitopiirejä arvioimalla mikä koko maan henkilökunnan tarve olisi asianomaisen piirin toimintamallilla. Tämä on tehty taulukossa 4 viimeinen sarake. Taulukko näyttää, että jos koko maa käyttäisi piirin asukasta kohti saman määrän resursseja kuin Eksote, tarvittaisiin vain 350 000 työntekijää, mutta Etelä-Savon toimintamallilla vastaava henkilökunnan

tarve luku olisi 456 000 työntekijää. Näin suuret alueelliset ja toiminnalliset erot naapurimaakunnissa eivät ole hyväksyttäviä. Ne johtuvat pirstaleisesta palvelujärjestelmästä ja osittain keskushallinnossa olevan ohjaavan taloudellisen ajattelun puutteesta.

Taulukosta 4 voidaan tehdä johtopäätöksiä. Henkilöstö ja osaaminen ovat kohtuullisen tasaisesti jakaantuneet, vaikka ääripäissä ero on merkittävä. Vähemmällä henkilökunnalla tulevat toimeen kärjessä olevat tunnetusti hyvin johdetut piirit. Listan lopussa Itä-Suomen ja Pohjois-Suomen vähäväestöiset alueet tarvitsevat suhteellisesti enemmän henkilökuntaa.

HUSin tasoon verrattuna muut yliopistosairaala-piirit käyttävät väestöön suhteutettuna noin 4 500–6 000 työntekijää enemmän. Pääosa tarpeesta tulee harvinaisten ja kalliiden hoitopalvelujen keskittämisestä, jotka laskutetaan osittain edelleen peruskunnilta.

Ehkä tärkein johtopäätös taulukosta on, ettei yhden tai kahden piirin yhdistämisellä saavuteta ratkaisevia säästöjä, vaan on puututtava sisäisiin prosesseihin. Sairaanhoitopiirien väliset suuret erot osoittavat, että toiminta voidaan järjestää monella tavalla ja eri kustannustasoilla.

3.2 Sosiaalipalvelut

Kun tehdään sosiaalisektorin osa-alueella työssäkäyntipoiminta (17), saadaan vastaavia tuloksia (Taulukko 5). Palvelut ovat maakunnissa liian erilaisia ja eri tavalla painottuneita. Tilastointijärjestelmän ominaisuuksiin kuuluu, että ”muu avopalvelu” alle sijoittuu eniten henkilökuntaa.

Taulukko 5 Sosiaalisektorin avopalvelujen työntekijät väestöön suhteutettuina.

Sosiaalisektorin avopalvelut. H-K/ 1000 asukasta kohti					
871 Sosiaalihuollon hoitolaitokset	H-K/ 1000 as	881 Vanhusten ja vammaisten sosiaalihuollon avopalvelut	H-K/ 1000 as	889 Muut sosiaalihuollon avopalvelut	H-K/ 1000 as
Pohjois-Karjalan	1,0	Helsingin ja Uudenmaan	4,6	Itä-Savon	12,0
Kymenlaakson	1,9	Itä-Savon	5,0	Etelä-Karjalan	12,6
Päijät-Hämeen	2,0	Päijät-Hämeen	5,7	Etelä-Savon	12,9
Länsi-Pohjan	2,4	Varsinais-Suomen	6,0	Satakunnan	12,9
Helsingin ja Uudenmaan	2,6	Satakunnan	6,4	Länsi-Pohjan	13,4
Pohjois-Savon	2,7	Kymenlaakson	6,6	Kymenlaakson	13,7
Etelä-Savon	2,7	Pirkanmaan	6,6	Kainuun	14,1
Pohjois-Pohjanmaan	3,1	Kanta-Hämeen	6,6	Pohjois-Karjalan	14,2
Itä-Savon	3,2	Pohjois-Pohjanmaan	6,7	Kanta-Hämeen	14,9
Etelä-Karjalan	3,3	Lapin	6,9	Päijät-Hämeen	14,9
Lapin	4,0	Keski-Suomen	7,0	Lapin	15,1
Keski-Suomen	4,1	Etelä-Savon	7,1	Pohjois-Pohjanmaan	15,1
Satakunnan	4,2	Etelä-Karjalan	7,1	Etelä-Pohjanmaan	15,4
Pirkanmaan	4,3	Etelä-Pohjanmaan	7,2	Keski-Pohjanmaan	15,6
Kainuun	4,4	Kainuun	7,5	Pirkanmaan	15,6
Etelä-Pohjanmaan	5,2	Pohjois-Savon	7,5	Pohjois-Savon	16,1
Varsinais-Suomen	5,6	Keski-Pohjanmaan	7,7	Vaasan	16,2
Vaasan	6,1	Pohjois-Karjalan	8,1	Varsinais-Suomen	16,6
Ahvenanmaan	6,5	Länsi-Pohjan	9,0	Keski-Suomen	16,9
Kanta-Hämeen	6,8	Vaasan	9,2	Helsingin ja Uudenmaan	18,3
Keski-Pohjanmaan	7,4	Ahvenanmaan	11,1	Ahvenanmaan	20,0

Sosiaalihuollon asumispalvelut ovat vastaavalla tavalla tarkasteltu taulukossa 6. Etelä-Savon shp:n poikkeuksellisen korkeat luvut kiinnittävät huomiota.

Taulukko 6 Sosiaalisektorin asumispalvelut sairaanhoitopiireittäin, henkilökuntaa 1000 asukasta kohti.

Sosiaalisektorin asumispalvelut H-K/ 1000 asukasta kohti					
872 Kehitysvammaisten sekä mielenterveys- ja päihdeongelmaisten asumispalvelut	H-K/ 1000 as	873 Vanhusten ja vammaisten asumispalvelut	H-K/ 1000 as	879 Muut sosiaalihuollon laitospalvelut	H-K/ 1000 as
Helsingin ja Uudenmaan	2,8	Helsingin ja Uudenmaan	2,8	Ahvenanmaan	0,3
Pirkanmaan	3,0	Pirkanmaan	3,0	Kainuun	1,3
Etelä-Karjalan	3,0	Etelä-Karjalan	3,0	Pohjois-Karjalan	1,3
Pohjois-Pohjanmaan	3,1	Pohjois-Pohjanmaan	3,1	Keski-Pohjanmaan	1,3
Itä-Savon	3,2	Itä-Savon	3,2	Pirkanmaan	1,5
Satakunnan	3,2	Satakunnan	3,2	Kanta-Hämeen	1,7
Kanta-Hämeen	3,5	Kanta-Hämeen	3,5	Lapin	1,7
Keski-Suomen	3,6	Keski-Suomen	3,6	Helsingin ja Uudenm	1,7
Vaasan	3,7	Vaasan	3,7	Länsi-Pohjan	1,7
Päijät-Hämeen	3,7	Päijät-Hämeen	3,7	Etelä-Karjalan	1,9
Länsi-Pohjan	3,8	Länsi-Pohjan	3,8	Keski-Suomen	2,0
Kainuun	4,0	Kainuun	4,0	Itä-Savon	2,0
Varsinais-Suomen	4,0	Varsinais-Suomen	4,0	Satakunnan	2,5
Kymenlaakson	4,3	Kymenlaakson	4,3	Pohjois-Savon	2,5
Pohjois-Savon	4,4	Pohjois-Savon	4,4	Pohjois-Pohjanmaan	2,5
Pohjois-Karjalan	4,5	Pohjois-Karjalan	4,5	Vaasan	2,6
Ahvenanmaan	4,6	Ahvenanmaan	4,6	Varsinais-Suomen	2,6
Keski-Pohjanmaan	4,7	Keski-Pohjanmaan	4,7	Etelä-Pohjanmaan	2,6
Etelä-Pohjanmaan	5,3	Etelä-Pohjanmaan	5,3	Päijät-Hämeen	2,8
Lapin	6,3	Lapin	6,3	Kymenlaakson	2,8
Etelä-Savon	10,3	Etelä-Savon	10,3	Etelä-Savon	3,9

Helppoa keinoa kustannuskriisin ratkaisemiseen ei ole. Leikkaamalla viimeisten viiden eniten käyttävän piirin henkilökuntamäärä esimerkiksi Eksoten tasolle, saadaan Kainuun sairaanhoitopiirin alueella 63 henkilön säästö ja vastaavasti Keski-Pohjanmaan piirissä 288, Itä-Savon 189, Pohjois-Savon 1 217 ja Ahvenanmaalla 221 vakanssin eli yhteensä noin 1 % säästö. Tämä on mahdoton tehtävä Ahvenanmaan ja Pohjois-Savon kohdalla. Eristetty Ahvenanmaa tarvitsee nykyisen järjestelmänsä. Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin korkeisiin lukuihin vaikuttaa yliopistollinen keskussairaala. Kainuu etäisyydet huomioiden ei ole kallis.

Jäljelle jäävät Itä-Savon ja Keski-Pohjanmaan piirit, jotka piireinä hyötyisivät fuusiosta. Keski-Pohjanmaan ja Pohjois-Pohjanmaan sekä Etelä-Savon ja Itä-Savon fuusio voisi saada aikaan kustannushyötyjä noin 450–500 työntekijää ja noin 20–25 miljoonan euron verran, mutta se ei yksin ratkaise kustannuskriisiä.

Soten kustannuskriisiä ei ratkaista hallintorakenteilla. Pienten piirien yhdistäminen ei riitä, mutta voi olla osa kokonaisuutta. Koko hoitoprosessi on käytävä kaikissa piireissä läpi ja tunnetut ongelmakohdat uudistettava.

Ohjauksen puute ja lääkintöhallituksen lakkauttaminen ovat aiheuttaneet kirjavan palvelujärjestelmän kehittymisen. Etelä-Karjalan ja Etelä-Savon piirien toimintojen yksityiskohtainen vertailu voisi paljastaa juurisyyt, miksi Etelä-Savo on Etelä-Karjalaan verrattuna noin 30 % kalliimpi. Tällaisia selvityksiä tulisi tehdä.

Keskeiseksi keinoksi jää johtamisen uusi ote toiminnan kaikilla tasoilla STM mukaan lukien. Se edellyttää valtakunnallisia tavoitelukuja palvelutuotannon määrään ja tuotannon tehokkuuteen. Piirien tasolla tarvitaan hoitoprosessien huolellista läpikäyntiä, toimintalaskennan käyttöönottoa ja oppimista Etelä-Karjalan sairaanhoitopiirin toimintamalleista.

3.3 Erikoissairaanhoito

Erikoissairaanhoito on terveydenhuollon julkisuuteen eniten näkyvä osa-alue. Siitä on saatavissa tuoreet raportit sekä Kuntaliiton vuodelta 2019 (7) että THL:n vuotta 2018 koskeva tammikuussa 2020 ilmestynyt raportti (4). Molempia käytetään seuraavassa lähteenä.

THL on tehnyt yhteenvedon kustannusten kehityksestä sairaalatyypeittäin vuosilta 2008–2018, jota tarkastellaan seuraavassa. Esittelyssään raportti toteaa seuraavaa. Tilastoraportti sisältää sairaalapalveluiden käyttöä, kustannuksia ja tuottavuutta koskevia tietoja maakunnittain, sairaanhoitopiireittäin, sairaaloittain, kunnittain ja erikoisaloittain. Lisäksi sairaaloiden toiminta- ja tuottavuustiedot (Benchmarking-tiedot) sisältävät tietoa NordDRG Full -potilasryhmittäin. Tilastoraportti on tarkoitettu sairaaloiden hoitotoiminnan vertailuun, ohjaukseen, arviointiin, päätöksentekoon ja suunnitteluun. Kun raportin avulla tarkastellaan sairaalatyyppien kehitystä, saadaan taulukko 7.

Taulukko 7 Sairaalatyyppien kustannuskehitys 2008–2018.

	2018		2008 =100	2017		2008 =100	2008	
Sairaalatyyppi	**euro**	**%**	**muutos**	**euro**	**%**	**muutos**	**euro**	**%**
Yliopistosairaalat	3 357 338 000	57,2	160	3 034 718 000	54,1	145	2 091 876 500	49,9
Keskussairaalat	2 185 463 000	37,2	141	2 049 052 000	36,5	132	1 553 204 000	37
Muut sairaalat	220 945 000	3,8	62	297 485 000	5,3	84	354 734 000	8,5
Erikoisl. joht. tk-sairaalat	107 994 000	1,8	55	231 449 000	4,1	119	194 830 357	4,6
Yhteensä	5 871 740 000	100	140	5 612 704 000	100	134	4 194 644 857	100

Taulukosta nähdään, että yliopistosairaalat ovat kasvaneet kustannuksiltaan eninten 1,265 miljardia euroa eli 125 miljoonaa euroa vuodessa kymmenen vuoden ajan. Tehtävien siirto alueen muista sairaaloista ja erikoislääkärijohtoisista terveyskeskuksista selittää noin 200 miljoonaa euroa. Pääosa kustannusten kasvusta on siis toiminnan kasvua, ei tehtävien siirtoa.

3.4 Erikoissairaanhoito keskittyy

THL:n raportin (7) taustaselvityksessä on erinomainen yhteenveto kansainvälisestä kehitysprosessista, jossa sairaalarakenteesta tulee yhden talon asemasta alueellinen palveluiden verkko.

Tilastotarkastelussa ovat mukana kaikki sairaanhoitopiirit ja kuusi aikaisemmin sairaanhoitopiireihin kuulunutta sairaalaa. Alueellisessa tarkastelussa on mukana myös yksityissairaaloiden erikoissairaanhoidon vuodeosastohoito sekä lähes koko yksityissektorin päiväkirurgia. Yksityissektorin osuus laskennallisista kustannuksista vuonna 2018 oli 1,5 prosenttia. Laskelmassa Pirkanmaan sairaanhoitopiirin ostamat palvelut Coxan tekonivelsairaalasta ja TAYSin Sydänsairaalasta on sisällytetty TAYSin kustannuksiin. Jokilaakson sairaala tuli uutena sairaalana tietotuotantoon mukaan vuonna 2014. Jokilaakson sairaala tarjoaa aluesairaalapalveluita Jämsän seudulle. Sairaalan toiminnasta vastaa Jokilaakson terveys Oy. Jokilaakson sairaala ei ole enää mukana tuottavuusvertailussa, koska se ei ole tuottanut kustannustietoja vuosina 2015—2018. Länsi-Pohjan keskussairaalan ulkoistetut palvelut Mehiläinen Länsi-Pohja Oy:n yhteisyritykselle vuodesta 18.6.2018 lähtien on sisällytetty julkiseksi tuottajaksi samoin kuin Terveystalo Oy:n tuottamat palvelut Varkauden sairaalalle. Tilastoraportissa sairaalat on ryhmitelty sairaalatyypeittäin seuraavasti:

- *Yliopistosairaalat: Loimaan aluesairaala, Salon aluesairaala ja Vakka-Suomen sairaala on liitetty osaksi Turun yliopistollista sairaalaa vuoden 2015 alusta. Valkeakosken ja Vammalan sairaalat on liitetty 1.1.2017 ja Hatanpään sairaalan erikoissairaanhoito 1.1.2018 osaksi Tampereen yliopistollista sairaalaa. Raaseporin sairaala on liitetty 1.1.2018 osaksi Hyksiä. Em. sairaaloiden toiminta ja kustannukset on siirretty koko aikasarjan osalta fuusioituun sairaalaan.*

- *Keskussairaalat: Keskussairaaloihin on sisällytetty Hyvinkään sairaala, vaikka se ei virallisesti ole keskussairaala. Sen toiminnan laajuus on lähempänä keskussairaaloita kuin muut sairaalaryhmää. Pohjois-Kymen sairaala liitettiin vuonna 2018 osaksi Kymenlaakson keskussairaalaa. Sairaalan toiminta- ja kustannustiedot on siirretty myös koko aikasarjan osalta Kymenlaakson keskussairaalan tietoihin.*

- *Muut sairaalat käsittävät lähinnä aikaisempia aluesairaaloita ja vastaavia. Tähän ryhmään on sisällytetty myös aikaisemmin sairaanhoitopiireihin kuuluneet sairaalat. Näitä ovat: Forssan sairaala, Iisalmen sairaala, Pietarsaaren sairaala, Raahen sairaala, Rauman sairaala ja Varkauden sairaala. Tämän sairaalaryhmän määrä on pienentynyt. Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin kuuluneen Mäntän sairaalan toiminta erikoissairaanhoitoa tuottavana yksikkönä päättyi vähitellen vuosien 2012—2013 aikana. Tästä sairaalaryhmästä ovat fuusioiden takia poistuneet seuraavat sairaalat: Loimaan ja Salon aluesairaalat sekä Vakka-Suomen sairaala (vuonna 2015), Valkeakosken ja Vammalan sairaalat (vuonna 2017), Raaseporin sairaala (vuonna 2018) sekä Pohjois-Kymen sairaala (vuonna 2018)*

- *Erikoislääkärijohtoiset terveyskeskussairaalat: Tähän ryhmään on sisällytetty perusterveydenhuollon yhteydessä toimivat erikoislääkärijohtoiset sairaalat pois lukien yllä mainitut muuhun sairaalaryhmään kuuluvat perusterveydenhuollossa toimivat erikoislääkärijohtoiset sairaalat. Vuodesta 2006 alkaen sairaaloiden toiminta- ja tuottavuustiedoissa on ollut mukana seitsemän erikoislääkärijohtoista terveyskeskussairaalaa ja vuodesta 2007 alkaen mukaan tuli vielä viisi uutta erikoislääkärijohtoista terveyskeskussairaalaa. Tämän sairaalaryhmän määrä on pienentynyt: Imatran toiminta lakkasi 2014, Haminan seudun ja Nokian toiminnat lakkasivat vuona 2015, Pieksämäen toiminta lakkasi vuonna 2016 ja Hatanpään erikoissairaanhoitotoiminta siirrettiin TAYSiin 2017. Osa näistä yksiköistä on siirtynyt osaksi perusterveydenhuollon toimintaa, mutta erillisinä erikoissairaanhoidon yksikköinä ne ovat lakanneet. Lisäksi Oulun erikoislääkärijohtoinen terveyskeskussairaala on jätetty puuttuvien tietojen takia pois tuottavuusvertailusta. Erikoislääkärijohtoisten terveyskeskussairaaloiden tietoihin tulee suhtautua varauksella, koska tietojen laadussa on vielä parantamisen varaa sekä Hilmo-aineiston että kustannustietojen osalta. Lisäksi toimintaprofiilit poikkeavat melko paljon toisistaan, mikä vaikeuttaa vertailua. Aineisto luo kuitenkin hyvän pohjan tietojen laadun kehittämiselle jatkossa.*

Koronaepidemia on vaikuttanut merkittävästi erikoislääkäreiden sähköisten konsultaatioiden lisääntymiseen. USA:ssa on tilanteita, joissa 2/3 aiemmin sairaalaan avohoidossa vastaan otetuista konservatiivisen alan potilaita on siirtynyt lääkäreiden kotoa käsin tapahtuvaan etävastaanottoon. Samalla nettilääkärin työssä maantieteellinen alue katoaa. Fyysisen ympäristön asemasta tulee ratkaisevaksi digitaalinen ympäristö.

Kun tätä kehitystä tarkastelee, on vaikea ymmärtää, miksi uuden soten pohjaksi otetaan pienet maakunnat. Kysymys on ensisijaisesti kehityksestä, jossa lääketieteellinen osaaminen erikoistuu kohti yksiköllistä lääkitystä. Tämän osaamisen tuottaminen tasaisesti väestölle edellyttää palveluissa verkkomallia ja kiinteää yhteyttä erva-alueen yliopistosairaalaan.

3.5 Erikoissairaanhoidon käyttö

Vuosittaiset Kuntaliiton erikoissairaanhoidon raportit (11) kattavat toiminnan, mutta niistä puuttuu tärkeä näkökulma: miten palvelut suhtautuvat väestöön. Seuraavassa on muutamia täydentäviä taulukoita vuodelta 2019 (taulukko 8).

Taulukko 8 Erikoissairaanhoidon ensikäynnit sairaanhoitoalueittain ja sairaanhoitopiireittäin.

Ensikäynnit sairaanhoitopiirien avovastaanotoilla 2019				
Sairaanhoitopiiri	**Väestö**	**Ensi-käynnit**	**1000 asukasta kohti**	**Max/min kerroin**
Keski-Pohjanmaan	77304	**25 793**	334	3
Etelä-Savon	98823	**31 100**	315	2,8
Kainuun	72306	**21 080**	292	2,6
Itä-Savon	40258	**11 121**	276	2,5
Länsi-Pohjan	60295	**15 482**	257	2,3
Lapin	116866	**29 220**	250	2,2
Varsinais-Suomen	482169	**120 240**	249	2,2
Kymenlaakson	164456	**39 302**	239	2,1
Pohjois-Karjalan	164465	**39 167**	238	2,1
OYS erva	1000262	**175 457**	238	2,1
Pohjois-Savon	244236	**57 868**	237	2,1
KYS erva	2055588	**188 804**	236	2,1
Etelä-Karjalan	127757	**29 420**	230	2,1
Kanta-Hämeen	170925	**38 239**	224	2
Vaasan	169495	**36 287**	214	1,9
Päijät-Hämeen	210057	**43 868**	209	1,9
Pohjois-Pohjanmaa	410112	**83 882**	205	1,8
Satakunnan	216752	**43 200**	199	1,8
Keski-Suomen	252716	**49 548**	196	1,8
Etelä-Pohjanmaa	193207	**36 751**	190	1,7
TAYS erva	662675	**166 006**	184	1,6
TYKS erva	1108598	**199 727**	184	1,6
HYKS	1229691	223 272	182	1,6
HYKS erva	3211021	**389 611**	178	1,6
Pirkanmaan	537226	**91 016**	169	1,5
H:gin ja Uudenmaan	1685983	**277 021**	164	1,5
Hyks Porvoon	98371	12 974	132	1,2
Hyks Hyvinkään	190919	24 479	128	1,1
Hyks Lohjan	132734	14 902	112	1
Yhteensä	5525292	**1 119 605**	**203**	1,8

Ensiksi tarkastelemme ensikäyntien määrää absoluuttisesti ja väestöön suhteutettuna (Taulukko 8). Avuksi on otettu käyttöön hajontaa kuvaava Max/min kerroin, joka kuvaa eroa palveluissa. Keski-Pohjanmaan luku 3 tarkoittaa, että ensikäyntejä on kolme kertaa enemmän kuin Lohjan alueella, missä ensikäyntien määrä on pienin. Kärkipään alueet tuottavat siis merkittävästi enemmän erikoissairaanhoidon kontakteja väestölle. Kärjessä olevat sairaalat ovat pääasiassa pienten sairaanhoitopiirien yksiköitä. Niissä on noin kaksi kertaa enemmän erikoissairaanhoidon käyntejä kuin isoissa keskussairaaloissa. Todennäköisimpänä syynä pidämme sitä, että erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon työnjako on erilainen pienissä sairaanhoitopiireissä isompiin alueisiin verrattuna. Lisäksi useissa pienissä sairaanhoitopiireissä on sairastavuus suurempi kuin isoissa. Toisaalta on ollut yleinen

ajatus, että palveluiden käyttö kasvaa isojen sairaaloiden läheisyydessä. Ainakaan sairaanhoitopiirien tasolla näin ei näytä käyvän. Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon mielekäs työnjako on haaste, jota sote-uudistuksen yhteydessä joudutaan miettimään.

Kun tarkastellaan sairaanhoitopiirien päivystyskäyntejä, saadaan taulukko 9.

Taulukko 9 Päivystyskäyntien määrän väestöön suhteutettu vaihtelu.

Sairaanhoitopiirien kaikki päivystyskäynnit 2019					
Sairaanhoitopiiri	**Käyntejä /1000 as.**	**Ker-roin**	**Sairaanhoitopiiri**	**Käyntejä /1000 as.**	**Ker-roin**
Itä-Savon	672	16,0	**HYKS**	193	4,6
Kainuun	548	13,0	**Etelä-Karjalan**	188	4,5
Kymenlaakson	473	11,3	**Porvoon**	178	4,2
Päijät-Hämeen	432	10,3	**TAYS erva**	178	4,2
Länsi-Pohjan	408	9,7	**H:gin ja Uudenmaan**	177	4,2
Pohjois-Karjalan	387	9,2	**Hyvinkään**	155	3,7
Kanta-Hämeen	282	6,7	**Pohjois-Pohjanmaa**	134	3,2
Etelä-Pohjanmaa	272	6,5	**Vaasan**	132	3,1
Keski-Pohjanmaan	247	5,9	**TYKS erva**	110	2,6
Satakunnan	244	5,8	**Lohjan**	101	2,4
KYS erva	213	5,1	**Lapin**	97	2,3
Pirkanmaan	209	5	**HYKS erva**	88	2,1
Pohjois-Savon	204	4,9	**Varsinais-Suomen**	42	1
OYS erva	203	4,8	**Keski-Suomen**	42	1
Etelä-Savon	200	4,8			

Päivystyskäyntien erot ovat valtavat. Osittain ne kuvastavat päivystysjärjestelyjä. Jos keskussairaala on ainoa päivystyspiste, sen käyttö nousee suureksi. Jakaumassa lienee kuitenkin mukana myös maakunnassa vallitseva kansalaiskäsitys terveydenhuollon päivystyksestä.

Leikkaustoiminnassa havaitaan samoin eroja, mutta erot ovat kohtuullisempia ja vastaavat paremmin maakuntien sairastavuuseroja. Erityyppisissä leikkauksissa sairaanhoitopiirit eivät ole samanlaisessa järjestyksessä (Taulukko 10). Tulee kuitenkin huomata, että vaikka erot ovat kohtuullisempia, ne ovat silti merkittäviä, eivätkä selity yksinomaan sairastuvuuseroilla. Kun yhden leikkauksen kustannus voi olla tuhansissa euroissa, pienetkin erot kertoimissa tarkoittavat merkittäviä eroja kustannuksissa. Tämän vaihtelun pienentäminen auttaisi sote-kustannusten hillitsemisessä ja resurssien kohdentamisessa sinne, missä niillä on saatavissa suurimmat terveyshyödyt.

Taulukko 10 Sairaanhoitopiirien leikkaukset alueittain.

Sairaanhoitopiirien kaikki leikkaukset 2019							
Sairaanhoitopiiri	**Väestö**	**1000 asukasta kohti**	**Max/min kerroin**	**Sairaanhoitopiiri**	**Väestö**	**1000 asukasta kohti**	**Max/min kerroin**
Pohjois-Savon	244 236	94,2	2,56	**Kainuun**	72 306	70,6	1,92
Varsinais-Suomen	482 169	88,3	2,4	**Etelä-Savon**	98 823	68,5	1,86
Pohjois-Pohjanmaa	410 112	87,3	2,37	**Etelä-Pohjanmaa**	193 207	68,4	1,86
Itä-Savon	40 258	84,7	2,3	**Satakunnan**	216 752	66,3	1,8
OYS erva	736 883	82,1	2,23	**Keski-Suomen**	252 716	64,4	1,75
Pirkanmaan	537 226	81,1	2,2	**HYKS**	1 229 691	61,2	1,66
Länsi-Pohjan	60 295	79,7	2,16	**Kanta-Hämeen**	170 925	58,1	1,58
Lapin	116 866	78,7	2,14	**HYKS erva**	2 188 253	57,5	1,56
KYS erva	800 498	76,9	2,09	**Kymenlaakson**	164 456	56,3	1,53
Etelä-Karjalan	127 757	75,9	2,06	**Helsingin ja Uudenmaan**	1 685 983	54,6	1,48
TYKS erva	868 416	75,8	2,06	**Vaasan**	169 495	52,2	1,42
TAYS erva	901 358	74	2,01	**Hyks Porvoon**	98 371	44,5	1,21
Pohjois-Karjalan	164 465	73,4	2	**Hyks Lohjan**	132 734	40,1	1,09
Keski-Pohjanmaan	77 304	72,2	1,96	**Hyks Hyvinkään**	190 919	36,8	1
Päijät-Hämeen	210 057	71,1	1,93	**Koko maa**	**5525292**	**68,9**	**1,87**

Vaikka selityksiäkin löytyy, on johtopäätös selvä, maassa ei ole tasalaatuinen leikkaustoiminta. Kuntaliiton erikoissairaanhoitoa koskevat raportit (11) vahvistavat tätä käsitystä.

4 Havaintoja palvelujärjestelmän toiminnasta

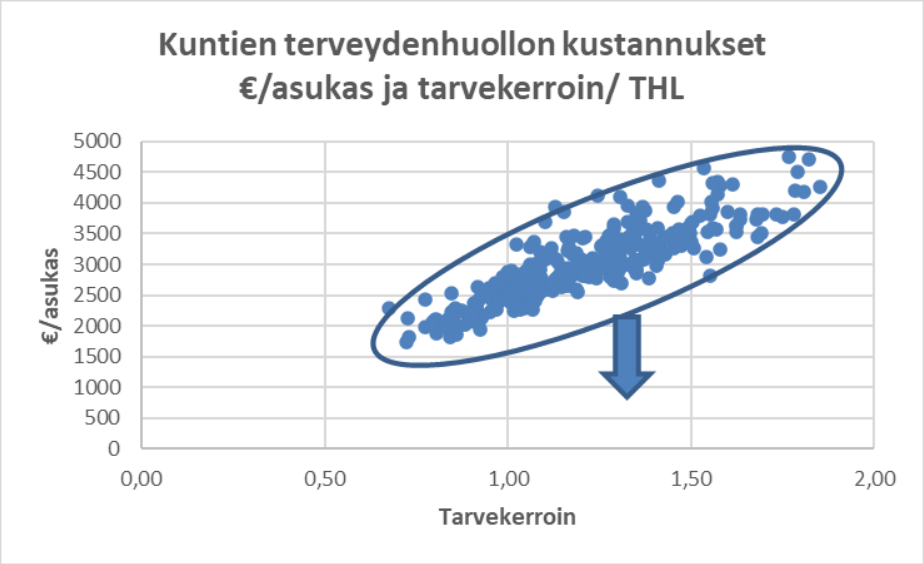
4.1 Yleiskuva palvelujärjestelmästä

Yleiskuvan saamiseksi on monia mahdollisuuksia. Tässä yhteydessä käytetään alueellisen tarpeen mittarina kuntien nykyisiä kustannuksia ja verrataan niitä THL:n palvelujen tarvevakioituihin indikaattoreihin (14).

Kuvasta 13 näemme, että tarve ja kustannukset ovat kohtuullisesti linjassa. Tällaisessa tarkastelussa aina tulee tietty hajonta. Samalla kuviosta voidaan tehdä havainto, että ei ole yhtä kuntaa tai kuntaryhmää, joka poikkeaisi keskiarvosta niin paljon, että sen uudelleenjärjestelyt ratkaisisivat soten kustannuskriisin.

Tasainen kustannusten jakautuminen ei merkitse tasaista palvelutuotantoa, vaan tässä suhteessa alueelliset hoitokäytännöt tuottavat erilaisia palvelusisältöjä. Naapurikuntien hoitokäytäntöjen erot voivat olla ja ovat suuria. Palveluita on osassa kuntia liian vähän, mutta myös likaa. Ylimäärä syntyy siitä, että palvelu toimiakseen vaatii tietyn minimikoon. Tämä on pienille väestöpohjille tarpeettoman iso ja siten syntyy tilanne, jossa järjestelmä tarvitsee vanhuksia. Tämän sote voi korjata nopeasti yhdistämällä eri kuntien tarpeet ja samalla tukemalla laitosten keskittymistä tiettyihin tietyntyyppisiin ongelmiin.

THL:n verkkosivuilta on saatavissa kuntakohtaiset sairastavuuskertoimet ja kuntien terveydenhuollon kustannukset asukasta kohti, kuva 13. Kuvasta näkyy, että kustannukset kasvavat tasaisesti sairastavuuden kasvaessa. Tarvekerrointa kasvattaa myös väestön elintapojen vaihtelu. Tämä ajattelu edellyttää, että lisääntyneellä rahoituksella saadaan parempi hoitotulos.



Kuva 13 Kunnan toteutuneet sote-kustannukset €/asukas ja THL:n tarvevakioitu tarvekerroin

Jos kustannuksia halutaan säästää, ainoaksi mahdollisuudeksi jää, että koko järjestelmässä tehdään jatkuvasti sekä pieniä että suurempia hoidon laatua ja kustannuksia laskevia parannuksia, joista tarkemmin luvussa 5. Suuret odotukset ovat rakenneuudistuksessa, joka mahdollista uudenlaisen organisaatioiden välisen yhteistyön. Kuvassa 13 nuoli näyttää tämän kehittämissuunnan (14).

Soten syntyminen merkitsee myös poikkeuksellisen hyviä mahdollisuuksia rakenteiden kehitykseen ja uudistuksiin.

4.2 Terveyspalvelut

Seuraavassa taulukossa 11 esitetään Tilastokeskuksen työssäkäyntitilaston poiminnan mukaiset henkilömäärät maakunnittain (18) jaettuna työntekijäryhmiin. Tilastointitermi *Lääkäri ja hammaslääkäripalvelut* tarkoittaa avohoitoa ja *Terveydenhuollon laitospalvelut* sairaaloita.

Taulukko 11 Terveyspalvelujen työntekijät väestöön suhteutettuina eri tehtäväkokonaisuuksissa alueittain (18).

Terveyspalvelujen työntekijät 1000 asukasta kohti 2019							
Kaikki yhteensä Nouseva järjestys		Lääkäri- ja hammaslääkäripalvelut		Terveydenhuollon laitospalvelut		869 Muut terveydenhuoltopalvelut	
	Hk/1000		Hk/1000		Hk/1000		Hk/1000
Etelä-Karjalan	25,7	Ahvenanmaan	4,7	Päijät-Hämeen	13,2	Ahvenanmaan	1,7
Kymenlaakson	26,1	Etelä-Karjalan	8,4	Kanta-Hämeen	13,2	Päijät-Hämeen	2,3
Pirkanmaan	27,8	Kymenlaakson	8,6	Kymenlaakson	14,5	Kymenlaakson	2,5
Päijät-Hämeen	28,8	Etelä-Savon	8,9	Keski-Suomen	15,1	Etelä-Savon	2,6
Helsingin ja Uud	29,5	Kanta-Hämeen	9,5	Helsingin ja Uude	15,2	Satakunnan	2,7
Itä-Savon	29,7	Helsingin ja Uude	9,8	Kainuun	15,3	Kainuun	2,8
Länsi-Pohjan	30,6	Keski-Suomen	10,2	Etelä-Karjalan	15,6	Etelä-Pohjanmaa	3,0
Keski-Suomen	31,5	Keski-Pohjanmaa	10,4	Lapin	15,7	Itä-Savon	3,1
Etelä-Savon	32,3	Satakunnan	10,9	Satakunnan	16,1	Varsinais-Suome	3,2
Kanta-Hämeen	33,9	Länsi-Pohjan	11,3	Pohjois-Karjalan	16,3	Kanta-Hämeen	3,4
Pohjois-Karjalan	34,0	Pohjois-Karjalan	12,0	Länsi-Pohjan	16,8	Vaasan	3,5
Etelä-Pohjanma	35,1	Pirkanmaan	12,1	Pirkanmaan	17,4	Länsi-Pohjan	3,5
Ahvenanmaan	35,2	Varsinais-Suome	12,3	Etelä-Pohjanmaa	18,2	Pohjois-Savon	3,7
Lapin	35,5	Vaasan	13,1	Vaasan	19,6	Etelä-Karjalan	3,8
Kainuun	36,0	Pohjois-Pohjanm	13,2	Pohjois-Pohjanma	19,6	Helsingin ja Uude	3,8
Vaasan	36,2	Pohjois-Savon	13,6	Varsinais-Suome	19,7	Pohjois-Karjalan	4,0
Pohjois-Pohjanm	37,0	Etelä-Pohjanmaa	14,0	Etelä-Savon	22,5	Pohjois-Pohjanm	4,1
Keski-Pohjanma	37,5	Lapin	14,5	Keski-Pohjanmaa	22,6	Keski-Suomen	4,2
Varsinais-Suome	41,3	Itä-Savon	14,6	Itä-Savon	23,6	Pirkanmaan	4,4
Pohjois-Savon	41,7	Päijät-Hämeen	15,1	Pohjois-Savon	24,4	Keski-Pohjanmaa	4,5
Satakunnan	41,7	Kainuun	17,8	Ahvenanmaan	35,3	Lapin	5,4

Taulukosta 11 ilmenee, että alueet on resursoitu hyvin eri tavalla. Lukijalle on varmasti tullut selväksi, että kahden piirin yhdistäminen ei sotessa ratkaise mitään. Edessä on suuri sisäinen uudistamistyö Etelä-Karjalan esimerkin mukaisesti.

4.3 Vanhuspalvelut 31.12.2018

Seuraavan kokonaisuutta kuvaavan taulukon otsakkeet ovat pääosin itse selittäviä, mutta osa vaatii selvityksen (Taulukko 11). Tiedot perustuvat Hilmo tiedostoon tehtyyn poimintaan (13). Taulukon otsake ”hoitojaksot ” merkitsee 31.12.2018 hoidossa olevien vanhusten määrää.

Hoitopäivät ovat hoitojakson alusta kertyneet hoitopäivät, ei siis kalenterivuoden aikana tuotetut hoitopäivät. Luku voi olla useita satoja hoitopäiviä

vanhusta kohden. Hoitoaika tarkoittaa keskimääräistä aikaa päivissä, jonka vanhus on palvelun piirissä. Hoitoisuus tarkoittaa vaikeusastetta skaalalla 1–5. Pysyvä (%) tarkoittaa sitä osuutta henkilöistä, joiden kohdalla on tehty päätös pysyvästä hoidon tarpeesta.

