

JULKAISU

Olli-Pekka Ryyänen & Erkki Vauramo

## **HYVINVOINTIALUEIDEN SEURAAVA ASKEL**



**HYVINVOINTIALUEIDEN SEURAAVA  
ASKEL**

Olli-Pekka Ryynänen & Erkki Vauramo

**HYVINVOINTIALUEIDEN SEURAAVA  
ASKEL**

**KAKS – Kunnallisan  
kehittämissäätiö**

Kunnallisan kehittämssäätiön Julkaisu 59  
2023

ISBN 978-952-349-108-3  
ISSN 2489-9631

# Sisällys

<b>1 JOHDANTO .....</b>	<b>6</b>
<b>2 TERVEYDENHUOLLON RAJOITUKSET .....</b>	<b>7</b>
2.1 Onko terveydenhuollon koolla ylärajaa?.....	7
2.2 Terveydenhuollon taloudelliset rajoitteet.....	8
2.3 Henkilökunnan saatavuus terveydenhuollon rajoitteena .....	8
2.4 Hoitajien ja lääkärien määrä .....	9
2.5 Sosiaali- ja terveydenhuollon muu henkilökunta .....	12
2.6 Lääketieteen itsensä aiheuttamat sairaudet.....	15
2.7 Hoidon teho ja vaikuttavuus.....	16
<b>3 VOIDAANKO TERVEYDENHUOLTOA TOTEUTTAA VAIKUTTAVAMMIN? ...</b>	<b>18</b>
3.1 Säästöt terveydenhuollossa.....	18
3.2 Hyvinvointialueiden kehitys ja mahdollisuudet.....	19
3.3 Viisi yliopistosairaala- aluetta vai 12 päivystävän keskussairaalan aluetta? 20	
<b>4 TERVEYDENHUOLLON TOIMIVUUS.....</b>	<b>22</b>
4.1 Suomen terveydenhuollon suorituskyvyn vertailu muihin OECD-maihin....	22
4.2 Perusterveydenhuollon palvelurakenne .....	24
4.3 Miten Ruotsi selviää pienemmällä hoitopaikkamäärällä? .....	26
4.4 Erot hoitoprosessissa.....	28
4.5 Vanhusten hoitopaikkojen kehitys .....	28
4.6 Elinajanodotteen kehitys.....	29
4.7 Säästääkö ennaltaehkäisy?.....	32
4.8 Yhteenveto ongelmien syistä .....	34
4.9 Mahdollisia toimenpiteitä .....	35

# 1 JOHDANTO

Maassamme on toteutettu pitkään valmisteilla ollut sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus, kun on siirrytty perinteisestä kuntarahoituksesta valtion rahoitukseen. Samanaikaisesti olemme joutuneet toteamaan, miten terveydenhuolto on suurissa ongelmissa. Hyvinvointialueet valittavat käytettävissä olevien voimavarojen puutetta ja vaativat valtiolta lisää rahoitusta. Useilla aloilla valitetaan työvoimapulaa ja toivotaan sekä hoitajia että lääkäreitä saatavan lisää. Palveluiden saatavuudessa on ilmeisiä puutteita ja varsinkin päivystykset ovat osin pahasti ruuhkaantuneet. Terveydenhuolto on ruuhkien alla ollut lähes romahtamispisteessä. COVID-19-pandemia lisäsi ongelmia tuomalla uusia potilasryhmiä hoidettavaksi ja samalla syntyi hoitovelkaa, kun merkittäviä asioita jäi tekemättä. Sota Ukrainassa on pahentanut tilannetta. Inflaatio on lisääntynyt, energian hinta on noussut ja maanpuolustuksen rahatarpeet ovat nousseet. Velanoton mahdollisuus on rajoittunut. Terveydenhuolto ei voi enää rajoittua kasvuajattelulle.

Kun eri asiantuntijoilta ja poliittisilta päättäjiltä kysytään keinoja ongelmien ratkaisemiseen, usein ratkaisuksi nähdään voimavarojen lisäys. Vaikeuksien ilmetessä katsotaan, että ongelmat hoidetaan lisäämällä voimavaroja joko rahan tai työntekijöiden muodossa ilman mitään analyysiä ongelman todellisuudesta. Harvemmat kysyvät, onko ongelman varsinaisena lähtökohtana todella voimavarojen puute. Vielä harvemmassa on ajatus, että voimavarojen lisäys voisi pahentaa ongelmaa.

Terveydenhuollossa voimavarojen lisäys on perusteltua ilmeisen alirahoitetuissa tilanteissa. Todellisen alirahoituksen tunnistaminen ei välttämättä ole helppoa. Voimavarojen lisääminen ei välttämättä auta tilannetta ja voi jopa pahentaa sitä pidemmällä aikavälillä. Seuraavassa tarkastelemme tätä väitettä, sen perusteluja ja vaihtoehtoja.

## 2 TERVEYDENHUOLLON RAJOITUKSET

### 2.1 Onko terveydenhuollon koolla ylärajaa?

Terveydenhuolto on yhteiskunnassa erittäin tärkeä asia. Terveydenhuolto pystyy huolehtimaan työvoiman uusiutumiseen vaikuttamalla kansalaisten työ- ja toimintakykyyn. Terveydenhuolto tarjoaa kansalaisille turvallisuuden tunnetta myös tilanteissa, jossa sairaus on vasta mahdollinen uhka. Terveydenhuollolla on kykyä pelastaa ihmiset sairauden taakasta varallisuudesta ja mahdollisesta yhteiskunnallisesta hyödyistä riippumatta. Terveydenhuolto nykyisellään tarjoaa huomattavat mahdollisuudet verrattuna tilanteeseen pari sukupolvea sitten.