Ikääntyneiden palvelujärjestelmä on usein jaettu kahteen osaan iän perusteella. THL käyttää jakoa yli ja alle 75-vuotiaat (15).

Taulukko 11 Vanhusten palvelujärjestelmä 31.12.2018 (13).

	Hoito-jaksot	Hoito-päivät	Hoito-aika	Keski-ikä	Hoitoisuus (ka)	Pysyvä (%)	Väestö	Jaksot/ 10000 as	Hoitopv /asukkaat
Alle 75-vuotiaat									
Vanhainkoti	790	585 935	742	68,5	4,6	79	5005950	1,6	0,1
Tehostettu palveluasunto	6 231	4 065 676	652	68,9	4,7	84	5005950	12,4	0,8
Aikuisväestön palveluasunto	787	994 627	1 264	59,7	3,0	91	5005950	1,6	0,2
Ikääntyneiden palveluasunto	2 242	2 526 252	1 127	52,6	4,3	83	5005950	4,5	0,5
Terveyskeskusten lyhyt hoito	1 755	31 045	18	63,9	1,9		5005950	3,5	0,0
Terveyskeskus pitkäaikaishoito	283	158 580	560	63,7	2,3	100	5005950	0,6	0,0
Yhteensä	**12 088**	**8 362 115**	**692**	**64,4**	**4,0**	**72**	5005950	24,1	1,7
Yli 75-vuotiaat									
Vanhainkoti	4 549	3 433 966	755	86,6	4,6	83	511969	88,9	6,7
Tehostettu palveluasunto	38 730	23 174 226	598	86,4	4,7	86	511969	756,5	45,3
Aikuisväestön palveluasunto	3 673	3 553 262	967	87,3	2,6	89	511969	71,7	6,9
Ikääntyneiden palvelu asunto	90	93 186	1 035	79,6	4,3	90	511969	1,8	0,2
Terveyskeskusten lyhyt hoito	4 366	79 351	18	85,1	1,9		511969	85,3	0,2
Terveyskeskus pitkäaikaishoito	999	552 945	553	86,6	2,4	100	511969	19,5	1,1
Yhteensä	**52 407**	**30 886 936**	**589**	**86,4**	**4,3**	**79**	511969	1023,6	60,3
Ikäluokat yhteensä	64 495	39 249 051	609	82	4,2	78			

Raskaimmin miehitetty yksikkö, terveyskeskusten pitkäaikaishoito, hoitaa tässä tarkastelussa yllättävän kevythoitoisiksi merkittyjä potilaita, joiden hoitoisuus on 2,3 alle ja 2,4 yli 75-vuotiailla. Kyseessä saattavat olla hoitopaikkaa odottavat, mutta sellaisiksikin kyse on kevythoitoisista henkilöistä. Hoitomuoto on esimerkki muualla Euroopassa jo lopetetuista vanhentuneista hoitokäytännöistä.

Taulukossa kiinnittyy huomio siihen, että 88 % yli 75-vuotiaiden hoitopäivistä on tuotettu ympärivuorokautisissa palveluissa. Luku on erittäin korkea ja viittaa siihen, että maamme sosiaali- ja terveyspalvelut poikkeavat kansainvälisistä järjestelmistä, joissa raskasta hoitoa on alle puolet kokonaistarpeesta elämän loppuvaiheessa. Taustatekijöitä on vaikea arvioida, mutta kuntoutuksen puute ja vanhentunut vuodehoitokeskeinen hoitokulttuuri lienevät keskeisiä.

Alle 75-vuotiaden kohdalla asumismuodoissa aikuisväestön tavallinen palveluasunto – ikääntyneiden tavallinen palveluasunto – on asukkaiden keski-ikä lähes sama. Aikuisväestön asunnon keski-ikä on 59,7 vuotta ja ikääntyneiden 52,6 vuotta. Luokat voitaisiin yhdistää.

Uutena ryhmänä voisi tulla senioritalo, jossa on normaalit asunnot ja palvelut saadaan saman rakennuksen normaaleista palveluista. Loistava esimerkki uuden tyyppisestä ajattelusta on Närpiön Mittistan kompleksi. Senioriasuntojen yhteydessä on kaikille avoimina palveluina lounasravintola, luentosali, taidehalli, kuntosali, toimistotiloja ja hotelli ja tähän on liitetty vanhusten asuntopalveluja, yksiöitä ja kaksioita, jotka saavat pääosan tukipalveluistaan samassa kompleksissa jo olevista palveluista.

Työtä on edessä palvelujärjestelmän ja asenteiden uudistamisessa.

4.4 Ikääntyneiden alueellinen palvelujen käyttö 2018

Seuraavassa tarkastellaan yli 75-vuotiaiden palvelukäyttöä sairaanhoitopiireittäin. Tarkastelu tehdään vuoden 2018 potilaslaskennan ilmoitusten perusteella (15). Tarkastelussa huomioidaan koko hoidon kesto laitokseen tulopäivästä laskentapäivään 31.12.2018. Näin tarkasteltuna hoitoaika on eri käsite kuin vuoden aikana keskimäärin tuotettu hoito.

Tarkastelu on inventaario keskeneräisestä hoidosta. Tarkastelussa huomioidaan koko hoidon kesto laitokseen tulopäivästä laskentapäivään 31.12.2018. Näin tarkasteltuna hoitoaika on eri käsite kuin vuoden aikana keskimäärin tuotettu hoito.

Vastaavasti taulukoissa esiintyvä kustannus on arvio kertyneiden hoitopäivien kokonaiskustannuksesta hoidon alkamisesta laskentapäivään. Arvioitaessa keskeneräisen hoidon arvoa päädytään kokonaiskustannukseen 4,9 miljardia euroa. Jos taas arvioidaan tuotannon vuosikustannuksia, päädytään noin 3,5 miljardin euron suuruusluokkaan.

Seuraavassa on tarkasteltu hoitojaksojen määrää 10 000 asukasta kohti (Taulukko 12). Lähteenä on Hilmo-tietokannan erillispoiminta (15). Maan sairaanhoitopiirit ovat laskevassa järjestyksessä. Liitteessä 1. on jokaisella tilastoidulla tulosyyllä oma taulukko.

Taulukko 12 Yli 75-vuotiaiden palvelukäyttö sairaanhoitopiireittäin (15).

Yli 75 vuotiaat, kaikki tulosyyt yhteensä 31.12.2018									
Sairaanhoitopiiri	Jaksot	Hoito-päivät	Hoito-aika	Keski-ikä	Hoitoi-suus (ka)	Pitkäaikais-päätös (%)	Väestö yli 75 v.	Jaksot/ 1 000 as	Hoitopv/ asukkaat
Kainuun SHP	1 044	710 911	681	86,3	4,1	76	8813	118	81
Lapin SHP	1 423	771 838	542	85,8	4,4	78	12258	116	63
Etelä-Pohjanmaan SHP	2 371	1 084 522	457	86,9	4,2	72	21366	111	51
Pohjois-Pohjanmaan SHP	3 660	1 984 964	542	86,2	4,1	71	33460	109	59
Länsi-Pohjan SHP	719	462 444	643	86,3	4,4	81	6652	108	70
Keski-Suomen SHP	2 610	1 574 044	603	86,2	4,3	78	24148	108	65
Etelä-Savon SHP	1 409	667 405	474	86,1	4,4	80	13038	108	51
Pohjois-Savon SHP	2 773	1 350 428	487	86,3	4,3	77	26243	106	51
Satakunnan SHP	2 703	1 432 839	530	86,5	4,6	82	25916	104	55
Varsinais-Suomen SHP	5 080	3 145 304	619	86,8	4,1	79	48813	104	64
Kanta-Hämeen SHP	1 840	1 035 393	563	86,5	4,4	79	18331	100	56
Vaasan SHP	1 766	1 090 500	617	86,9	4,3	81	17656	100	62
Kymenlaakson SHP	1 986	1 176 228	592	86,6	4,5	85	20082	99	59
Itä-Savon SHP	579	374 118	646	86,3	4,0	77	5879	98	64
Pohjois-Karjalan SHP	1 780	895 037	503	86,3	4,7	84	18350	97	49
Pirkanmaan SHP	4 893	2 802 799	573	86,3	4,4	82	51345	95	55
Keski-Pohjanmaan SHP	739	348 859	472	86,5	4,6	79	7861	94	44
Päijät-Hämeen SHP	2 210	1 167 646	528	86,1	4,3	75	23755	93	49
Helsingin ja Uudenmaan SHP	11 173	7 805 475	699	86,2	4,1	80	121710	92	64
Etelä-Karjalan SHP	1 415	810 939	573	86,8	4,1	77	15658	90	52
Ahvenanmaa	232	192 550	830	86,8	4,2	92	2931	79	66
Koko maa yhteensä	**52 405**	**30 884 243**	**589**	**86,4**	**4,3**	**79**	**524 265**	**100**	**59**

Ryhmässä kaikki tulosyyt yhteensä on jaksoja tuhatta yli 75-vuotiasta kohti Etelä-Karjalassa noin 900 ja pohjoisilla alueilla noin 1 100 eli palvelutarve on kohtuullisen tasalaatuinen. Sen sijaan jaksojen kestoissa ja siten kustannuksissa on eroja. Esimerkiksi Etelä-Savossa jakson kesto on 474 vuorokautta ja Länsi-Pohjan alueella 643 vuorokautta. Keski-ikä vuoden tarkkuudella on kaikissa piireissä sama.

4.5 Havaintoja alle 75-vuotiaiden palvelukäytöstä

Alle 75-vuotiaita on 31.12.2018 ollut eri hoitojärjestelmissä yhteensä 12 088 henkilöä (Taulukko 13). Heistä varsinaisen sairauden vuoksi oli palvelujen piirissä 1 764 keski-iältään 64,5-vuotiasta ikääntynyttä. He edustivat 15 % kaikista jaksoista, mutta vain 3 % hoitopäivistä. (15)

Taulukko 13 Yli 75-vuotiaiden palvelukäyttö sairaanhoitopiireittäin (15).

Alle 75 vuotiaat, kaikki tulosyyt yhteensä 31.12.2018									
Sairaanhoitopiiri	Jaksot	Hoito-päivät	Hoito-aika	Keski-ikä	Hoitois-uus (ka)	Pitkäaikais-päätös (%)	Väestö	Jaksot/ 10 000 as	Hoitopv/ asukkaat
Kainuun SHP	244	185 509	760	63,5	3,7	67	65 206	37,4	2,8
Itä-Savon SHP	130	91 841	706	66,1	3,9	76	36 470	35,6	2,5
Etelä-Savon SHP	294	212 577	723	65,9	4,1	74	88 762	33,1	2,4
Lapin SHP	323	203 718	631	65,3	3,9	68	105 428	30,6	1,9
Kymenlaakson SHP	450	270 891	602	65,5	4,5	79	149 210	30,2	1,8
Satakunnan SHP	552	346 886	628	64,9	4,4	77	195 185	28,3	1,8
Päijät-Hämeen SHP	509	365 780	719	65,2	4,1	71	189 499	26,9	1,9
Pohjois-Savon SHP	586	266 433	455	65,2	4,1	63	220 894	26,5	1,2
Keski-Suomen SHP	607	369 797	609	63,9	4,0	69	229 573	26,4	1,6
Pohjois-Karjalan SHP	391	379 837	971	65,4	4,6	85	148 469	26,3	2,6
Etelä-Pohjanmaan SHP	453	262 966	580	64,7	3,9	66	174 558	26,0	1,5
Varsinais-Suomen SHP	1 090	721 970	662	64,1	4,0	73	433 895	25,1	1,7
Etelä-Karjalan SHP	281	218 749	778	64,4	4,0	71	114 515	24,5	1,9
Länsi-Pohjan SHP	134	75 596	564	66,4	4,1	66	55 156	24,3	1,4
Kanta-Hämeen SHP	369	236 167	640	64,4	4,0	71	155 062	23,8	1,5
Pirkanmaan SHP	1 097	569 118	519	64,9	4,1	75	483 217	22,7	1,2
Pohjois-Pohjanmaan SHP	826	499 071	604	63,7	3,5	63	376 914	21,9	1,3
Helsingin ja Uudenmaan SHP	3 293	2 713 643	824	63,6	4,0	74	1 539 342	21,4	1,8
Ahvenanmaa	50	39 378	788	66,3	4,6	88	26 771	18,7	1,5
Keski-Pohjanmaan SHP	131	148 444	1 133	65,2	4,5	78	70 598	18,6	2,1
Vaasan SHP	272	183 393	674	65,8	4,1	71	152 606	17,8	1,2
Koko maa	12 082	8 361 764	692	65,0	4,1	73	5 011 330	24,1	1,7

Pääosa vanhuksista tarvitsee, ruokaa, siivousta, apua pukemisessa ja pyykinpesussa sekä kohtuullista ulkoilua suojatulla sisäpihalle. Ahdas laitosympäristö ei tätä tarjoa. Ahtaudesta seurauksena on laitostuminen, kunnon huononelinen ja aikaistunut elämän päättyminen. Useimmat heistä selviäisi omin kalustein varustetussa asunnossa tuettuna siivous- ja ateriapalveluilla palvelukortteleissa. Järjestelmä on tältä osin uusimisen tarpeessa.

Yleiset tässä raportissa tehdyt huomiot pätevät siis myös alle 75-vuotiaiden vanhusten hoitoon. Seuraavassa keskitytään tarkastelemaan yli 75-vuotiaiden hoitoa.

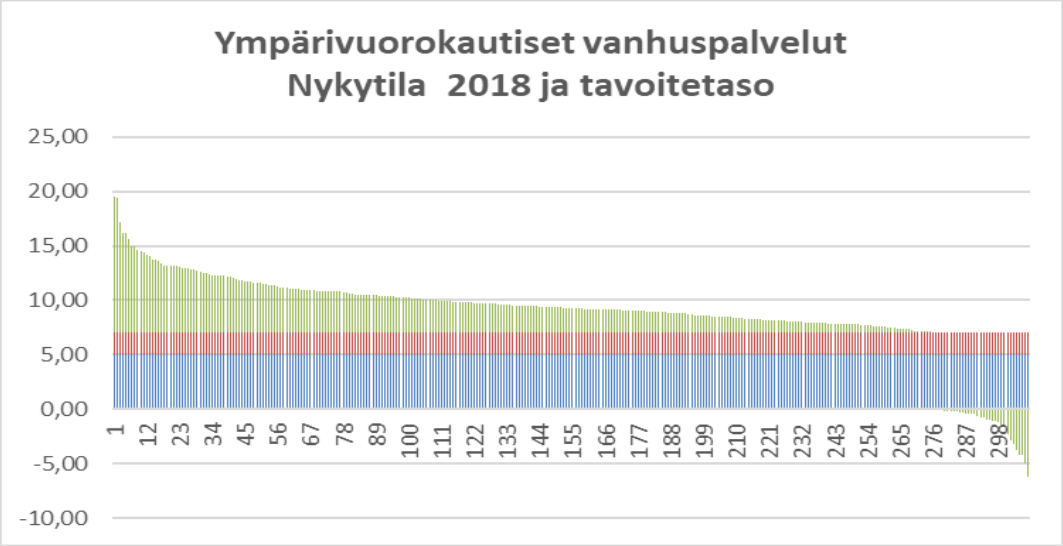
4.6 Palvelujärjestelmän nykytila ja tavoitetila

Palvelujärjestelmää on totuttu tarkastelemaan siitä lähtökohdasta, että järjestelmä on liian pieni. Tämä näkyy sotekeskustelussa lisäresurssien tarpeena. Jos tarkastelemme asiaa kriittisesti, niin palvelujärjestelmässä on alueita, joilla on ylitarjontaa ja alueita, joille on rakennettava lisää kapasiteettia. Tämä tulee merkitsemään resurssien siirtoa aluilta toisille.

Seuraavassa pyrimme tarkastelemaan tätä ilmiötä ja arvioimaan sen kokoa. Tarkastelu tehdään kuntakohtaisesti. Tämän luvun tiedot perustuvat useisiin THL:n Hilmo-poimintoihin (13).

Kuvassa 14 pylväiden sininen osa kuvaa tilannetta, jossa kaikissa kunnissa olisi ympärivuorokautisessa hoidossa 5 % yli 75-vuotiaista. Eksote on saavuttanut tämän tason. Luku on myös tavoitetasona Ruotsissa sekä Göteborgin että Boråsin alueella.

Sininen ja punainen alue yhdessä kuvaavat tavoitetasoa 7 %, eli kuinka monta prosenttia yli 75-vuotiaista olisi ympärivuorokautisessa hoidossa tai hoivassa, jos saavuttaisimme Ruotsin keskimääräisen tason kodin ulkopuolisessa hoidossa (henkilökohtanen tiedontanto Ruotsin Statistik Central 10/2019).



Kuva 14 Ympärivuorokautisessa hoidossa olevien yli 75-vuotiaiden % kaikista ikäryhmän asukkaista. Vihreä alue on ylikapasiteetti 7 % tavoitetasoon verrattuna.

Vihreä pilaristo oikealla 0-viivan alapuolella näyttää, paljonko kunnissa on nyt 24/7 kapasiteettia alle 7 % tason. Jotkut kunnat ovat alittaneet jo 5 % tason.

Kuvassa 14 vihreä pilaristo kuvaa Suomen kuntien nykyistä tilannetta. Maassamme on kuntia, joissa yli 15 % yli 75-vuotiaista vanhuksista on ympärivuorokautisessa hoidossa ja samanaikaisesti on kuntia, joissa 5 % taso on saavutettu.

Tavoitteena on luonnollisesti purkaa haja-asutusalueen noin 8 000 eriasteisen paikan järjestelmä ja rakentaa tilalle noin 8 000 paikkaa lisää kasvukeskusten palvelujärjestelmiin. Henkilökunta pystyy kyllä siirtymään, tilat eivät. Ne on rakennettava.

Ympärivuorokautisen hoidon tarpeen vertailutasoksi määrittelemme 7 % yli 75-vuotiaiden määrästä, mikä on Ruotsin keskiarvo. Kuvassa 14 oleva vihreä alue näyttää tällä kriteerillä arvioidut ylipaikat, joita oli 31.12.2018 koko maassa 279 kunnassa yhteensä 8 900. Jos yhden paikan vuosikustannuksena pidetään keskimäärin 55 000 euroa, aiheutuu tästä yhteensä 489 miljoonan euron ylimääräinen kustannus ja samalla rakenteellisen kustannussäästön mahdollisuus. Suomessa on siis noin 280 kuntaa, joissa palvelujärjestelmää pitää purkaa ja 30 kuntaa, joissa joudutaan kasvattamaan palveluja.

Kuntia, jotka tulevat toimeen alle 7 % tason on 32, näiden alitus on yhteensä 23 miljoonaa euroa. Luvut ja kunnat vaihteleva vuosittain, mutta suuruusluokka on sama.

Eksote on tätä kirjoitettaessa saavuttanut tason, jossa ympärivuorokautisen hoidonkäyttö on 5 % yli 75-vuotiaista. Hoitojärjestelmä voi halutessaan toimia hyvin eri tavalla. Taistelu käydään vuoteeseen hoitamisen kulttuurin ja kuntoutuskulttuurin välillä. Jos taso olisi Eksoten nykytaso, jossa 5 % yli 75-vuotiaista olisi ympärivuorokautisessa palvelussa, lähentelisi kustannussäästö noin miljardia euroa. Kuntoutuskulttuuri tuo lisää elämää ja on merkittävästi halvempi, joten on sosiaali- ja terveysministeriön tulisi nopeasti siirtyä laitostavan hoidon kannattamisesta johtamaan kulttuurimuutosta kuntouttavaan ja inhimillisempään hoitoon.

Jos pääsyynä laitosten suureen käyttöön on kuntoutuksen puute, niin sotea muodostettaessa voidaan asia korjata. Kaikkia kiinteistöjä ei myöskään tarvita.

Seuraavaksi tarkastelemme kuntia tarkemmin sijoittamalla ne laskevaan järjestykseen ja taulukoimalla 10 suurinta ja pienintä käyttäjää. Kuntien lista on mielenkiintoinen. Kärkikäyttäjät ovat suuria kaupunkeja, mutta myös kymmenen pienintä kuntaa ovat mielenkiitoisia (Taulukko 14).

Yliopistokaupungeista, joissa on lääketieteellinen tiedekunta, Helsinki, Turku, Tampere ja Oulu, ovat suurkäyttäjiä, mutta Kuopio on kymmenen pienimmän joukossa. Myös muut kärkikäyttäjät ovat isoja kuntia.

Toisaalta pienimpien käyttäjien joukossa on sielläkin useita isompia kuntia. Imatra, Lappeenranta ja Parikkala kuuluvat Etelä-Karjalan sairaanhoitopiiriin, jossa vanhustenhoitoon on panostettu paljon kehitystyötä. Merkittävää on, että Espoo, Kauniainen, Porvoo ja Tuusula Uudellamaalla kuuluvat pienimpiin käyttäjiin Helsingin vastapainoksi.

Jos tarkastelemme kuntien yli 75-vuotiaiden jaksoja vastaavan ikäryhmän asukasta kohti, niin kärkipää ryvästyy kuntien jakautuman keskivaiheille. Tämä merkitsee sitä, että kuntia ei voida syyttää eritysestä ylikäytöstä. Kyseessä on siis Ruotsiin verrattuna kansallisesta ylikäytöstä.

Pienemmät käyttäjät puolestaan käyttävät vähän jaksoja. Tämä on sikäli mielenkiintoinen havainto, koska se viittaa siihen, että terveydenhoitojärjestelmällä on väliä. Pienimpien kuntien kohdalla satunnaisvaihtelu on merkittävää. Luvut voivat muuttua lyhyessäkin ajassa.

Taulukko 14 Ympärivuorokautiset vanhuspalvelujen 10 eniten ja 10 vähiten käyttävää kuntaa.

Vanhusten 24/7 palvelujen suurimmat ja pienimmät käyttäjät M€						
Kunta	**Väestö 75+**	**Jaksot 31.12. 2018 lkm**	**Jaksot tasolla 7 % lkm.**	**Ylitys tai alitus 7 % tason lkm.**	**Jaksot %**	**Ylityksen tai alituksen kustannus M€**
10 suurinta 7 % tason ylittäjää						
Helsinki	46 608	3697	3263	434	7,90 %	23,9
Turku	17 386	1623	1217	406	9,30 %	22,3
Pori	9 479	968	664	304	10,20 %	16,7
Kouvola	9 882	990	692	298	10,00 %	16,4
Tampere	19 540	1592	1368	224	8,10 %	12,3
Oulu	13 070	1114	915	199	8,50 %	11
Hämeenlinna	7 460	687	522	165	9,20 %	9,1
Vaasa	6 032	582	422	160	9,60 %	8,8
Jyväskylä	10 528	873	737	136	8,30 %	7,5
Lahti	11 903	962	833	129	8,10 %	7,1
10 suurinta 7 % tason alittajaa						
Kauniainen	1 037	62	73	-11	6,00 %	-0,6
Lappeenranta	7 473	512	523	-11	6,90 %	-0,6
Parikkala	832	46	58	-12	5,50 %	-0,7
Kuopio	10 371	709	726	-17	6,80 %	-0,9
Rautjärvi	555	18	39	-21	3,20 %	-1,1
Punkalaidun	486	4	34	-30	0,80 %	-1,7
Espoo	16 226	1097	1136	-39	6,80 %	-2,1
Imatra	3 671	215	257	-42	5,90 %	-2,3
Porvoo	4 180	244	293	-49	5,80 %	-2,7
Tuusula	2 469	68	173	-105	2,80 %	-5,8

Espoon ja Helsingin palvelujärjestelmien ero antaa viitteitä siihen, että palvelujen laadussa ja kuntien organisaatiokyvyssä on merkittäviä eroja.

4.7 Hoitoisuusluokat ja pitkäaikaisen vuodelevon tarve

Seuraavassa on tarkasteltu ikääntyneiden hoitoa ja sen vaikeusastetta terveyskeskuksen pitkäaikaisosaston kannalta. Tämä hoitomuoto on muualla Euroopassa osin lakimääräisesti lopetettu rajoittamalla hoitoaika 30 vuorokauteen. Sama aikarajoitus pätee myös Yhdysvalloissa.

Terveyskeskusten vuodeosastojen potilaat on luokiteltu siellä olevien potilaiden hoitotarpeen mukaan. THL on antanut ohjeistuksen hoivan tarpeen luokittelusta (15). Hoivan tarpeen arvio tehdään asiakkaan tullessa, lähtiessä ja laskentahetkellä. Luokka määräytyy hoitojakson vaativimman hoivan tarpeen mukaan. Arvion tekee se sosiaali- tai terveydenhuollon ammattihenkilö, joka keskeisesti vastaa hoidosta.

Hoitoisuus luokitellaan THL:n luokituksen mukaisesti asteikolla 1–5. Luokituksessa ryhmä 1 yleensä selviää kotihoidolla. Ryhmä 2 tarvitsee kotihoitoa tai asumista päivittäispalveluin tuettuna vanhuksille tarkoitetussa rakennuksessa. Ryhmässä 3 edellytetään jo päivittäisiä paikalla olevia palveluja ja mahdollisesti jotain ympärivuorokautista tukea. Ryhmät 4 ja 5 kuuluvat jo ympärivuorokautisen hoivan piiriin.

Tarkastelun kohteeksi valitsimme ryhmän kaikki tulosyyt, koska tulosyykohtaisen hoitoisuuden arviointi ei onnistu suuren hajonnan takia.

Kuten oheisesta taulukosta 15 nähdään, on terveyskeskusten pitkäaikaisosasto käytössä vain osassa terveyskeskuksia. Taulukosta näkyy, miten 16 kunnassa vallitsee ristiriitainen tilanne. Kaikkein raskaimmin miehitetty yksikkö, pitkäaikaisosasto, hoitaa hoitoisuudeltaan helpointa potilasryhmää, hoitoisuus 1. Luokituksen mukaisesti he voisivat olla tuettuina omassa kodissaan. Miksi 176 hoitoisuusluokka 1:een kuuluvaa henkilöä on raskaimmin miehitetyssä osastossa, kysymykseen tarvitaan vastaus? Hoitoisuudella arvioituna noin 17 % potilaista tarvitsisi asunnon kotipalveluilla ja 3 % potilaista tarvitsee ympärivuorokautista hoitoa.

Taulukko 15 herättää joitakin kysymyksiä. Miksi hoitoisuustasolla 1 olevia potilaita pidetään terveyskeskuksen pitkäaikaisosastolla? Jos nämä 176 potilasta ovat käyttäneet yhteensä 70 550 hoitopäivää, on heidän hoitonsa maksanut 180 euroa/vuorokausi ja yhteensä 12,7 miljoonaa euroa. Jos heidät olisi hoidettu kotihoidossa, olisi kustannus ollut 60 euroa/vuorokausi eli 4,2 miljoonaa euroa. Eroa on 8,5 miljoonaa euroa.

Taulukosta nähdään, että vain 37 potilasta 823 potilaasta oli luokiteltu niin vaikeahoitoisiksi, että heidän sijoittamisensa pysyvästi vuodeosastolle on perusteltu. Sairaansijoja on kaikkiaan 999, koska 176 kuuluu ryhmään alle 5 käyttäjää, jolloin tietoja ei näytetä. Raskaan hoidon, hoitoisuusluokka 5, tarvitsijoita on vain 37. Kun he jakaantuvat neljään kuntaan, voidaan arvioida, että muissa kunnissa heidän hoitonsa olisi onnistunut paremmin.

Epidemiologisesti vaikeahoitoisuus ei voi ryvästyä muutamaan kuntaan. Ilmiötä voidaan selittää niillä henkilöillä, jotka ovat odottamassa hoitopaikkaa. Henkilö voi olla esimerkiksi dementoitunut ja aggressiivinen tai karkaileva, jolloin kotihoitoon ei voi mennä. Hoitopaikkaa odottaville voidaan löytää käytännöllisempiäkin ratkaisuja kuin terveyskeskuksen vuodeosasto.

Taulukko 15 Terveyskeskusten pitkäaikaisosastot kunnittain luokiteltuna potilaiden keskimääräisen hoitoisuuden mukaan.

Terveyskeskusten pitkäaikaishoito 31.12.2018								
Kunta	**Jaksoja**	**Hoito-päiviä**	**Hoito-aika**	**Keski-ikä**	**Hoitoi-suus**	**Yli 75 v. asukkaita**	**Jaksoja/ 1000 as**	**Hoitop. / 1000 as**
Hoitoisuus 0–1,4								
Akaa	5	678	136	87	0	1558	32	0
Hämeenkyrö	5	5511	1102	86	0	1035	48	5
Salo	6	550	92	86	0	5939	10	0
Orivesi	7	1720	246	86	0	1211	58	1
Hattula	11	4440	404	86	0	835	132	5
Vihti	16	4049	253	86	0	1975	81	2
Hyvinkää	17	2623	154	86	0	4198	40	1
Seinäjoki	6	674	112	88	0,3	5206	12	0
Taivalkoski	9	4130	459	86	0,6	529	170	8
Utsjoki	9	2656	295	86	0,6	156	577	17
Kihniö	5	8963	1793	84	1	272	184	33
Kajaani	16	9846	615	87	1	3587	45	3
Alavus	11	2274	207	86	1,3	1438	76	2
Ähtäri	6	1471	245	91	1,3	749	80	2
Vaala	8	8268	1034	91	1,4	470	170	18
Lohja	39	12697	326	86	1,4	4416	88	3
Hoitoisuus 1,5–2,4								
Lahti	43	43637	1015	87	1,6	11903	36	4
Leppävirta	20	14908	745	86	1,8	1314	152	11
Vantaa	69	42531	616	86	2	13401	51	3
Savonlinna	6	1384	231	86	2,2	4595	13	0
Simo	6	2150	358	88	2,3	406	148	5
Kerava	21	18694	890	85	2,4	2541	83	7
Lapinlahti	10	9682	968	91	2,4	1089	92	9
Espoo	19	5372	283	84	2,4	16226	12	0
Hoitoisuus 2,5–3,4								
Helsinki	38	3881	102	86	2,9	46608	8	0
Pietarsaari	10	2638	264	90	2,9	2338	43	1
Turku	186	136621	735	86	3	17386	107	8
Kalajoki	12	1612	134	86	3,1	1309	92	1
Uusikaarlepyy	12	4184	349	87	3,1	873	137	5
Kuopio	36	7230	201	86	3,1	10371	35	1
Tornio	8	8498	1062	89	3,4	1911	42	4
Posio	9	10478	1164	87	3,4	518	174	20
Hoitoisuus 3,5-4,4								
Kittilä	7	4096	585	86	3,9	576	122	7
Muonio	8	7640	955	83	3,9	272	294	28
Parainen	71	55836	786	89	3,9	1702	417	33
Ranua	5	3643	729	91	4,2	448	112	8
Kangasniemi	9	2884	320	88	4,3	889	101	3
Naantali	5	765	153	85	4,4	1872	27	0
Hoitoisuus 4,5-5								
Rantasalmi	6	1222	204	90	4,5	511	117	2
Pello	7	7034	1005	88	4,6	623	112	11
Lapua	8	1088	136	88	4,9	1498	53	1
Outokumpu	16	8952	560	86	5	868	184	10
Yhteensä	**823**	**477210**	**580**					

Seuraavaksi tarkastellaan vaihtoehtoa, jossa hoito purettaisiin hoitoisuusryhmiin ja ryhmät sijoitettaisiin hoitoisuuden perusteella sille hoivatasolle, jonne he kuuluvat (Taulukko 16). Rakenteen kustannuseron voimme arvioida seuraavasti. Terveyskeskuksen pitkäaikaisella vuodeosastolla käytetään hintaa 165 euroa/vuorokausi. Hinta on ehkä alaraja. Hoitoisuus 1:n tarve on kotihoito 80 euroa/vuorokausi. Hoitoisuusluokka 2 ja 3 kuuluvat tavalliseen palveluasuntoon. Luokassa 2 hinta olisi 110 euroa ja luokassa 3 se olisi 130 euroa, koska työpanosta kohdistetaan ilmeisesti eri tavalla. Tehostetussa palveluasumisessa luokka 4 kuuluu tehostettuun palveluasuntoon ja hoitoisuusluokka 5 myös tehostettuun palveluasuntoon, mutta hoitopäivän hinnalla 180 euroa/vuorokausi. Kun näillä periaatteilla lasketaan vuosikustannus, nähdään, että näillä kahdella rakenteella on eroa noin 25 miljoonaa euroa vuodessa. Käytännössä ero on todennäköisesti suurempi, koska vuodeosastolta pois päästessään henkilöt tulevat paremmin toimeen tuleviksi ja siten helppohoitoisemmiksi.

Taulukko 16 Nykyisen terveyskeskusten pitkäaikaishoidon hoidon purkaminen vanhuksen kuntoa vastaavaan rakenteeseen.

Terveyskeskuksen pitkäaikainen vuodeosasto 2018							
Luokka	**Jaksot**	**Hoito-päivät**	**Hoito-päivät (ka)**	**€/vrk**	**Hoito-vuoden hinta**	**Kertynyt kustannus M€**	**Kustannus vuodessa M€**
Hoitoisuus 1	176	70550	401	160	58400	11,3	10,3
Hoitoisuus 2	194	138358	713	160	58400	22,1	11,3
Hoitoisuus 3	311	175142	563	160	58400	28	18,02
Hoitoisuus 4	105	74864	713	160	58400	12	6,1
Hoitoisuus 5	37	18296	494	160	58400	2,9	2,2
Yhteensä	**823**	**477210**	**580**	**160**	58400	**76,4**	**48,1**
Vaihtoehtoinen rakenne							
Uusi rakenne	**Uusi rakenne €/vrk**	**Hoito-vuoden hinta €**	**Kertynyt kustannus M€**	**Kustannus vuodessa M€**			
Kotihoito	80	29200	5,1	4,7			
Asunto palvelukorttelissa	110	40150	7,8	4			
Tavallinen palvelu asunto.	130	47450	14,8	9,6			
Tehostettu palveluasunto	160	58400	6,1	3,1			
Vaikeahoitoisten osasto	180	65700	2,4	1,8			

Muualla jo 1970-luvulla rajatiin hoitoaika sairaaloissa kriisin jälkeen 30 vuorokauteen. Rajan jälkeen potilas siirretiin kuntoutusyksikköön tai hoivalaitokseen. Päätös sijoituspaikasta tehtiin palvelun tuottajista riippumattomassa elimessä. Kuntoutusjakson kestettyä enintään 30 vuorokautta tehdään päätös pysyvästä tuen tarpeesta. Päätöksentekoon ei saa osallistua hoitava yksikkö. Kuntoutuksen käyttöönoton seurauksena oli, että Euroopassa 1970-luvulla kolmasosa konservatiivista sairaansijoista suljettiin.

Meillä sairaalassa hoitava yksikkö tekee itse nämä päätökset. Osa potilaista, jotka voitaisiin kuntouttaa takaisin itsenäiseen elämään jää kuntouttamatta. Myös ilmiö ”sairaala tarvitsee potilaita” tunnetaan. Siksi siirtyminen riippumattomaan päätöksentekoon olisi tarkoituksenmukaista.

Oleellista on, että sijoituspäätös ei synny ilman seurantaa. Iäkkään henkilön terveydentila ja toimintakyky vaihtelevat päivittäin ja viikoittain. Jos pitkäaikaisen hoidon päätös tehdään silloin, kun tilanne on pahimmillaan, tuloksena voi olla pitkäaikaisen hoidon potilas, jolla menee huomattavastikin paremmin kuin hoitopäätöstä tehtäessä. Toiminta voidaan myös Suomessa lopettaa ja kirjata siitä noin 25 miljoonan euron säästö.

Henkilökunta riittää jatkossa, jos hoitoprosessi ja palvelurakenne muutetaan. Keskeinen uudistuksen este on kuntoutuksen puute.

4.8 Kotihoito ei ole kasvanut

Kotihoito ei selitä ympärivuorokautisen hoidon vähentymistä. Jos tarkastelemme kotihoidon palveluja, niin palvelujen määrä on hieman vähentynyt, vaikka vanhusväestö on lisääntynyt ja laitospalvelut vähentyneet. Tämä merkitsee sitä, että todettu palvelujen käyttöero vuosien 2008 ja 2018 välillä johtuu todellisesta hoitotarpeen vähenemisestä eli iäkkäiden henkilöiden toimintakyvyn paranemisesta. Hoitotarpeen väheneminen voi myös merkitä asumistason paranemista, sillä parempitasoisessa ja paremmin sijoittuvassa asunnossa voi asua pidempään. Mahdollinen tekijä on, että kaikkien palvelujen myöntäminen on tiukentunut ja rationalisoitunut kymmenen vuoden kuluessa (Taulukko 17).

Taulukko 17 Kotipalvelujen käyttö 2008 ja 2018.

Kotipalvelujen käyttö		
Koko maa	**2008**	**2018**
Kotihoidon palvelusetelimenot, 1 000 €		26 216
Vuoden aikana saaneet yli 65 v. kotitaloudet, % vastaavan ikäisestä väestöstä	10,8	9,4
Kotisairaanhoidon käynnit yhteensä /1 000 asukasta	770	716

Kun kotipalvelut eivät ole kasvaneet, on todennäköistä, että joko kuntoutus on lisääntynyt tai vuonna 2008 oli palvelujärjestelmään pääsy helpompaa ja sinne tuli väkeä, joka olisi pystynyt jatkamaan itsenäistä asumista.

Kotihoidon käyttö Ruotsissa on kasvanut. Taulukossa 18 on poimittu esimerkkitapauksena Tukholman lähiön kahden vaikeasti sairaan kotikäynnit. Tieto on luottamuksellista, joten lähdettä ei mainita. Yhteensä aikaa on käytetty 2,5 tuntia vanhusta kohti. Siirtymäajaksi lasketaan lähiössä 5–10 minuuttia. Kokonaishoitoaika on pienempi kuin 24/7 yksikössä. Kodinhoitajalla oli 8–10 kohdetta ja sairaanhoitajalla 12–15. Kotikäyntien määrä on yhteensä 150 tuntia/kuukausi kahdelle henkilölle.

Palveluasuntosijoitusta harkittaessa ovat esille tulleet myös sosiaaliset näkökulmat. Avioparin hajottamista ei pidetä hyväksyttävänä ratkaisuna ja perhehuoneita ei kodin ulkopuolisessa palvelujärjestelmässä ole saatavissa.

Taulukko 18 Kotihoidon tehtävälista Tukholmassa.

Kahden Tukholmassa asuvan vanhuksen kotihoito-ohjelma 2020		
Kello	**Tehtävä**	**Kesto min.**
8.00	**Aamuruoka, petaus, pukeutuminen ja aamuhygienia**	60
10, 30–11	**Aamupäivä, välipala, WC, lääkkeet**	30
12–13	**Lounas, kävely 2x viikossa**	60
15	**Iltapäivä kahvi, lääkkeet**	30
17	**Lääkkeet, päivällinen, sänkyyn laitto**	60
20	**Sänkyyn laitto**	30
0.30–01	**Kaikki hyvin käynti**	15
05	**Kaikki hyvin käynti**	15
	Yhteensä 2,5 tuntia vanhusta kohti	300

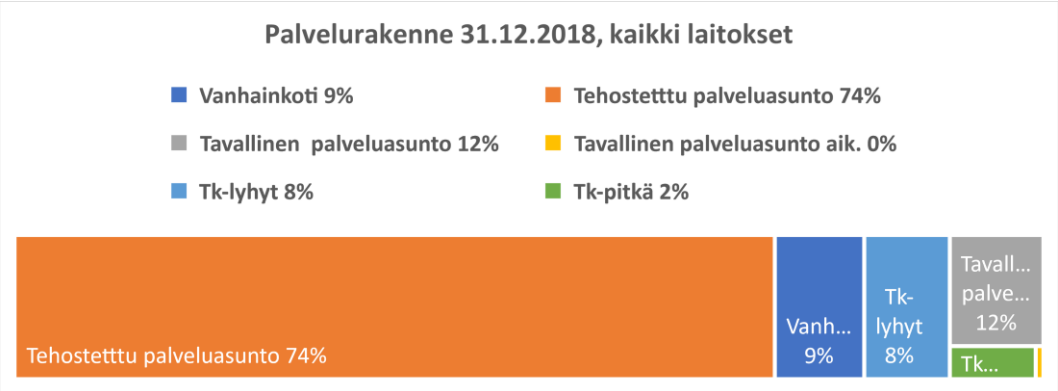
Suomen kunnissa tarvitaan vielä kotihoidossa kehitystyötä.

4.9 Palveluihin tulosyyt ja palvelurakenne 31.12.2018

Ikääntyneiden perustason palveluja tuottavat terveyskeskukset, sosiaaliviranomaiset, työterveyshuolto ja yksityiset tuottajat. Erinimisiä laitospalveluja on runsaasti: sosiaaliviranomaisten tai yksityisten palveluntuottajien vanhainkodit, aikuisväestön ja vanhusten tavalliset palveluasunnot, tehostetut 24/7 palveluasunnot, terveyskeskussairaalat lyhyt- ja pitkäaikaisine osastoineen. THL vuosittainen laskenta 31.12.2018 kaikista perustason palveluissa olevista asiakkaista ja potilaista on seuraavan tarkastelun lähde (15).

THL:n termi jaksot kuvaavat laskentapäivänä yksikössä olevien potilaiden määrää ja samalla käytössä olevaa paikkamäärää. Laskennassa oli 31.12.2018 järjestelmässä yhteensä 64 485 ikääntynyttä (13). Kokonaispaikkamäärä on jonkin verran suurempi, koska vapaata kapasiteettia on jonkin verran, ehkä noin 1 000–1 500 paikkaa. Asumismuoto ”tavallinen palveluasunto” on nykyisessä sote-esityksessä poistuva palvelumuoto.

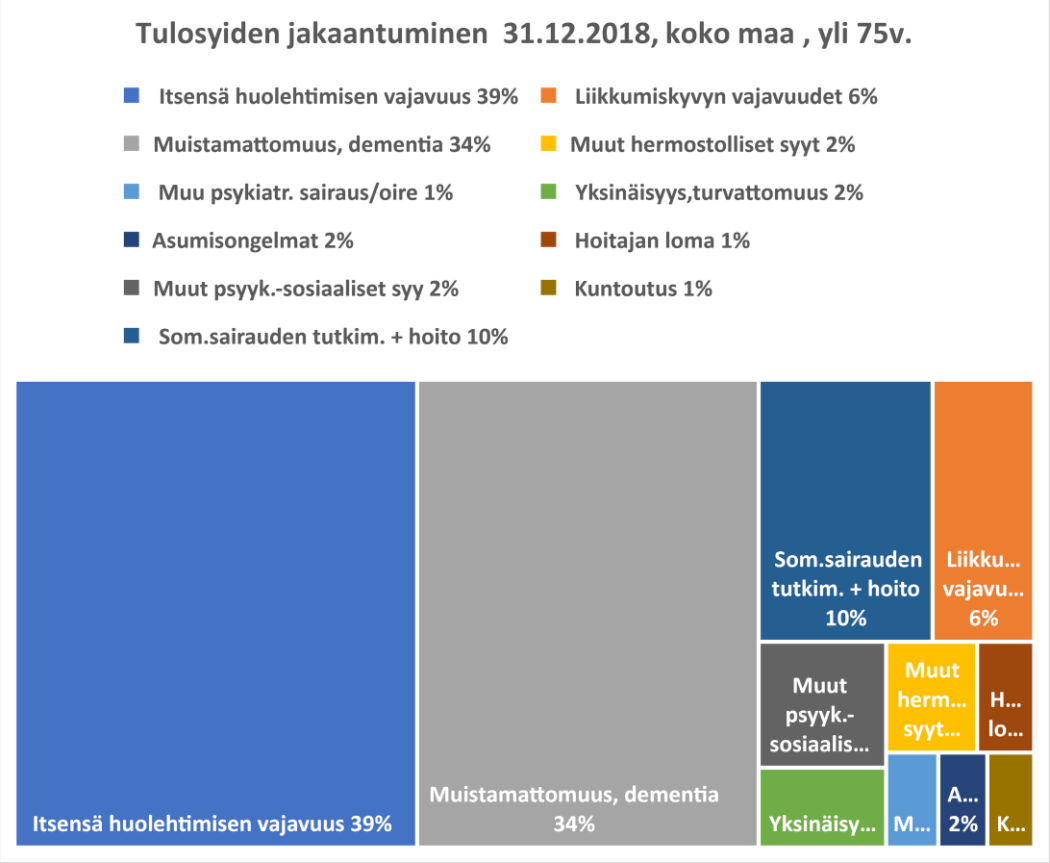
Palveluja tuottavat eri nimiset laitokset, joissa asuu saman kuntoisia ikääntyneitä (Kuva 15). Palvelujärjestelmässä on eri nimisiä yksiköitä seuraavasti.



Kuva 15 Nykyinen palvelurakenne.

Kun tehostettu palveluasuminen edellyttää vanhukselta niin huonoa kuntoa, että hoitoa tarvitaan ympäri vuorokauden, voidaan kysyä miksi Suomessa vanhukset ovat niin huonokuntoisia, etteivät he selviä omatoimisemmin. Onko ongelma hoitojärjestelmässä vai vanhuksissa. Joitakin syitä voidaan nähdä.

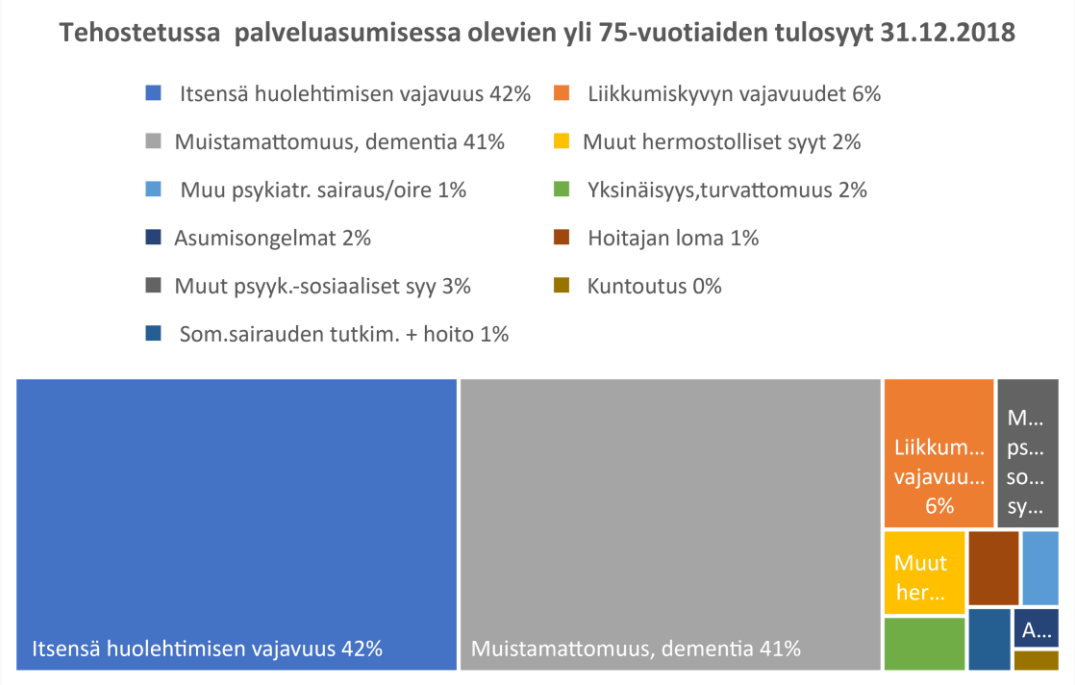
Seuraavassa tarkastelemme palveluihin tulosyitä (Kuva 16). Luokituksena käytetään THL:n hoitoilmoituksen luokitusta (13). Pärjäämättömyys, turvattomuus ja asumisongelmat eivät välttämättä tarvitse ympärivuokautisia palveluita, mutta voi olla niin, että ympärivuorokautiset palvelut tarvitsevat heitä.



Kuva 16 Vanhusten asumis- ja hoitopalveluihin tulosyyt 31.12.2018, koko maa, kaikki palvelutuottajat.

Kun tarkastellaan tulosyitä, vastaa tehostetun palveluasunnon tulosyiden jakauma melko tarkasti koko maan jakaumaa (Kuva 17). Tulosyistä sekä tulosyy ”itsensä huolehtimisen vajavuus” että ”asumisongelmat” ovat tuskin tilanteita, jotka vaatisivat ympärivuorokautisesta hoivaa ja 0,7 koulutettua hoitajaa henkilöä kohti. Ongelmana voi olla se, että järjestelmä tekee vanhuksista kaikki ne potilaat, joita se tarvitsee ollakseen olemassa.

Vanhuksen kunnossa tapahtuneen kriisin jälkeen keskitytään muualla kuntouttamaan. Meillä uskotaan, että pidennetty lepääminen parantaa kuntoa. Vanhusta ei saa kuntoutuksella kiusata. Näin kotona pärjäämätön vanhus muuttuu nopeasti laitosvanhukseksi. Tämä selittää ehkä pääosan ylikäytöstä.



Kuva 17 Ikääntyneiden tulosyyt tehostettuun palveluasuntoon 31.12.2018.

Raskaasti dementoitunut henkilö on vaikeahoitoinen vanhus, mutta taudin toteamisen jälkeen on pitkä alkuvaihe, jossa hän selviää tuettuna kohtuullisen itsenäisesti. Osa vanhuksista, jotka selviäisivät päiväpalveluilla, joutuu palvelurakenteen vuoksi raskaammin varustettuun yksikköön. Perussyynä on, että alueella on vain yksi vanhainkoti, jonne alueen ikääntyneet joutuvat. Vaikka osa vanhuksista tarvitsi vain kevyttä hoitoa, on yksikkö resursoitu raskaimman hoidon vaatimuksien mukaan.

Ongelma on vältettävissä suurissa asutuskeskuksissa, mutta maaseudulla joudutaan joko hoivaamaan erilaista palvelua tarvitsevia vanhuksia samassa yksikössä tai hyväksymään pitkät etäisyydet erikoistuneiden yksiköiden välillä. Kuntarajojen murtuessa sotea muodostettaessa on riittävän tilavia kevyempiä hoitomuotoja otettava käyttöön sekä inhimillisistä että kustannuksellisista syistä.

Tulosyissä on merkittäviä alueellisia eroja, kuten liitteenä 1 olevat sairaanhoitopiirien tilastointi osoittaa. On vaikea uskoa, että alueelliset erot ovat

näin suuria. Siksi vuotuisen potilaslaskennan avulla alueellinen kehityksen seuraaminen ja raportointi on syytä ottaa THL:n tehtävälistalle.

4.10 Tiloihin liittyviä näkökohtia

Vanhuksen siirtyessä kotoaan suomalaiseen palveluasuntoon tapahtuu usein nopea kunnon huononeminen ja hoidon tarve kasvaa.

Muualla tässä vaiheessa muutetaan dementiakotiin, jossa on 6–7 hengen huoneistoja, joissa on omin kalustein varustettu huone ja yhteiset oleskelutilat. Ratkaisuun kuuluu vapaa pääsy sisäpihaan. Tilaa on noin 42–45 m^2 paikkaa kohti, josta oman huoneen osuus on 15–20 m^2.

Yhteistilat on jäsennetty oleskeluun, television katsomiseen, ruokailuun ja rauhalliseen seurusteluun omaisten tai ystävien kanssa käytäviin keskusteluihin.

Kuvassa 18a on tyypillinen suomalainen vanhainkodin vanhusten yhteistila, johon on yhdistetty oleskelutila, ruokailu ja television katsomistila. Ruokailu on ahdas ja osa vanhuksista joutuu syömään vuoteessa. Television katsomiseen on kolme paikkaa. Sohvasta ei näy televisio. Ruokapöydän tuolit eivät ole mukavat pidempiaikaiseen istumiseen, mutta ne ovat helppoja siivoojalle. Koronaviruksen vaatimia etäisyyksiä ei ole helppo järjestää. Kuvissa 18a–h voi verrata tilaratkaisuja Suomessa ja naapurimaissa.

Kuva 18a Vanhusten palveluasunnon yhteistilat.

Kuva 18b Boråsin vanhainkodin suomenkielisen osaston päivähuone.

Kuva 18c Muistisairaan suomalaisen vanhuksen huone Borås.

Kuva 18d Kahden muistisairaan huone suomalaisessa hoitolaitoksessa.

Kuva 18e Hogeweyk vanhainkoti, olohuone.

Kuva 18f Hogeweyk vanhainkoti sisäpiha.

,

Kuva 18g Kuntoutussairaalan huone Suomessa.

Kuva 18h Kuntoutussairaalan huone Göteborgissa.

Kuntoutusosaston tiloissa on mahdollisuus ja tarkoitus liikkua eikä suosita vuodelepoa.

4.11 Ahdas rakentaminen on huonoa hallintoa

Edellä oleva kuvasarja osoittaa, että Suomessa rakennetaan vanhuksille oleellisesti huonompaa laatua kuin muissa vertailuksi sopivissa maissa. Syitä on monia. Laadun huononeminen voidaan ajoittaa ajankohtaan, jossa keskitetty ohjaus loppui sosiaali- ja terveyshallitusten lopettamisen myötä. Rakentamisen päärahoittaja ARA pitäisi saada laatutietoiseksi. Laatua ei saada ilman laatunormia, jonka tekeminen on puolestaan STM:n vastuualueella.

Kuva 19 Vanhuksen oman alueen tilankäyttö.

Ahtaus on vallitseva 2000-luvun alkupuolella rakennetuissa vanhusten palvelurakennuksissa (Kuva 19). Sillä on vanhuksen kannalta negatiivisia seurauksia. Lihaskunto heikkenee ja syntyy vuodepotilas.

Palveluasumisen rahoittaja on ollut ARA, joka hyväksyy hankkeet. Tilan käytön pohjana oli 20 m^2 perusruutu. Kun siihen vaadittiin jokaiseen pyörätuoli-wc, joka vaati 4–5 m^2, muodostui 6 m^2 eteinen. ja vanhukselle jäi vain noin 10 m^2. Kun tästä sänky vie 4 m^2 ja sängylle on päästävä pyörätuolilla jää vapaata vaikeasti kalustettavaa tilaa noin 6 m^2. Minimikalusteet, nojatuoli, pieni pöytä, vierastuoli, lipasto ja vaatekaappi eivät mahdu. Tilan laajentaminen on välttämätöntä, jos halutaan pitää vanhus liikkuvana (9).

Ahdasta tilaa on perusteltu pienemmillä rakennuskustannuksilla. Tähän sisältyy ajatusharha. Jos rakennus maksaa 2 000 euroa/m^2, maksaa lisätila, joka kasvattaa vain lattioita ja kattoa noin 600 euroa/m^2. Näin ollen tilan säästö ei alenna oleellisesti kustannuksia. Toisaalta ahtaus huonontaa kuntoa ja vaatii suuremman työpanoksen hoitajilta, mikä lisää kustannuksia. Yhden hoitajan vuosipalkalla (35 000 euroa) rakennetaan noin 14–18 m^2 lisää tilaa. Tila on halpaa työpanokseen verrattuna.

Vanhuksille on rakennettu myös useita hyviä ratkaisuja jo 1980-luvulla. Erityisesti Oulun yliopiston arkkitehtiprofessori Jouni Koiso-Kanttila suunnitteli useita vanhusten rakennuksia Pohjois-Suomeen. Nämä ovat kestäneet aikaa ja kelpaavat vielä nytkin esimerkeiksi. Hyviä malleja haettaessa Espoon kuntoutussairaala, Järvenpään terveyskeskus, Vaasan kaupunginsairaalan muuttaminen vanhusten palveluasunnoiksi ja Närpiön keskustan Mittistan asumisratkaisu ovat alallaan innovatiivisia ratkaisuja, jotka kestävät kansainvälisen arvioinnin.

Rakentamisen megatrendi on jäsentää taajamaa keräämällä toisiaan tukevat toiminnat lähekkäin. Kauppakeskus ja teollisuusalue ovat kaikille tuttuja, Uudempana pyritään luomaan kouluista, kirjastoista, konsertti- ja juhlasalista kulttuurikeskus. Vanhusten asumispalvelut ja vanhainkodit kuuluvat osana tähän ympäristöön. Niiden oheispalvelut, kuten kuntosalit ja kokoustilat palvelevat myös lähiympäristöä. Vanhukset palaavat taajaman reunalta keskukseen. Japanissa oli vanhusten palvelutalo erikoistunut häiden järjestämiseen. Vanhainkodin kuoro on tavallinen Euroopassa, mutta ei vielä meillä.

5 Palvelujärjestelmä kehittyy pienin askelin – muutos 2008–2018

5.1 Väestön tarve muuttuu

Sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmä muuttuvat jatkuvasti. Ajureina ovat yhteiskunnan rakennemuutokset, kuten väestörakenteen muutos ja kaupungistuminen, elintason nousu ja muuttuvat elintavat. Kansalaisten tietoisuus on parantunut. Lääketieteen menetelmät kehittyvät ja muuttavat hoitokäytäntöjä jatkuvasti. Nämä uudistukset tapahtuvat spontaanisti ilman keskitettyä ohjausta tai valtakunnallisia päätöksiä jatkuvana hiljaisena muutoksena. Uudistukset perustuvat alueelliseen osaamiseen, koska valtakunnallinen ohjaus lopetettiin 1990-luvun alussa lääkintöhallituksen lopettamisen yhteydessä.

Yksittäisten tekijöiden vaikutusta on mahdoton arvioida, mutta kokonaisuuden valtavasta kehittymisestä kymmenen vuoden aikana saadaan kuva tarkastelemalla järjestelmän toiminnasta ja resursseista eri rekisterissä olevia tietoja. Seuraavassa tarkastellaan Tilastokeskuksen väestötietojen ja THL:n Hilmo-tietojen avulla ikääntyneiden palvelujärjestelmän muutoksia vuosien 2008–2018 välillä. Muutokset vaihtelevat alueittain ja ovat osin yllättäviä.

Jotta saataisiin kuva kokonaisuuden kehittymisestä, vertaitiin koko maan ikäryhmien ja palvelujen käytön muutoksia vuosien 2008 ja 2018 välillä. Lähtötietona käytetään THL:n vuoden lopun laskentatietoja vuosilta 2008 ja 2018 sekä tilastokeskuksen väestötietoja (12,16–18)

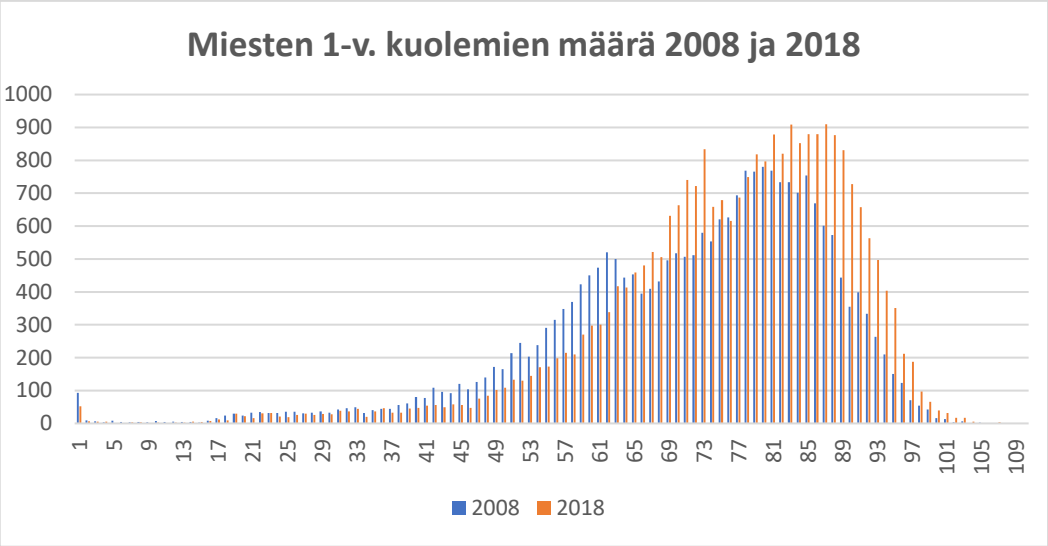
Taulukko 19 Kuolemien määrän muuttuminen vuosien 2008 ja 2018 välillä.

Kuolemien määrän muutos 2008–2018			
Kuolleet	**Yhteensä**	**0–74**	**75+**
2008	49094	18960	30133
2018	54527	18090	36437
Muutos	5433	-870	6304

Kuolemien määrä on vähentynyt 0–74-vuotiaiden ikäryhmässä ja lisääntynyt yli 75-vuotiaiden vanhusten määrässä. Keski-ikä on noussut kymmenen

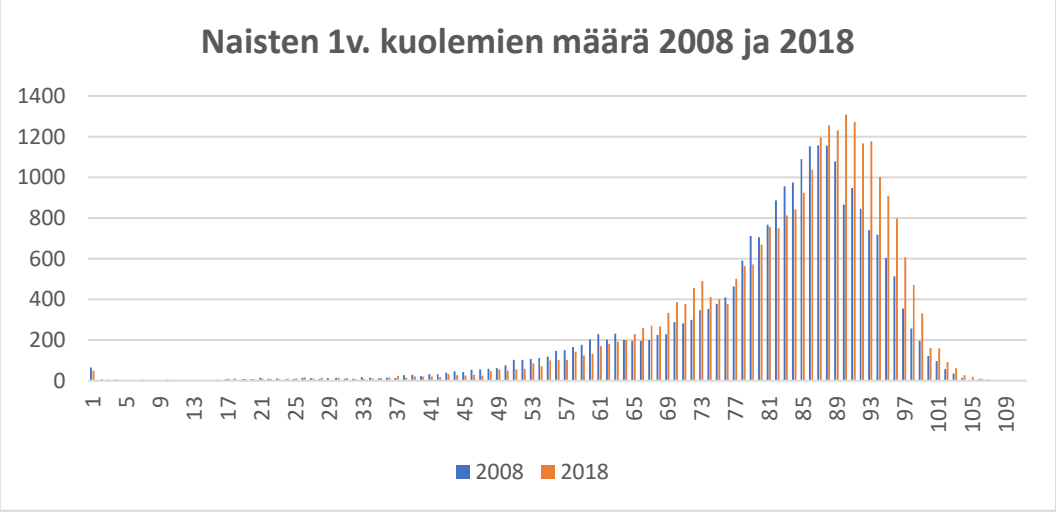
vuoden aikana. Tämä tärkeä havainto merkitsee palvelutarpeen siirtymistä myöhemmäksi.

Jotta saataisiin tarkempi käsitys vuosien 2008 ja 2018 tapahtuneesta kehityksestä, tarkastelemme seuraavaksi näiden vuosien kuolemia yhden vuoden jaotuksella henkilön kuoliniän mukaan (miehet kuva 18, naiset kuva 19).



Kuva 20 Miesten kuolemat 1-vuotisjaoituksella vuosina 2008 ja 2018.

Kuoliniän huipun sijainnista saa erilaisen käsityksen kuin keskimääräisen eliniän ja eliniän odotteen kehityksestä. Tämä johtuu siitä, että kuolemien huippukohta riippuu paitsi eliniästä, eliniän jakaumasta ja ikäluokkien koosta. Miesten sininen vuoden 2008 pilaristo sisältää suuren ikäluokan piikin ikävuoden 62 kohdalla. Vuoden 2018 pilaristossa sama piikki on siirtynyt 11 vuotta eteenpäin ikävuoden 73 kohdalle. Kun vertaamme tilannetta yli 80-vuotiaiden kohdalla, elinikä on elämän loppupäässä pidentynyt. Kuolemisen huippu on siirtynyt ikävuodesta 79 ikävuoteen 86 eli seitsemän vuotta eteenpäin. Tämä johtuu elintason noususta, terveellisimmistä elintavoista ja parantuneesta terveydenhuollosta.



Kuva 21 Naisten kuolemat 1-vuotisjaotuksella vuosina 2008 ja 2018.

Naisten osalta suuren ikäluokan aiheuttama kuolemien lisääntyminen vuosina 2008 ja 2018 näkyy ikävuosien 61 ja vastaavasti ikävuoden 72 kohdalla miesten piikkiä huomattavasti pienempänä.

Naisten kuolemien määrä on kasaantunut miesten kuolemia enemmän. Pilaristo on kapeampi. Vuonna 2008 naisten kuolemien huippu oli 86 ikävuoden kohdalla. Vuonna 2018 huippu oli siirtynyt 89 ikävuoden kohdalle eli siirtyminen oli kolme vuotta. Miesten huippu vuonna 2008 oli 79 ikävuoden kohdalla ja vuonna 2018 86 vuotta. Siirtyminen oli seitsemän vuotta. Nämä luvut osoittavat, että väestön terveydentila on kymmenessä vuodessa parantunut ja miehillä muutos on suurempi kuin naisilla.

Tilastokeskuksen verkkosivuilla (15) on saatavissa tarkat tiedot väestön määrän muutoksia yli 65- ja 75-vuotiaiden osalta vuosilta 2008 ja 2018.

Taulukko 20 Vanhusväestö vuosina 2008 ja 2018.

Väestön lukumäärä 31.12.2008 ja 2018 ja prosentuaalinen jakaantuminen							
Lukumäärä	**65–69**	**70–74**	**75–79**	**80–84**	**85 -**	**65+ yht.**	**75+ yht.**
2008	255 273	217574	180 869	134 555	103 797	892 068	419 221
2018	362 208	330 660	209 259	155 089	1476 21	1 204 837	511 969
Väestön % jakaantuminen						**2008–2018 indeksi**	
2008	29	24	20	15	12		
2018	30	27	17	13	12	135	
2008			43	32	25		
2018			41	30	29		122

Taulukossa 20 näkyy vuoden 2018 luvuissa suuren ikäluokan ikääntymisen aiheuttama kasvu ikäluokissa 65–69 ja 70–74. Taulukosta näkyy, kuinka vuonna 2018 suuri ikäluokka vaikutti jo ikäryhmään 65–74 vuotta.

5.2 Väestö palvelukäytön muutos vuosina 2008 ja 2018

Palveluja tarvitseva yli 75-vuotias väestö kasvoi 93 000 hengellä. Yli 85-vuotiaiden määrä kasvoi merkittävästi vuosien 2008 ja 2018 välillä. Vuonna 2008 heitä oli 103 737 henkilöä ja vuonna 2018 yhteensä 147 621 eli kasvua on noin 47 %.

Väestön kasvuun vaikuttavat vaihtelu syntyneiden määrässä ja elintason nousu, johon kuuluvat myös toimenpiteet kansanterveyden edistämiseksi. Vuonna 1933 syntyneet ovat 75-vuotiaita vuonna 2008 ja vuonna 1943 syntyneet vastaavasti vuonna 2018. Tilastokeskuksen mukaan vuonna 1933 0–4-vuotiaita lapsia oli 320 000 ja vuonna 1943 noin 348 000 eli väestön määrän kasvua oli noin 8 %. Tämä merkinnee sitä, että 8/47 osaa eli 17 % yli 85-vuotiaiden määrästä selittyy suuremmalla syntyvyydellä vuonna 1943 ja loppuosa ikääntyneiden kasvusta 39/47 eli noin 83 % johtunee yleisestä elintason ja väestön terveyden tilan paranemisesta. Emme ole havainneet

aikaisemmin, että tätä tapaa olisi käytetty elintason osuuden arviointiin eliniän odotetta tarkasteltaessa.

Kun tavoitteena on tutkia hoitojärjestelmän muutosta, on syytä keskittyä tarkastelemaan yli 75-vuotiaiden palvelujen kehitystä, jossa suuren ikäluokan vaikutus ei vielä näy. Tässä ikäryhmässä väestön määrä oli vuonna 2008 yhteensä 419 221 ja vuonna 2018 yhteensä 511 969 henkeä. Vuosien 2008 ja 2018 välillä kasvua oli 22 % (Taulukko 21).

Taulukko 21 Ikääntyneiden palvelujärjestelmän kehitys vuodesta 2008 vuoteen 2018.

2018							
Tuotantoyksikkö	**Jaksoja**	**Jaksot %**	**hp-alusta**	**Hoitop. %**	**Hoitoaika**	**Keski-ikä**	**Hoitoisuus**
Vanhainkoti	**5 339**	**8**	**4 019 901**	**10**	**753**	**84**	**4,6**
Tehostettu palveluasunto	**44 961**	**70**	**27 239 902**	**70**	**606**	**84**	**4,7**
Tavallinen palveluasunto	**6 792**	**11**	**7 167 327**	**18**	**1 055**	**73**	**3,2**
Terveysk. vuodeosasto	**7 403**	**11**	**444823**	**1**	**60**	**81**	**1,8**
Yhteensä	**64 495**	**100**	**38 871 953**	**100**	**603**	**82**	**4,2**
2008							
Tuotantoyksikkö	**Jaksoja**	**Jaksot %**	**hp-alusta**	**Hoitop. %**	**Hoitoaika**	**Keski-ikä**	**Hoitoisuus**
Vanhainkoti	**18 138**	**26**	**13 171 808**	**25**	**726**	**84**	**4,5**
Tehostettu palveluasunto	**22 867**	**32**	**17 418 768**	**33**	**762**	**82**	**4,2**
Tavallinen palveluasunto	**10 384**	**15**	**14 512 472**	**27**	**1 398**	**75**	**3,1**
Terveysk. vuodeosasto	**19 360**	**27**	**8 279 728**	**16**	**428**	**80**	**4**
Yhteensä	**70 749**	**100**	**53 382 776**	**100**	**755**	**81**	**4,1**
Muutos 2008–2018							
Tuotantoyksikkö	**Jaksoja**	**Jaksot %**	**hp-alusta**	**Hoitop. %**	**Hoitoaika**	**Keski-ikä**	**Hoitoisuus**
Vanhainkoti	**-12 799**	**-71**	**-9 151 907**	**69**	**27**	**0,1**	**0,1**
Tehostettu palveluasunto	**22 094**	**97**	**9 821 134**	**56**	**-156**	**2**	**0,5**
Tavallinen palveluasunto	**-3 592**	**-35**	**-7 345 145**	**51**	**-343**	**-2,5**	**0,1**
Terveysk. vuodeosasto	**-11 957**	**-62**	**-7 834 905**	**95**	**-368**	**0,6**	**-2,2**
Yhteensä	**-6 254**	**-9**	**-14 510 823**	**27**	**-152**	**1,3**	**0,1**

Seuraavassa on vertailutaulukko vuosien 2008 ja 2018 muutoksista. Taulukko kuvaa muutosta ja sen suuruusluokkia. Yksityiskohtaista taustatietoa ei ole saatavissa. Taulukko 22 kuvaa hoidon muuttumista järjestelmään tulosta laskentapäivään asti. Hoitoaikaan on laskettu kaikki hoitopäivät yksikköön tulosta laskentapäivään 31.12. Hoidon kertynyt kustannus ja laitoksen vuosikustannukset ovat eri asia. Vuosikustannuksessa ei näy hoidon kokonaiskustannus, jos hoito kestää yli vuoden.

Taulukosta 22 nähdään, että vaikka väestö on ikääntynyt, on kokonaispaikkamäärä kymmenen vuoden kuluessa laskenut 6 254 paikalla.

Taulukko 22 Vanhusjärjestelmän muutos 2008–2018.

Yli 75- vuotiaiden hoito, vertailu 2008 ja 2018	2008	Ei muutosta 2018	2018 toteutunut	Muutos 2008–2018	Muutos 2008–2018 %
Yli 75-vuotiaat	419 696	511 969	511 969	92 273	122
Hoidossa yli 75 -	70 749	86 304	64 495	-6 254	91
Muutos %	17	17	13	-7	75
Hoitopäiviä	53 382 776	65 159 252	38 871 953	-14 510 823	73
Hoitoaika keskimäärin vrk	755	755	603	-152	80
Hoitopäiviä / 75+ vanhus	127	127	76	-51	60
Hp. keskikustannus €/vrk	160	160	160	-00	100
Jakson keskihinta €	120 800	120 800	96 480	-24 320	80
Kertynyt kustannus M€	8541	10425	6220	-2 322	73
Tuotannon vuosikustannus M€	4129	5040	3007	-1122	35

Keskimääräinen hoitoaika on lyhentynyt 755 hoitopäivästä 603 hoitopäivään eli noin viisi kuukautta. Samalla keskeneräisen hoidon arvo on pienentynyt 14 miljoonaa euroa.

Palvelujärjestelmässä on tapahtunut merkittävä muutos, jos väestön ikääntymisestä johtuva palvelutarve on lisääntynyt noin 22 %, mutta samanaikaisesti hoitopäivien tarve on pienentynyt yli 75-vuotiasta vanhusta kohti 127 hoitopäivästä 76 hoitopäivään eli 40 %. Vastaava toteutuneiden palvelujen vuosikustannusten säästö kymmenessä vuodessa on 1,1 mrd. €.

Kehitys vanhusten huollossa on 10 vuodessa ollut merkittävä, vaikka sitä ei julkisuudessa ole erityisemmin huomioitu. Uudistuminen on tapahtunut ruohonjuuritasolla pienin askelin. Arkityöntekijät ansaitsevat saavutuksestaan kiitokset.

5.3 Perustason laitos- ja asumispalvelujen käytön tulosyyt

Seuraavassa tarkastellaan vuosien 2008 ja 2018 välistä muutosta koko maan osalta tulosyittäin ja kuolemiin suhteutettuna (Taulukko 23). Aluksi tarkastellaan ikääntyneiden hoitojaksojen ja hoitopäivien käytön muuttumista vuosien 2008 ja 2018 välillä. Aluksi tarkastellaan kaikkien perustason laitos- ja asumispalveluiden käyttösyitä potilaslaskennan 31.12.2018 tilanteen mukaan koko valtakunnan tasolla ja sairaanhoitopiireittäin. Tarkastelussa käytetään THL:n jaottelua.

Taulukko 23 Palvelukäyttö tulosyittäin vuonna 2018.