On ymmärrettävää ajatella, että kun lääketiede on näin tärkeää, niin olisi sitä parempi mitä enemmän lääketiedettä on. Kuitenkin terveydenhuolto on vähenevän rajahyödyn lain alaista, samoin kuin mikä tahansa muukin inhimillinen toiminta. Maailman valtioiden terveydenhuollon kehitystä verrattaessa on havaittavissa, että kun tietty piste on saavutettu, terveydenhuollon tuloksellisuuden indikaattorien (kuten odotettavissa oleva elinikä) paraneminen hidastuu. Tällöin siirrytään nollarahahyödyn tilanteeseen, missä väestötason indikaattorien muutokset ovat vähäisiä tai olemattomia, vaikka voimavaroja lisättäisiin. Suomi on ohittanut tuon pisteen jo kauan sitten. Jonkin verran on viitteitä myös negatiivisesta rajahyödyistä eli siitä, että voimavarojen lisääminen alkaa huonontaa kansalaisten terveydentilaa. Elinajanodote on parantunut, mistä osa johtuu terveydenhuollon toimista ja osa muusta yhteiskunnallisesta kehityksestä.

Yksilön saama hyöty on kuitenkin eri asia kuin väestötason hyöty. Vaikka väestötason mittareilla tulokset paranevat niukasti, löytyy väestöstä yksilöitä, jotka erinomaisella tavalla ovat hyötynneet terveydenhuollon toimista. Tämä on hyvä asia. Mutta yksilönkin kohdalla on mahdollisuus, että lääketieteellisten toimien lisääminen ei tuotakaan toivottua hyötyä tai tilanne voi käänntyä huonommaksi.

Terveydenhuolto joutuu toimimaan ristiriitaisessa ympäristössä. Toisaalta kansalaisten odotukset ja vaatimukset ovat lähes rajattomia tai olisivat rajattomia, jos tarjonta olisi rajaton. Toisaalla yhteiskunta asettaa normeja, jotka ovat selviä vaatimuksia hoidon määrästä ja tasosta. Mutta sama yhteiskunta, joka asettaa normit, ei välttämättä kysy ollenkaan toimien mielekkyyttä tai voidaanko normit toteuttaa käytettävissä olevilla voimavaroilla. Tutkimusten ja hoitojen kysyntä ja normitukset ovat jyrkässä ristiriidassa sen kanssa, että tietomme toimien vaikuttavuudesta käytännössä on vajavainen.

Lääketieteen laajuudella on kolme takarajaa:

1. Käytettävissä olevan rahan määrä.
2. Henkilöstön määrä, laatu ja työkyky.
3. Lääketieteen itsensä aiheuttamien haittojen kasvu.

Oletamme, että terveydenhuoltojärjestelmällä on optimikoko, jossa kansalaisille pystytään tuottamaan suurin mahdollinen määrä terveyttä kohtuullisella panostuksella haitat minimoiden. Tarkastelemme näitä lääketieteen takarajoja erikseen.

## 2.2 Terveydenhuollon taloudelliset rajoitteet

Brittiläinen matemaatikko ja kasvatustieteilijä Bryan Thwaites tutki myös terveydenhuoltoa ja piti vuonna 1987 Southamptonin yliopiston yleisöluennon terveydenhuollon tulevaisuudesta (Thwaites 1987). Hän oli analysoinut Wessexin alueen terveysbudjetteja 1950-luvulta lähtien selvittääkseen, kuinka paljon rahaa olisi tarvittu, jos olisi noudatettu kaikkien terveydenhuollon yksiköiden suunnitelmia rahankäytöstä. Hän tuli siihen tulokseen, että terveydenhuollon luontainen kasvupaine on 5 % vuodessa. Samanaikaisesti käytettävissä olevan rahan lisäys oli 2,5 % vuodessa. Thwaitesin johtopäätös oli, että lääketieteen mahdollisuuksien ja rahoituksen välille on syntynyt jatkuvasti kasvava kuilu. Lääketiede maalaa itsensä nurkkaan kehitysmällä niin pitkälle, ettei sen rahoittaminen ole enää mahdollista.

Thwaites'in luento sai aikaan vilkkaan keskustelun. Alkuperäistä luentoa ei ole julkisesti saatavilla, mutta sitä on runsaasti siteerattu ja myös debatoitu (Klein 1987, Cochrane ym. 1991).

Mainittu taloudellisten mahdollisuuksien kasvu 2,5 % vuodessa vaikuttaa vaatimattomalta, mutta sekin tarkoittaa volyymin kaksinkertaistumista 28 vuoden välein. Suomi on käytännössä ollut taloudellisen nollakasvun tilanteessa vuodesta 2009 alkaen. Mikäli kansantalouden kokonaiskasvu on vähemmän kuin 2,5 % vuodessa muodostuu vaatimattomalta näyttävä terveydenhuollon resurssien lisäys ennen pitkää ylivoimaiseksi.

Lääketiede kasvaa jatkuvasti ja kiihtyvästi. Kasvu tarkoittaa uusien tutkimusten ja hoitojen tuloa käyttöön sekä vanhojen menetelmien monimutkaistumista. Merkittävä osa kasvusta on varmasti hyödyllistä. Mutta ongelmana on, että kasvavan lääketieteen todellinen käytännöllinen hyöty jää osin tuntemattomaksi. Terveydenhuollon kasvulle on olemassa monta muutakin moottoria kuin potilashyödyn tavoittelu. Poliittisen, tieteellisen ja ammatillisen aseman tavoittelu ohjaa myös valintoja kasvun suuntaan.

## 2.3 Henkilökunnan saatavuus terveydenhuollon rajoitteena

Terveydenhuolto vaatii pitkälle koulutettua ja osaavaa henkilökuntaa. Yhteiskuntamme näyttää olevan lisääntyvässä määrin menossa tilanteeseen, jossa osajista on pula kaikilla aloilla. Nykyisessä terveydenhuollon kriisitilanteessa perusongelmana on ollut juuri henkilöstön saatavuus. Henkilöstöpula on aiheuttanut suuria ruuhkia erityisesti päivystykseen. Ongelma ei ole vain päivystävän henkilökunnan puutteessa, vaan pula tuntuu koko hoitoketjussa. Päivystys on vain se piste, jossa koko hoitoketjun ongelma tulee näkyväksi.