Koko maa, alle 75-vuotiaat 31.12.2018 hoidossa olevat tulosyyn mukaan							
Tulosyy Kaikki	**Jaksot**	**Jaksot %**	**Hoitopäivät**	**Hoitopäivät %**	**Hoito-päivät (ka)**	**Ikä (ka)**	**Hoitoisuus (ka)**
11 Itsensä huolehtimisen vajav	4 808	40	3 758 218	45	781,7	64,6	4,5
12 Liikkumiskyvyn vajavuudet	1 086	9	910 129	11	838,1	59,3	4,3
2D Muistamattomuus, dementia	2 108	17	1 315 447	16	624	69,2	4,8
2X Muut hermostolliset syyt	373	3	666 898	8	1787,9	61,4	4,2
32 Muu psykiatr. Sairausoire	507	4	466 398	6	919,9	62,1	4
34 Yksinäisyys, turvattomuus	83	1	44 196	1	532,5	66,3	2,7
35 Asumisongelmat	164	1	172 443	2	1051,5	61	3,3
37 Hoitajan loma	174	1	9 916	0	57	6802	4
3X Muut psyyk. -sosiaaliset syyt	802	7	734 051	9	915,3	61,6	4,2
4 Kuntoutus	219	2	49 536	1	226,2	58,3	3,2
6 Som. sairauden tutkim. +hoito	1 764	15	234 883	3	133,2	64,5	1,9
Yhteensä	12 088	100	8 362 115	100	691,8	64,4	4
Koko maa, yli 75-vuotiaat 31.12.2018 hoidossa olevat tulosyyn mukaan							
Tulosyy Kaikki	**Jaksot**	**Jaksot %**	**Hoitopäivät**	**Hoitopäivät %**	**Hoito-päivät (ka)**	**Ikä (ka)**	**Hoitoisuus (ka)**
11 Itsensä huolehtimisen vajav	20 693	39	12 619 267	41	609,8	86,7	4,5
12 Liikkumiskyvyn vajavuudet	2 921	6	1 773 938	6	-607,3	86,5	4,4
2D Muistamattomuus, dementia	17 557	34	11 377 012	37	648	86,4	4,8
2X Muut hermostolliset syyt	1 106	2	759 178	2	686,4	86	4,5
32 Muu psykiatr. Sairausoire	543	1	653 236	2	1 203,00	83,5	4,3
34 Yksinäisyys, turvattomuus	1 117	2	922 581	3	825,9	88,6	2,8
35 Asumisongelmat	513	1	708 110	2	1 308,30	86,9	2,8
37 Hoitajan loma	698	1	78 498	0	112,5	84,7	4
3X Muut psyykkissosiaaliset syyt	1 765	3	1 195 637	4	677,4	85,6	4,2
4 Kuntoutus	489	1	59 174	0	121	85,5	3,3
6 Som. sairauden tutkimus + hoito	5 005	10	740 305	2	147,9	85,5	2,1
Yhteensä	52 407	100	30 886 936	100	589,4	86,4	4,3

Alle 75-vuotiaiden ryhmässä 40 % jaksoista tulee itsensä huolehtimisen ongelmista. Muita merkittäviä syitä ovat muistisairaus 17 % ja muu sairaus 10 %. Yhteensä nämä ryhmät merkitsevät 67 % kaikista jaksoista ja 64 % hoitopäivistä. Yli 75-vuotiaiden ryhmässä muistisairauden osuus on kasvanut. Kolme tärkeintä tulosyytä kattavat 83 % kaikista tulosyistä. Tulosyyt eivät kata kaikkea hoivaa, koska ympärivuorokautisessa hoidossa olevan henkilön ongelmat voivat muuttua hoidon kestäessä. Koska yli 75-vuotiaiden ryhmä

on noin 80 % koko määrästä, keskitytään jatkossa tarkastelemaan tätä ryhmää.

5.4 Suuret alueelliset erot – onko rakenne oikea?

Liitteenä 1 on taulukkosarja sairaanhoitopiireittäin hoitoon tulon tai hoidossa olon syistä. Taulukot on tehty 31.12.2018 tilanteesta. Seuraavassa muutama huomio.

Ryhmät 11 Itsensä huolehtimisen vajavuus, 12 Liikkumiskyvyn vajavuudet, 34 Yksinäisyys, 35 Asumisongelmat ja 37 Hoitajien loma 1, yhteensä 52 % hoitopäivistä edustavat hoivan ja tuen tarvetta. Myös muistisairauksien alkuvaihe kuuluu samaan ryhmään. Päivittäinen avun tarve kuuluu lähihoitajien toimialueelle.

Nämä vanhukset eivät ole fyysisesti sairaita eikä heidän päivittäinen hoivansa vaadi sairaanhoitajan koulutusta. Henkilökunnassa isoja yksiköitä lukuun ottamatta ei tarvita täysipäiväisiä sairaanhoitajia, säännölliset sairaanhoitajakäynnit riittävät. Tämä rakenteen tarkistus vapauttaa sairaanhoitajia koulutustaan vastaavaan tehtävään hoitajapulasta kärsiviin terveyskeskuksiin ja sairaaloihin.

Tulosyy ”itsestään huolehtimisen vajavuus” eli ”ei pärjää kotona” on suurin palveluihin tulosyy, Keski-Suomen sairaanhoitopiiri on käyttänyt tätä nimikettä noin 511 jaksolle 10 000 asukasta kohti. Naapuripiirit Vaasa ja Pohjois-Savo vastaavasti noin 320 jaksolle.

Nyt on syytä pohtia, tarvitseeko tämä ryhmä 24/7 palvelua vai riittäisikö kevyempi ratkaisu. Tavallisia palveluasuntoja on vain yli 75-vuotiaiden käytössä 3 763 paikkaa, kun kotona toimeen tulemattomia vanhuksia on 20 700. Kävelevä vanhus, joka ei pysty huolehtimaan siivouksestaan ei tarvitse 0,7 mitoituksella varustettua hoitoa, vaan asunnon, ateriat ja siivouspalvelut sekä viikoittaisen sairaanhoitajan tapaamisen kunnon seuraamiseksi.

Liikkumiskyvyn vajavuus on hankala vaiva ja vaatii ympäristöltä paljon. Rakennus on mitoitettava eri tavalla, pyörätuoliluiskat vaativat tilaa ja pihaympäristö on suunniteltava toimivaksi. Yksinkertaisilla istutuksilla ja halvoilla muilla ratkaisuilla saadaan luotua käyttökelpoinen oleskelupiha.

Muistisairaus on toiseksi yleisin ja kotona pärjäämättömyyden kanssa samaa suuruusluokkaa tulosyynä. Yhteensä nämä kaksi syytä merkitsevät 78 % kaikista keskeneräisen hoidon hoitopäivistä. Näiden vanhusten hoidossa on kansainvälisesti edistytty tila- ja ympäristöratkaisuilla, joita Suomessa ei vielä ole otettu käyttöön.

Hoitojaksojen profiili on muuttunut paljon vuoden 2008 jälkeen. (Taulukko 24). Hoitojaksojen profiilia vuosina 2008 ja 2018 verrataan taulukossa 25.

Taulukko 24 Hoitojaksojen profiilin muutos vuosien 2008 ja 2018 välillä.

Hoitojaksoja yli 65 v. kohti			
Koko maa	**2008**	**2018**	**2018–2008**
11 Itsensä huolehtimisen vajav	1,8	2,1	3,3
12 Liikkumiskyvyn vajavuudet	1,7	0,3	-1,3
2D Muistamattomuus, dementia	1,6	1,6	0
2X Muut hermostolliset syyt	0,1	0,1	0
32 Muu psykiatr. sairaus tai oire	0,3	0,1	-0,2
34 Yksinäisyys, turvattomuus	0,3	0,1	-0,2
35 Asumisongelmat	0,2	0,1	-0,1
37 Hoitajan loma	0,2	0,1	-0,1
3X Muut psyykkissosiaaliset syyt	0,4	0,2	-0,2
4 Kuntoutus	0,2	0,1	-0,1
6 Som. sairauden tutkim +hoito	2	0,6	-1,4
Yhteensä	**8,6**	**5,4**	**-3,3**

Jos tarkastelu suoritetaan hoitopäivinä, saadaan kymmenen vuoden aikana tapahtuneesta muutoksesta selkeämpi kuva, kuten taulukossa 25 on tehty.

Taulukko 25 Hoitopäivien profiilin muutos vuosien 2008 ja 2018 välillä hoitopäivien mukaan laskettuina.

Hoitopäiviä yli 65 v. kohti 2008 ja 2018, tulosyyt				
Tulosyy	**2008**	**2018**	**2018 - 2008**	**Muutos %**
11 Itsensä huolehtimisen vajav	12 077 241	16 377 485	4 300 244	26
12 Liikkumiskyvyn vajavuudet	13 354 516	2 684 067	-10 670 449	-398
2D Muistamattomuus, dementia	9 778 264	12 692 459	2 914 195	23
2X Muut hermostolliset syyt	1 244 285	1 426 076	181 791	13
32 Muu psykiatrinen sairaus tai oire	2 127 560	1 119 634	-1 007 926	-90
34 Yksinäisyys, turvattomuus	2 549 440	966 777	-1 582 663	-164
35 Asumisongelmat	2 718 446	880 553	-1 837 893	-209
37 Hoitajan loma	733 091	88 414	-644 677	-729
3X Muut psyykkissosiaaliset syyt	2 385 858	1 929 688	-456 170	-24
4 Kuntoutus	421 426	108 710	-312 716	-288
6 Som. sairauden tutkim. + hoito	5 992 644	975 188	-5 017 456	-515
Yhteensä	**53 382 784**	**39 249 051**	**-14 133 733**	**-36**

Taulukoista näkee yllättäviä muutoksia. Liikuntakyvyn ongelma oli merkittävä hoidon tarpeen aiheuttaja vuonna 2008, mutta kymmenen vuoden kuluttua ongelma on vähentynyt murto-osaansa. Yksinäisyys, turvattomuus ja asunto-ongelmat ovat hoidon syinä vähentyneet.

Kuntoutuksesta on puhuttu kohtalaisen runsaasti, mutta tiedostetusti kuntoutukseen tulleiden henkilöiden määrä on vähentynyt. Kuntoutusta todennäköisesti on, mutta sitä ei aina ole kirjattu tai edes tiedostettu kuntoutukseksi. Kuntoutukseksi on voitu kirjata vain fysioterapeutin antama hoito,

mutta muun henkilökunnan toteuttama kuntouttava hoitotyö on jäänyt erikseen mainitsematta. Ilmeisesti kuntouttava hoito-ote toimii.

Yllättävää on, että varsinainen sairaanhoito on pienenemässä. Akuuttihoito on siirtynyt keskussairaaloihin. Kuitenkin terveyskeskusten sairaalat ovat edelleen merkittäviä kuntoutuksen toteuttajia ja toimivat kotihoidon tukijärjestelmänä. Paikkamäärän vähennys johtuu terveyskeskussairaaloiden pitkäaikaishoitojen loppumisesta tai kirjautumisesta sosiaalitoimen laitoshoidoksi. Sekä kuntoutuksen että sairaanhoidon hoitojaksot ovat pääosin lyhyitä.

Taulukossa 25 näkyy, että keskeneräinen hoito on pienentynyt 14 000 000 hoitopäivää. Jos hoitopäivän hinta on 140 €/vrk vastaa tämä keskeneräisen hoidon arvon pienemistä 140 €/vrk x 14 000 000 vrk eli noin 2 mrd. euroa. Tätä kehitystä ei ole huomattu, koska se perustuu pieniin askeliin.

5.5 Yhteenveto

Sote-palveluissa monet asiat ovat edelleen hyvin, mutta alueellinen tasa-arvo on katoamassa. Vanhustenhuollossa alueelliset erot ovat suuria eikä nyt voida puhua tasalaatuisesta vanhusten huollosta. Tyhjä paikka täyttyy -ilmiö on nähtävissä.

Hoitojärjestelmä muuttuu paitsi ohjattuna myös itsekseen, jos mahdollisuus sallitaan. Näyttää siltä, että kunnat ja sairaanhoitopiirit muuttavat toimintaansa pienin askelin, mutta ajan kuluessa muutokset ovat merkittäviä. Tulosten parantuminen on vaikeasti selitettävissä yksittäisellä seikalla, mutta ne ovat ymmärrettäviä hoitojärjestelmän parviälyn lisääntymisen lukuisina päivittäisinä pieninä parannuksina.

Erikoissairaanhoidossa on merkittäviä alueellisia eroja, jotka on olleet hyvin tiedossa jo yli 40 vuotta. Pieni väestöpohja vaatii enemmän tukeutumista yliopistosairaalaan.

6 Juurisyyt ongelmiin

Motto: *Vuodelevon vaikutuksesta tiedetään, että ikäihmisillä lihasvoimat voivat heikentyä jopa 2–5 % päivässä. Lihasmassa vähenee jo kymmenen päivän vuodelevossa keskimäärin kolme prosenttia, mikä vastaa tavanomaiseen vanhenemiseen liittyvää lihaskatoa usean vuoden ajalta.*

Jos askelia tulee päivässä alle 2 000, lihasmassa vähenee myös melko nopeasti. ikäihmisten liikkumisen rajoittaminen ja väheneminen kiihdyttää lihaskatoa ja lisää siihen liittyvän sairauden eli sarkopenian ja haurastumisoireyhtymän eli gerastenian riskiä. (väitöskirjatutkija Anneli Urtamo, dos. Satu Jyväkorpi ja prof. Timo Strandberg, Helsingin yliopisto, HS Mielipide 26.5. 2020)

6.1 Aika ajaa nykyisen rakenteen ohi

Sosiaali- ja terveydenhuollon alueellisesti erilaiset tuotantoprofiilit poikkeavat liikaa, jotta väestö olisi tasa-arvoisessa asemassa terveyspalvelujen suhteen. Siksi seuraaviin juurisyihin tulisi puuttua. Sairaanhoitopiireihin perustuva palvelurakenne luotiin noin 75 vuotta sitten. Sitä nyt uusittu 25 vuotta ja saatu toiminta kohtuulliselle tasolle. Olemme European Consumer Powerhouse´n vertailussa 2018 kuudenneksi paras. Kehittäminen on ollut vireillä kauan. Tällä hetkellä soten toimintamallit, joista keskustellaan, ovat täsmälleen samoja, jotka olivat 20 vuotta sitten esillä (Forssan malli, Kuusen malli, Kunnamon malli, Kelan malli). Perusongelma on, että kunta on liian pieni yksikkö ja tarvitaan isompi väestöpohja. Rahoituspohjan on oltava iso. Palvelutuotannon yksikkökoko riippuu lääketieteellisen hoidon toteuttamisesta.

Kun keskussairaalaverkko 1940-luvulla rakennettiin, oli lääketiede jakaantunut vain pääspesialiteetteihin. Maaseutu oli tiheästi asuttu ja väestö työskenteli alkutuotannossa. Aluejako oli helppo tehdä kaupunkien ympärille.

Tilanne on täysin muuttunut. Tieto taudeista on viimeisten 20 vuoden aikana kasvanut ja hoitomahdollisuudet kehittyneet. Isot erikoisalat, kuten sisätautien alue on kehittänyt kahdeksan eri spesialiteettia ja kirurgia 11. Sisätaudit ja kirurgia ovat hajonneet ongelmakeskeisiksi itsenäisiksi hoitolinjoiksi, joilla on oma organisaatio. Suomessa lääkäreillä on nyt noin 50 erikoisalaa.

Nykyiset hoitolinjat eivät ole enää yhden spesialiteetin voimin hoidettavia. Esimerkiksi sydäntaudit muodostavat osaamiskeskuksen, jossa on tehtäväkohtaisia ryhmiä ja kiinteästi mukana useita erikoisaloja.

Jo päivystyksen järjestäminen vaatii ryhmälle minimikoon. Tämä puolestaan vaati tietyn väestöpohjan. Erikoissairaanhoidon kehittyessä voidaan yhä vaikeampia ongelmia ratkaista päivystysprosessissa. Samalla se merkitsee useamman erilaisen osaamisen läsnäoloa. Päivystyshenkilökunta kasvaa, mutta potilasmäärä ei kasva. Järjestelmä tulee liian kalliiksi nykyiselle väestöpohjalle.

Nykyisessä rakenteessa kuntatason yleislääkärijohtoinen perustaso on selvästi erotettu erikoislääkärijohtoisesta sairaalatoiminnasta. Aika on ajanut tämän 1970-luvun porrastuksen ohi. Terveyskeskuksia on kehitetty kohtalaisen hyvin, mutta ratkaisevin digiloikka on edelleen tekemättä.

Suomen keskussairaalaverkon nykyiset väestöpohjat ovat liian pienet täyden palvelun keskussairaalaverkolle, mutta harvaan asuttu maamme tarvitsee alueellisesti kattavan palveluverkon. Tämä verkko on erilainen kuin tiheästi asutettujen maiden palveluverkot. Palveluiden järjestäminen harvaan asutuilla alueilla vaatii erityisratkaisuja, joissa mallia voi ottaa paljon suurempien etäisyyksien maista kuten Kanadasta ja Australiasta.

Sote-palveluilla on porrastettu väestöpohja. Väestöpohjan koko on suunnilleen sama kansainvälisesti. Kansanterveyslakia sovellettaessa oli maassamme muutaman kymmenen tuhannen asukkaan väestöpohjalla erikoislääkärijohtoisia terveyskeskuksia, kaupunginsairaaloita ja aluesairaaloita. Täyden palvelun erikoissairaalan väestöpohjan miniminä on ollut 1970-luvulla noin 150 000–200 000 asukasta, mutta tämä vaatimus on noussut 2000-luvulla noin 250 000–350 000 asukkaaseen. Suomessa 12 maakuntaa on väestöltään alle tämän rajan. Täyden palvelun yliopistosairaalan väestöpohja on noin 800 000–1 000 000 asukasta, jotta erikoisosaamista voidaan pitää yllä ja erityisyksiköille tulee riittävästi potilaita.

Terveyskeskuksen minimikooksi on esitetty väestöpohjaa 20 000–30 000 asukasta. Maakuntiin perustuvassa järjestelmässä ei tällaista ole, sillä koko perusterveydenhuolto kuuluu maakunnalle, jonka koko on sama kuin terveyskeskuksen väestöpohja. Maakunnallisessa perusterveydenhuollossa on luonnollisesti useita terveysasemia. Perusterveydenhuollon terveysaseman tulisi olla riittävän iso, jotta vastaanotto ei jäisi yhden tai kahden lääkärin varaan. Näihin on vaikea saada henkilökuntaa, kun varsinkaan nuoret lääkärit eivät sinne mielellään tule. Nuoret lääkärit tarvitsevat kokeneen kollegan tukea. Lisäksi alikokoisissa terveysasemissa on ongelmana haavoittuvuus, kun lääkäri voi jäädä yksikseen liian suuren vastuun kantajaksi, työntekijän parisuhteen toiselle osapuolelle ei löydy työtä, ja syrjäinen terveyskeskus koetaan ammatillisena umpikujana. Käytännössä noin neljän lääkärin asemille on pystytty saamaan työntekijöitä, jolloin terveysaseman väestöpohjaksi tulee noin 7 000–10 000. Kun etäisyydet ovat suuria, tarvitaan liikennöintijärjestelmä, joka takaa väestön pääsyn terveysasemalle. Etäpalveluiden kehittäminen ja sairaanhoitajan vastaanotot tukevat toimintaa myös etäisimmillä paikkakunnilla.

Ongelmia syntyy, kuten Savonlinnan esimerkki osoittaa, tilanteessa, jossa kaupunki haluaa pitää keskussairaalan nimen, mutta toiminta ei vastaa nimen sisältöä. Keskussairaalan ja terveyskeskuksen väillä on ollut aluesairaaloita, erikoislääkärijohtoisia, terveyskeskussairaaloita ja kaupunginsairaaloita. Luokkia on ollut liian monta ja profiili ei ole ollut selvä. Tarvitaan uusi hallinnollinen rakenne.

6.2 Palvelurakenteen uusiminen on viivästynyt

Suomen sisällä palvelujärjestelmän resurssit vaihtelevat liikaa. Perussyynä on osaamisen haaroittuminen ja eriytyminen. Erikoissairaanhoidossa oli keskussairaalaverkon syntymisen aikaan vain pääspesialiteetteja, nyt niitä on jo noin 50. Siksi Suomen keskussairaalaverkon väestöpohjat ovat liian pienet täyden palvelun keskussairaalaverkolle. Toisaalta harvaan asuttu maamme tarvitsee alueellisesti kattavan palveluverkon. Tämä verkko on erilainen kuin tiheästi asutettujen maiden palveluverkot.

Keskussairaalalain syntyessä vuonna 1942 oli Mikkelin läänissä noin 200 000 asukasta ja noin 5 % maan 3,7 miljoonasta asukkaasta. Pääasialliset kulkuneuvot olivat linja-auto ja hevonen. Siksi oli luonnollista, että sekä Mikkeliin että Savonlinnaan tarvittiin sairaala, jossa oli erikoislääkäreitä ja leikkaustoimintaa.

Savon piirien yhdistäminen on ollut vireillä ainakin 50 vuotta. Jo 1970-luvulla tiedettiin, että Etelä-Savon kaksi sairaanhoitopiiriä ei ole kestävä ratkaisu. Etelä-Savon ja Itä-Savon sairaanhoitopiirit edustivat vielä vuonna 1972 yhteensä noin 3,8 % koko maan väestöstä, mutta vuonna 2020 enää 2,5 % ja ennuste lupaa vuoden 2040 tilanteeksi 2,1 %. Tällä hetkellä Itä-Savon sairaanhoitopiirissä on noin 40 000 asukasta ja keskussairaala.

Periaatteena on ollut yhdistää kaksi sairaanhoitopiiriä yhteistoiminta-alueiksi siten, että ne yhdessä kattavat keskeiset erikoisalat ja käyttävät ristiin aloja, joihin väestöpohja yksin ei riitä. Voimassa olevassa sote-ehdotuksessa molemmat sairaanhoitopiirit kuuluvat Etelä-Savon maakuntaan ja yhdistyvät. Itä-Savon kunnat haluavat nyt liittyä mieluimmin Pohjois-Savon sairaanhoitopiiriin ja luopua sairaanhoitopiirin statuksesta kuin muodostaa yhteisen sairaanhoitopiirin Etelä-Savon kanssa. Tällöin myös Etelä-Savon maakunta jäisi pahasti alimittaiseksi.

Edelleen voidaan todeta, että Itä-Savon maakunnan väestöpohja edustaa 0,7 % koko maan väestöstä. Tätä kirjoitettaessa Itä-Savo uhkaa kaataa hallituksen, jos soteratkaisu ei ole heidän mielensä mukainen. Jos tämän kokoinen väestöpohja pystyy kaatamaan sote-uudistuksen ja synnyttämään hallituskriisin, on koko kansan etu alistettu pienelle vähemmistölle. Tämän tyyppisten tilanteiden hallinta edellyttää sosiaali- ja terveysministeriön tiukempaa kokonaisuuden edun valvontaa. Myös maakuntajärjestelmä on uusittava. Sote-lainsäädäntöä on vaikea tehdä, jos 600 000 asukkaan Helsinki ja 40 000 asukkaan Itä-Savo on puristettava samaan hallinnolliseen rakenteeseen.

Keskussairaalalla on iso merkitys kaupungille. Savonlinna menetti Itä-Suomen yliopiston opettajakoulutuksen Joensuulle. Jos leikkaustoiminta loppuu, ei sairaanhoitajakoulutus voi jatkua Savonlinnassa. Jos sairaanhoitajakoulutus loppuu, siirtyy koko ammattikorkeakoulu pois.

Olisiko Savonlinnan ja ympäristökuntien elinvoima säilynyt parempana, jos sote-uudistus olisi toteutettu 1980-luvulla ja Etelä-Savon kaksi sairaanhoitopiiriä yhdistetty keskushallinnon johdolla sopien samalla sairaaloiden kesken työnjaosta. Voidaan kysyä, että onko kunnallinen päätöksenteko ylikorostunut ja keskushallinnon asema liian heikko, kun asia on ollut vireillä vuosikymmeniä? Ja missä kuntauudistus viipyy?

6.3 Palvelurakenne toimii, mutta yskii

Sote-uudistusta on Suomessa yritetty toteuttaa vuodesta 2007 alkaen, jos PARAS-hankkeen alku katsotaan sote-uudistusyritykseksi. Sote-uudistuksen

yrittäminen toisensa jälkeen on kaatunut joko yleiseen vastustukseen tai perustuslakivaliokuntaan. Tätä kirjoitettaessa Marinin hallituksen esitys on lausuntokierroksella. Eteneminen ei nytkään ole varmaa. Esityksen mukaan Suomessa on 17 sairaanhoitopiirien pohjalle perustettua maakuntaa. Lisäksi Uusimaa on jaettu neljään sote-maakuntaan ja Helsinki on kokonaan oma ratkaisunsa. Lisäksi on vielä Ahvenanmaa.

Maa on myös jaettu neljään erityisvastuualueita (ERVA) vastaavaan yhteistoimintapiiriin ja lisäksi on 12 (+1) laajan sosiaali- ja terveydenhuollon sairaalaa, joista vastaa kutakin sairaalaa ylläpitävä maakunta. Laajan päivystysvastuun sairaala on myös HUS. Maakuntajako on ristiriitoja herättävä asia kuten Itä-Savon tapauksessa. Viidellä maakunnalla ei esityksen mukaan ole laajan päivystyksen sairaalaa ja myös Uudenmaan päivystys on jaettu.

Maakuntien rahoitus tulee suoraan valtiolta. Kunnilta leikataan nykyisen arvion mukaan 12,63 %-yksikköä kuntaverosta, ja vastaava summa siirretään valtion verotukseen. Suunnitteilla on myös maakuntavero, jonka pitäisi kattaa osa maakuntien menoista. Maakunnille on laskettu tarvekerroin, jonka mukaan valtion rahaa jaetaan. Ylimitoitettuja palveluita tarjonnet maakunnat ovat silloin vaikeuksissa. Yksityinen palvelutuotanto on syrjäytetty ja tehtyjä sopimuksia voidaan julistaa mitättömiksi. Laatikkoleikki on monimutkainen, ja voi ennakoida syyttelyn ja uuden sote-uudistuksen alkavan pian nykyisen ehdotuksen mukaisten maakuntien aloitettua toimintansa.

Suomen kunnat olivat vuoden 2020 alussa ennennäkemättömän vaikeassa taloudellisessa tilanteessa. Vaikeuksien varsinainen syy on ollut kuntien kykenemättömyys selvitä sosiaali- ja terveydenhuollon menoista. Sitten tuli COVID-19, joka nosti vaikeuksia uusilla kertoimilla. Kuntien ahdinko huomioiden voi todeta melkein minkä tahansa uudistuksen olevan parannus nykyiseen tilanteeseen.

Maamme palvelurakennetta ohjaa kaksi lakia, keskussairaalalaki vuodelta 1942 ja kansanterveyslaki vuodelta 1972. Molemmat lait perustuvat olosuhteisiin ja väestörakenteeseen, joka ovat täysin muuttuneet.

Erva-alueen sisällä on jo nyt selvä työnjako. Vaikeat ja suuria resursseja vaativat potilaat ohjataan yliopistosairaalaan. Tämä koskee kaikkia erikoisaloja. Tätä osaamista on siirretty myös kouluttamalla keskussairaaloiden yksiköiden henkilökuntaa yliopistosairaalassa. Nykyisessä palveluverkossa on sairaanhoitopiirien lisäksi erva-alueen kattavia liikelaitoksia esimerkiksi laboratorioiden ja huollon alueella.

Useat esimerkit osoittavat, että rakenteet ryömivät kohti isompia väestöpohjia kuten 12 (+1) päivystävää keskussairaalaa vastaaviin maakuntiin tai kohti erityisvastuualueita vastaavia viittä vastuualuetta, joissa saadaan täydellinen palvelu. Sote-valmistelussa 2004 oli esillä silloisen eduskunnan tulevaisuusvaliokunnan viiden vastuualueen malli eli ns. Kuusen malli. Kun tällä hetkellä akuuttisairaan väestöpohjana pidetään 250 000–300 000 asukasta, niin tarvitaan uusi rakenne.

Oheiseen taulukkoon 26 on hahmoteltu sairaanhoitopiirit ja niiden väestöpohjat ja niiden kehitys vuodesta 2020 vuoteen 2040. Päivystävät keskussairaalat on merkitty punaruskealla värillä.

Sairaanhoitopiirien väestön muutos 2020-2040 ja %-osuus koko maan väestöstä						
Sairaanhoitopiiri	Väestö 2020	% koko väestösta	Sairaanhoitopiiri	Väestö 2040	Osuus % väestöstä	Muutos % (2040=100)
MANNER-SUOMI	5500619	100,0	MANNER-SUOMI	5491352	100,0 %	99,8
SHP25 Helsingin ja Uudenmaan SHP	1697513	30,9	SHP25 Helsingin ja Uudenmaan SHP	1898476	34,6 %	111,8
HUS Helsinki	662389	12,0	HUS Helsinki	760700	13,9 %	114,8
SHP06 Pirkanmaan SHP	538930	9,8	SHP06 Pirkanmaan SHP	555466	10,1 %	103,1
HUS Länsi-Uusimaa	471497	8,6	HUS Länsi-Uusimaa	516711	9,4 %	109,6
SHP03 Varsinais-Suomen SHP	482912	8,8	SHP03 Varsinais-Suomen SHP	486824	8,9 %	100,8
SHP18 Pohjois-Pohjanmaan SHP	410221	7,5	SHP18 Pohjois-Pohjanmaan SHP	398715	7,3 %	97,2
HUS Vantaa	271609	4,9	HUS Vantaa	318015	5,8 %	117,1
SHP14 Keski-Suomen SHP	252719	4,6	SHP14 Keski-Suomen SHP	245554	4,5 %	97,2
SHP13 Pohjois-Savon SHP	243694	4,4	SHP13 Pohjois-Savon SHP	223779	4,1 %	91,8
HUS-Keusote	198245	3,6	HUS-Keusote	207504	3,8 %	104,7
SHP07 Päijät-Hämeen SHP	209891	3,8	SHP07 Päijät-Hämeen SHP	194657	3,5 %	92,7
SHP04 Satakunnan SHP	215887	3,9	SHP04 Satakunnan SHP	191403	3,5 %	88,7
SHP15 Etelä-Pohjanmaan SHP	192200	3,5	SHP15 Etelä-Pohjanmaan SHP	173556	3,2 %	90,3
SHP16 Vaasan SHP	169622	3,1	SHP16 Vaasan SHP	164312	3,0 %	96,9
SHP05 Kanta-Hämeen SHP	169386	3,1	SHP05 Kanta-Hämeen SHP	153955	2,8 %	90,9
SHP12 Pohjois-Karjalan SHP	163899	3,0	SHP12 Pohjois-Karjalan SHP	148558	2,7 %	90,6
SHP08 Kymenlaakson SHP	163469	3,0	SHP08 Kymenlaakson SHP	137871	2,5 %	84,3
SHP09 Etelä-Karjalan SHP	127088	2,3	SHP09 Etelä-Karjalan SHP	112138	2,0 %	88,2
SHP21 Lapin SHP	116717	2,1	SHP21 Lapin SHP	111286	2,0 %	95,3
HUS Itä-Uusimaa	97540	1,8	HUS Itä-Uusimaa	98977	1,8 %	101,5
SHP10 Etelä-Savon SHP	98356	1,8	SHP10 Etelä-Savon SHP	83681	1,5 %	85,1
SHP17 Keski-Pohjanmaan SHP	77167	1,4	SHP17 Keski-Pohjanmaan SHP	71067	1,3 %	92,1
SHP19 Kainuun SHP	71385	1,3	SHP19 Kainuun SHP	59196	1,1 %	82,9
SHP20 Länsi-Pohjan SHP	59785	1,1	SHP20 Länsi-Pohjan SHP	50411	0,9 %	84,3
MA2 AHVENANMAA	30303	0,6	MA2 AHVENANMAA	34176	0,6 %	112,8
SHP11 Itä-Savon SHP	39778	0,7	SHP11 Itä-Savon SHP	30447	0,6 %	76,5

Taulukko 26 Sairaanhoitopiirien väestöpohjat vuodelta 2020 ja ennuste vuoden 2040 tilanteesta.

6.4 Lääketiede ja hoito vaativat uuden rakenteen

Kun keskussairaalaverkko 1940-luvulla rakennettiin, oli lääketiede jakaantunut vain pääspesialiteetteihin. Maaseutu oli tiheästi asuttu ja väestö työskenteli alkutuotannossa. Tilanne on täysin muuttunut. Tieto taudeista on viimeisten 20 vuoden aikana kasvanut ja hoitomahdollisuudet kehittyneet. Isot erikoisalat, kuten sisätautien alue on kehittänyt kahdeksan eri spesialiteettia ja kirurgia 11. Sisätaudit ja kirurgia ovat hajonneet ongelmakeskeisiksi itsenäisiksi hoitolinjoiksi, joilla on oma organisaatio. Suomessa lääkäreillä on nyt noin 50 erikoisalaa.

Kun keskussairaalaverkko perustettiin, oli vain suuria erikoisaloja. Nykyiset hoitolinjat eivät ole enää yhden spesialiteetin voimin hoidettavia. Esimerkiksi sydäntaudit muodostavat osaamiskeskuksen, jossa on tehtäväkohtaisia ryhmiä ja kiinteästi mukana useita erikoisaloja.

Jo päivystyksen järjestäminen vaatii ryhmälle minimikoon. Tämä puolestaan vaati tietyn väestöpohjan. Erikoissairaanhoidon kehittyessä voidaan yhä vaikeampia ongelmia ratkaista päivystysprosessissa. Samalla se merkitsee

useamman erilaisen osaamisen läsnäoloa. Päivystyshenkilökunta kasvaa, mutta potilasmäärä ei kasva. Järjestelmä tulee liian kalliiksi nykyiselle väestöpohjalle.

Sote-palveluilla on porrastettu väestöpohja. Väestöpohjan koko on suunnilleen sama kansainvälisesti. Kansanterveyslakia sovellettaessa oli maassamme muutaman kymmenen tuhannen asukkaan väestöpohjalla erikoislääkärijohtoisia terveyskeskuksia, kaupunginsairaaloita ja aluesairaaloita. Täyden palvelun erikoissairaalan väestöpohjan miniminä on ollut 1970-luvulla noin 150 000–200 000 asukasta, mutta tämä vaatimus on noussut 2000-luvulla noin 250 000–350 000 asukkaaseen. Suomessa 12 maakuntaa on väestöltään alle tämän rajan. Täyden palvelun yliopistosairaalan väestöpohja on noin 800 000–1 000 000 asukasta, jotta erikoisosaamista voidaan pitää yllä ja erityisyksiköille tulee riittävästi potilaita.

Terveyskeskuksen minimikooksi on esitetty väestöpohjaa 20 000–30 000 asukasta. Maakuntiin perustuvassa järjestelmässä ei tällaista ole, sillä koko perusterveydenhuolto kuuluu maakunnalle, jonka koko on sama kuin terveyskeskuksen väestöpohja. Maakunnallisessa perusterveydenhuollossa on luonnollisesti useita terveysasemia. Perusterveydenhuollon terveysaseman tulisi olla riittävän iso, jotta vastaanotto ei jäisi yhden tai kahden lääkärin varaan. Näihin on vaikea saada henkilökuntaa, kun varsinkaan nuoret lääkärit eivät sinne mielellään tule. Nuoret lääkärit tarvitsevat kokeneen kollegan tukea. Lisäksi alikokoisissa terveysasemissa on ongelmana haavoittuvuus, kun lääkäri voi jäädä yksikseen liian suuren vastuun kantajaksi, työntekijän parisuhteen toiselle osapuolelle ei löydy työtä, ja syrjäinen terveyskeskus koetaan ammatillisena umpikujana. Käytännössä noin neljän lääkärin asemille on pystytty saamaan työntekijöitä, jolloin terveysaseman väestöpohjaksi tulee noin 7 000–10 000. Kun etäisyydet ovat suuria, tarvitaan liikennöintijärjestelmä, joka takaa väestön pääsyn terveysasemalle. Etäpalveluiden kehittäminen ja sairaanhoitajan vastaanotot tukevat toimintaa myös etäisimmillä paikkakunnilla.

Ongelmia syntyy, kuten Savonlinnan esimerkki osoittaa, tilanteessa, jossa kaupunki haluaa pitää keskussairaalan nimen, mutta toiminta ei vastaa nimen sisältöä. Keskussairaalan ja terveyskeskuksen väillä on ollut aluesairaaloita, erikoislääkärijohtoisia, terveyskeskussairaaloita ja kaupunginsairaaloita. Luokkia on ollut liian monta ja profiili ei ole ollut selvä. Tarvitaan uusi hallinnollinen rakenne.

6.5 Digitaalinen murros tuottaa uuden palvelurakenteen

Koronaepidemia aiheutti maailmanlaajuisen muutoksen, jossa terveydenhuollon avopalveluista 30–50 % kaikissa länsimaissa siirtyi verkkopalveluiksi. Suuri kysymys on, palaavatko ne enää takaisin vai jäikö ilmiö pysyväksi. Tämä muuttaa samalla terveyspalvelujen luonnetta. USA:ssa on käsitteestä ”digital environment” tullut keskeinen visioinnin aihe. Uskotaan, että noin puolet konsultaatioista voidaan hoitaa tietoverkon kautta. Potilaat eivät

enää mene jonnekin rakennukseen vaan hoitavat ongelman digivastaanoton kautta. Potilaat voivat ottaa etäyhteyden itse tai hoitajan tukemana. Hoitajien ja lääkäreiden vastaanottoa voidaan tukea etänä. Lisäksi hoitoratkaisuja voidaan tukea tekoälyyn perustuvilla järjestelmillä. Vanhusten luona voidaan käydä digitaalisesti, jos tarve koostuu tukemisesta, muistuttamisesta tai kontrollista. Tämä kehitys helpottaa maamme harvaa ja pienten väestöpohjien palveluverkkoa.

Samalla tämä avaa mahdollisuuden paikallisiin innovatiivisin ratkaisuin, joita ei osata hahmottaa keskushallinosta käsin. Etenkin ikääntyneiden hoivassa lisääntyvässä sähköisellä kommunikaatiolla on helppo nähdä tulevaisuutta.

6.6 Lisätarve kaskukeskuksissa – purku haja-asutusalueella

Jos haluamme eliminoida palvelutarpeen arvioinneista ylimitoituksen, on siirryttävä käyttämään ikääntyneiden palvelujen suunnittelussa kahta vaiheistettua palvelukokonaisuutta. Terve ja toimintakykyinen vanhus tarvitsee tavallisia terveyspalveluja, kuten normaali aikuisväestö. Raskaampia palveluja tarvitaan elämän loppuvaiheissa taudin tai ongelmien mukaan.