Henkilöstön puute on tiukempi rajoite kuin rahan puute. Rahan loppumista voidaan useimmiten auttaa erilaisin järjestelyin kuten lainaamalla. Mutta kun henkilökunta



puuttuu, homma loppuu siihen paikkaan. Tilanne voi akutisoitua hyvinkin nopeasti esimerkiksi usean työntekijän sairastuessa.

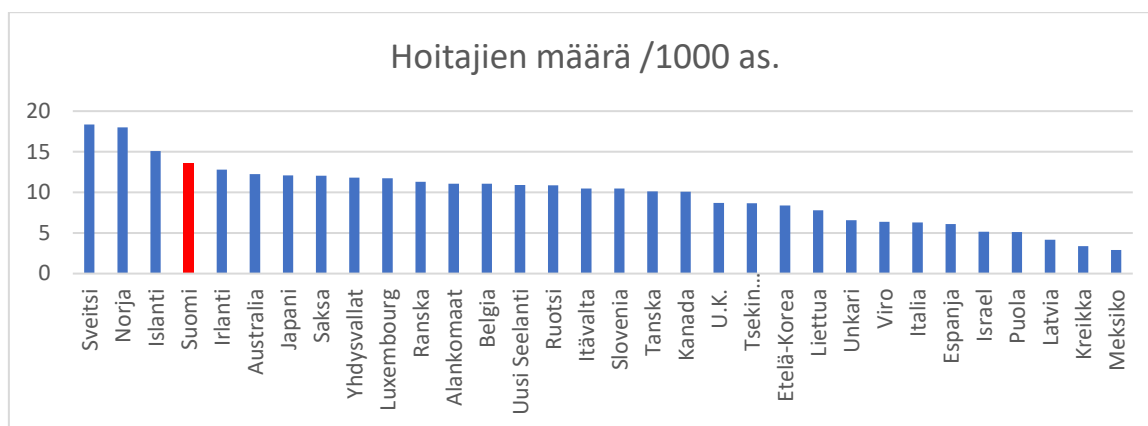
Suomessa oli vuoden 2022 loppuun asti kuntapohjainen terveydenhuoltojärjestelmä, jossa sairaanhoitopiirit saattoivat kehittää toimintansa melko vapaasti ja kustantaa toimintansa lähettämällä lasku jäsenkuntiin. Sairaanhoitopiirien laskutusmahdollisuus, lääketieteen Thwaites'in mukainen luonnollinen kasvu ja aikaisemmin saatavissa ollut alipalkattu henkilökunta muodostavat kolmiyhteyden, joka on ollut vahva moottori ylimitoitettujen siilojen muodostamiseen ja kustannusten kasvattamiseen. Nyt on arvioitava jokainen siilo erikseen ja päätettävä sen tarkoituksenmukaisesta laajuudesta. Arviointiprosessin voi odottaa olevan tuskallista sekä poliitikoille että ammattilaisille. Arviointiprosessilla on kuitenkin kiire, koska väestöennuste merkitsee lähivuosina tarpeen kasvua ja työmarkkinoilla pieneneviä ikäluokkia.

## 2.4 Hoitajien ja lääkärin määrä

Suomessa on kuultu paljon puhetta henkilökunnan vajauksesta ja pidetty sitä vakavimpana uhkana hyvinvointialueiden aloittaessa toimintansa. Tämä on varmasti aivan todellinen huoli. Kysymys henkilökunnan määrästä sisältää kuitenkin isoja paradokseja.

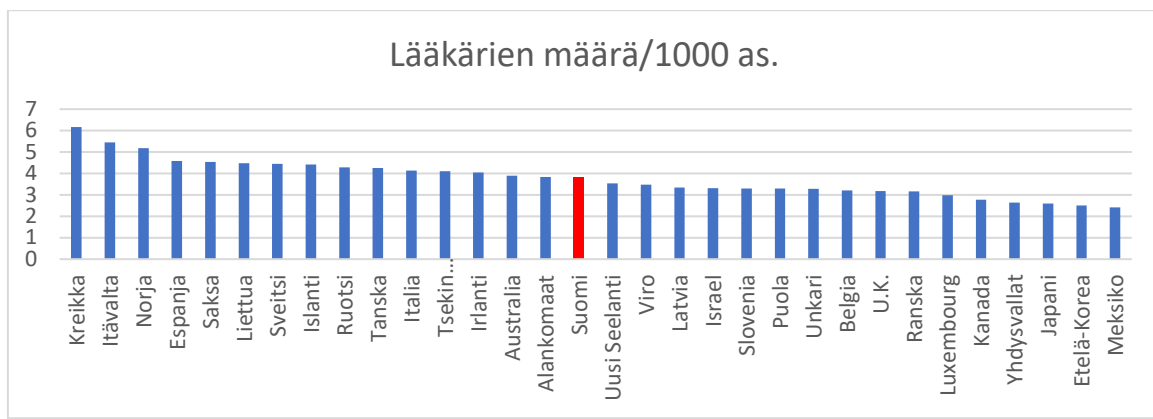
Hoitohenkilökuntaa Suomessa on varsin paljon (Kuva 1). Suomea enemmän työssä olevia hoitajia on Norjassa ja Sveitsissä, jotka tunnetusti pelaavat taloudellisesti aivan omassa sarjassaan. Myös Islannissa hoitajamäärä on korkea. Suomen työssä olevien hoitajien määrä on järjestyksessä seuraavana ja siten yksi maailman korkeimpia. Suomessa maan sisällä hoitajien määrä on jakautunut epätasaisesti. Erot ovat huomattavia. Erityisen suuria hoitajamääriä on Etelä- ja Pohjois-Savossa. Suuresta hoitajien määrästä huolimatta alueilla yleisesti koetaan määrät riittämättömiksi ja vaaditaan lisää työntekijöitä. Ei voi välttyä ajattelemasta, että jos maailman huippua oleva hoitajamäärä ei riitä, niin onko vika todella hoitajien puutteessa vai jossakin ihan muualla.

**Kuva 1.** Työssä olevien hoitajien määrä OECD maissa tuhatta asukasta kohti. Luku on vuoden 2021 hoitajien määrä tai lähimmän saatavissa olevan vuoden hoitajamäärä. Lähde OECD Health Statistics 2021/22.