Alueellista väestöennustetta vuoden 2040 jälkeisestä tilanteesta ei ole julkaistu. Ainoastaan väestön muutokset koko maata koskevina lukuina ovat käytettävissä. Niiden mukaan kuolemien määrä ei enää kasva vaan alkaa hitaasti pienentyä.

Ikäryhmän 65–74-vuotiaat koon muutokset kuvaavat vuoden 2040 jälkeistä tulevaa palvelutarvetta tarvetta. Jos tarkastellaan väestön muutosta kohdalla vuosien 2038 ja 2040 välissä, niin kaikki alueet osoittavat tämän ikäryhmän pienenemistä. Palvelutarpeen kasvu on jo alkanut ja kasvun huippu on ohitettu vuoden 2040 tienoilla.

Tilastokeskuksen väestöennusteessa on tarkasteltu vuosina 2020, 2030 ja 2040 kuolemien määrää sairaanhoitopiirikohtaisesti ja kunnittain. Koko maassa kuolemien määrä muuttuu. Vuonna 2020 niitä ennustetaan olevan 54 054, ne kasvavat vuoteen 2030 mennessä 4 156:lla tasolle 58 210 ja vuoteen 2040 vuoden 2030 tasosta vielä 7 354:llä tasolle 65 564. Kuolemien määrä kasvaa siis vuodesta 2020 vuoteen 2040 yhteensä 11 510 eli 22 %.

Tässä yhteydessä on muistettava kuolemien kausivaihtelu. Vuonna 2019 kuoli koko maassa tammikuussa 25 % enemmän henkilöitä kuin kesäkuussa. Talviepidemiat voivat hetkellisesti nostaa kuolemien määrää tätäkin korkeammaksi. Kuolemat eivät ole vakio vaan tapahtuma, jossa on pienien lukujen vuoksi suuriakin paikallaisia vaihteluita. Seuraavaksi tarkastelemme kuolemien määrän ennustettua kehittymistä sairaanhoitopiireittäin. Yli 10 % kasvu on indikoitu värillä.

Seuraavaksi tarkastelemme kuolemien määrän ennustettua kehittymistä sairaanhoitopiireittäin. Yli 10 % kasvu on indikoitu värillä (Taulukko 27).

Taulukko 27 Kuolemien määrän aiheuttama palvelutarpeen kasvu sairaanhoitopiireittäin.

Elämän päättymisten määrän kehitys sairaanhoitopiireittäin 2020-2040								
Kuolemien kehitys shp 2020-2040	Kuolleet (ennuste 2019)			Kasvuindeksi koko maa 2020 = 100			Kasvu kuukaudessa	
	2020	2030	2040	2020-2030	2030-2040	2020-2040	2020-2040	2030-2040
SHP11 Itä-Savon SHP	626	614	621	98	101	99	-1	1
SHP19 Kainuun SHP	972	964	1011	99	105	104	-1	4
SHP10 Etelä-Savon SHP	1426	1429	1484	100	104	104	0	5
SHP09 Etelä-Karjalan SHP	1646	1668	1752	101	105	106	2	7
SHP04 Satakunnan SHP	2737	2787	2932	102	105	107	4	12
SHP20 Länsi-Pohjan SHP	735	737	793	100	108	108	0	5
SHP08 Kymenlaakson SHP	2154	2200	2336	102	106	108	4	11
SHP12 Pohjois-Karjalan SHP	2059	2101	2258	102	107	110	4	13
SHP15 Etelä-Pohjanmaan SHP	2208	2220	2444	101	110	111	1	19
SHP21 Lapin SHP	1340	1382	1487	103	108	111	4	9
SHP13 Pohjois-Savon SHP	2870	2948	3204	103	109	112	7	21
SHP16 Vaasan SHP	1679	1722	1902	103	110	113	4	15
SHP14 Keski-Suomen SHP	2542	2700	3003	106	111	118	13	25
SHP17 Keski-Pohjanmaan SHP	775	826	926	107	112	119	4	8
SHP05 Kanta-Hämeen SHP	1899	2024	2281	107	113	120	10	21
SHP07 Päijät-Hämeen SHP	2426	2647	2925	109	111	121	18	23
SHP03 Varsinais-Suomen SHP	4912	5258	5969	107	114	122	29	59
SHP06 Pirkanmaan SHP	5101	5559	6334	109	114	**124**	38	65
SHP18 Pohjois-Pohjanmaan SHP	3374	3756	4395	111	117	**130**	32	53
MA2 AHVENANMAA	282	315	374	112	119	133	3	5
SHP25 Helsingin ja Uudenmaan	12291	14353	17133	117	119	**139**	172	232
KOKO MAA	54054	58210	65564	108	113	121	346	613

Merkittävä kuolemien lisääntyminen tapahtuu Varsinais-Suomen, Pirkanmaan ja Pohjois-Pohjanmaan sekä Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirien alueella. Näissä on yhteensä 8 153 kuolemaa eli 71 % kaikkiaan 11 418 kuolemasta. Suuren ikäluokan poistuminen on alueellinen ilmiö.

Suuri ikäluokka poistuu Suomesta seuraavan 25 vuoden aikana. Kuolemien ennustetaan kasvavan vuoden 2020 tasosta 53 831 vuoteen 2040 mennessä tasolle 65 664 eli kasvua on yhteensä 11 733. Saadaksemme tarkemman kuvan lisätarpeen alueellisesta jakautumisesta tarkastelemme 30 kärkikuntaa, joissa kuolemien määrä kasvaa eniten sekä 30 kuntaa, joissa kuolemien väheneminen on suurinta.

Taulukko 28 sisältää ne 30 kuntaa, joissa nyt palvelutarpeen kasvu kuolemilla mitattuna on suurinta tai pienintä.

Taulukko 28a Kärkikunnat, joissa kuolemien kasvu on suurinta.

Kuolemien kasvun kärkikunnat							
	Kuolleet (ennuste 20019)	**2019**	**2040**	**%**	**Kasvu lkm**	**Hoiva-vuosia**	**M€**
1	**257 Kirkkonummi**	210	402	191	192	144	7,2
2	**186 Järvenpää**	284	510	180	226	170	8,5
3	**858 Tuusula**	234	420	179	186	140	7
4	**543 Nurmijärvi**	256	437	171	181	136	6,8
5	**927 Vihti**	201	338	168	137	103	5,1
6	**049 Espoo**	1 521	2 520	166	999	749	37,5
7	**529 Naantali**	188	294	156	106	80	4
8	**092 Vantaa**	1 374	2 147	156	773	580	29
9	**564 Oulu**	1 303	1 993	153	690	518	25,9
10	**245 Kerava**	261	397	152	136	102	5,1
11	**292 Kaarina**	265	402	152	137	103	5,1
12	**980 Ylöjärvi**	233	343	147	110	83	4,1
13	**211 Kangasala**	248	364	147	116	87	4,4
14	**743 Seinäjoki**	475	691	145	216	162	8,1
15	**638 Porvoo**	429	598	139	169	127	6,3
16	**536 Nokia**	284	389	137	105	79	3,9
17	**179 Jyväskylä**	1 078	1 476	137	398	299	14,9
18	**444 Lohja**	444	607	137	163	122	6,1
19	**106 Hyvinkää**	424	576	136	152	114	5,7
20	**837 Tampere**	1 920	2 528	132	608	456	22,8
21	**272 Kokkola**	425	549	129	124	93	4,7
22	**167 Joensuu**	741	944	127	203	152	7,6
23	**698 Rovaniemi**	532	669	126	137	103	5,1
24	**398 Lahti**	1 245	1 560	125	315	236	11,8
25	**091 Helsinki**	5 179	6 440	124	1 261	946	47,3
26	**297 Kuopio**	1 127	1 396	124	269	202	10,1
27	**109 Hämeenlinna**	754	917	122	163	122	6,1
28	**734 Salo**	610	738	121	128	96	4,8
29	**853 Turku**	1 830	2 153	118	323	242	12,1
30	**405 Lappeenranta**	792	904	114	112	84	4,2
	Yhteensä	**24 867**	**33 702**	**136**	**8 835**	**6 626**	**331,3**

Tarkastelu osoittaa selkeästi, että suuren ikäluokan poistuminen on alueellinen ilmiö ja se kohdistuu kasvukeskuskuntiin, jonne suuri ikäluokka on aikoinaan muuttanut töihin.

Kuolemien kasvu 30 kärkikunnassa on yhteensä 8 835 tapausta eli kasvavasta palvelutarpeesta noin 75 % vastaten 331 miljoona euroa. Kun tarkastelemme 40 seuraavaksi suurinta kasvajaa, on näiden kuntien kasvu yhteensä 2

215 kuolemaa. Siis 70 eniten kasvavaa kuntaa merkitsee yhteensä 10 803 kuolemaa 95 % yhteensä ä 11 418 kuoleman kokonaiskasvusta.

Taulukko 28b Kärkikunnat, joissa kuolemien pieneneminen on suurinta.

Kuolemien pienenemisen kärkikunnat							
	Kuolleet (ennuste 20019)	**2019**	**2040**	**%**	**Kasvu lkm**	**Hoiva-vuosia**	**ME**
1	**686 Rautalampi**	60	53	88	-7	-5,3	-0,3
2	**702 Ruovesi**	83	73	88	-10	-7,5	-0,4
3	**857 Tuusniemi**	49	43	88	-6	-4,5	-0,2
4	**300 Kuortane**	57	50	88	-7	-5,3	-0,3
5	**681 Rantasalmi**	70	61	87	-9	-6,8	-0,3
6	**181 Jämijärvi**	31	27	87	-4	-3	-0,2
7	**422 Lieksa**	211	183	87	-28	-21	-1,1
8	**263 Kiuruvesi**	132	114	86	-18	-13,5	-0,7
9	**090 Heinävesi**	68	58	85	-10	-7,5	-0,4
10	**976 Ylitornio**	74	63	85	-11	-8,3	-0,4
11	**265 Kivijärvi**	20	17	85	-3	-2,3	-0,1
12	**759 Soini**	33	28	85	-5	-3,8	-0,2
13	**689 Rautjärvi**	69	58	84	-11	-8,3	-0,4
14	**204 Kaavi**	56	47	84	-9	-6,8	-0,3
15	**435 Luhanka**	18	15	83	-3	-2,3	-0,1
16	**846 Teuva**	90	75	83	-15	-11,3	-0,6
17	**791 Siikalatva**	91	75	82	-16	-12	-0,6
18	**911 Valtimo**	44	36	82	-8	-6	-0,3
19	**280 Korsnäs**	33	27	82	-6	-4,5	-0,2
20	**052 Evijärvi**	38	31	82	-7	-5,3	-0,3
21	**146 Ilomantsi**	107	87	81	-20	-15	-0,8
22	**483 Merijärvi**	15	12	80	-3	-2,3	-0,1
23	**619 Punkalaidun**	54	43	80	-11	-8,3	-0,4
24	**218 Karijoki**	24	19	79	-5	-3,8	-0,2
25	**921 Vesanto**	43	34	79	-9	-6,8	-0,3
26	**580 Parikkala**	107	84	79	-23	-17,3	-0,9
27	**732 Salla**	74	58	78	-16	-12	-0,6
28	**845 Tervola**	57	43	75	-14	-10,5	-0,5
29	**495 Multia**	34	25	74	-9	-6,8	-0,3
30	**151 Isojoki**	43	30	70	-13	-9,8	-0,5
	Yhteensä	1 885	1 569	83	-316	-237	-11,9

Lisätarve kohdistuu noin 30 kasvukeskuskuntaan, joista Espoo, Helsinki ja Vantaa edustavat 30 % kokonaistarpeesta. Kuolemien vuosivaihtelu on useimmissa Suomen kunnissa pienen väestöpohjan vuoksi +/- 20 %. Kun 30 kärkikunnan joukossa olevilla Turulla ja Lappeenrannalla kasvu on alle 20 %,

voidaan 30 kunnan otosta pitää edustavana lisätarpeen suuruusluokkaa arvioitaessa.

Kunnat, joissa ennustetaan olevan 75 % kuolemien lisääntymisestä, ovat kaikki suuria asutuskeskuksia tai sijaitsevat niiden läheisyydessä eli alueilla, jonne suuri ikäluokka muutti. Nämä taajamat tarvitsevat lisää palveluja. Taajamissa oleva palvelutarve ei ole kertakäyttöinen. Vaikka tarpeen ilmeneminen liittyy suuren ikäluokan poistumiseen, on näissä asutuskeskuksissa jatkossakin suunnilleen saman tasoinen vanhusten hoivan palvelutarve. Investointeja on tarkasteltava pitkällä tähtäimellä eikä se perustu kertakäyttöiseen suuren ikäluokan poistumispiikkiin.

Suuren ikäluokan poistuminen on siis paikallinen ilmiö ja se vaatii kärkitaajamissa vain rajoitetusti lisää vanhuspalvelujen rakentamista. Lisärakentaminen on tehtävä palvelukorttelina, joka tarvittaessa sopii myös normaaliksi asunnoksi. Lisärakentaminen kasvaviin keskuksiin on pakollinen investointi, koska sille jää pysyvä tarve.

Haja-asutusalueella tarve pienenee ja vanhustenhoitolaitosten tarve myös loppuu (2). Palvelurakenne on jo olemassa. Kunnallisesti yksiköiden ylikäyttöä on havaittavissa. Kun kuntoutus otetaan käyttöön, tarve pienenee ja vanhuksista tulee kilpailu. Tämä johtaa palvelujen keskittymiseen eikä kaikissa nykyisissä kuntataajamissa ole lainkaan vanhusten hoivaa. Tämä edellyttää sotelta alueellista pitkän tähtäimen suunnitelmaa. Tämän tulisi johtaa vanhuspalvelujärjestelmän yksiköiden erikoistumiseen ja verkottumiseen. yhdistymiseen.

6.7 Tarve maakunnittain kuolemien määrään perustuen

Seuraavassa käytetään kuolemien lukumäärää alueella (maakunnassa) hoidon tarpeen indikaattorina.

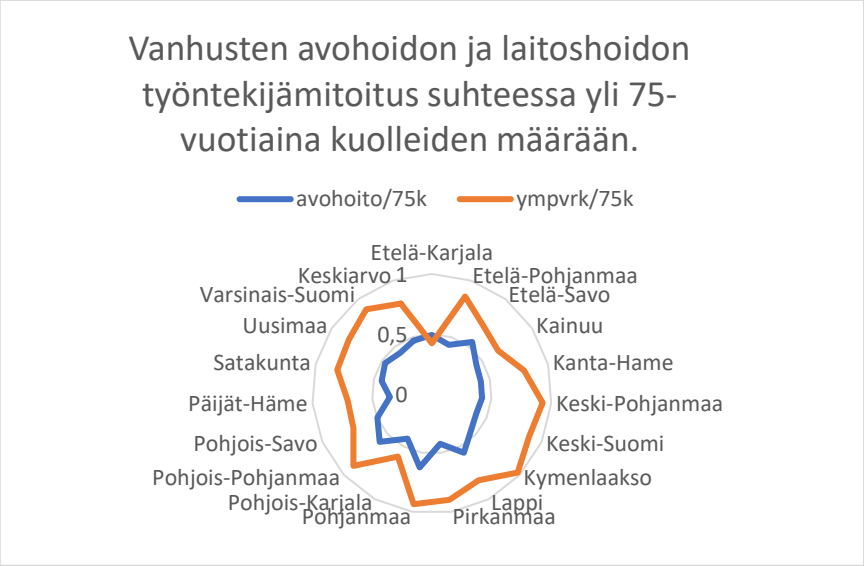
Hoitajamitoitusta tarkastelemme sekä ympärivuorokautisessa hoidossa että avohoidossa uudella tavalla. Mitoitus lasketaan hoitohenkilökunnan määrän suhteena yli 75-vuotiaina kuolleiden määrään maakunnittain. Kuolleiden määrä on laskettu Tilastokeskuksen tiedoista vuonna 2018. Hoitohenkilökunnan määränä käytetään THL:n tietoja, joissa henkilöstömäärät on laskettu Vanhuspalveluiden tila -seurantatutkimuksessa toimintayksiköiden ilmoittamista seurantaviikon (20/2018) työtunneista jakamalla luvulla 38,25.

Taulukko 29 esittää vanhusten avohoidon ja ympärivuorokautisen hoidon työntekijämäärien suhteen yli 75-vuotiaina kuolleiden määrään. Avohoidon työntekijöitä on Päijät-Hämeessä 0,35 työntekijää yhtä yli 75-vuotiaana kuollutta kohti. Vastaava luku Pohjanmaalla on 0,62. Ympärivuorokautisen hoidon työntekijöiden määrä suhteessa yli 75-vuotiaiden kuolemiin on Etelä-Karjalassa 0,42 ja Kymenlaaksossa 0,97.

Taulukko 29 Vanhusten avo- ja laitoshoidon työntekijöiden suhde kuolleiden määrään.

Maakunta	Avohoidon työntekijämäärän suhde yli 75-vuotiaina kuolleiden määrään	Ympärivuorokautisen hoidon työntekijämäärän suhde yli 75-vuotiaina kuolleiden määrään
Etelä-Karjala	0,49	0,42
Etelä-Pohjanmaa	0,43	0,86
Etelä-Savo	0,54	0,71
Kainuu	0,44	0,66
Kanta-Hame	0,42	0,79
Keski-Pohjanmaa	0,42	0,93
Keski-Suomi	0,4	0,89
Kymenlaakso	0,44	0,97
Lappi	0,56	0,82
Pirkanmaa	0,42	0,9
Pohjanmaa	0,62	0,93
Pohjois-Karjala	0,42	0,6
Pohjois-Pohjanmaa	0,59	0,89
Pohjois-Savo	0,49	0,72
Päijät-Häme	0,35	0,7
Satakunta	0,43	0,82
Uusimaa	0,46	0,83
Varsinais-Suomi	0,43	0,89

Sama asia on havainnollistettu kuvassa 22. Vain yhdessä maakunnassa (Etelä-Karjala) avohoidon työntekijämitoitus kuolleiden määrään suhteutettuna ylittää ympärivuorokautisen hoidon työntekijämitoituksen. Muissa maakunnissa ympärivuorokautisen hoidon työntekijämitoitus on suurempi kuin avohoidon työntekijämitoitus suhteessa yli 75-vuotiaina kuolleiden määrään.

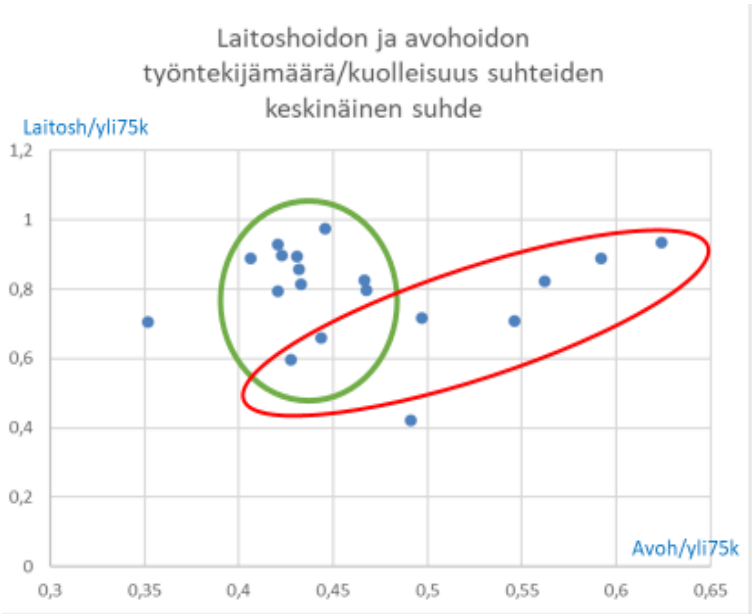


Kuva 22 Vanhusten avohoidon ja laitoshoidon työntekijämitoitus suhteessa yli 75-vuotiaina kuolleiden määrään.

Vanhusten avo- ja laitoshoidon työtekijämitoitusten keskinäinen suhde yli 75-vuotiaina kuolleiden määrään maakunnittain on esitetty pistediagrammina kuviossa 23. Laitoshoidon ja avohoidon työntekijämitoituksessa ei ole keinulautaefektiä, jolloin suuri määrä avohoidon työntekijöitä merkitsisi laitoshoidon työntekijämitoituksen pienenemistä. Mikäli keinulauta olisi, muodostuisi pistediagrammin regressiosuora laskevaksi. Poikkeuksen tekee yksi maakunta eli Etelä-Karjala.

Muut maakunnat jakautuvat kahteen ryhmään. Ensimmäinen ryhmä on kuvattu vihreällä ympyrällä. Näissä maakunnissa on korkea ympärivuorokautisen henkilöstömitoituksen taso samalla kun avohoidon mitoitus on niukka. Nämä maakunnat ovat kuviossa lähekkäin osoittaen, että ne ovat hoitoratkaisuiltaan hyvin samanlaisia.

Toinen ryhmä maakuntia on ympyröity punaisella. Vihreä ja punainen ympyrä menevät osittain päällekkäin, koska muutama maakunta voidaan tulkita kuuluvaksi kumpaan ryhmään tahansa. Näissä maakunnissa avohoidon ja laitoshoidon hoitajamitoituksissa on selvä korrelaatio: korkea laitoshoitomitoitus merkitsee myös korkeaa avohoitomitoitusta. Näiden maakuntien lisäksi on yksi maakunta, joka on kuvioiden ulkopuolinen, koska avohoidon hoitajamitoitus on todella alhainen.



Kuva 23 Vanhusten avo- ja laitoshoidon työntekijämitoitus / yli 75-vuotiaina kuolleiden määrä maakunnittain.

Mikä olisi ihanteellinen mitoitus? Humen giljotiinin uhallakin esitämme, että kuviossa 13 maakuntien tulisi liikkua oikealle (lisätä kuntoutusta ja avohoidon kapasiteettia), mutta korkeimman laitoshoitokapasiteetin maakuntien olisi mahdollista vähentää ainakin niissä maakunnissa, joissa on enemmän kuin 0,7–0,8 hoitajaa/yli 75-vuotiaan kuolema.

6.8 Yhteenveto ja johtopäätökset

Kansanterveyslain tullessa voimaan vuonna 1972 Suomi oli vielä peruselinkeinovaltainen ja teollistuminen oli vasta alussa. Maa oli väestöltään homogeeninen ja alueiden veronmaksukyvyssä ei ollut eroja. Lääketieteen mahdollisuudet olivat rajoittuneet. Rakenne- ja tilaratkaisut, jotka tuolloin tehtiin, ovat nykyisin ongelmallisia.

Terveyspalvelujärjestelmässämme on alueita, joissa on ylikapasiteettia, ja toisia alueita, jotka tarvitsevat lisää palveluja. Lisätarve on kasvukeskuksissa. Väestön hoivan tarve voidaan arvioida myös kuolemien määrästä. Kuolemien määrän mukaan arvioituna hoidon tarve jakaantuu pidemmälle ajalle kuin käytettäessä hoidon tarpeen arviointia osuutena ikäluokasta.

Käyttämällä hoivan tarpeena yhdeksän kuukautta kuolemaa kohti ja hoivavuoden keskihintana 160 euroa/vuorokausi eli noin 55 000 euroa vuodessa (13). Näin voidaan arvioida yhden kuoleman tarvitseman hoivan tarpeen hinnaksi 42 000 euroa. Kaikkiaan 11 733 kuolemaa tarvitsee siis noin 500 miljoonaa euroa. Lehdistössä esiintyvät tiedot usean miljardien lisätarpeesta eivät ole realistisia.

Lisärakentaminen kasvaviin keskuksiin on pakollinen investointi, koska sille jää pysyvä tarve. Tämä investointi ei ole lyhytkäyttöinen vaan osa kuntien keskustan normaalia kasvuprosessia, joka alkoi asunnoista ja kouluista ja jatkui keskustan kehittämisenä. Kyseessä on siis pysyvä perusinvestointi, ei suuren ikäluokan ohimenevän tarpeen hoito.

Nykyisen väestöennusteen mukaan on yli 200 kuntaa eli yli puolet kaikista kunnista, joissa ikääntymiseen liittyvä tarve pysyy vuosivaihtelun suuruusluokassa.

7 Palvelujärjestelmä on uusittava

7.1 Kansalliset laatuvaatimukset puuttuvat ja vastuu laadusta on epäselvä

Kohtuullinen vaatimus on, että samasta taudista hoito on samanlaatuista Erva-alueen sisällä. Tämä edellyttää yhtenäisiä laatukriteereitä ja niiden valvontaa. Siksi Erva-alueelle tarvitaan sisäinen riippumaton alueen laadunvalvontaelin, joka takaa sen, että potilaan kannalta on samantekevää, missä alueen yksikössä hänet hoidetaan.

Laatuvaatimuksien valvonta on nykyisin liian hajanainen ja rajoittunut. Aluehallintovirastot eivät omaa riittävää kapasiteettia. Valvira on keskittynyt henkilökunnan virheisiin ja laitteiden turvallisuuteen. Mutta esimerkiksi

kuntoutuksen puute hoitoprosessissa tai liian ahtaiden tilojen käyttö ja jopa niiden lisärakentaminen saa jatkua.

Laatuvaatimusten malleja on saatavissa. Laadun valvontaa varten tarvitaan myös palveluorganisaation omaa laatutyötä. Terveydenhuollossa tämä edellyttää riittävää itsenäisyyttä ja riippumattomuutta. Siksi tarvitaan Erva-alueen kattava sisäinen laadun valvontaelin, jolla on nimetyt yhdyshenkilöt

Jotta tasainen laatu saataisiin läpivietyä, tarvitaan myös tiloja koskevat kansalliset laatuvaatimukset.

Terveydenhuollon laadun arviointi tapahtuu mittaamalla, kuinka hyvin asetetut tavoitteet saavutetaan. Tätä varten tarvitaan sosiaali- ja terveysministeriön asettamat tavoitteet. Näitä tavoitteita, jotka koskevat numeerista laatua, onkin asetettu, kuten esimerkiksi laadun ylläpidon vuoksi asetettu synnytysten minimimäärä osoittaa. Päivystysasetuksessa puolestaan kytkee yhteen väestöpohjan ja resurssit.

Euroopan Unionissa ja Britanniassa on käytössä myös toiminnan laatua kuvaavia tavoite tai vertailulukuja. Esimerkiksi päivystysprosessin läpimenolle on asetettu neljän tunnin tavoite. Hoitoon pääsyä seurataan myös. Kiireettömälle hoidolle on tavoite alle kaksi vuorokautta tavallinen useissa maissa.

Myös vanhusten asuntojen tilat on tarkasti säädelty. Tällä hetkellä 42 m^2 vanhusta kohti on tavallinen luku uusissa rakennuksissa. Lisäksi esimerkiksi Pohjois-Irlannissa määritellään laissa yhteistilat ja niiden käyttö: ruokailu, seurustelu ja hiljentyminen. Englannissa on tarkkaan määritelty saniteettitilojen varustus eräitä esimerkkejä mainitakseni.

Osa mitoituksesta on valvovan viranomaisen puolijulkista materiaalia. Tällä tavoin päädytään tilanteeseen, jossa tila on viranomaisen harkinnan mukaan tarkoituksenmukainen ja käyttöön sopiva. Seurauksena on, että samassa sairaanhoitopiirissä voi vanhuksen huone olla 7 m^2, jossa on sänky, yöpöytä ja tuoli tai omin kalustein kalustettu huone kooltaan 15–18 m^2. Noin 7 m^2 huoneessa vanhuksen kunto huononee nopeasti ja elämä lyhenee. Tästä vastuu on ensisijaisesti sosiaali- ja terveysministeriöllä, joka yhdessä ympäristöministeriön kanssa on vastuussa siitä, että vanhusten tilat eivät ole kuntoa huonontavia vaan kuntoa parantavia.

7.2 Vanhusten palvelujärjestelmä on uudistettava

Vanhuspalveluiden tuotantoprosessi on moniportainen. Siihen kuuluu akuuttivaiheen jälkeen vaihtoehtoisesti terveyskeskuksen vuodeosasto, vanhainkoti, tehostettu palveluasunto, tavallinen palveluasunto ja kotihoito. Se mihin yksikköön vanhus sijoittuu, riippuu kunnasta. Tilat ovat liian ahtaita ja pakottavat vanhuksen vuodelepoon.

Vanhus sijoittuu laitokseen EU:n alueella pääosin seuraavan prosessin mukaisesti, jossa on pieniä maakohtaisia poikkeamia. Kriisin jälkeen vanhus joko kotiutuu tai hän siirtyy tarvitsemaansa jatkohoitoon. Kriisihoito sairaalassa on rajoitettu Euroopassa 30 vuorokauteen jo 70-luvulta alkaen. Viimeisenä rajoitukseen asetti Ruotsi 1992 Ädel-reformin yhteydessä.

Kun uusista EU-jäsenmaista Virokin toteutti uudistuksen, on suomalainen pitkäaikainen vuodeosastohoito terveyskeskuksissa ainutlaatuinen jälkeenjääneisyys EU:n alueella. Sen sijaan, että olisi mietitty hoitojärjestelmän uudistamista, on käyty keskusteluja hoitajamitoituksesta. Keskustelu osoittaa, että keskushallinnossa ei ole ollut näkemystä, halua tai aloitekykyä ongelman korjaamiseen.

Siirto akuuttihoidosta 30 vuorokauden jälkeen kuntoutusyksikköön on siis pakollinen. Sen, sijoitetaanko vanhus kuntoutukseen vai onko hän kykenevä jatkamaan itsenäistä elämää kotona tuettuna, arvioi erillinen arviointiryhmä. Tähän ei kuulu hoitavan sairaalan eikä vanhuspalveluja tuottavan yksikön edustajia. Arvioinnissa ratkaisevaa on vanhuksen kunto ja hänen todennäköinen palautumisensa kriisiä edeltävälle toiminnan tasolle. Tavallisimmin vanhus siirtyy sairaalasta kuntoutuslaitokseen tai kuntoutusosastolle, joka on riippumaton hoito-osastoista.

Kuntoutusjakso kestää kuukauden. Sen jälkeen päätetään jatkohoidosta. Jatkohoito on joko pysyvä siirtyminen vanhainkotiin tai tehostettuun palveluasuntoon, asuminen omassa kodissa tukipalveluin tai kodin siirtäminen tukipalveluin varustettuun rakennukseen, joka on suunniteltu ikääntyneitä varten.

Raskain hoito tapahtuu tehostetuissa palveluasunnoissa, joissa asiakkaan käytössä olevaa huonekokoa pitää kasvattaa. Mitoitus voisi olla 0,7 hoitajaa paikkaa kohti + siivous ja ruokahuolto.

Terveydenhuollon vanhusten palvelut ovat merkittävä taantuvan keskustaajaman toiminto, josta kunta haluaa pitää kiinni, vaikka perustarve on vähentynyt ja ylikapasiteettia esiintyisi. Hoitajamitoitus tulee nyt lakiin. Lisäksi tarvitaan laajempi lukuihin perustuva ohjeistus, kuten vuodeosaston kuntoutuksen aseman tilamitoitus.

Kotihoidon ja tehostetun palveluasunnon väliin tarvitaan uusi asumisen väliporras. Nykyinen hoitoprosessi on syytä uusia kolmiportaiseksi. Vanhusten huollossa tarvitaan kolme tuotantolinjaa:

1. Itsenäisesti asuvalle vanhukselle tukipalvelut omaan kotiin, digitaalinen yhteys 24/7 valvontakeskukseen, kotisairaanhoito ja kotihoidon tuki.
2. Itsenäinen asunto palvelukorttelissa, jossa on jatkuva hoitajien lähihoito. Samassa rakennuksessa tai korttelissa on kaikille avoimia aulapalveluita kuten ravintola, musiikin kuuntelutila, viihtyisä aula, kuntosali sekä asuntoja. Ympärivuorokautinen valvonta tapahtuu

telemetrisesti tai yöpäivystyksenä joko paikalla tai yhdistettynä lähellä olevaan pelastuslaitoksen tai terveyskeskuksen ympärivuorokautiseen palveluun. Mitoitus 0,2–0,3 työntekijää paikkaa kohti.
3. Vaikeasti sairaiden palvelujärjestelmä, jossa on henkilökuntaa ympäri-vuorokautisesti 0,7–1 työntekijää paikkaa kohti.

Vanhusten palveluja on liian vähän tasolla 1 ja eritysesti tasolla 2. Tasolla 3 on ylitarjontaa. Rakennuskanta on ahdasta eikä tue vanhusten kunnon ylläpitoa. Näin syntyy kevythoitoisista liian varhain raskashoitoisia vanhuksia. Vaikka alueellisesti palveluja on liikaa, niiden vähentäminen on vaikeaa.

Sitä on vastustettu, koska esimerkiksi vanhustenhuollossa ohjeluku vaatisi joidenkin yksiköiden siirtymistä pois mukavuusalueeltaan. Eli tarvitaan laadun mittaamista ja laatukriteerejä. Maakunnallinen sote mahdollistaa kuntien yhteiskäytön ja vähentää pienestä väestöpohjasta aiheutuvia ongelmia. Siksi ministeriön on otettava käyttöön yleisten kannanottojen lisäksi numeeriset tavoitteet.

7.3 Vanhusten asuntokanta on ongelma

Valtaosa Suomen nykyisestä asuntokannasta on 1960–1980-vuosikymmeniltä, jolloin esteettömyyteen ei juurikaan kiinnitetty huomiota. Voidaan karkeasti arvioida, että asuntokantamme pääsääntöisesti soveltuu huonosti ikääntyvien ja toimintakyvyltään heikkojen asukkaiden käyttöön. Erityisesti ongelmana on nähty, että nykyisessä muodossaan asuntojen saniteettitilat eivät tue asukkaan omatoimisuutta ja itsenäistä elämää ja ovat avustajien näkökulmasta ongelmallisia. Asuntojen muuttaminen tai peruskorjaaminen on osin mahdollista, mutta vaatii runsaasti resursseja ja on suuremmassa mitassa vaikeaa toteuttaa.

Suomessa on olemassa joukko rakennuksen pinta-alaa koskevia määräyksiä. Hissit, raput ja wc:t ovat suhteellisen tarkasti standardimitoitetut. Sen sijaan vanhusten rakennukset, palveluasunnot ja senioritalot ovat erittäin ahtaasti toteutettuja. Taustalla on asiantuntemuksen puute ja keskushallinnon yleinen haluttomuus ottaa vastuuta antamalla minimivaatimuksia tai tavoitelukuja.

Keskeisenä ongelmana on nykyisen vanhuksille suunnitellun asuntokannan heikko soveltuvuus hoivaa tarvitsevien vanhusten tai muiden erityistarpeisten ryhmien käyttöön, niiden ahtaus ja hajanainen sijainti usein etäällä taajamien keskustasta ja tilan puute ja esteettömyyden heikko toteutuminen asuntojen lähiympäristössä. Seurauksena on tarpeellisten päivittäisten asioiden hoidon vaikeutuminen ja sosiaalisten kontaktien väheneminen. Nämä mainitut asiat ovat osin toistensa syitä ja seurauksia.

Ympäristöministeriön asumisen peruskorjausstrategiatyössä on esteettömyyttä käsitelty yhtenä tekijänä. Sen sijaan asuntojen ahtauteen ei ole kiinnitetty riittävää huomiota. Ahtaimmat tiedossa olevat palveluasuntojen tilat

ovat noin 20 m^2 vanhusta kohti sisältäen sekä yhteiset oleskelu- että makuutilat.

Ympäristöministeriö on vielä viime vuosina rahoittanut asuntoja, joissa on vanhuksen omaa tilaa 20 m^2 sisältäen wc:n ja eteisen. Asuntojen peruskorjauksen ratkaisuja ja asuinrakennusten ja asuntojen parantamista tulisikin katsoa kokonaisuutena, jossa mm. energiatehokkuuden lisääminen ja käytettävyyden ja esteettömyyden parantaminen kulkevat käsi kädessä.

Vanhus tarvitsee väljän kodin rakennuksessa, jossa on riittävät yhteistilat. Rakennuksen tulee sijaita taajaman keskustassa. Tällöin tulisi kiinnittää erityistä huomiota asunnoiksi peruskorjattavien kiinteistöjen tai uudisrakentamisen sijoittumiseen kaupunkirakenteessa siten, että turvataan riittävät ja monipuoliset elämisen kannalta välttämättömät palvelut virikkeineen, liikkumisen kannalta toimiva ympäristö ja luonteva kontaktipinta ympäröivään sosiaaliseen yhteisöön.

Suomalainen terveydenhuollon rakentaminen ei ole seurannut kansainvälistä kehitystä. Meillä nykyisten hoivarakennusten juuret menevät kunnalliskodin sairasosastoon, jossa terveitäkin vanhuksia pidettiin sairaalamaisissa olosuhteissa. Seurauksena on, että vanhusten kunto ei parane tai jopa huononee, kun 24/7-palvelut ovat ylikorostettuja. Niiden ominaisuuksiin kuuluu vanhuksen sopeuttaminen liikkumattomaksi siten, että muutaman kuukauden oleskelu aiheuttaa jo tottumisen olosuhteisiin, joista ei ole paluuta itsenäiseen elämään. Ajatus kuntoutuksesta ja kunnon ylläpidosta puuttuu rakentamisen yhteydessä.

Muissa Pohjoismaissa ja muualla Euroopassa on tilanne toisenlainen. Palvelurakenne perustuu 24/7-palveluihin, vanhusten itsenäiseen asumiseen tuettuna tukipalveluin erityisissä tähän tarkoitukseen suunnitelluissa rakennuksissa. Olennaista on, että asuntojen mitoitus on riittävän väljää, että se toimii myös normaali väestön normaalina asumisena tarvittaessa ikärakenteen muuttuessa.

Ahtaudella on Suomessa pitkät perinteet. Matti Klinge on Pääkaupunki-kirjassaan kuvannut, kuinka käydessään Helsingissä vuonna 1833 Nikolai I tarkasti Unioninkadun klinikat. Kierrolla tuli vastaan lukittu ovi, jonka keisari vaati avattavaksi. Pimeästä kopista syöksyi ulos raivoava mielisairas henkilö. Keisari suuttui ja määräsi johtavan lääkärin lähtemään Pietariin katsomaan mallia siitä, kuinka sairaita hoidetaan inhimillisesti. Opintokäynnin tuloksena syntyi moderni Lapinlahden sairaala, jota muualta Euroopasta tultiin katsomaan.

Ruotsissa vanhuspalveluyksikköön sisältyy kahden tyyppisiä palveluasuntoja. Ruotsin tavallisin palveluasunto ei muistisairaalle vanhukselle on normaali yksiö tai kaksio, jossa wc-tilat sisältävät invalidimitoituksen. Rakennuksen alakerrassa on yhteistilat, joihin kuuluu isompi hotellin aulatyyppinen oleskelutila, ruokailutila, television katselunurkkaus ja rauhallinen nurkkaus omaisen kanssa keskustelua varten. Tämä tila on suhteellisen halpaa rakentaa, koska siinä riittää lattia- ja kattotilojen laajentuminen. Jos

ajattelemme rakennuskustannuksia, ovat ne noin 2 000 euroa/m^2, mutta lattia- ja kattoneliöt ovat 600 euroa/m^2. Lisätila ei ole kallista.

Toisissa lähinnä muistisairaat vanhukset asuvat tavallisessa asuintalossa itsenäisesti omin huonekaluin kalustetuissa noin 35 m^2 yksiöissä. Vanhuskompleksi koostuu useista rakennuksista ja sen koko voi olla noin 40–60 asuntoa, joilla on keskitetty yöpäivystys. Terminaalivaihetta ja sairaalasta kotiuttamista varten on varattu muutama erillinen huone lähellä yöpäivystystä.

Jotta tarpeetonta ikääntyvien ja vajaakuntoisten pitkäaikaista laitoksissa oloa voitaisiin lyhentää ja samalla vähentää hoidon tarvetta sairaaloissa ja vanhainkodeissa, tulisi kotona olemisen mahdollisuuksia ja edellytyksiä pyrkiä parantamaan aktiivisesti.

Suomessa on edelleen terveyskeskuksen vuodeosastoilla yli kuukauden kestäviä jaksoja. Useimmissa tapauksissa henkilö selviäisi tehostetussa palveluasunnossa asuen omassa yksiössään. Lisäksi hänen kuntonsa pysyisi parempana, kun hänellä olisi sekä liikkumismahdollisuus että liikkumisvelvollisuus.

Kun Suomessa ikääntyneiden kasvu muutamaan kymmeneen taajamaan, olisi syytä varmistautua siitä, että palvelurakenneratkaisut ovat riittävän monimuotoisia. Varakkaissa kunnissa tehty ahtaita rakennuksia, joissa vanhusten liikkuminen ei ole mahdollista. Näin tehdään nopeasti osittain itsehoitoisista ikääntyneistä liikkumattomia etupäässä vuoteeseen hoidettavia vanhuksia. Vanhusten palveluihin tarvitaan uusi ohjeistus ja mitoitus.

Suomessa sote-keskustelu on rajoittunut keskusteluun mitoituksesta ja erityisesti vanhusten huollon laitosten hoitajapulasta. Juurisyyhyn eli palvelujärjestelmän rakenteeseen ei ole haluttu puuttua. Palvelurakenne muuttuu joka tapauksessa perusteellisesti.

Eduskunta päätti, että hoitajamitoitus on 0,7 työntekijää asiakasta kohti vanhusten ympärivuorokautisessa hoidossa. Ajatus on hyvää tarkoittava, mutta käytäntö on ongelmallinen. Ministeriön esitys hoitajamitoituksen rahoittamiseksi sisälsi yksityislääkärin palkkioiden korvausten alentamisen. Yksikään muu ehdotus ei sisältänyt mitään konkreettista, osoittaen, ettei todellista rahoitussuunnitelmaa ole.

Mitoituksen on sanottu vaativan 4 000 hoitajaa lisää. Oikeasti tarve viiden vuoden kuluessa on yli 10 000, jos rakenteita ei korjata. On pelätty, että työntekijät otetaan kotihoidosta. Ehkä, mutta todennäköisimmin käy niin, että vanhusten ympärivuorokautisten hoitopaikkojen tarvetta vähennetään kuntoutuksen ja rakennemuutoksen ahtauden poistamisen avulla niin paljon, niin paljon, että raskaassa ympärivuorokautisessa hoidossa nykyisillä hoitajilla saavutetaan 0,7 tavoite. Tämä on mahdollista edellyttäen kuntoutuksenkehittämistä ja tuetun ikääntyneiden itsenäisen asumisen kasvattamista merkittävästi.

Hoitopaikkojen vähennys ei ole huono idea. Hoitopaikkojen määrä Suomessa vaihtelee alueittain merkittävästi, kuten aikaisemmissa raporteissamme olemme osoittaneet. Esimerkiksi Kymenlaaksossa on paikkoja kaksi kertaa enemmän kuin Etelä-Karjalassa. Vanha sosiaali- ja terveysministeriön suositus vuodelta 2012 oli, että 75 vuotta täyttäneistä 8–9 % olisi ympärivuorokautisen hoidon tarpeessa. Nykyisessä suosituksessa ei vastaava prosenttilukua ole. Tässä ja edellisessä raportissa olemme esittäneet, että 5–6 % 75 vuotta täyttäneistä voisi olla ympärivuorokautisen hoidon tarpeessa. Kuolemien määrän mukaan arvioituna luku voi olla paikallisesti matalampikin.

Hoidon tarve määräytyy ensisijaisesti ikääntymisestä ja sairauksista johtuvasta hoitotarpeesta. Vanhuksia on kuitenkin hoitopaikoilla myös maantieteellisten syiden vuoksi, kun koti on niin etäällä, että kotiin vietävä hoito on hankala toteuttaa. Lisäksi on havaintoa siitä, että kun hoitopaikat kerran on rakennettu, niin paikat myös täytetään todellisesta hoitotarpeesta riippumatta.

7.4 Tarpeen hallintaongelmia on

Ympärivuorokautisen hoidon suuri määrä kuvastaa kuntoutuksen ja kotihoidon puutteita.

Kuntoutuksen tarve on suurimmillaan silloin, kun kotonaan asuva iäkäs henkilö sairastuu ja joutuu sairaalaan. Sairaus sinänsä huonontaa ihmisen toimintakykyä, mutta sairaalahoitoon liittyy myös HAD-syndrooma (hospitalization associated disability) (1). Lyhenne tarkoittaa vuodelevon aiheuttamaa toimintakyvyn laskua tai romahdusta. Merkittävä osa sairaalahoidossa olleista vanhuksista saa sen, ja useilla tila on palautumaton. Tavallinen tie laitoshoitoon toteutuu akuutin sairauden jälkeen. Sairaus sinänsä on voitu hoitaa, mutta iäkäs henkilö ei tule enää kotiutuskelpoiseksi. Tehokkaalla ja aikaisessa vaiheessa aloitetulla kuntoutuksella voidaan osa HAD-syndrooman saaneista vielä kotiuttaa heidän omaan kotiinsa. Kotiutus asettaa myös vaatimuksia kotiin vietävään hoitoon.

Sanotaan, että kaikki haluavat asua kotonaan. Kyllä, mutta vain siihen saakka, kunnes sairaus tai ahdistus muodostavat vanhusta kotoa pois työntävän tekijän. On esitetty laskelmia siitä, kuinka paljon kotihoitoa kannattaa antaa siirtämättä vanhusta ympärivuorokautiseen hoitoon. Raja näyttää kulkevan noin 80–100 tunnissa kuukaudessa. Kuitenkin kodin kaukainen sijainti ja jotkut sairastamisen muodot kuten dementian seurauksena tullut aggressiivisuus tai karkailu tai kaatuilu voivat johtaa ympärivuorokautiseen hoitoon nopeamminkin.

Kuntoutuksen tarve. HAD-syndrooman (hospitalization associated disability, sairaalahoitoon liittyvä toimintakyvyn romahdus) torjumisessa kuntoutus on keskeisessä asemassa (1). Kuntoutus on Suomessa pirstaleista koostuen useista rahoittaja- ja toteuttajatahoista. Toivoa sopii, että kun joskus Suomessa ryhdytään purkamaan monikanavaista rahoitusta, samalla

kuntoutus saadaan yhtenäisemmäksi. Vanhuksen kuntoutuksessa ratkaisevaa on potilasvalinta, ajoitus, menetelmät ja intensiteetti. Nämä näkökohdat olisi systematisoitava laatukriteereiksi ja toteutettava samalla tavoin kaikkialla Suomessa. Suomalaisen geriatrian suuri uranuurtaja, professori Ilmari Ruikka tapasi kysyä lääketieteen opiskelijoilta, milloin akuutisti sairaalaan joutuneen vanhuksen kuntoutus on aloitettava. Vastaukseksi kelpasi ainoastaan, että kuntoutus aloitetaan siinä ambulanssissa, joka tuo hänet sairaalaan. Opetus on edelleen pätevä.

Nykyisin kuntoutusta on, mutta systemaattisuus puuttuu. Usein ymmärretään, että leikkaukseen joutunut tai aivohalvauksen saanut tarvitsee kuntoutusta. Mutta suurin osa HAD-syndroomasta syntyy potilaille, joilla on tulosyynä sisätautien alaan kuuluva sairaus kuten infektio tai sydänsairaus. Lisäksi on potilaita, joiden tulosyynä on toiminnallinen diagnoosi kuten ”löydetty jalattomana” tai kaatuminen. Kuntoutuksen ajoitus on, jos ei vielä ambulanssissa, niin ainakin heti kun ei ole lääketieteellistä estettä yrittää saada potilas jalkeille.

HAD-syndroomaa torjutaan yhteistyöllä. Kuntoutus kuuluu kaikille työntekijöille ylilääkäristä lähihoitajaan. Kuntoutus ei ole vain jotakin, jota fysioterapeutit tekevät. Elementit ovat usein yksinkertaisia. Potilas talutetaan vessaan sen sijaan, että vietäisiin alusastia. Potilas autetaan ruokapöytään ja tuetaan ruokailua sen sijaan että vietäisiin ruoka sänkyyn ja ehkä syötettäisiin. Kuntoutus tarvitsee toki vaativampiakin asioita tapauskohtaisesti, mutta kuntouttavan hoitotyön periaatteiden pitäisi olla kaikkialla käytössä ja laatua pitää seurata samoilla kriteereillä. Kuntoutuksen pitää myös jatkua yli viikonloppujen. Jos lihasvoima makuulla heikkenee 5 % vuorokaudessa, voi viikonloppu perjantaista maanantaihin viedä tilanteen palautumattomaksi. Kuntoutus vaatii asennetta, osaamista ja resursseja. Mutta tuloksena on vanhusten selvästi parempi pärjääminen kotonaan, parempi ja työntekijöille mielekkäämpi työ ja säästyneet kustannukset.

8 Keinot – uusi rakenne

8.1 Rakenneuudistusta toteutetaan

Sairaanhoitopiireihin perustuva palvelurakenne luotiin noin 75 vuotta sitten. Sitä nyt uusittu 25 vuotta ja saatu toiminta kohtuulliselle tasolle. Olemme European Consumer Powerhouse´in vertailussa 2018 kuudenneksi paras (3). Kehittäminen on ollut vireillä kauan. Tällä hetkellä soten toimintamallit, joista keskustellaan, ovat täsmälleen samoja, jotka olivat 20 vuotta sitten esillä (Forssan malli, Kunnamon malli, Kelan malli). Perusongelma on, että kunta on liian pieni yksikkö ja tarvitaan isompi väestöpohja. Kun keskussairaalaverkko 1940-luvulla rakennettiin, oli lääketiede jakaantunut vain pääspesialiteetteihin. Maaseutu oli tiheästi asuttu ja väestö työskenteli alkutuotannossa. Aluejako oli helppo tehdä kaupunkien ympärille. Tilanne on nyt muuttunut. Kun keskussairaalaverkko perustettiin, oli vain suuria

erikoisaloja. Jo päivystyksen järjestäminen vaatii väestölle minimikoon. Tämä puolestaan vaati tietyn väestöpohjan. Erikoissairaanhoidon kehittyessä voidaan yhä vaikeampia ongelmia ratkaista päivystysprosessissa. Samalla se merkitsee useamman erilaisen osaamisen läsnäoloa. Päivystyshenkilökunta kasvaa. Mutta potilasmäärä ei kasva. Järjestelmä tulee liian kalliiksi nykyiselle väestöpohjalle.

Nykyisessä rakenteessa kuntatason yleislääkärijohtoinen perustaso on selvästi erotettu erikoislääkärijohtoisesta sairaalatoiminnasta. Aika on ajanut tämän 1970-luvun porrastuksen ohi. Terveyskeskuksia on kehitetty kohtalaisen hyvin, mutta ratkaisevin digiloikka on edelleen tekemättä.

Suomen keskussairaalaverkon nykyiset väestöpohjat ovat liian pienet täyden palvelun keskussairaalaverkolle, mutta harvaan asuttu maamme tarvitsee alueellisesti kattavan palveluverkon. Tämä verkko on erilainen kuin tiheästi asutettujen maiden palveluverkot. Palveluiden järjestäminen harvaan asutuilla alueilla vaatii erityisratkaisuja, joissa mallia voi ottaa paljon suurempien etäisyyksien maista kuten Kanadasta ja Australiasta.

8.2 Väestö määrää palvelurakenteen

Usein terveydenhuollossa ja muuallakin vaaditaan rakennemuutosta. Yleensä jätetään sanomatta, mitä silloin oikeastaan tarkoitetaan. Rakennemuutos tarkoittaa koko järjestelmän muuttamista uudelle pohjalle, mikä on tuskallista, koska se merkitsee myös rakenteiden purkamista. Sosiaali- ja terveydenhuollolla on porrastettu väestöpohja, jonka koko on suunnilleen sama kansainvälisesti. Rahoituspohjan on oltava huomattavan suuri, koska maksajia täytyy olla riittävästi ja kustannusten täytyy olla kohtalaisesti ennustettavissa ilman satunnaisvaihtelua. Satunnaisvaihtelu johtaa myös alueelliseen tai erikoisalakohtaiseen potilaspulaan. Suomessa on 12 maakuntaa väestöltään alle täyden palvelun erikoissairaalan rajan.

Suomessa on useita sairaanhoitopiirejä, joiden väkiluku on 100 000–200 000 sekä muutamia pieniä piirejä, joissa väestöpohja on alle 100 000 asukasta. Itä-Savon sairaanhoitopiirin väestöpohja on niinkin alhainen kuin alle 40 000 asukasta vastaten Englannin NHS:n perustason terveyskeskuksen väestöpohjaa.

Portaittaisen mallin sijasta tulee pyrkiä palveluverkkoon, jota on tarkemmin kuvattu Kunnallisalan kehittämissäätiön raportissa Pyramidista palveluverkkoon (13).

8.3 Verkottuminen – uusi toimintamalli

Verkottuminen on uusi toimintamalli, joka nopeasti korvaa vanhoja porrastettuja rakenteita. Toimintatapa tulee muuttamaan terveydenhuollon

tuotantorakenteet helpottamaan palvelujen saatavuutta. Tämä lisää etenkin maaseudun palvelujen saavutettavuutta.

Erikoistumista, keskittymistä ja verkottumista tapahtuu jo nyt kaiken aikaa, esimerkiksi syövän hoito keskittyy. Sopimus kansallisen syöpäkeskuksen ja sen koordinoivan yksikön perustamisesta allekirjoitettiin lokakuussa 2019. Syöpäkeskuksen perustaminen on osa terveysalan tutkimus- ja innovaatiotoiminnan kasvustrategian toimeenpanoa. Koska tämä on samalla esimerkki tulevaisuuden mallista muille vastaaville aloille, tarkastellaan tätä palveluverkkoa seuraavassa tarkemmin.

Yhteensä 25 sopijapuolta (20 sairaanhoitopiiriä ja 5 lääketieteellistä yliopistoa) ovat allekirjoittaneet kansallisen syöpäkeskuksen perustamissopimuksen. Syöpäkeskuksen toiminta on jo käynnistynyt viidessä alueellisessa syöpäkeskuksessa. Alueelliset syöpäkeskukset ja HUS:in yhteyteen perustettava koordinoiva keskus muodostavat yhdessä kansallisen syöpäkeskuksen seuraavin tavoittein.

Syöpätautien hoito muuttuu nopeasti lääketieteen kehittyessä. Kansallisen ohjauksen tavoitteena on turvata hoitojen yhtäläinen saatavuus. Kansallisen syöpäkeskuksen perustamisen tavoitteena on myös parantaa hoidon vaikuttavuutta ja hillitä syövän hoidon kustannuskehitystä. Tarkoituksena on, että kansallinen syöpäkeskus parantaa syöpäsairauksien tutkimusta, tasaa voimavarojen käyttöä valtakunnallisesti, parantaa syövän ehkäisyä, seulontoja ja kuntoutusta. Erityinen tavoite on kalliiden syöpähoitojen hallittu käyttöönotto.

Vastaavaa kehitystä tapahtuu diagnostisilla erikoisaloilla. HUS Diagnostiikkakeskuksella on toimintaa kahdeksalla lääketieteen erityisalalla. Lisäksi yksikkö vastaa valtakunnallisesti useista erityisosaamista vaativista tutkimuksista ja yliopistolliselle sairaalalle kuuluvasta tutkimuksesta ja opetuksesta. HUS Diagnostiikkakeskus toimii Uudenmaan, Kymenlaakson ja Etelä-Karjalan perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa. Osa palveluista vaatii kallista laitteistoa ja erityisosaamista. Nämä yksiköt toimivat valtakunnallisesti, kuten esimerkiksi Turun yliopiston, Åbo Akademin ja Tyksin yhteinen PET-keskus.

8.4 Tulevaisuudessa ei tasoja vaan palveluverkko

Terveyskeskuksen väestöpohja oli kansanterveyslakia toteutettaessa 1980-luvulla tavoitteellisesti vähintään 3 000 asukasta. Kansanterveyslakia toteutettaessa yhdistettiin kunnanlääkärin vastaanotto, kunnansairaala ja kunnalliskotien sairasosastot yhdeksi kokonaisuudeksi, terveyskeskukseksi. Terveyskeskuksen vuodeosasto määriteltiin yleislääkärivetoiseksi. Näin syntyi maahan yhteensä 20 000 terveyskeskussairaalapaikkaa. Vuodeosastot olivat yleislääkärivetoisia ja poikkesivat Euroopan muista sairaaloista, jotka olivat erikoislääkärijohtoisia. Tämä järjestelmä on nyt pienentynyt noin 6 500 paikkaan. Se on osoittautunut sopivan hyvin haja-asutusalueelle, mutta

taajamissa toiminnot ovat yhdistyneet usein erikoissairaanhoidon kanssa toiminallisiksi kokonaisuuksiksi

Ruotsissa on yhdistetty perustaso ja erikoishoito yhtenäiseksi alueelliseksi palveluverkoksi. Etäisyydet on huomioitava. Esimerkiksi Skånen toimintamallissa Malmön ja Göteborgin puolivälissä on Ängelholmin terveyskeskussairaala, jossa on sairaanhoidon palveluja noin 100 000 asukkaalle. Yksikössä on yhteensä 37 eri palvelua, joita tuottavat erikoislääkärit, yleislääkärit ja erikoistuneet hoitajat. Yksikkö antaa myös lääkäripalvelut alueen kuntakeskuksissa oleviin palveluasuntoihin ja vanhainkoteihin.

Vastaava kehitys on meneillään USA:ssa. Pienemmät sairaalat ovat suurissa taloudellisissa ja osaavan henkilökunnan rekrytointivaikeuksissa. Isommat säätiöt ostavat niitä keräten samalla itselleen palveluverkon, joka syöttää pääsairaalaa. Englannin NHS määritteli 2020 tehdyssä uudistuksessa sosiaali- ja terveydenhuollon perusyksikön väestöpohjaksi 30 000–50 000 asukasta.

Suomen terveydenhuollon palvelujärjestelmässä on jo 1990-luvun puolivälistä vallinnut poliittinen yksimielisyys sote-uudistuksen tarpeellisuudesta. Uudistus merkitsee verkottumisen lisäksi erikoistumista ja keskittämistä. Uudistus kohtaa kuitenkin vastustusta heti, jos oman kunnan tai maakunnan palvelujärjestelmä jotenkin muuttuu. Kuntasektorin vahva poliittinen asema ja keskushallinnon heikkous ovat estäneet soteuudistuksen toteuttamisen. Nyt vireillä olevassa uudistuksessa maakuntien määrä on selvästi suurempi kuin mitä toiminnan järjestäminen edellyttää.

8.5 Uusi tulevaisuuden palvelurakenne

Seuraavassa esitetään ehdotus toimivaksi rakenteeksi. Maa jaetaan sairaanhoitoalueisiin, jotka ovat aluevastuussa väestön palveluista. Näitä alueita voisi olla viisi nykyisiä Erva-alueita vastaten. Silloin alueella on yliopistosairaala, keskussairaaloita ja maakuntasairaaloita, avohoidon yksiköitä ja sosiaalipalveluja. Vaihtoehtoinen alueiden määrä olisi 12 +HUS, jolloin jokaisella alueella on päivystävä keskussairaala. Viisi aluetta olisi siinä mielessä parempi, että silloin kullakin alueella olisi terveydenhuollon kaikki tasot.

Sairaanhoitoalueen muut tehtävät ovat vastata alueen palvelujen laadusta ja sovittaa alueen palvelujärjestelmän tuotanto siten että alueen väestö saa tasalaatuisesti tarvitsemansa palvelut. Terveydenhuollon palvelurakenteessa on erotettavissa hoidon osalta kolme eri sisältöä:

1. perustaso sisältäen perusterveydenhuollon ja sosiaalipalvelut
2. erikoissairaanhoidon lähitaso
3. pitkälle erikoistunut yliopistosairaala.

Tämän verkon toiminta edellyttää alueella koordinoitua tuotantosuunnitelmaa. Myös erilaiset terveyden edistämisen toimenpiteet johdetaan

keskitetysti osana tuotannon koordinointia. Terveyden edistäminen kattaa ne toimet, jotka suoraan kuuluvat sosiaali- ja terveydenhuoltoon kuten riskitekijöiden lääkinnällinen vähentäminen ja seulonnat. Terveyden edistämistä tapahtuu myös kunnissa, jotka huolehtivat esimerkiksi liikuntamahdollisuuksista. Kunnilla on edelleen motivaatiota edistää terveyttä, sillä se muodostaa kunnille viihtyvyys- ja kilpailutekijän.

Yliopistosairaala on sairaanhoitoalueen pääsairaala, jossa on kattavasti erikoisalat ja suppeat erikoisalat. Yliopistosairaaloiden erikoislääkärit erikoistuvat tautikohtaisiin hoitoihin ja tämän tien päässä häämöttää yksilöllinen hoito. Yksikkö toimii oman maakuntansa keskussairaalana. Yliopistosairaalan rinnalla toimii alueen maakunnan yliopistollinen pääterveyskeskus, jolla on velvoitteita alueellisella tasolla, kuten ennalta ehkäisevän terveydenhuollon koordinointi ja lähikuntoutuksen järjestäminen.

Keskussairaala on sairaanhoitoalueella olevan maakunnan päivystävä akuuttisairaala, jos väestöä on yli 150 000 asukasta. Sairaalassa on kaikki keskeiset erikoisalat. Sairaala kykenee itsenäisesti laajaan päivystykseen.
Taulukossa 30 on hahmoteltu sairaanhoitopiirien väestönmuutos vuoteen 2040 mennessä.

Taulukko 30 Sairaalaverkko.

Sairaanhoitopiirien väestön muutos 2020-2040 ja %-osuus koko maan väestöstä						
Sairaanhoitopiiri	Väestö 2020	% koko väestösta	Sairaanhoitopiiri	Väestö 2040	Osuus % väestöstä	Muutos % (2040=100)
MANNER-SUOMI	5500619	100,0	MANNER-SUOMI	5491352	100,0 %	99,8
SHP25 Helsingin ja Uudenmaan SHP	1697513	30,9	SHP25 Helsingin ja Uudenmaan SHP	1898476	34,6 %	111,8
HUS Helsinki	662389	12,0	HUS Helsinki	760700	13,9 %	114,8
SHP06 Pirkanmaan SHP	538930	9,8	SHP06 Pirkanmaan SHP	555466	10,1 %	103,1
HUS Länsi-Uusimaa	471497	8,6	HUS Länsi-Uusimaa	516711	9,4 %	109,6
SHP03 Varsinais-Suomen SHP	482912	8,8	SHP03 Varsinais-Suomen SHP	486824	8,9 %	100,8
SHP18 Pohjois-Pohjanmaan SHP	410221	7,5	SHP18 Pohjois-Pohjanmaan SHP	398715	7,3 %	97,2
HUS Vantaa	271609	4,9	HUS Vantaa	318015	5,8 %	117,1
SHP14 Keski-Suomen SHP	252719	4,6	SHP14 Keski-Suomen SHP	245554	4,5 %	97,2
SHP13 Pohjois-Savon SHP	243694	4,4	SHP13 Pohjois-Savon SHP	223779	4,1 %	91,8
HUS-Keusote	198245	3,6	HUS-Keusote	207504	3,8 %	104,7
SHP07 Päijät-Hämeen SHP	209891	3,8	SHP07 Päijät-Hämeen SHP	194657	3,5 %	92,7
SHP04 Satakunnan SHP	215887	3,9	SHP04 Satakunnan SHP	191403	3,5 %	88,7
SHP15 Etelä-Pohjanmaan SHP	192200	3,5	SHP15 Etelä-Pohjanmaan SHP	173556	3,2 %	90,3
SHP16 Vaasan SHP	169622	3,1	SHP16 Vaasan SHP	164312	3,0 %	96,9
SHP05 Kanta-Hämeen SHP	169386	3,1	SHP05 Kanta-Hämeen SHP	153955	2,8 %	90,9
SHP12 Pohjois-Karjalan SHP	163899	3,0	SHP12 Pohjois-Karjalan SHP	148558	2,7 %	90,6
SHP08 Kymenlaakson SHP	163469	3,0	SHP08 Kymenlaakson SHP	137871	2,5 %	84,3
SHP09 Etelä-Karjalan SHP	127088	2,3	SHP09 Etelä-Karjalan SHP	112138	2,0 %	88,2
SHP21 Lapin SHP	116717	2,1	SHP21 Lapin SHP	111286	2,0 %	95,3
HUS Itä-Uusimaa	97540	1,8	HUS Itä-Uusimaa	98977	1,8 %	101,5
SHP10 Etelä-Savon SHP	98356	1,8	SHP10 Etelä-Savon SHP	83681	1,5 %	85,1
SHP17 Keski-Pohjanmaan SHP	77167	1,4	SHP17 Keski-Pohjanmaan SHP	71067	1,3 %	92,1
SHP19 Kainuun SHP	71385	1,3	SHP19 Kainuun SHP	59196	1,1 %	82,9
SHP20 Länsi-Pohjan SHP	59785	1,1	SHP20 Länsi-Pohjan SHP	50411	0,9 %	84,3
MA2 AHVENANMAA	30303	0,6	MA2 AHVENANMAA	34176	0,6 %	112,8
SHP11 Itä-Savon SHP	39778	0,7	SHP11 Itä-Savon SHP	30447	0,6 %	76,5
Taulukossa erva-sairaalat ja täyden päivystyksen sairaalat on merkitty väreillä						

Jokaisessa maakunnassa on akuuttisairaala. Sairaala ei ole rakennus vaan organisaatio, johon kuuluvat kaikki alueen vuodeosastot. Akuuttisairaala on erikoislääkärijohtoinen palveluverkko. Yliopistosairaalan tuella hoidetaan

esimerkiksi leikkaushoitoa vaativia potilaita. Sairaalan toimintaa on terveyskeskusten vuodeosastoilla ja avohoitoyksiköissä.

Tämä maakunnallinen yksikkö vastaa tehtävistä, jotka ovat kuuluneet aluesairaaloille, kaupungin sairaaloille ja erikoislääkärijohtoisille terveyskeskuksille. Nämä organisaatiot ovat kadonneet, koska ne toimivat liian irrallisina. Pienemmän väestöpohjan akuuttisairaalan nimi voisi olla maakuntasairaala. Maakunta sairaala on erikoissairaala ja se vastaisi nykyisistä terveyskeskussairaaloiden vuodeosastojen muodostamasta palveluverkosta. Keskussairaalan nimi jäisi täyden päivystyskapasiteetin omaaville keskussairaaloille.

Kun nyt kootaan alueella keskitettyyn organisaatioon, tuntuisi maakuntasairaala käsitteen käyttöönotto tarkoituksenmukaisilta. Sairaalajärjestelmä olisi resursseiltaan selkeästi kolmitasoinen, yliopistosairaala, laajan päivystyksen keskussairaala ja maakuntasairaala. Mikään näistä ei ole yhdessä rakennuksessa toimiva instituutti vaan laaja palveluverkko. Taulukossa 31 on esitetty ehdotus uudeksi tuotantorakenteeksi.

Taulukko 31 Uusi tuotantorakenne värikoodein, Erva-alue keltainen, yliopistosairaala vihreä, päivystävä keskussairaala on sininen ja maakuntasairaala ruskea.

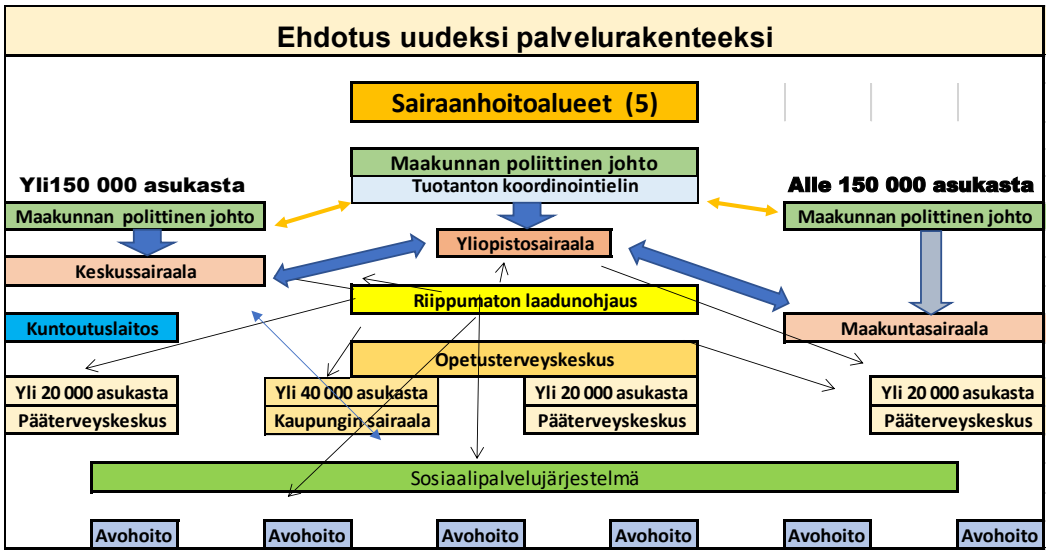
Ehdotus päivystävien keskussairaaloiden ja maakuntasairaaloiden palveluverkoksi			
HYKS erva	2188253	TAYS erva	901358
Uudenmaan yhteinen HUS	1673834	Pirkanmaan	537226
HUS Helsnki	648831	Etelä-Pohjanmaa	193207
HUS Vantaa -Kerava	265449	Kanta-Hämeen	170925
HUS Länsi-Uusimaa	465307	KYS erva	792018
HUS Keski-Uusimaa	192089	Pohjois-Savon	244236
HUS Itä-Uusimaa	102158	Etelä-Savo	98356
Etelä-Karjalan	127757	Itä-Savon	39778
Kymenlaakson	164456	Keski-Suomen	244236
Päijät-Hämeen	210057	Pohjois-Karjalan	164465
TYKS erva	868416	OYS erva	736883
Varsinais-Suomen	482169	Pohjois-Pohjanmaa	422418
Satakunnan	216752	Keski-Pohjanmaa	77167
Vaasan	169495	Länsi-Pohjan	59785
Erva-alue		Lapin	116717
Yo-sairaala		Kainuu	71385
Päivystavä keskussairaala		Maakuntasairaala	

Perustaso on kaikissa maakunnissa samanlainen. Perustason yksikön väestöpohja on noin 20 000 asukasta, mutta sivuvastaanottoja voidaan tehdä tarpeen mukaan noin 10 000 asukkaan väestölle. Sillä on useita toimipisteitä. Perustason päivystys hoitaa saman päivän aikana sairastuneet henkilöt. Päivystysyksikölle tavoitteeksi asetetaan neljän tunnin läpimeno, jota Euroopassa yleisesti käytetään. Potilaan jatkohoito ja seuranta sisältää sekä lääkärin toiminnan että hoitajien itsenäisen ja lääkärien tukeman hoitotyön.

Maakunnan ennaltaehkäisevä toiminta järjestetään yhteistoimin pääterveyskeskuksen kanssa. Maakunnan pääterveyskeskukset toimivat kiinteästi yhteistyössä sairaanhoitoalueen johdon kanssa ja huolehtii toimintatapojen ajantasaistamisesta.

8.6 Porrastuksesta toimivaan palveluverkkoon

Tilalle tulevan uuden rakenteen lähtökohta on palveluverkko, joka huomioi väestöpohjan ja tavalla tai toisella tuo palvelut lähelle asukasta. Tämä rakenne voisi olla esimerkiksi seuraavan kuvan 24 mukainen.



Kuva 24 Ehdotus palvelurakenteeksi viiden sairaanhoitoalueen mukaisesti.

Kuva kattaa Erva-alueen toimintamallin. Maakunnissa on väestöpohjaan porrastuen erilaisia akuuttihoidon malleja. Harvinaiset taudit ja suuria resursseja tai erityistä osaamista vaativat hoidot keskitetään yliopistosairaaloihin. Harvaan asutut alueet tarvitsevat erityisratkaisuja kuten liikkuvia vastaanottoja, sairaanhoitajan vastaanottoja lääkärin antaman etätukeen nojautuen ja potilaiden kuljetusjärjestelmiä. Kaikissa tapauksissa etähoidon käyttöä lisätään voimakkaasti sekä suoraan kansalaisille että lääkäreille ja hoitajille suunnattuna.

Sairaanhoitoalueilla on oma profiili. Etelä-Suomen alueella on merkittävä määrä yli 150 000 asukkaan keskussairaaloita. OYS:n alueella keskittyminen yliopistosairaalaan on suurempaa. Yli 150 000 asukkaan maakunnat ylläpitävät nykyiseen tapaan akuuttia erikoissairaalaa, jonka nimi on keskussairaala. Sillä olisi vastuu myös alueen kaikista vuodeosastoista.

Jos maakunnassa alle 150 000 asukasta, sen akuuttisairaala tukeutuu satelliittina yliopistosairaalaan. Yliopistosairaalan henkilökunta konsultoi aktiivisesti ja ajoittain paikan päällä. Tämän yksikön nimi voisi olla maakuntasairaala. Maakuntasairaala on myös useilla paikkakunnilla toimivien yksiköiden verkko.

Mikäli kaupungissa on yli 40 000 asukasta, kaupungissa voi olla kaupunginsairaala, joka samalla on maakuntasairaalan osa. Sairaalan järjestämisessä voi olla erilaisia ratkaisuja ja toimintamalleja.

Sosiaalipalvelut muodostavat monimuotoisen lähipalveluverkon, joka on painottunut paikallisten tarpeiden mukaan.

Tässä lueteltujen yksiköiden lisäksi voi olla Erva-alueella koko väestöä palvelevia erikoistuneita yksiöitä esimerkiksi kuntoutuksen tai psykiatrian alueella.

Koko Erva-alueella on yhteinen riippumaton sisäinen laadunvalvonta järjestelmä, joka hallinnollisesti sijaitsee yliopistosairaalan johdon alla. Laadunvalvontaelin vastaa siitä, että samanlaisessa kliinisessä tilanteessa potilas saa yhtä laadukkaan hoidon kaikissa avohoidon yksiköissä tai vuodeosastolla.

8.7 Otetaan käyttöön moderni johtaminen

Sotevalmistelun yhteydessä on puhuttu sotelain valmistelun johtamisesta. Edessä on kuitenkin huomattavan vaativa johtamistehtävä, sirpaleisen palveluverkon rakentaminen alueelliseksi toimivaksi kokonaisuudeksi. Terveydenhuollon yhdistäminen soteksi pitäisi lisäksi saada kireällä aikataululla ilman lisärahoitusta.

Kun Suomen pirstaleinen palvelujärjestelmä yhdistetään uusiksi kokonaisuuksiksi, on järjestelmää ryhdyttävä johtamaan. Sektorille asetettujen säästötavoitteiden toteutumisen edellytyksenä on, että sairaalan hallinto ja talousosasto kykenevät samanlaiseen laskentatoimeen kuin teollisuuden tuotantoprosessissa on. Tämä merkitsee sitä, että talousosaston on siirryttävä pois nykyiseltä mukavuusalueeltaan ja hallinnon ryhdyttävä johtamaan. Seuraavassa pari käytännön esimerkkiä asioista, joihin pitää ryhtyä puuttumaan.