Lääkäreiden suhteen tilanne on toinen. Suomen nykyinen lääkärimäärä on OECD-maiden keskitasoa (Kuva 2). Lääkäreiden määrä vaihtelee maittain paljon. Odottaisi, että lääkäreiden määrä korreloisi maan bruttokansantuotteeseen. Näin ei kuitenkaan ole asia, vaan lääkäreiden määrä heijastaa enemmän koulutuksen ja terveydenhuollon järjestämistapoja. Lääkäreiden määrä on suuri Etelä-Euroopassa. Toisaalta on rikkaita ja korkean lääketieteellisen tason maita, joissa lääkäreiden määrä on Suomea huomattavastikin pienempi. Tällaisia ovat esimerkiksi Britannia, Kanada ja Yhdysvallat.

**Kuva 2.** Työssä olevien lääkäreiden määrä OECD maissa tuhatta asukasta kohti. Luvut ovat vuoden 2021 tilaston mukaan tai lähin saatavissa oleva luku. Suomen kohdalla käytetään nykyistä tietoa 3,8 lääkäriä/1000 asukasta. Lähde OECD Health Statistics 2021/22.



Suomessa nähdään olevan erityisen suuri puute lääkäreistä terveyskeskuksissa. Eurostatin tilaston mukaan Suomessa on noin 130 yleislääkäriä 100 000 asukasta kohti. Lääkäriliiton mukaan 25 % lääkäreistä eli vajaa 7000 työskentelee terveyskeskuksissa, eli luku on noin 124/100 000 asukasta. EU:ssa enemmän yleislääkäreitä on viidessä maassa, jotka ovat Portugali, Irlanti, Alankomaat, Itävalta ja Ranska. Useimpien EU-maiden yleislääkärimäärä on noin kolmannes vähemmän kuin Suomessa. Esimerkiksi Ruotsissa yleislääkäreitä on 60/100 000 asukasta eli alle puolet Suomen määrästä. Luvut eivät ole täysin vertailukelpoisia, koska yleislääkäri tarkoittaa erikoistumatonta lääkäriä, mutta Suomessa yleislääketiede on oma erikoistumisalansa ja yleislääketieteen erikoislääkäreitä on noin 2300 henkilöä. Tästä voi päätellä, että Suomessa perusterveydenhuollon lääkäreiden osaamistaso on korkeampi kuin vertailumaissa. Terveyskeskuskäyntien määrät Suomessa ovat puolittuneet 1990-luvun tasosta, eli potilasmäärät ovat merkittävästi laskeneet. Terveyskeskusten potilaskäyntien määrät ovat korvaantuneet etäkontakteilla ja sairaaloiden poliklinikakäynneillä.

Pohjois-Savossa on lääkäriunionin tilaston mukaan vajaa 1400 työikäistä lääkäriä eli 5,7 lääkäriä tuhatta asukasta kohti. Määrä on maailman huippua, sillä OECD-maista vain Kreikassa on enemmän. Samanaikaisesti Pohjois-Savossa on alueella käydyistä keskustelusta päätellen katastrofaalinen pula sekä lääkäreistä että hoitohenkilökunnasta. Lähes maailman korkein työntekijämäärä ei näytä poistavan vajetta. Vaikka tilastoinnissa on ongelmansa, ei eurooppalaisittain verraten Suomessa pitäisi olla minkäänlaista pulaa terveyskeskuslääkäreistä. Tämä on jyrkässä ristiriidassa

ammattilaisten ja kansalaisten yleisen mielipiteen kanssa. Jälleen joutuu miettimään ongelman todellista syytä.

Suomessa vallitsevaa keskustelua voi verrata vaikka Englannissa käytävään keskusteluun. Englannissa perusterveydenhuolto on kriisissä perusterveydenhuollon lääkäreiden liiallisen työmäärän vuoksi. Englantilainen yleislääkäri hoitaa työpäivässä keskimäärin 35–40 potilasta. Perusterveydenhuollon lääkäreitä on noin 40/100 000 asukasta eli kolmannes Suomen tasosta. British Medical Association suosittaa vastaanottomäärien rajoittamista 25 potilaaseen/päivä. Suomessa ei päästä lähellekään näitä lukuja. Usein puolustaudutaan toteamalla, että tietokonejärjestelmät ovat kehoja, avustavaa henkilökuntaa on vähennetty ja lääkäriltä kuluu aikaa moneen muuhun asiaan kuten reseptien uusintaan, puhelinkontakteihin tai lausuntojen kirjoittamiseen. Totta, mutta niin tehdään muuallakin. Oleellisinta olisi kysyä, onko suomalaisen terveystieteiden toiminnat mitoitettu yli sen perusterveydenhuollon tason, miten asia muualla maailmassa ymmärretään. Perusterveydenhuollon tulee kyetä tuottamaan palveluja viiveettömästi kansalaisen sairastuttua. Toinen keskeinen tehtävä on pitkäaikaissairauksien hallinta. Kaiken muun toiminnan tulisi olla alisteista päätavoitteelle.

Kansanterveyslain alkutaipaleella 1970–80-luvuilla terveystieteiden lääkäri hoiti aivan yleisesti 25–30 potilaskontaktia päivässä. Lääketehtaalta saatu sininen varauskirja oli tupattu niin täyteen kuin kirjoittamaan pystyi ja lisäksi väliin tuli päiväpäivystyspotilaita. Mitään erityistä kiireen tai työpaineen tunnetta ei varsinaisesti tunnettu. Myöhemmin terveystieteiden lääkäriin työpäivä täytettiin lukemattomalla määrällä erilaisia kulloinkin tarpeelliseksi katsottuja asioita ja vähitellen on saatu aikaan perusterveydenhuollon terveen tehokkuuden jäätymisen. Suomi tarvitsee perusterveydenhuollon sisällön ja tavoitteiden uudelleenarvioinnin, mitä perusterveydenhuollon on todella saatava aikaan ja miten se voidaan tehdä. Kyse ei ole lääkäreiden ryhtiliikkeestä tai kurinpalautuksesta. Mikäli valtakunnan tasolla ei tehdä päätöksiä perusterveydenhuollon tavoitteista ja sisällöstä, on turhaa yrittää ratkaista ongelmaa lääkäreiden määrän lisäämisellä.