Suomessa hajautetun järjestelmän vuoksi oheispalvelujen kustannustaso on korkea. Tämä näkyy sekä ei-medisiinisen koulutuksen saaneen henkilökunnan määrässä, jota on Suomessa 6–7 % kokonaishenkilökunnasta. Vastaava luku Keski-Euroopassa on tavallisimmin alle 3 %. Tämä merkitsee sitä, että talousyksiköissä on riittävä henkilöstö myös kustannuslaskentaan, jos näin halutaan. Kaksi esimerkkiä asioista, joita voisi taloushallinto tarkastella.

Laboratorion näytteiden kustannus Suomessa on noin kuusi euroa, kun Keski-Euroopassa kustannustaso on noin 0,7 euroa. Keskeinen lisäkustannus on näytteenotto ja näytteen kuljetus. Näissä on laboratorioilla oma näytteenottoverkko, jossa laboratoriohoitajat ottavat näytteet. Nämä maksavat noin kaksi euroa/näyte.
Muualla on pienissäkin yksiköissä ja suomalaisilla lääkäriasemilla käytössä omat automaatit, sairaanhoitajat ottavat näytteet ja kustannustaso on oleellisesti halvempi. Jos näytteenotto annettaisiin hoitajille ja siirryttäisiin käyttämään paikallisia automaatteja, saataisiin helposti säästöjä, koska kahdelta

lääkäriasemalta saadut tiedot kertovat noin 3 euron kustannustasosta. Kun laboratoriotutkimuksia tehdään noin 70 000 000 olisi kahden euron säästö yksikköhinnassa 140 miljoonaa euroa.

Tilankäyttötutkimukset osoittavat erikoisalojen avohoitoyksiköissä alhaista noin 30 % käyttöastetta. Kuitenkin oheispalvelun työntekijät ovat paikalla täyden työpäivän. Kyseessä on elinkeinoelämän tuntema hukkakäsite. NHS otti tavoiteohjelmaan hukan poistamisen arvioiden, että näin saadaan usean %-yksikön säästö kokonaiskustannuksiin. Uudet sairaalarakennukset Keski-Euroopassa rakennetaan erikoisalattoman avovastaanoton periaatteella, jossa aamulla toimii eri erikoisala kuin iltapäivällä. Osassa huoneita on erikoiskalustus ja sinne ohjataan laitteistoa tarvitsevat lääkärit. Avustava hoitohenkilökunta hoitaa kaikkien erikoisalojen potilaita.

Soten kustannuskriisi on kansainvälinen. Niukkenevien resurssien johtamisen ongelma on kansainvälinen. Siksi on mielenkiintoista katsoa muiden maiden ratkaisuja. Englannissa NHS otti akuuttisairaanhoidossa käyttöön hukkakäsiteen, johon laskettiin mukaan myös potilaan odotusaika tietyn tuntihinnan mukaisesti (4). Läpimenoajoilla on aikatavoitteet, joita seurataan.

Mielenkiintoisin NHS:n tavoitteista on sitoutuminen ennalta ehkäisevään terveydenhuoltoon. Tavoitteeksi on asetettu sydän ja verisuonitautien osalta 10 % säästö siten, että preventiolla ehkäistään 10 tautien ilmenemisestä. Tämä johtaa terveydenhuollon organisaation uuden tehtäväkokonaisuuden eteen ja uusien toimintamallien hakemiseen. Alueellisen palveluverkon johtaminen niukkenevien kustannusten aikana on vaativa johtamistehtävä. On harkittava, pitäisikö alueelle järjestää erityisiä koulutusmahdollisuuksia.

8.8 Kustannus- ja tulevaisuusnäkökulma

On käytetty kahta tapaa arvioida tulevaisuuden hoidon kustannuksia: Kuolemaa edeltävien viimeisten kuukausien (9 kk) hoidon kustannusten perusteella ja ympärivuorokautisesti 24/7 hoidossa olevien yli 75-vuotiaiden suhteellisen osuuden (%) mukaan.

Kuolemat kasvavat vuodesta 2020 vuoteen 2040 koko maassa kaikissa ikäluokissa yhteensä 11 300. Käyttämällä koko maan keskimääräisenä hoitoaikana ennen kuolemaa yhdeksää kuukautta ja kustannuksena noin 42 000 euroa, olisi hoidon rahoituksen lisätarve vuoteen 2040 n. 475 milj. €. Kasvusta on yli 75-vuotiaiden osuus 324 milj. € eli 68 %.

Jos puolestaan asetamme tavoitteeksi, että 24/7 hoidossa on seitsemän prosenttia (7 %) yli 75 vuotiaista, vähenisi hoidon tarve nykytasosta (EV). Jos hoitovuoden vuosikustannus on 55 000 euroa, tulee ylikäytön kustannukseksi noin 490 milj. €. Molemmilla tavoilla laskien on tulevien lisäkustannusten suuruusluokka suurin piirtein sama.

Kun siirrymme tarkastelemaan pelkästään 24/7 hoidon kustannusvaihtoehtoja, on olennaista, kuinka suuri osa (montako prosenttia) yli 75-vuotiaista on ympärivuorokautisen hoidon piirissä. Tällä hetkellä keskustelun haarukka hoidon piiriin tulevien määrästä vaihtelee Eksoten käytössä olleen viiden prosentin (5 %) ja valtakunnallisen, 31.12.2018 ympärivuorokautisessa hoidossa olleen 8,1 prosentin välillä.

Laskekaamme siis tulevaisuuden arvioitu hoidon kustannus näillä eri vaihtoehdoilla suuruusluokan havainnollistamiseksi.

Maassamme on nyt noin 544 821 yli 75-vuotiasta henkilöä. Jos heistä olisi 7 % ympärivorokautisessa hoidossa, olisi paikkatarve 38 137 paikkaa. Eksoten nykytason (5 %) mukaan tarve olisi 27 240. Ero on 10 895 paikkaa. Kyseessä on itse asiassa kuntoutusvaje, jonka rahallinen arvo vuodessa on 160 €/vrk x 365 vrk x 10 895 paikka, yhteensä 636 milj. €.

Vuoden 2018 lopussa yli 75-vuotiaita vanhuksia oli ympärivuokautisessa hoidossa 8,1 % ikäluokasta. Tuon prosenttiosuuden ja Eksoten viiden prosentin välinen tasoero on 17 038 ympärivuorokautista paikkaa. Jos vuosikustannus on 55 000 euroa paikkaa kohti, on vastaava vuosikustannusero viiden ja kahdeksan prosentin välillä 937 milj. €.

Vaihtoehto on olemassa. Jos lähdemme siitä, että raskaan hoidon tarvitsemat tilat ovat olemassa ja tarve on kevyempää hoitoa palvelukorttelissa olevissa normaaliasunnoissa, putoaa hoitokustannus noin 100 euron tasoon ja vuosikustannus 36 000 euroon. Tällöin 8 900 paikan vuotuinen kustannus olisi noin 300 milj. € suuruusluokkaa ja ikääntyneet voisivat paremmin. Tämä on usean EU-maan ratkaisu ikääntymiseen.

Kustannusnäkökulman tarkastelu osoittaa, että tarvearviot ovat satojen miljoonien suuruusluokassa. Karkeasti arvioiden yksi prosenttiyksikkö yli 75-vuotiaita lisää ympärivuorokautisen hoidon piiriin lisää kustannuksia noin 300 miljoonaa euroa.

Tulevaisuudessa 75 prosenttia (n. 8 800 yli 75-vuotiasta) paineesta hoidon järjestämiseen kohdistuu 30 kasvukuntaan (taulukko 28a). Näissä ei vanhuspalveluja ole vielä rakennettu väestön tarvetta vastaavaksi. Se työ niillä on edessä.

On aivan olennaista, miten kunnat ja kaupungit hoidon järjestävät. Vastaus ei ole ahdas tila ja sängyssä makuuttaminen, vaan jatkuva kuntoutus sen eri muodoissaan. Jos paranamme hoidon laatua uusimalla nykyisen hoitoprosessin ja ottamalla käyttöön systemaattisen kuntoutuksen, voimme selvitä merkittävästi pienemmällä 24/7 hoidon tarpeella. Jos tilat väljennetään niin, ettei ahtaus tee jatkuvaa pakkomakuuta, jolloin vuoteeseen hoidettavat ikääntyneet vähenevät. Pienistä askelista syntyvien säästöjen suuruusluokkavoi olla on satoja miljoonia euroja.

8.9 Vaikuttavuuden arviointi

Vaikuttavuus on terveydenhuollon keskeinen laatutekijä. Vaikuttavuus on samanlainen keskeinen tavoite kuin asiakastyytyväisyys, palveluiden laatu, palveluiden saatavuus ja saavutettavuus ja kustannusten hallinta. Terveydenhuollon ja lisääntyvästi sosiaalitoimen johtaminen edellyttää vaikuttavuustietoa. Mittaamisen on oltava systemaattista ja noudatettava samoja mittausmenetelmiä kaikkialla benchmarking-toiminnan mahdollistamiseksi.

Vaikuttavuus tarkoittaa hoitomenetelmän tuloksellisuutta käytännön olosuhteissa. Vaikuttavuus on eri asia kuin hoidon teho, joka tarkoittaa hoitomenetelmän tuloksellisuutta ihanneolosuhteissa. Ihanneolosuhteita ovat esimerkiksi satunnaistentun kontrolloidun kokeen asetelmassa tehty menetelmän testaaminen. Satunnaistetut kokeet ovat hoitomenetelmien kehittämisessä erittäin tärkeitä, mutta niillä on merkittävä ongelma: satunnaistettu tutkimus antaa yliarvioidun kuvan hoitojen vaikuttavuudesta käytännössä.

Vaikuttavuus käytännössä on lähes poikkeuksetta huonompi kuin teho. Tämä tarkoittaa sitä, että satunnaistettujen tutkimusten tuloksia ei pystytä soveltamaan suoraan käytännön olosuhteisiin. Tieteellisissä tutkimuksissa potilaat ovat moninkertaisesti valikoituneita. Tutkimusjoukosta karsitaan liian vanhat, liian nuoret, epävarmat diagnoosit, yhteistyöhaluttomat ja monisairaat. Tuloksena on, että käytännön hoitotulokset ovat lähempänä satunnaistettujen tutkimusten vertailuryhmien tuloksia.

Vaikuttavuuden arviointi on usein haasteellista. Satunnaistettujen kontrolloitujen kokeiden perusteella vaikuttavuutta voi arvioida, jos hoitomenetelmän teho on ollut huomattavan suuri. Toisinaan tehdään niin sanottuja pragmaattisia satunnaistettuja tutkimuksia, joissa tutkimuspotilaat otetaan suoraan hoitoyksikön potilasvirrasta mahdollisimman vähäisiä poissulkukriteerejä käyttäen. Tällöin tutkimuksen tulos on lähellä käytännön vaikuttavuutta.

Vaikuttavuutta mitataan myös kohorttitutkimuksella luonnollisella potilasaineistolla. Luonnolliset potilasaineistot ovat alttiita rajoituksilla. Plasebo-vaikutusta ei suoraan ole havaittavissa. Aineistot ovat usein pieniä ja suuretkin aineistot jakautuvat helposti pieniin alaryhmiin. Luonnollisessa aineistossa on runsaasti puuttuvia ja virheellisiä tietoja, sekä muusta aineistosta täysin poikkeavia tapauksia. Eri yksiköissä on erilaiset potilasvirrat, jolloin eri yksiköiden aineistojen alkutilaerot ovat merkittäviä. Tästä seuraa, että tilastomenetelmien käyttö on vähintäänkin haasteellista.

Hoidon vaikuttavuutta mitataan laajasti terveyteen liittyvän elämänlaadun mittareilla. Tällainen mittari on esim. suomalainen 15D, joka on muodostunut suomalaiseksi standardiksi. Elämänlaadun mittarit ovat riippumattomia diagnoosista, eli sama kyselylomake sopii kaikille potilasryhmille. Mittaria voidaan käyttää laatupainotettujen elinvuosien (QALY, quality adjusted life years) laskemiseen. QALY voidaan yhdistää kustannustietoon jakamalla kustannukset QALY-luvulla, jolloin saadaan kustannus yhtä laatupainotettua

elinvuotta kohti. Tämä on yleinen mittari verrattaessa erilaisten hoitojen hyödyllisyyttä.

Terveyteen liittyvän elämänlaadun mittaamisessa on rajoituksia, joista tulee olla tietoinen mittaria käytettäessä. Geneerinen mittari kuten 15D sopii huonosti terminaalipotilailla, iäkkäillä monisairailla terveydentilan huonontuessa, sairauksissa, jotka eivät yleensä aiheuta oireita (esim. verenpainetauti), potilaan tuntiessa itsensä lähtötilanteessa varsin terveeksi (esim. syöpä, joka ei ole vielä aiheuttanut mitään vaivaa), sairauksissa ilman sairaudentuntoa (esim. mania), pitkissä kesken olevissa hoitoprosesseissa tai kun hoito koostuu useasta osatekijästä (esim. reuma, hoitoina biologinen lääke, leikkaus ja kuntoutus).

Hoidon hyöty voi olla paitsi paranemista, myös terveydentilan huonontumisen hidastumista. Hyvin akuuteissa tilanteissa kuten esim. tajuttomalla potilaalla, ei alkutilan mittaus yleensä onnistu lainkaan ja joudutaankin käyttämään vain lopputilan mittausta, jota voidaan verrata muihin vastaavassa tilanteessa olleisiin potilaisiin sekä vastaavan väestön keskimääräiseen terveydentilaan. Rajoituksista huolimatta terveyteen liittyvän elämänlaadun mittaus on merkittävä keino hoitojen vaikuttavuutta ja kustannusvaikuttavuutta arvioitaessa.

Vaikuttavuus riippuu useita tekijöistä: hoidon vaikutuksesta sinänsä, sairauden vaikeusasteesta, sairauden ilmenemismuotojen vaihtelusta, potilaan omasta toiminnasta, potilaan paranemismahdollisuuksista esim. ikään liittyen sekä potilaan geneettisistä ominaisuuksista. Itsestään paranemista ei menetelmä sinänsä tunnista. Nyrkkisääntö on, että hoidon alussa sairaimmat hyötyvät hoidosta eniten. Jos näin ei tapahdu, on syytä suhtautua kriittisesti hoidon vaikuttavuuteen. Usein hoitotulos riippuu myös iästä siten, että hyöty alkaa vähetä jonkin kriittisen ikävuoden jälkeen.

Yleisesti geneeristä mittaria käytetään mittaamalla terveydentila ainakin kaksi kertaa ja tarkastelemalla mittausten välillä tapahtunutta muutosta. Aikaulottuvuudella on suuri merkitys ja se vaihtelee eri sairauksien kohdalla. Hyöty voi syntyä vasta hitaasti, kuten syöpätautien tai psykiatristen sairauksien hoidossa tai lastensuojelussa. Leikkauspotilaalla hyöty usein nähdään, kun potilas on ehtinyt parantua leikkauksesta. Toisaalta tyypillisesti kaikki hyödyt pyrkivät heikkenemään, kun aikaa kuluu tarpeeksi paljon. Usein käytetään esim. 6 tai 12 kuukauden kuluessa tehtyä mittausta alkutilan mittauksen lisäksi. Yleensä verrataan toisiinsa alku- ja loppumittauksen tulosta mahdollisesti eri tavoin hoidetuilla potilasryhmillä. Tulosta voidaan verrata myös hoitoyksiköiden väillä.

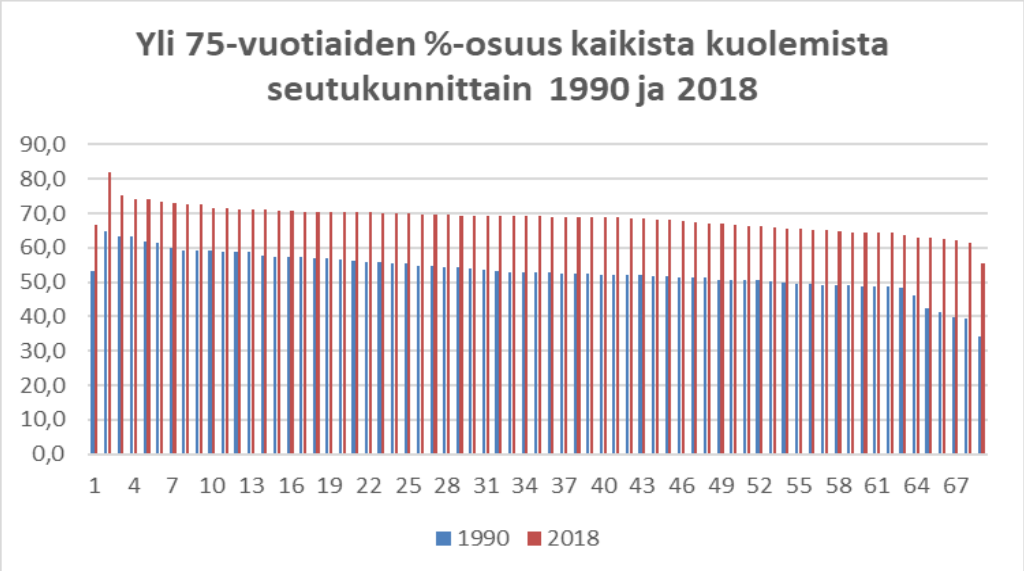
Vaikuttavuuden mittaamisen tarkoituksena on saada selville, tuottaako annettu hoito odotettua hyötyä ja mahdollisimman vähän haittaa, vertailla tuloksia eri hoitoyksiköiden välillä sekä suunnata hoitoa oikeaan aikaan oikeille potilaille. Mittausmenetelmiä tarvitaan useita. Terveydenhuollon laadun kannalta vaikuttavuuden arvioinnilla on keskeinen merkitys.

Mittauksessa tärkeimmät potilasryhmät ovat kalliit hoidot, suuren volyymin hoidot sekä kaikki ympärivuorokautisesti ja ympärivuotisesti jatkuva hoiva. Mittauksia voidaan analysoida perinteiseen tapaan vertaamalla hoitoja toisiinsa ja etsimällä lopputulokseen vaikuttavia tekijöitä. Nykyisin voidaan käyttää koneoppimiseen perustuvia menetelmiä, kuten Bayes-verkkomallit, joilla voidaan vaikuttavuus tunnistaa myös monimutkaisesta datasta (8,10).

Suomessa on vaikuttavuusmittausta tehty kohtalaisesti. Merkittävä on erityisesti HUS:in vaikuttavuustutkimus, joka on tuottanut tietoa suuresta määrästä erilaisia hoitoja. Jossakin määrin vaikuttavuustieto on myös muuttunut käytännön toiminnaksi, jossa tiedon perusteella hoitojärjestelmää on pystytty muuttamaan, kuten on tapahtunut esim. eräiden ortopedisten toimenpiteiden kohdalla.

Väestöä koskevia vaikuttavuus mittauksia tehdään jatkuvasti. Lääkkeiden testauksessa on vakiintuneet menettelytavat. Vaikeus on pienet luvut ja ilmiöiden erottaminen kohinasta. Siksi johtopäätösten teko palvelujärjestelmän kehittymisestä on vaikeaa.

Vaikuttavuuden mittauksessa kaivataan uusia ajatuksia. Mittauksen tulisi olla yksinkertainen ja ymmärrettävä. Mittareita tarvitaan useita. Sen pitäisi kuvata luotettavasti haluttua ilmiötä. Eräs mahdollisuus väestön terveydentilan seuraamiseksi on tarkastella, kuinka suuri osuus kuolemista on yli tai alle 75 vuotta. Kuvassa 25 on tarkasteltu seutukuntien kehitystä vuosien 1990 ja 2018 välillä.



Kuva 25 75 vuotta täyttäneiden osuus kaikista kuolemista Suomen seutukunnissa (seutukunnat vaaka-akselilla numeroituina 1–68) vuosina 1990 ja 2019. Ensimmäinen pilari on koko maa.

Kaikista kuolemista vuonna 1990 oli 53 % yli 75-vuotialla. Vastaava luku vuonna 2019 oli 67 % eli 30 vuodessa on tapahtunut merkittävää kehitystä. Myös alueiden väliset erot ovat tasoittuneet.

Terveydenhuollon laadun mittarina voidaan käyttää menetettyjen elinvuosien laskentaa eli PYLL-indeksiä (Potential Years of Life Lost), joka kuvaa alle 80-vuotiaana tapahtuneiden kuolemien lukumäärää väestössä 100 000 asukasta kohti. Indikaattori ilmaisee ennen 80 ikävuotta tapahtuneiden kuolemien takia menetettyjen elinvuosien lukumäärää väestössä 100 000 asukasta kohti. Ikäraja 80 vuotta perustuu väestön keskimääräiseen elinikään. PYLL-indeksi on ollut tasaisessa laskussa 1900-luvun viimeisistä vuosista alkaen. Merkittävää laskua ja kuolleisuuserojen tasaantumista on tapahtunut noin vuoden 2008 jälkeen (http://www.terveytemme.fi/avainindikaattorit/).

Sote ei onnistu ilman vaikuttavuustietoa. Vaikuttavuustieto on oleellisin keino hallita kasvavia kustannuksia oikeudenmukaisella tavalla.

9 Selviämispolku

Edellä olevassa tarkastelussa on tullut esiin useita näkökohtia, joilla pystytään saamaan sekä järjestelmä toimimaan paremmin että samalla saamaan merkittäviä kustannussäästöjä. Tämä niin sanottu selviämispolku voisi olla seuraavanlainen. Selviämispolku koskee ensisijaisesti ikääntymisen vaikutusten arviointia ja sote-uudistusta yleisemminkin. Suuren ikäluokan poistumisesta syntyvän lisäkustannuksen on arvioitu olevan noin kolme miljardia euroa. Tämän raportin laskelmien perusteella ikääntymisen lisätarve olisi noin 400–500 miljoonan euron suuruusluokkaa luokkaa. Edellytyksenä on palvelurakenteen ja palveluprosessien uudistaminen.

Tarvitaan ajattelutavan muutos

Julkisessa keskustelussa puhutaan suuren ikäluokan ikääntymisestä ongelmana. Tämä ei ole ongelma. He ovat ansainneet hyvän vanhuuden, johon tarvittavat resurssit ovat saatavissa raportissa kuvatulla tavalla. Edellytyksenä on kolmen ongelman ratkaiseminen.

1. Miten saadaan palvelujärjestelmä pidettyä toimintakykyisenä haja-asutusalueella kaupungistumisen murtaessa nykyisiä rakenteita?
2. Taajamat kasvavat nuorten ihmisten kautta. Heidän lapsensa tarvitsevat palvelut ja koulut. Yhtä luonnollista on, että vanhuspalvelut aikanaan tarvitsevat vastaavan kasvun. Ongelmana on, miten saadaan pääkaupunkiseudun ja muiden kasvutaajamien vanhustenhuolto modernisoitua ja inhimillistettyä kansainvälisten mallien mukaisesti.
3. Sosiaali- ja terveydenhuolto on hajaantunut pieniin itsenäisiin yksiköihin, joilla on vahva kunnallispoliittinen identiteetti. Ongelmana on, miten saadaan sote-aluille riittävän kyvykäs johto, joka siirtyy hallinnoimisesta johtamiseen ja

rakentaa itsenäisyyteen tottuneista yksiköistä nykyaikaisen palveluverkon.

Tehdään verkkoon perustuva palvelujärjestelmä

Nykyisen pirtaleisen järjestelmän tilalle luodaan lainsäädännöllä uusi palveluorganisaatio, jossa on seuraavat tasot: erva ja yliopistosairaalataso, maakunnan tasolla toimiva palveluverkko sisältäen erikoissairaanhoitoa joko täyden päivystyskapasiteetin omaava keskussairaalassa tai päivystävässä maakuntasairaalassa sekä lähipalvelut tuottava yhdistettyjen sosiaali- ja perusterveydenhuollon yksiköiden muodostama perustaso.

Verkon sisäinen toiminta on eri alueilla erilainen, mutta kaikki alueet tuottavat asukkaan tai potilaan kannalta saman laatuiset hoitomahdollisuudet

Uusitaan vanhusten palveluprosessi ja lopetetaan pitkäaikainen vuodeosastohoito

Euroopassa lopetettiin 70-luvulla noin 30 % sairaaloiden pitkäaikaispaikoista mukaan lukien Triestestä lähtenyt mielisairaalajärjestelmän uusiminen. Hoitoprosessia muutettiin siten, että sairaala saa hoitaa potilasta vuodeosastolla korkeintaan 30 vuorokautta. Tässä vaiheessa potilaan tilanne arvioidaan ja hän siirtyy kuntoutusyksikköön.

Suomi on ainoa poikkeus järjestelmässä, jolla edelleen on osalla terveyskeskuksista pitkäaikaisia vuodeosastoja ja systemaattinen kuntoutus puuttuu hoitoprosessista. Hoitoprosessi modernisoidaan siten, että hoitoaika kaikissa sairaaloissa rajataan 30 vuorokauteen ja kuntoutus tulee kiinteäksi osaksi vanhusten kriisin jälkeistä hoitoprosessia. Tarvittaessa hoiva jatkuu siihen tarkoitetussa yksikössä.

Samalla lopetetaan terveyskeskuksen pitkäaikaishoitoyksiköt, joiden vapautuvat tilat ja vakanssit siirretään soveltuvin osin perustettaviin kuntoutusyksiköihin.

Puretaan vanhushoidon nykyinen ylikapasiteetti

Vanhusten laitoshoidon määrä vaihtelee maan sisässä. Maassa on samanaikaisesti yli- ja alikapasiteettia. Passivoiva hoito tekee useista potilaista pitkäaikaispotilaita, kun heillä olisi vielä kapasiteettia kuntoutua asianmukaisella hoidolla. Heidän kustannuksensa on nykytasolla noin 400 miljoonaa euroa. Kuntoutus erityisesti akuutin sairaalahoitojakson jälkeen vähentää pitkäaikaisen hoidon tarvetta ratkaisevasti. Samalla hoivan kustannus

laskee noin 160 euroa/vuorokausi tasolta kotipalveluiden tasolle noin 100 euroa/ vuorokausi eli yhteensä 150 miljoonaa euroa.

Vapautuva henkilökunta tarvitaan asutuskeskusten vanhusten hoitoon.

Rakennetaan tarvittava lisäkapasiteetti kevyeen hoivaan ja kuntoutukseen

Väestön vanhenemisen vuoksi tarvitaan asutuskeskuksiin lisärakentamista noin 8 000 paikkaa. Rakentamiskustannukset ovat noin 670 miljoonaa euroa, joka kuoletetaan kiinteistövuokrana. Tämä rakennetaan palvelukorttelityyppisesti, jolloin käyttökustannukset ovat 60–100 euroa/vuorokausi. Näiden kahden rakenteen kustannusero on 55 000 euroa/vuosi tai 30 000 euroa/vuosi eli 25 000 euroa/paikka. 8 000 paikan osalta tämä merkitsee 200 miljoonaa euroa.

Rakennetaan kattava maakunnallinen kuntoutusyksiköiden verkko. Terveyskeskusten vuodeosastoista vapautuva henkilökunta ja tilat ovat tarvittaessa käytettävissä palveluverkon luontiin.

Luodaan uusia menettelyjä ja otetaan käyttöön uusia näkökulmia

COVID-19-pandemialla on merkittävä vaikutus erikoisalojen väliseen kommunikaatioon. Siitä on hetkessä siirtynyt 30 – 70 % etäyhteyksien avulla tapahtuvaksi. Tämä muuttaa koko terveydenhuollon toimintaa. Etäyhteydet eivät ole paikkasidonnaisia. Helsingissäkin on nopeasti siirrytty etävastaanottoon. Samalla tarvitaan uusia tietotekniikan ympäristöjä. Käytettävissä olevat arviot viittaavat siihen, että noin puolet potilaskontakteista voidaan hoitaa etänä.

Sähköisellä palveluverkolla on myös psykososiaalinen merkitys ikääntyneiden tai muiden erillisryhmien kontaktivälineenä.

Hoitojen vaikuttavuus keskiöön

Erityisesti kalliiden ja suurivolyymisten hoitojen vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus tulee saada tietoon ja marginaalisesti vaikuttavien hoitojen käyttöä on kyettävä rajaamaan. Yleensä ei ihan vaikuttamatonta hoitoa ole, mutta sellaisia, joiden vaikuttavuus on niukka tai kohdistuu vain osaan potilaista, on runsaasti ja niiden käyttöön tarvitaan lisää kriittistä suhtautumista.

Loppusanat – selviytymispolku

Kaikilla järjestelmillä on tietty ikä. Nykyinen 1970-luvun alussa ideoitu palvelujärjestelmä perustui itsenäiseen perustasoon, joka kirjeitse tai puhelimitse ja potilasta lähettelemällä piti yhteyttä erikoissairaanhoitoon. Kasvukeskusten vanhuspalvelujen rakentaminen on kesken ja niiden läpivienti osuu aikaan, jossa kansanvälinen ekonomia on kriisissä.

Toisaalta tietotekniikka avaa koko ajan uusia ja taloudellisempia mahdollisuuksia. Tämä vaikuttaa myös Suomen talouteen ja ratkaisuihin. Terveydenhuollossa se johtaa rakenteiden uusimiseen, edistää uusien painopisteiden luontia ja helpottaa merkittävästi työtä.

Raportissa esitetyn toimenpitein Suomi selviää nykyisin kustannuksin kaupunkitaajamien vanhusten palvelujen lisätarpeesta seuraavasti.

1. Terveydenhuollossa on kokonaisuutena tyydyttävästi voimavaroja, mutta ne ovat epätasaisesti ja osin tehottomasti jakaantuneet. Joillakin alueilla on yliresursointia, mutta varsinkin isompien kaupunkien terveydenhoito toimii niukkuudessa. Epätasainen jakautuminen on vakava tasa-arvokysymys.

2. Perinteisesti ikääntyneiden ympärivuorokautisen hoidon tarvetta on arvioitu prosentteina yli 75vuotiaista. Jos vertailutasona on, että 7 % 75 vuotta täyttäneistä on ympärivuorokautisessa hoidossa, niin vanhuksia on palveluissa 8 000 henkeä yli tämän tason.

3. Palveluiden tarvetta voidaan ajatella toisella tavalla. Palvelutarve on yhteydessä kuolemien määrään, koska palvelun tarve on suurimmillaan ennen kuolemaa. 75-vuotiaiden määrä kasvaa 548 000:sta vuoteen 2040 mennessä tasolle 910 000 eli kasvu on 66 %. Kuitenkin kuolemien määrä kasvaa vuoden 2019 tasosta 53 800 vuoteen 2040 mennessä tasolle 65 500 eli 21 %. Suurten ikäluokkien vaikutus hoidon tarpeeseen on huippukohdassaan matalampi mutta pitkäkestoisempi kuin on arvioitu.

4. Vanhusten paikkatarpeen kasvu keskittyy noin 30 kasvukeskukseen, joissa kunnat eivät vielä ole rakentaneet väestölle riittäviä vanhuspalveluja. Koulutetun hoitohenkilökunnan lisätarve on noin 6 000 henkilön suuruusluokkaa vastaten henkilökunnan vapautumista haja-asutusalueella.

5. Nykyinen ikääntyvien hoitoprosessi on monin tavoin puutteellinen. Merkittävä osa ympärivuorokautisen hoidon määrästä johtuu siitä, että vanhus sairastuu ja joutuu sairaalaan. Hänen sairautensa hoidetaan, mutta henkilö ei enää kuntoudu pärjäämään kotona. Tehokas ja oikein ajoitettu kuntoutus pystyy korjaamaan tästä osan ja vähentää pitkäaikaisen hoidon tarvetta.

6. Rakennukset ovat liian ahtaita. Useissa maissa on tilanormit, jotka edellyttävät ikääntyneillä olevan oikeus normaalikokoisiin asuntoihin. Ahtaat tilat estävät kunnon ylläpitoa ja lyhentävät ikääntyneiden elämää. Vanhukset tarvitsevat kotipalveluja ja normaalikokoisia asuntoja rakennuksissa, joiden yhteydessä on muita palveluja kuten ravintola, kuntosali ja oleskeluaula.

Uuden terveyspalvelujen verkon suunnittelu on haastava tehtävä, koska lopputulos – hyvä tai epäonnistunut – vaikuttaa vuosikymmenien päähän.

Lähteet

1. Covinsky KE, Pierluissi E, Johnston CB. Hospitalization-associated disability: "She was probably able to ambulate, but I'm not sure". JAMA. 2011;306(16):1782-1793.

2. Eurostat: Population structure and ageing Statistics Explained https://www.eeuropa.org/uploads/2/9/5/2/29520055/ageing_euro…

3. Health Consumer Powerhouse: Euro Health Consumer Index 2018

4. NHS Long Term Plan http://www.longtermplan.nhs.uk/

5. Matveinen Petri, Häkkinen Pirjo. THL – TILASTORAPORTTI 1 | 2020

6. OECD Health Statistics 2020 · https://www.oecd.org/health/health-data.htm

7. OECD European Observatory State of Health in the EU Finland Country Health Profile 2019Wednesday 12 February 2020; https://www.oecd.org/finland/Finland-Country-Health-Profiles-2019-Launch-presentation.pdf

8. Rautiainen E, Ryynänen OP, Laatikainen T, Kekolahti P. Factors Associated with 5-Year Costs of Care among a Cohort of Alcohol Use Disorder Patients: A Bayesian Network Model. Health Inform Res. 2020;26(2):129-145

9. Vauramo Erkki, Ryynänen Olli-Pekka. Sote – pyramidista palveluverkkoon. Ikääntyminen ja niukka tulevaisuus. KAKS – Kunnallisalan kehittämissäätiö 2019.

10. Ryynänen OP, Leppänen T, Kekolahti P, Mervaala E, Töyräs Bayesian Network Model to Evaluate the Effectiveness of Continuous Positive Airway Pressure Treatment of Sleep Apnea. J. Health Inform Res. 2018 Oct;24(4):346–358.

11. Sairaanhoitopiirien tilinpäätökset ja henkilöstötilinpäätökset 2008, 2017, 2019 ja osavuosi 2020. Kuntaliitto. https://www.kuntaliitto.fi/sosiaali-ja-terveysasiat/sosiaali-ja-terveydenhuollon-tilastot-ja-erillisselvitykset

12. THL (2018). Sosiaali- ja terveysalan tilastollinen vuosikirja 2018. http://www.julkari.fi/handle/10024/137595

13. THL-tietokanta2019: https://sotkanet.fi/sotkanet/fi/index

14. Tarvevakioidut_menot_kunnittain_maakunnittain_ja_sairaanhoitopiireitt%C3%A4in_2018.xlsx/f37cbeb4-e6d2-6261-38a0-76a5b753d606?t=1593498463229, https://thl.fi/documents/2616650/3514854/ THL

15. THL:n tilastot ja data sekä Hilmo-poiminnat vuosien 2008–2018 palvelujen käytöstä. https://thl.fi/fi/tilastot-ja-data

16. Tilastokeskus (2019). Tietokannat väestöstä ja työssäkäynnistä, erillispoimintoja.

17. Tilastokeskus: Suomen virallinen tilasto (SVT): Väestöennuste [verkkojulkaisu]. ISSN=1798–5137. 2019.

18. Tilastokeskus, Suomi lukuina: https://www.tilastokeskus.fi/tup/suoluk/suoluk_vaesto.html

Liitteet

Liite. Tulosyyt sairaanhoitopiireittäin

Taulukossa % hoitojaksoja kaikista tarkoittaa % koko kyseisen sairaanhoitopiirin käytöstä.