Monessa yhteydessä on vaadittu, että lääkäripulan ratkaisemiseksi koulutuksen määrää on lisättävä. Ongelmana on, että lääkärikoulutuksen lisääminen tänä vuonna tuottaisi lisää erikoislääkäreitä 2030-luvun puolivälin tienoilla. Lääkärikoulutusta voi toteuttaa luento-opetuksena ja kirjatenteillä, mutta lääkärin työn opettaminen tapahtuu runsaasti opettajatyövoimaa vaativana pienryhmäopetuksena. Tätä ei ole yksinkertaista saada aikaan. Suurin lääketieteellinen tiedekuntamme ovat ulkomailla opiskelevat suomalaiset, jotka tulevat nostamaan Suomen lääkärimäärää. Lääkäriilaston tilaston mukaan Suomessa on 3,8 työssä olevaa lääkärinä/1000 asukasta. Määrä on sinänsä riittävä varsinkin ulkomailla opiskelevien tuoman noston jälkeen. Kuitenkin joillakin erikoisaloilla on merkittävää vajeusta. Lääkäripulan vähentämiskeinona voisi tulla kyseeseen erikoistumassa olevien nuorten lääkäreiden palkkauksen, työolojen ja koulutuksen kehittäminen.

Mikä on syynä siihen, että Suomessa henkilökunnan määrä ei näytä riittävältä, vaikka kansainvälisesti henkilökunnan määrä on runsas? Vahva ehdokas henkilöstöpulan aiheuttajaksi on lääketieteen kehitys pirstaleisen hoitojärjestelmän tilanteessa.

Pirstaleisuus on sekä fyysistä (jako pieniin yksiköihin ja siiloihin) että työn sisältöön liittyvää (päätehtävän hajottaminen). Järjestelmä on pirstaloitu ja byrokratisoitu.

Suomi on harvaan asuttu pinta-alaltaan suuri maa. Terveysthuolto on tietoisesti kehitetty pirstaleiseen malliin osittain vertailumaita pidempien etäisyyksien vuoksi, mutta myös poliittinen tarkoituksenmukaisuus huomioiden. Pirstaleinen toimintamalli oli pätevä vielä kansanterveyslain tullessa voimaan 1970-luvulla. Sen jälkeen lääketieteen kehitys on kulkenut kohti suurempaa teknistymistä ja tehokkaampia hoitoja. Lääketieteen kehitykseen on usein vastattu muodostamalla siiloja kuten erillisiä yksiköitä joko fyysisesti omiin rakennuksiinsa tai isompien sairaaloiden alayksiköiksi. Kun ylemmän tason johtoa ei lääkintöhallituksen lakkauttamisen jälkeen ole terveydenhuollolla ollut, on seurauksena saatu suuri määrä erillisiä yksiköitä ja toimintoja, joiden koko ja toimintatapa ei ole ollut sopusoinnussa väestöpohjan kanssa. Rahoitusmekanismi ja entisten sairaanhoitopiirien keskinäinen kilpailu ja myös varustautuminen soteuudistuksen tulon ovat ruokkineet ylikapasiteetin rakentamista. Terveysthuolto voisi verrata armeijaan, joka on hajauttanut joukkonsa saaden jokaiseen pisteeseen erikseen liian vähän väkeä.

Siilomalli mahdollistaa osaamisen korkean tason ja kehittyneen lääketieteellisen välineistön käytön. Mutta pirstoutunut siilomalli syö runsaasti henkilökuntaa ja vaatii tietyn väestöpohjan toimiakseen. Kansainvälisesti on katsottu, että kaikilla keskeisillä erikoisaloilla päivystävä keskussairaala vaatii toimiakseen noin 300 000–350 000 hengen väestöpohjan. Nyt neljä hyvinvointialuetta ja Helsingin kaupunki täyttävät tämän ehdon.

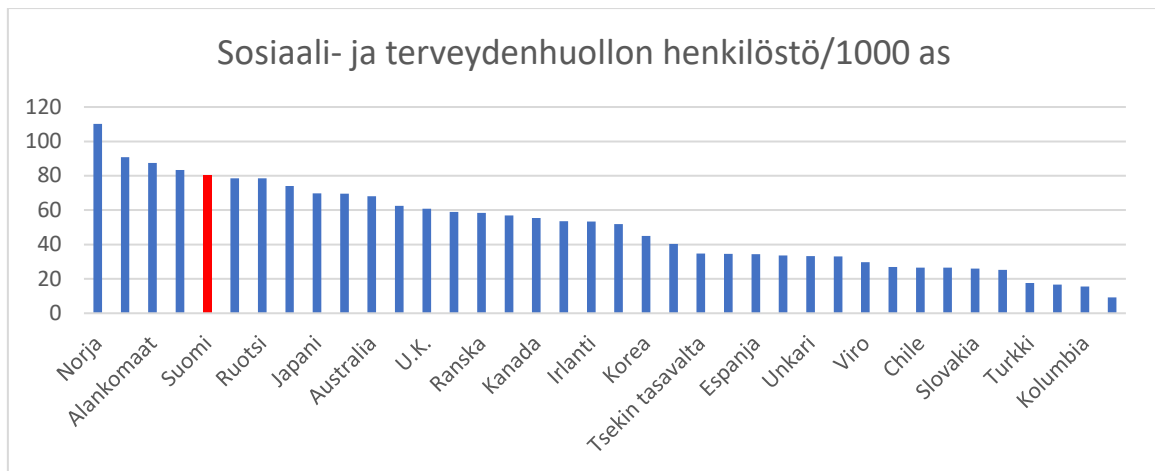
Sosiaali- ja terveydenhuolto tarvitsisivat voimakkaampaa ohjausta joko entisen lääkintöhallituksen tapaan valtiollisesti tai tulisi lisätä yliopistosairaaloiden ohjaavia tehtäviä omilla vastuualueillaan.

## **2.5 Sosiaali- ja terveydenhuollon muu henkilökunta**

Sosiaali- ja terveydenhuollossa työskentelee paljon myös muuta henkilöstöä kuin hoitajia ja lääkäreitä. Kaikkiaan Suomessa sosiaali- ja terveystalalla työskentelee noin 443 000 henkilöä, joista 22 % on lääkäreitä ja hoitajia. Todellinen määrä on vielä suurempi, koska sosiaali- ja terveystala työllistää myös kokonaan muun alan työntekijöitä.

Kuvassa 3 vertaamme Suomen sosiaali- ja terveystalan työllisten määrää muiden OECD-maiden vastaaviin lukuihin. Suomi on listassa viidentenä. Kansainvälisesti työntekijämäärä on suuri. Pirstaleinen järjestelmä selittää sen, että hyvästä henkilökuntaresurssista huolimatta työntekijöistä koetaan jatkuvasti olevan pulaa.

**Kuva 3.** Sosiaali- ja terveydenhuollon koko henkilöstö tuhatta asukasta kohti. Luvut ovat vuoden 2021 tilaston mukaan tai lähin saatavissa oleva luku. Lähde OECD Health Statistics 2021/22.



Esitämme vielä taulukkomuodossa eri henkilöryhmien määrät OECD-maissa OECD Health Statistics -datan mukaan (Taulukko 1). OECD tilastossa on myös listattu myös hoivahenkilökunta, jota Suomessa on erityisen runsaasti. Suomessa on yleisesti muihin OECD-maihin verrattuna runsaasti työssä olevaa henkilökuntaa, paitsi lääkäreiden määrä on suunnilleen OECD:n keskiarvo.

**Taulukko 1.** Sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijämäärät OECD-maissa.

Lääkärit/1000 as.		Hoitajat/1000 as.	
Kreikka	6.16	Sveitsi	18.37
Itävalta	5.45	Norja	18.01
Norja	5.18	Islanti	15.1
Espanja	4.58	<b>Suomi</b>	<b>13.57</b>
<u>Saksa</u>	4.53	Irlanti	12.8
Liettua	4.48	Australia	12.26
Sveitsi	4.45	Japani	12.1
Islanti	4.42	Saksa	12.06
Ruotsi	4.29	Yhdysvallat	11.8
Tanska	4.25	Luxembourg	11.72
Italia	4.13	Ranska	11.31
Tšekin tasavalta	4.1	Alankomaat	11.08
Irlanti	4.05	Belgia	11.07
Australia	3.9	Uusi Seelanti	10.9
Alankomaat	3.83	Ruotsi	10.85
<b>Suomi</b>	<b>3.8</b>	Itävalta	10.48
Uusi Seelanti	3.53	Slovenia	10.47
Viro	3.48	Tanska	10.13
Latvia	3.34	Kanada	10.06

Israel	3.31	U.K.	8.68
Slovenia	3.3	Tšekin tasavalta	8.66
Puola	3.3	Etelä-Korea	8.37
Unkari	3.28	Liettua	7.81
Belgia	3.21	Unkari	6.59
U.K.	3.18	Viro	6.38
Ranska	3.17	Italia	6.28
Luxembourg	2.98	Espanja	6.1
Kanada	2.77	Israel	5.14
Yhdysvallat	2.64	Puola	5.1
Japani	2.6	Latvia	4.18
Etelä-Korea	2.51	Kreikka	3.38
Meksiko	2.41	Meksiko	2.91
<b>Hoivahenkilökunta/1000 as.</b>		<b>Kaikki sosiaali- ja terveys- alan työntekijät/1000 as.</b>	
<b>Suomi</b>	<b>21.47</b>	Norja	110.23
U.K.	17.93	Tanska	90.89
Islanti	17.74	Alankomaat	87.44
Norja	17.22	Sveitsi	83.27
Tanska	15.9	<b>Suomi</b>	<b>80.17</b>
Yhdysvallat	14.11	Luxembourg	78.54
Alankomaat	13.3	Ruotsi	78.51
Israel	12.6	Saksa	74
Espanja	10.96	Japani	69.8
Italia	10.25	Islanti	69.58
Sveitsi	7.81	Australia	68
Saksa	7.57	Yhdysvallat	62.56
Kanada	6.3	U.K.	60.74
Belgia	6.29	Uusi Seelanti	58.97
Luxembourg	6.11	Ranska	58.36
Itävalta	5.38	Belgia	57
Irlanti	5.28	Kanada	55.48
Portugali	3.65	Itävalta	53.56
Viro	3.07	Irlanti	53.41
Unkari	2.8		
Tšekin tasavalta	2.38		
Liettua	1.98		
Japani	1.36		
Slovenia	1.28		
Latvia	1.19		
Kreikka	0.55		
Puola	0.18		

	Israel	51.84
	Korea	45.07
	Portugali	40.32
	Tšekin tasa- valta	34.71
	Liettua	34.59
	Espanja	34.46
	Italia	33.56
	Unkari	33.25
	Slovenia	33.12
	Viro	29.69
	Latvia	26.98
	Chile	26.54
	Puola	26.48
	Slovakia	26.03
	Kreikka	25.22
	Turkki	17.59
	Costa Rica	16.73
	Kolumbia	15.64
	Meksiko	9.23

## 2.6 Lääketieteen itsensä aiheuttamat sairaudet

Yhdysvaltojen terveysministeriö tilasi 90-luvun lopulla selvityksen lääketieteen itsensä aiheuttamasta kuolleisuudesta Yhdysvalloissa. Selvityksessä analysoitiin eräitä vanhempia tutkimuksia iatrogenisestä eli lääketieteen aiheuttamasta kuolleisuudesta. Tuloksena oli arvio, että 44 000–98 000 yhdysvaltalaisista kuolee vuodessa lääketieteen aiheuttamaan sairauteen (Kohn ym. 1999).