Yli 75-vuotiaat tulosyy: Itsestään huolehtimisen vajavuus												
SHP/ Itsensä huolehtimisen vajavuus	Jaksot	Jaksot (%) kaikista	Hoito-päivät	Hoitopäivät (%) kaikista	Hoito-aika vrk	Jakson hinta 160 €/vrk	Keski-ikä	Hoitoi-suus (ka)	Kertynyt kustan-nus M€	Väestö 75+	Jaksot /10000as	Hoito-pv/ asuk.
Keski-Suomen SHP	1238	47	730 611	46	590	94 425	86	5	116,9	23329	531	31,3
Ahvenanmaa	135	58	108 225	56	802	128 267	88	4	17,3	2718	497	39,8
Kymenlaakson SHP	954	48	537 152	46	563	90 088	87	4	85,9	19481	490	27,6
Varsinais-Suomen SHP	2235	44	1 380 894	44	618	98 856	87	4	220,9	46731	478	29,5
Keski-Pohjanmaan SHP	356	48	156 424	45	439	70 303	87	5	25,0	7526	473	20,8
Kainuun SHP	414	40	266 548	37	644	103 014	87	5	42,6	8753	473	30,5
Pohjois-Pohjanmaan SHP	1486	41	875 430	44	589	94 259	87	5	140,1	32129	463	27,2
Satakunnan SHP	1149	43	585 893	41	510	81 586	87	5	93,7	25213	456	23,2
Kanta-Hämeen SHP	794	43	456 958	44	576	92 082	87	5	73,1	17658	450	25,9
Etelä-Pohjanmaan SHP	885	37	435 769	40	492	78 783	88	5	69,7	21025	421	20,7
Etelä-Savon SHP	524	37	275 857	41	526	84 231	86	5	44,1	12756	411	21,6
Päijät-Hämeen SHP	886	40	457 663	39	517	82 648	87	5	73,2	22458	395	20,4
Pohjois-Karjalan SHP	708	40	343 560	38	485	77 641	86	5	55,0	17972	394	19,1
Helsingin ja Uudenmaan SHP	4334	39	3 291 091	42	759	121 499	86	4	526,6	112373	386	29,3
Lapin SHP	458	32	229 571	30	501	80 199	86	5	36,7	12019	381	19,1
Etelä-Karjalan SHP	579	41	333 111	41	575	92 051	87	4	53,3	15350	377	21,7
Länsi-Pohjan SHP	246	34	190 877	41	776	124 148	87	5	30,5	6620	372	28,8
Pirkanmaan SHP	1779	36	1 021 466	36	574	91 869	87	5	163,4	49044	363	20,8
Vaasan SHP	567	32	336 800	31	594	95 041	87	4	53,9	17135	331	19,7
Pohjois-Savon SHP	820	30	504 024	37	615	98 346	87	4	80,6	25759	318	19,6
Itä-Savon SHP	145	25	101 029	27	697	111 480	87	4	16,2	5751	252	17,6
Kaikki yhteensä	**20692**	**39**	**12 618 953**	**41**	**610**	97 576			2 019,0	**501800**	**41**	**25,1**
Yli 75- vuotiaat tulosyy: Liikkumiskyvyn vajaavuudet												
SHP/ Liikkumiskyvyn vajavuudet	Jaksot	Jaksot (%) kaikista	Hoito-päivät	Hoitopäivät (%) kaikista	Hoito-aika vrk	Jakson hinta 160 €/vrk	Keski-ikä	Hoitoi-suus (ka)	Kertynyt kustan-nus M€	Väestö 75+	Jaksot /10000as	Hoito-pv/ asuk.
Etelä-Savon SHP	125	9	58 190	9	466	74 483	86	5	9,3	12756	98	4,6
Itä-Savon SHP	46	8	35 525	9	772	123 565	87	5	5,7	5751	80	6,2
Satakunnan SHP	197	7	96 244	7	489	78 168	87	5	15,4	25213	78	3,8
Kainuun SHP	65	6	47 284	7	727	116 391	86	5	7,6	8753	74	5,4
Varsinais-Suomen SHP	328	6	198 468	6	605	96 814	87	4	31,8	46731	70	4,2
Pohjois-Karjalan SHP	118	7	46 676	5	396	63 289	86	5	7,5	17972	66	2,6
Pohjois-Savon SHP	168	6	101 320	8	603	96 495	87	5	16,2	25759	65	3,9
Länsi-Pohjan SHP	42	6	37 801	8	900	144 004	87	5	6,0	6620	63	5,7
Keski-Suomen SHP	143	5	100 462	6	703	112 405	87	4	16,1	23329	61	4,3
Etelä-Pohjanmaan SHP	125	5	62 575	6	501	80 096	87	5	10,0	21025	59	3,0
Pohjois-Pohjanmaan SHP	190	5	125 528	6	661	105 708	87	5	20,1	32129	59	3,9
Kanta-Hämeen SHP	104	6	62 190	6	598	95 677	86	4	10,0	17658	59	3,5
Etelä-Karjalan SHP	83	6	54 739	7	660	105 521	86	4	8,8	15350	54	3,6
Kymenlaakson SHP	104	5	56 486	5	543	86 902	88	5	9,0	19481	53	2,9
Keski-Pohjanmaan SHP	40	5	23 318	7	583	93 272	86	5	3,7	7526	53	3,1
Pirkanmaan SHP	260	5	157 123	6	604	96 691	86	5	25,1	49044	53	3,2
Lapin SHP	62	4	32 359	4	522	83 507	85	4	5,2	12019	52	2,7
Ahvenanmaa	13	6	8 737	5	672	107 532	88	4	1,4	2718	48	3,2
Vaasan SHP	81	5	51 680	5	638	102 084	88	5	8,3	17135	47	3,0
Helsingin ja Uudenmaan SHP	523	5	363 715	5	695	111 270	87	4	58,2	112373	47	3,2
Päijät-Hämeen SHP	104	5	53 518	5	515	82 335	86	5	8,6	22458	46	2,4
Kaikki yhteensä	**2921**	**6**	**1 773 938**	**6**	**607**	**97 169**			**283,8**	**501800**	**6**	**3,5**

Yli 75-vuotiaat tulosyy: Muistamattomuus, dementia												
SHP/ Muistamattomuus, dementia	Jaksot	Jaksot (%) kaikista	Hoito-päivät	Hoitopäivät (%) kaikista	Hoito-aika vrk	Jakson hinta 160 €/vrk	Keski-ikä	Hoitoi-suus (ka)	Kertynyt kustan-nus M€	Väestö 75+	Jaksot /10000as	Hoito-pv/ asuk.
Lapin SHP	559	39	336 318	44	602	96 263	86	5	54	12019	465	28,0
Pohjois-Savon SHP	1090	39	523 446	39	480	76 836	86	5	84	25759	423	20,3
Pohjois-Karjalan SHP	728	41	377 484	42	519	82 964	86	5	60	17972	405	21,0
Vaasan SHP	662	37	471 716	43	713	114 010	87	5	75	17135	386	27,5
Pirkanmaan SHP	1851	38	1 211 573	43	655	104 728	87	5	194	49044	377	24,7
Länsi-Pohjan SHP	244	34	157 454	34	645	103 249	86	5	25	6620	369	23,8
Etelä-Savon SHP	470	33	254 783	38	542	86 735	86	5	41	12756	368	20,0
Päijät-Hämeen SHP	815	37	491 029	42	602	96 398	86	5	79	22458	363	21,9
Satakunnan SHP	891	33	534 137	37	599	95 917	87	5	85	25213	353	21,2
Helsingin ja Uudenmaan SHP	3925	35	2 859 491	37	729	116 565	86	5	458	112373	349	25,4
Etelä-Pohjanmaan SHP	716	30	411 380	38	575	91 928	87	5	66	21025	341	19,6
Kanta-Hämeen SHP	596	32	399 702	39	671	107 303	86	5	64	17658	338	22,6
Pohjois-Pohjanmaan SHP	1065	29	714 024	36	670	107 271	86	5	114	32129	331	22,2
Kymenlaakson SHP	627	32	415 305	35	662	105 979	87	5	66	19481	322	21,3
Varsinais-Suomen SHP	1499	30	1 022 073	32	682	109 094	87	5	164	46731	321	21,9
Keski-Suomen SHP	743	28	494 804	31	666	106 553	86	5	79	23329	318	21,2
Keski-Pohjanmaan SHP	233	32	105 265	30	452	72 285	87	5	17	7526	310	14,0
Itä-Savon SHP	178	31	124 184	33	698	111 626	86	5	20	5751	310	21,6
Etelä-Karjalan SHP	425	30	288 174	36	678	108 489	87	5	46	15350	277	18,8
Kainuun SHP	203	19	155 400	22	766	122 483	86	4	25	8753	232	17,8
Ahvenanmaa	37	16	29 270	15	791	126 573	85	5	5	2718	136	10,8
Koko maa	17557	34	11377012	37	648	103 681			1820	501800	350	22,7

Yli 75- vuotiaat tulosyy: Muut hermostolliset syyt												
SHP/ Muut hermostolliset syyt	Jaksot	Jaksot (%) kaikista	Hoito-päivät	Hoitopäivät (%) kaikista	Hoito-aika vrk	Jakson hinta 160 €/vrk	Keski-ikä	Hoitoi-suus (ka)	Kertynyt kustan-nus M€	Väestö 75+	Jaksot /10000as	Hoito-pv/ asuk.
Länsi-Pohjan SHP	47	7	22 306	5	475	75 935	87	5	3,6	6620	71	3,4
Vaasan SHP	105	6	74 028	7	705	112 805	88	5	11,8	17135	61	4,3
Etelä-Karjalan SHP	40	3	33 000	4	825	132 000	87	4	5,3	15350	26	2,1
Kanta-Hämeen SHP	46	3	31 680	3	689	110 191	85	5	5,1	17658	26	1,8
Varsinais-Suomen SHP	119	2	106 168	3	892	142 747	86	5	17,0	46731	25	2,3
Satakunnan SHP	64	2	39 704	3	620	99 260	88	5	6,4	25213	25	1,6
Kainuun SHP	22	2	10 717	2	487	77 942	84	5	1,7	8753	25	1,2
Etelä-Savon SHP	31	2	18 511	3	597	95 541	86	5	3,0	12756	24	1,5
Pohjois-Karjalan SHP	43	2	43 917	5	1021	163 412	85	4	7,0	17972	24	2,4
Helsingin ja Uudenmaan SHP	250	2	160 803	2	643	102 914	85	4	25,7	112373	22	1,4
Ahvenanmaa	6	3	7 002	4	1167	186 720	83	3	1,1	2718	22	2,6
Pohjois-Pohjanmaan SHP	67	2	42 523	2	635	101 547	85	4	6,8	32129	21	1,3
Pirkanmaan SHP	84	2	49 037	2	584	93 404	86	4	7,8	49044	17	1,0
Keski-Suomen SHP	36	1	30 443	2	846	135 302	85	4	4,9	23329	15	1,3
Kymenlaakson SHP	30	2	12 686	1	423	67 659	88	5	2,0	19481	15	0,7
Pohjois-Savon SHP	38	1	20 767	2	547	87 440	87	5	3,3	25759	15	0,8
Päijät-Hämeen SHP	33	1	26 361	2	799	127 811	85	5	4,2	22458	15	1,2
Etelä-Pohjanmaan SHP	23	1	14 478	1	629	100 717	86	4	2,3	21025	11	0,7
Lapin SHP	11	1	6 280	1	571	91 345	86	5	1,0	12019	9	0,5
Itä-Savon SHP	5	1	3 228	1	646	103 296	89	5	0,5	5751	9	0,6
Keski-Pohjanmaan SHP	6	1	5 539	2	923	147 707	90	4	0,9	7526	8	0,7
Koko maa	**1106**	**2,1**	**759 178**	**2,5**	**686**	**109 827**			**121**	**501800**	**22**	**1,5**

Yli 75 -vuotiaat tulosyy: Muut psykiatriset sairaudet tai oireet												
SHP/ Muut psykiatr. sairaus/oire	Jaksot	Jaksot (%) kaikista	Hoito-päivät	Hoitopäivät (%) kaikista	Hoito-aika vrk	Jakson hinta 160 €/vrk	Keski-ikä	Hoitoi-suus (ka)	Kertynyt kustan-nus M€	Väestö 75+	Jaksot /10000as	Hoito-pv/ asuk.
Ahvenanmaa	6	3	14 704	8	2451	392 107	84	3	2	2718	22	5,4
Pirkanmaan SHP	82	2	72 722	3	887	141 897	83	4	12	49044	17	1,5
Itä-Savon SHP	9	2	17 983	5	1998	319 698	86	4	3	5751	16	3,1
Vaasan SHP	25	1	20 821	2	833	133 254	84	4	3	17135	15	1,2
Helsingin ja Uudenmaan SHP	146	1	203 101	3	1391	222 576	84	4	32	112373	13	1,8
Satakunnan SHP	31	1	26 913	2	868	138 906	83	4	4	25213	12	1,1
Keski-Suomen SHP	26	1	29 961	2	1152	184 375	84	4	5	23329	11	1,3
Lapin SHP	13	1	33 811	4	2601	416 135	82	4	5	12019	11	2,8
Länsi-Pohjan SHP	7	1	7 299	2	1043	166 834	84	5	1	6620	11	1,1
Etelä-Pohjanmaan SHP	22	1	20 264	2	921	147 375	82	5	3	21025	10	1,0
Kainuun SHP	9	1	9 655	1	1073	171 644	84	4	2	8753	10	1,1
Kanta-Hämeen SHP	17	1	19 672	2	1157	185 148	83	5	3	17658	10	1,1
Etelä-Savon SHP	12	1	7 775	1	648	103 667	84	4	1	12756	9	0,6
Pohjois-Karjalan SHP	15	1	15 740	2	1049	167 893	83	4	3	17972	8	0,9
Kymenlaakson SHP	16	1	21 440	2	1340	214 400	84	5	3	19481	8	1,1
Varsinais-Suomen SHP	35	1	45 143	1	1290	206 368	84	4	7	46731	7	1,0
Pohjois-Savon SHP	19	1	12 906	1	679	108 682	81	4	2	25759	7	0,5
Päijät-Hämeen SHP	16	1	28 169	2	1761	281 690	86	4	5	22458	7	1,3
Keski-Pohjanmaan SHP	5	1	3 574	1	715	114 368	82	5	1	7526	7	0,5
Pohjois-Pohjanmaan SHP	21	1	21 645	1	1031	164 914	83	4	3	32129	7	0,7
Etelä-Karjalan SHP	10	1	17 559	2	1756	280 944	86	4	3	15350	7	1,1
Koko maa	**542**	**1**	**650 857**	**2**	**1201**	**192 135**			**104**	**501800**	**11**	**1,3**

Yli 75-vuotiaat tulosyy: Yksinäisyys ja turvattomuus												
SHP/ Yksinäisyys, turvattomuus	Jaksot	Jaksot (%) kaikista	Hoito-päivät	Hoitopäivät (%) kaikista	Hoito-aika vrk	Jakson hinta 160 €/vrk	Keski-ikä	Hoitoisuus (ka)	Kertynyt kustannus M€	Väestö 75+	Jaksot /10000as	Hoito-pv/ asuk.
Ahvenanmaa	10	4	8 247	4	825	131 952	90	3	1	2718	37	3,0
Varsinais-Suomen SHP	169	3	161 892	5	958	153 271	89	3	26	46731	36	3,5
Vaasan SHP	57	3	34 177	3	600	95 935	88	3	5	17135	33	2,0
Lapin SHP	31	2	23 995	3	774	123 845	88	3	4	12019	26	2,0
Keski-Suomen SHP	57	2	84 667	5	1485	237 662	90	3	14	23329	24	3,6
Helsingin ja Uudenmaan SHP	266	2	260 367	3	979	156 612	88	2	42	112373	24	2,3
Etelä-Pohjanmaan SHP	48	2	34 800	3	725	116 000	88	3	6	21025	23	1,7
Länsi-Pohjan SHP	15	2	3 338	1	223	35 605	88	5	1	6620	23	0,5
Satakunnan SHP	57	2	31 685	2	556	88 940	88	3	5	25213	23	1,3
Kainuun SHP	19	2	10 301	1	542	86 745	89	3	2	8753	22	1,2
Kanta-Hämeen SHP	38	2	13 219	1	348	55 659	90	3	2	17658	22	0,7
Pirkanmaan SHP	104	2	75 527	3	726	116 195	90	4	12	49044	21	1,5
Päijät-Hämeen SHP	47	2	29 370	3	625	99 983	88	3	5	22458	21	1,3
Itä-Savon SHP	12	2	14 492	4	1208	193 227	91	4	2	5751	21	2,5
Pohjois-Pohjanmaan SHP	56	2	24 712	1	441	70 606	87	3	4	32129	17	0,8
Etelä-Karjalan SHP	22	2	28 548	4	1298	207 622	91	2	5	15350	14	1,9
Etelä-Savon SHP	18	1	7 869	1	437	69 947	87	4	1	12756	14	0,6
Pohjois-Karjalan SHP	25	1	11 269	1	451	72 122	89	3	2	17972	14	0,6
Keski-Pohjanmaan SHP	10	1	10 583	3	1058	169 328	88	2	2	7526	13	1,4
Pohjois-Savon SHP	32	1	41 865	3	1308	209 325	89	3	7	25759	12	1,6
Kymenlaakson SHP	24	1	11 658	1	486	77 720	91	3	2	19481	12	0,6
Koko maa	**1117**	**2**	**922 581**	**3**	**826**	**132 151**			**148**	**501800**	**22**	**1,8**
Yli 75-vuotiaat tulosyy: Asumisongelmat												
SHP/Asumisongelmat	Jaksot	Jaksot (%) kaikista	Hoito-päivät	Hoitopäivät (%) kaikista	Hoito-aika vrk	Jakson hinta 160 €/vrk	Keski-ikä	Hoitoisuus (ka)	Kertynyt kustannus M€	Väestö 75+	Jaksot /10000as	Hoito-pv/ asuk.
Kainuun SHP	64	6	107 207	15	1675	268 018	86	3	17	8753	73	12,2
Kymenlaakson SHP	35	2	24 545	2	701	112 206	84	4	4	19481	18	1,3
Länsi-Pohjan SHP	10	1	9 048	2	905	144 768	86	3	1	6620	15	1,4
Helsingin ja Uudenmaan SHP	157	1	270 384	3	1722	275 551	87	2	43	112373	14	2,4
Keski-Pohjanmaan SHP	10	1	19 737	6	1974	315 792	90	2	3	7526	13	2,6
Itä-Savon SHP	5	1	7 930	2	1586	253 760	94	4	1	5751	9	1,4
Keski-Suomen SHP	20	1	14 181	1	709	113 448	87	4	2	23329	9	0,6
Pirkanmaan SHP	41	1	75 191	3	1834	293 428	88	3	12	49044	8	1,5
Pohjois-Pohjanmaan SHP	25	1	43 902	2	1756	280 973	85	3	7	32129	8	1,4
Pohjois-Savon SHP	20	1	7 888	1	394	63 104	87	5	1	25759	8	0,3
Varsinais-Suomen SHP	36	1	62 497	2	1736	277 764	88	2	10	46731	8	1,3
Etelä-Pohjanmaan SHP	15	1	14 809	1	987	157 963	86	4	2	21025	7	0,7
Lapin SHP	8	1	5 668	1	709	113 360	87	3	1	12019	7	0,5
Etelä-Karjalan SHP	10	1	4 055	1	406	64 880	88	2	1	15350	7	0,3
Satakunnan SHP	16	1	16 013	1	1001	160 130	86	3	3	25213	6	0,6
Päijät-Hämeen SHP	14	1	5 400	0	386	61 714	86	3	1	22458	6	0,2
Pohjois-Karjalan SHP	11	1	5 718	1	520	83 171	87	4	1	17972	6	0,3
Vaasan SHP	6	0	4 780	0	797	127 467	88	2	1	17135	4	0,3
Kanta-Hämeen SHP	5	0	4 439	0	888	142 048	86	4	1	17658	3	0,3
Ahvenanmaa	Alle 5					-00			0	2718		
Etelä-Savon SHP	Alle 5					-00			0	12756		
Koko maa	**508**	**1**	**703 392**	**2**	**1385**	**221 541**			**113**	**501800**	**10**	**1,4**
Yli 75 -vuotiaat tulosyy: Hoitajan loma												
SHP/ Hoitajan loma	Jaksot	Jaksot (%) kaikista	Hoito-päivät	Hoitopäivät (%) kaikista	Hoito-aika vrk	Jakson hinta 160 €/vrk	Keski-ikä	Hoitoisuus (ka)	Kertynyt kustannus M€	Väestö 75+	Jaksot /10000as	Hoito-pv/ asuk.
Etelä-Pohjanmaan SHP	93	4	2 277	0	24	3 917	86	4	0,4	21 025	44	0,1
Kainuun SHP	28	3	2 632	0	94	15 040	84	4	0,4	8 753	32	0,3
Etelä-Karjalan SHP	40	3	6 457	1	161	25 828	85	4	1,0	15 350	26	0,4
Etelä-Savon SHP	30	2	2 595	0	87	13 840	85	4	0,4	12 756	24	0,2
Länsi-Pohjan SHP	15	2	12 971	3	865	138 357	86	3	2,1	6 620	23	2,0
Keski-Pohjanmaan SHP	15	2	1 160	0	77	12 373	85	4	0,2	7 526	20	0,2
Pohjois-Karjalan SHP	35	2	1 108	0	32	5 065	85	4	0,2	17 972	19	0,1
Pohjois-Pohjanmaan SHP	57	2	3 541	0	62	9 940	86	4	0,6	32 129	18	0,1
Lapin SHP	21	1	5 282	1	252	40 244	85	4	0,8	12 019	17	0,4
Pohjois-Savon SHP	43	2	4 705	0	109	17 507	85	4	0,8	25 759	17	0,2
Kanta-Hämeen SHP	29	2	1 191	0	41	6 571	85	4	0,2	17 658	16	0,1
Keski-Suomen SHP	32	1	6 057	0	189	30 285	83	5	1,0	23 329	14	0,3
Satakunnan SHP	34	1	3 611	0	106	16 993	85	4	0,6	25 213	13	0,1
Kymenlaakson SHP	25	1	6 381	1	255	40 838	84	4	1,0	19 481	13	0,3
Vaasan SHP	19	1	5 271	0	277	44 387	84	4	0,8	17 135	11	0,3
Pirkanmaan SHP	50	1	4 854	0	97	15 533	83	4	0,8	49 044	10	0,1
Itä-Savon SHP	5	1	65	0	13	2 080	84	4	0,0	5 751	9	0,0
Helsingin ja Uudenmaan SHP	85	1	5 059	0	60	9 523	84	4	0,8	112 373	8	0,0
Varsinais-Suomen SHP	32	1	2 959	0	92	14 795	85	3	0,5	46 731	7	0,1
Päijät-Hämeen SHP	10	0	322	0	32	5 152	83	5	0,1	22 458	4	0,0
Ahvenanmaa									0,0			
Koko maa	**698**	**1**	**78 498**	**0**	**112**	**17 994**			**12,6**	**499 082**	**14**	**0,2**

Yli 75-vuotiaat tulosyy: Muut psyykis-sosiaaliset syyt												
SHP/ Muut psyyk.-sosiaaliset syyt	Jaksot	Jaksot (%) kaikista	Hoito-päivät	Hoitopäivät (%) kaikista	Hoito-aika vrk	Jakson hinta 160 €/vrk	Keski-ikä	Hoitoi-suus (ka)	Kertynyt kustan-nus M€	Väestö 75+	Jaksot /10000as	Hoito-pv/ asuk.
Kainuun SHP	95	9	67 073	9	706	112 965	86	4	11	8753	109	7,7
Lapin SHP	76	5	40 377	5	531	85 004	85	5	6	12019	63	3,4
Etelä-Pohjanmaan SHP	127	5	62 940	6	496	79 294	86	5	10	21025	60	3,0
Itä-Savon SHP	34	6	29 407	8	865	138 386	85	4	5	5751	59	5,1
Satakunnan SHP	137	5	64 991	5	474	75 902	84	4	10	25213	54	2,6
Etelä-Savon SHP	68	5	30 410	5	447	71 553	87	5	5	12756	53	2,4
Pohjois-Savon SHP	131	5	61 044	5	466	74 558	85	5	10	25759	51	2,4
Vaasan SHP	72	4	61 887	6	860	137 527	88	4	10	17135	42	3,6
Kymenlaakson SHP	79	4	47 843	4	606	96 897	87	5	8	19481	41	2,5
Pohjois-Pohjanmaan SHP	124	3	73 367	4	592	94 667	86	4	12	32129	39	2,3
Pohjois-Karjalan SHP	63	4	37 185	4	590	94 438	86	4	6	17972	35	2,1
Pirkanmaan SHP	153	3	94 711	3	619	99 044	86	4	15	49044	31	1,9
Keski-Pohjanmaan SHP	23	3	17 242	5	750	119 944	86	5	3	7526	31	2,3
Ahvenanmaa	8	3	5 769	3	721	115 380	82	3	1	2718	29	2,1
Kanta-Hämeen SHP	50	3	21 635	2	433	69 232	85	4	3	17658	28	1,2
Varsinais-Suomen SHP	117	2	95 122	3	813	130 081	86	4	15	46731	25	2,0
Helsingin ja Uudenmaan SHP	280	3	284 216	4	1015	162 409	85	3	45	112373	25	2,5
Keski-Suomen SHP	56	2	48 786	3	871	139 389	86	5	8	23329	24	2,1
Länsi-Pohjan SHP	14	2	12 664	3	905	144 731	86	5	2	6620	21	1,9
Etelä-Karjalan SHP	29	2	18 790	2	648	103 669	87	4	3	15350	19	1,2
Päijät-Hämeen SHP	29	1	20 178	2	696	111 327	88	4	3	22458	13	0,9
Koko maa	**1765**	**3**	**1 195 637**	**4**	**677**	**108 386**			**191**	**501800**	**35**	**2,4**

Yli 75-vuotiaat tulosyy: Kuntoutus												
SHP/ Kuntoutus	Jaksot	Jaksot (%) kaikista	Hoito-päivät	Hoitopäivät (%) kaikista	Hoito-aika vrk	Jakson hinta 160 €/vrk	Keski-ikä	Hoitoi-suus (ka)	Kertynyt kustan-nus M€	Väestö 75+	Jaksot /10000as	Hoito-pv/ asuk.
Kymenlaakson SHP	51	3	1 541	0	30	4 835	84	3,5	0,2	19 481	26	0,1
Etelä-Karjalan SHP	30	2	4 948	1	165	26 389	88	4,0	0,8	15 350	20	0,3
Keski-Pohjanmaan SHP	12	2	1 666	0	139	22 213	87	3,6	0,3	7 526	16	0,2
Helsingin ja Uudenmaan SHP	160	1	19 740	0	123	19 740	85	4,1	3,2	112 373	14	0,2
Vaasan SHP	24	1	872	0	36	5 813	86	4,0	0,1	17 135	14	0,1
Varsinais-Suomen SHP	56	1	5 725	0	102	16 357	86	1,3	0,9	46 731	12	0,1
Päijät-Hämeen SHP	22	1	7 923	1	360	57 622	83	2,9	1,3	22 458	10	0,4
Pirkanmaan SHP	44	1	6 369	0	145	23 160	86	3,4	1,0	49 044	9	0,1
Lapin SHP	9	1	209	0	23	3 716	83	0,0	0,0	12 019	7	0,0
Pohjois-Pohjanmaan SHP	22	1	1 361	0	62	9 898	87	2,7	0,2	32 129	7	0,0
Kanta-Hämeen SHP	12	1	1 207	0	101	16 093	87	2,9	0,2	17 658	7	0,1
Etelä-Pohjanmaan SHP	14	1	2 249	0	161	25 703	85	1,9	0,4	21 025	7	0,1
Kainuun SHP	5	0	92	0	18	2 944	88	2,6	0,0	8 753	6	0,0
Pohjois-Karjalan SHP	8	0	3 031	0	379	60 620	82	3,3	0,5	17 972	4	0,2
Satakunnan SHP	7	0	464	0	66	10 606	86	3,4	0,1	25 213	3	0,0
Ahvenanmaa	Alle 5					-00			0,0	2 718		
Etelä-Savon SHP	Alle 5					-00			0,0			
Itä-Savon SHP	Alle 5					-00			0,0			
Keski-Suomen SHP	Alle 5					-00			0,0			
Länsi-Pohjan SHP	Alle 5					-00			0,0			
Pohjois-Savon SHP	Alle 5					-00			0,0			
Koko maa	**476**	**1**	**57 397**	**0**	**121**	**19 293**			**9,2**	**427 585**	**11**	**0,1**

Yli 75-vuotiaat tulosyy: Somaatisen sairauden tutkimus ja hoito												
SHP/ Som.sairauden tutkim. + hoito	Jaksot	Jaksot (%) kaikista	Hoito-päivät	Hoitopäivät (%) kaikista	Hoito-aika vrk	Jakson hinta 160 €/vrk	Keski-ikä	Hoitoi-suus (ka)	Kertynyt kustan-nus M€	Väestö 75+	Jaksot /10000as	Hoito-pv/ asuk.
Itä-Savon SHP	139	24	40 261	11	290	46 344	85	3	6	5751	242	7,0
Pohjois-Pohjanmaan SHP	547	15	58 931	3	108	17 238	85	1	9	32129	170	1,8
Pohjois-Savon SHP	409	15	71 837	5	176	28 102	86	3	11	25759	159	2,8
Lapin SHP	175	12	57 968	8	331	52 999	85	3	9	12019	146	4,8
Etelä-Pohjanmaan SHP	303	13	22 981	2	76	12 135	86	1	4	21025	144	1,1
Kainuun SHP	120	11	34 002	5	283	45 336	86	1	5	8753	137	3,9
Länsi-Pohjan SHP	78	11	8 653	2	111	17 750	85	2	1	6620	118	1,3
Keski-Suomen SHP	257	10	33 917	2	132	21 116	85	2	5	23329	110	1,5
Päijät-Hämeen SHP	234	11	47 713	4	204	32 624	85	2	8	22458	104	2,1
Etelä-Savon SHP	124	9	9 795	1	79	12 639	85	2	2	12756	97	0,8
Varsinais-Suomen SHP	454	9	64 363	2	142	22 683	86	2	10	46731	97	1,4
Etelä-Karjalan SHP	147	10	21 558	3	147	23 464	87	2	3	15350	96	1,4
Helsingin ja Uudenmaan SHP	1047	9	87 508	1	84	13 373	85	2	14	112373	93	0,8
Pirkanmaan SHP	445	9	34 226	1	77	12 306	85	2	5	49044	91	0,7
Vaasan SHP	148	8	28 468	3	192	30 776	87	3	5	17135	86	1,7
Kanta-Hämeen SHP	149	8	23 500	2	158	25 235	86	2	4	17658	84	1,3
Ahvenanmaa	13	6	6 549	3	504	80 603	84	5	1	2718	48	2,4
Satakunnan SHP	120	4	33 184	2	277	44 245	85	3	5	25213	48	1,3
Keski-Pohjanmaan SHP	29	4	4 351	1	150	24 006	86	3	1	7526	39	0,6
Kymenlaakson SHP	41	2	41 191	4	1005	160 745	85	4	7	19481	21	2,1
Pohjois-Karjalan SHP	26	1	9 349	1	360	57 532	88	4	1	17972	14	0,5
Koko maa	**5005**	**10**	**740 305**	**2**	**148**	**23 666**			**118**	**501800**	**100**	**1,5**

Yli 75 -vuotiaat: Kaikki tulosyyt yhteensä 31.12.2018												
Sairaanhoitopiiri/ Kaikki	Jaksot	Jaksot (%) kaikista	Hoito-päivät	Hoitopäivät (%) kaikista	Hoito-aika vrk	Jakson hinta 160 €/vrk	Keski-ikä	Hoitoi-suus (ka)	Kertynyt kustan-nus M€	Väestö 75+	Jaksot /10000as	Hoito-pv/ asuk.
Kainuun SHP	1044	100	710 911	100	681	108 952	86,3	4	114	8 753	1193	81,2
Lapin SHP	1423	100	771 838	100	542	86 784	85,8	4	123	12 019	1184	64,2
Pohjois-Pohjanmaan SHP	3660	100	1 984 964	100	542	86 774	86,2	4	318	32 129	1139	61,8
Etelä-Pohjanmaan SHP	2371	100	1 084 522	100	457	73 186	86,9	4	174	21 025	1128	51,6
Keski-Suomen SHP	2610	100	1 574 044	100	603	96 493	86,2	4	252	23 329	1119	67,5
Etelä-Savon SHP	1409	100	667 405	100	474	75 788	86,1	4	107	12 756	1105	52,3
Varsinais-Suomen SHP	5080	100	3 145 304	100	619	99 065	86,8	4	503	46 731	1087	67,3
Länsi-Pohjan SHP	719	100	462 444	100	643	102 908	86,3	4	74	6 620	1086	69,9
Pohjois-Savon SHP	2773	100	1 350 428	100	487	77 919	86,3	4	216	25 759	1077	52,4
Satakunnan SHP	2703	100	1 432 839	100	530	84 815	86,5	5	229	25 213	1072	56,8
Kanta-Hämeen SHP	1840	100	1 035 393	100	563	90 034	86,5	4	166	17 658	1042	58,6
Vaasan SHP	1766	100	1 090 500	100	617	98 800	86,9	4	174	17 135	1031	63,6
Kymenlaakson SHP	1986	100	1 176 228	100	592	94 762	86,6	5	188	19 481	1019	60,4
Itä-Savon SHP	579	100	374 118	100	646	103 383	86,3	4	60	5 751	1007	65,1
Pirkanmaan SHP	4893	100	2 802 799	100	573	91 651	86,3	4	448	49 044	998	57,1
Helsingin ja Uudenmaan SHP	11173	100	7 805 475	100	699	111 776	86,2	4	1 249	112 373	994	69,5
Pohjois-Karjalan SHP	1780	100	895 037	100	503	80 453	86,3	5	143	17 972	990	49,8
Päijät-Hämeen SHP	2210	100	1 167 646	100	528	84 535	86,1	4	187	22 458	984	52,0
Keski-Pohjanmaan SHP	739	100	348 859	100	472	75 531	86,5	5	56	7 526	982	46,4
Etelä-Karjalan SHP	1415	100	810 939	100	573	91 696	86,8	4	130	15 350	922	52,8
Ahvenanmaa	232	100	192 550	100	830	132 793	86,8	4	31	2 718	854	70,8
Koko maa yhteensä	**52405**	**100**	**30 884 243**	**100**	**589**	**94 294**			**4 941**	**501 800**	**1044**	**61,5**

Yli 75 -vuotiaat: Kaikki tulosyyt yhteensä 31.12.2018												
Sairaanhoitopiiri/ Kaikki	Jaksot	Jaksot (%) kaikista	Hoito-päivät	Hoitopäivät (%) kaikista	Hoito-aika vrk	Jakson hinta 160 €/vrk	Keski-ikä	Hoitoi-suus (ka)	Kertynyt kustan-nus M€	Väestö 75+	Jaksot /10000as	Hoito-pv/ asuk.
Kainuun SHP	1044	100	710 911	100	681	108 952	86,3	4	114	8 753	1193	81,2
Lapin SHP	1423	100	771 838	100	542	86 784	85,8	4	123	12 019	1184	64,2
Pohjois-Pohjanmaan SHP	3660	100	1 984 964	100	542	86 774	86,2	4	318	32 129	1139	61,8
Etelä-Pohjanmaan SHP	2371	100	1 084 522	100	457	73 186	86,9	4	174	21 025	1128	51,6
Keski-Suomen SHP	2610	100	1 574 044	100	603	96 493	86,2	4	252	23 329	1119	67,5
Etelä-Savon SHP	1409	100	667 405	100	474	75 788	86,1	4	107	12 756	1105	52,3
Varsinais-Suomen SHP	5080	100	3 145 304	100	619	99 065	86,8	4	503	46 731	1087	67,3
Länsi-Pohjan SHP	719	100	462 444	100	643	102 908	86,3	4	74	6 620	1086	69,9
Pohjois-Savon SHP	2773	100	1 350 428	100	487	77 919	86,3	4	216	25 759	1077	52,4
Satakunnan SHP	2703	100	1 432 839	100	530	84 815	86,5	5	229	25 213	1072	56,8
Kanta-Hämeen SHP	1840	100	1 035 393	100	563	90 034	86,5	4	166	17 658	1042	58,6
Vaasan SHP	1766	100	1 090 500	100	617	98 800	86,9	4	174	17 135	1031	63,6
Kymenlaakson SHP	1986	100	1 176 228	100	592	94 762	86,6	5	188	19 481	1019	60,4
Itä-Savon SHP	579	100	374 118	100	646	103 383	86,3	4	60	5 751	1007	65,1
Pirkanmaan SHP	4893	100	2 802 799	100	573	91 651	86,3	4	448	49 044	998	57,1
Helsingin ja Uudenmaan SHP	11173	100	7 805 475	100	699	111 776	86,2	4	1 249	112 373	994	69,5
Pohjois-Karjalan SHP	1780	100	895 037	100	503	80 453	86,3	5	143	17 972	990	49,8
Päijät-Hämeen SHP	2210	100	1 167 646	100	528	84 535	86,1	4	187	22 458	984	52,0
Keski-Pohjanmaan SHP	739	100	348 859	100	472	75 531	86,5	5	56	7 526	982	46,4
Etelä-Karjalan SHP	1415	100	810 939	100	573	91 696	86,8	4	130	15 350	922	52,8
Ahvenanmaa	232	100	192 550	100	830	132 793	86,8	4	31	2 718	854	70,8
Koko maa yhteensä	**52405**	**100**	**30 884 243**	**100**	**589**	**94 294**			**4 941**	**501 800**	**1044**	**61,5**

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 ja 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 ja Antti Rautiainen
RISKIEN HALLINNAN KÄYTÄNNÖT SUOMEN SUURIMMISSA KAUPUNKIKONSERNEISSA (2019)

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

30 Mimmu Alanko, Marja Kankaanranta & Saana Mehtälä
DIGITAALISET PORTFOLIOT SUOMALAISESSA VARHAISKASVATUKSESSA (2020)

31 Pekka Kettunen
KUNTIEN MAAHANMUUTTOPALVELUT: HAASTEITA VAI HYVIÄ KÄYTÄNTEITÄ (2020)

32 Anne Kallio
KUNTIEN TYÖLLISTYMISPALVELUT – ELINVOIMAN VAHVISTAMISTA VAI SOSIAALIPALVELUA? (2020)

33 Arto Haveri
TULEVAISUUDEN KUNTAJOHTAMINEN (2020)

34 Taina Peltonen
KOULUTUSVIENTI – KUNTIEN UUSI PALVELUTUOTE? (2020)

JULKAISU

Olli-Pekka Ryynänen, Erkki Vauramo,
Teemu Malmi & Ville Koikkalainen

SOTE JA IKÄÄNTYMISEN ONGELMAT – SELVIÄMISPOLUN ETSINTÄÄ

Tämän raportin tavoitteena on löytää ja tuoda julkiseen keskusteluun mahdollinen selviämispolku, jolla Suomen kansainvälisesti arvostettu sosiaali- ja terveydenhuolto selviää sekä ikääntymisestä että kevään 2020 kriisistä.

Raporttimme perustuu julkisiin rekisteritietoihin ja vertaa Suomen järjestelmää kansainväliseen kehitykseen. Raportissa tulee esille alueellinen vaihtelu sekä resurssien käytössä että tuotettujen suoritteiden määrissä, joka sote-tuotannossa edelleen vallitsee.

kaks.fi
KUNNALLISALAN KEHITTÄMISSÄÄTIÖ