Amerikkalainen lastenlääkäri ja kansanterveystieteilijä Barbara Starfield teki samat laskelmat uudelleen ja päätyi paljon kovempiin lukuihin. Starfieldin mukaan kuolemia Yhdysvalloissa on 225 000 vuodessa (Starfield 2000). Starfield esitti kuolemista seuraavan listauksen. Tähän listaan Starfieldin luvut on muutettu vastaamaan Suomen väkilukua. Suomessa ei vastaavaa tutkimusta ole tehty:

- Tarpeettomat leikkaukset, 200 kuollutta.
- Lääkitysvirheet, 120 kuollutta.
- Muut virheet, 340 kuollutta.
- Hoitoon liittyvät infektiot, 1400 kuollutta.
- Lääkekomplikaatiot, joihin ei liity virhettä, 1800 kuollutta.
- Yhteensä 3860 kuollutta vuodessa.

Tulos tekee lääketieteestä yhden johtavista kuolemansyistä. Myöhemmin on tehty pienempiä tutkimuksia, joista Makary ja Daniel julkaisivat yhteenvedon (Makary ja Daniel 2016). Yhteenvedossa lääketieteen aiheuttaman kuolleisuuden määräksi Yhdysvalloissa arvioitiin noin 250 000 vuodessa (Suomeen muutettuna noin 4000). Alkuperäisessä Kohnin ym. selvityksessä oli mukana tutkimuksia 1980-luvulta, jolloin selvitystä kritisoitiin liian vanhojen tutkimusten liittämistä mukaan ja oletettiin potilasturvallisuuden parantuneen myöhemmin. Näin ei kuitenkaan näytä käyneen. Tutkijat ovat myös huomauttaneet, että arviot kuolleisuudesta ovat todennäköisesti aliarviointeja, koska tutkimukset koskevat vain sairaalakuolleisuutta, mutta kotona tai hoitolaitoksissa tapahtuneita kuolemia ei ollut laskettu mukaan. Laskennasta puuttuvat myös hoidon viivästyttämisestä tai väärästä diagnoosista johtuvat kuolemat. Lisäksi on olemassa joukko potilaita, jotka ovat jääneet henkiin, mutta joutuneet kärsimään vakavasta komplikaatiosta tai virheestä.

Lääketieteen aiheuttaman kuolleisuuden nollatoleranssia ei ole viisasta tavoitella. Tietty riskinotto on välttämätöntä jo potilaan edun vuoksi. Lääketieteen aiheuttama kuolleisuus olisi nolla vain siinä tapauksessa, että hoidon määrä olisi nolla. Kuitenkin luvut kertovat tarpeesta edelleen kehittää potilasturvallisuutta. Toiseksi lääketieteen aiheuttama kuolleisuus ja sairastavuus muistuttavat siitä, että lääketieteen kapasiteetin lisäys ei automaattisesti merkitse hyvää lopputulosta. Oletamme, että lääketieteen koolla ja toimintatavalla on olemassa optimi, joka maksimoi lääketieteen tuottamat hyödyt ja minimoi haitat.

## 2.7 Hoidon teho ja vaikuttavuus

Hoidon teho (engl. efficacy) tarkoittaa hoidon vaikutusta lopputulokseen ihanneolosuhteissa kuten tieteellisen tutkimuksen asetelmassa. Hoidon vaikuttavuus (effectiveness), tai on käytetty myös sanaa arkivaikuttavuus, tarkoittaa hoidon vaikutusta lopputulokseen käytännön olosuhteissa (Haynes 1999). Lähes aina hoidon arkivaikuttavuus on huonompi kuin tutkimuksissa havaittu hoidon teho. Käytännössä hoidot eivät toimi niin hyvin kuin esimerkiksi satunnaistetuista kontrolloiduista kokeista voisi päätellä.

Satunnaistettu kontrolloitu koe on lääketieteen merkittävin tutkimusmenetelmä. Siinä potilaat jaetaan arpomalla yleensä kahteen ryhmään joista toinen ryhmä saa tutkittavaa aktiivista hoitoa ja toinen ryhmä lumehoitoa tai aikaisemmin käytössä ollutta vertailuhoitoa. Menetelmän erinomaisena etuna on mahdollisuus tehdä kausaalisia johtopäätöksiä hoidon vaikutuksesta.

Menetelmässä on lähes aina ongelmana hoidon kohdistuminen valikoituihin potilaisiin. Tutkimuspotilaiden joukosta on poistettu epävarmat diagnoosit, liian vanhat,



liian nuoret, monisairaat ja yhteistyöhaluttomat. Tutkimus tehdään siis eräänlaisilla eliittipotilailla. Käytännössä joudutaan kuitenkin hoitamaan kaikenlaisia potilaita, jolloin hoidon kokonaistulokset ovat poikkeavia tieteellisistä tutkimuksista saaduista tuloksista. Tässä mielessä periaatteessa kaikki satunnaistettu tieteellinen tutkimus on harhaanjohtavaa, sillä lähes kaikki satunnaistetut kontrolloidut kokeet yliarvioivat hoidon vaikuttavuutta käytännössä. Satunnaistettu koe kertoo parhaimman mahdollisen hoitotuloksen, mutta se ei ole sama asia kuin käytännössä saavutettava hoitotulos.

Suosiossa oleva näyttöön perustuva lääketiede tuottaa meta-analyysejä eli yhdistää matemaattisesti useiden satunnaistettujen tutkimusten tuloksia. Tämän on esitetty tuottavan luotettavampaa tietoa hoitojen arkivaikuttavuudesta. Meta-analyysit ovat erinomainen lähde terveydenhuollon menetelmiä arvioitaessa. Mutta jos otetaan joukko satunnaistettuja kokeita ja tulokset yhdistetään matemaattisesti, tulos on edelleen yhteenveto eliittipotilaiden hoidosta.

Voiko siis satunnaistettuihin kokeisiin luottaa? Voi kyllä, mutta riski hoidon käytännön vaikuttavuuden yliarviointiin on pidettävä mielessä. Jos satunnaistetussa tutkimuksessa hoidolla on vain niukasti vaikutusta, voi hoito olla käytännön tilanteessa hyödytöntä. Asiaa ei auta, vaikka tulos olisi tilastomatemattisesti merkitsevä.

Terveydenhuollon vaikuttavuutta on tutkittu esimerkiksi HUS-piirin vaikuttavuushankkeessa jo pitkään. Tietoa hoitojen vaikuttavuudesta on kertynyt huomattava määrä ja joissakin tapauksissa myös käytäntöjä on vaikuttavuustiedon perusteella pystytty muuttamaan. Yleensä meillä ei juuri ole täysin vaikuttamattomia hoitoja, mutta tutkimuksissa voi osoittautua, että vaikuttavuus rajoittuu vain johonkin potilasryhmään. Vaikeinta on ollut muuttaa toimintoja tiedon perusteella.

Vaikuttavuustiedon kasvattaminen edellyttää kansallista yhtenäistä toimintatapaa, joka mahdollistaa eri yksiköiden vertailun. Usein tarvitaan geneerisiä elämänlaatumittareita (esim. 15D), joita voidaan käyttää myös terveystaloustieteelliseen analyysiin (Räsänen ym. 2022). Perinteisen tilastoanalyysin ohella voidaan käyttää koneoppimiseen perustuvia analyysimenetelmiä (Pearl ja McKenzie 2018, Saarela ym. 2019, Rautiainen ym. 2020, Ryytänen ym. 2022, Saari ym. 2022).

Sosiaalihuolto tarvitsee oman vaikuttavuuden seurantajärjestelmän samalla tavoin kuin lääketiede. Sosiaalihuollon alalla vaikuttavuuden seurannalla ja tutkimisella ei ole samanlaisia vahvoja perinteitä kuin lääketieteellä. Kuitenkin sosiaalihuollon alalla on erittäin kalliita interventioita, joiden seuraaminen ja vaikuttavuuden arviointi on välttämätöntä.

## 3 VOIDAANKO TERVEYDENHUOLTOA TOTEUTTAA VAIKUTTAVAMMIN?

### 3.1 Säästöt terveydenhuollossa

Terveystaloustieteellinen tutkimus on lääketieteelle erittäin suuri apu arvioitaessa käytettyjen menetelmien mielekkyyttä talouden kannalta (Sintonen ym. 2021). Suuresta hyödystä huolimatta on muistettava, että edellä mainittu tutkimukseen käytettyjen potilaiden valikoituminen vaikuttaa myös terveystaloustieteelliseen tutkimukseen. Lisäksi, jos joku hoito todetaan kustannusvaikuttavaksi, ei hoidon käyttö välttämättä merkitse taloudellisia säästöjä. Periaatteessa kustannusvaikuttava hoito, samoin kuin sairauksien ennaltaehkäisy tai lääketieteelliset investoinnit, tuottavat säästöjä vain siinä tapauksessa, että pystytään vaikuttamaan kiinteisiin kustannuksiin (Ryynänen 2019). Jos sairaalassa onnistutaan hoitamaan jotakin potilasryhmää entistä halvemmalla tai sairauksia ehkäisemällä poistamaan joku potilasryhmä kokonaan, mutta sairaala jatkaa edelleen samalla henkilöstöllä samoissa tiloissa, niin kustannukset ovat samat kuin ennenkin.

Säästöyrityksissä törmätään Milton Roemerin mukaan nimettyyn Roemerin lakiin: *Sairaalasängyssä makaa aina joku (a hospital bed built is a bed filled)* (Shain ja Roemer 1959). Saman asian voi sanoittaa toisin: *Terveydenhuollossa tarjonta synnyttää oman kysyntänsä, jos kolmas osapuoli takaa rahoituksen* (Shafrin 2006). Roemer perusti väitteensä omiin tutkimuksiinsa, ja ilmiö on havaittu myös myöhemmin (Delamater ym. 2013).

Miten voi olla olemassa ylikapasiteettia, kun potilaita riittää ja kaikilla työntekijöillä on kiire? Kun kansalaisilta on kysytty, onko hänellä viimeisen kuukauden aikana ollut mitään sairautta, oiretta tai vaivaa, niin noin 80 % kansalaisista vastaa myöntävästi. Kuitenkin alle 10 % on hakenut jotain lääketieteellistä apua. Kansalaisten suuri enemmistö muodostaa sairauden altaan, josta voi ammentaa hoidettavia ihmisiä lähes loputtomasti Roemerin lain mukaisesti. Mutta hyötyvätkö kansalaiset tästä? Jotkut hyötyvät, koska ylihoiton lisäksi meillä on myös alihoitoa. Mutta useat eivät hyödy. Vain vaikuttavuuden seuranta pystyy antamaan tietoa siitä, onko jonkin asian tutkiminen ja hoito mielekäästä.

Terveydenhuolto näyttää siis aina käyttävän loppuun kaiken käytettävissä olevan kapasiteetin. Tämä on itsestään selvä, jos kapasiteetti on alimitoitettu. Mutta jos kapasiteettia olisi enemmän, niin tultaisiinko jossain vaiheessa potilaspulaan? Tästä on olemassa esimerkkejä. Samoin on esimerkkejä siitä, että potilaita haalitaan madaltamalla hoitokynnystä ja pidentämällä hoitojaksoja.

Suomen sairaimmat ihmiset asuvat Pohjois-Savossa. Terveyden- ja hyvinvoinnin laitoksen mukaan Pohjois-Savon ikävakioitu sairastavuusluku on 130. Syy ei voi olla Itä-Suomen geeniperimässä, koska Pohjois-Karjalan luku on 121, Kainuun 112, Etelä-Savon 112, vaikka geeniperimä on suunnilleen sama. Asiaa ihmeteltiin Helsingin Sanomien artikkelissa (HS 18.10.2022). Artikkelissa annettiin useita mahdollisia

selityksiä, mutta Roemerin lain sovellutusta ei kukaan esittänyt: Yliopistollinen keskussairaala oheisvaikutuksineen – yliopistollisen sairaalan vaikutus on paljon laajempi kuin vain fyysisen rakennuksen sisällä tapahtuva - on laajentanut palveluiden kysyntää. Todellisen sairastavuuden voi olettaa olevan Pohjois-Karjalan kanssa samaa luokkaa. Kainuun sairastavuusluku on matala eli 112, mikä pistää epäilemään alidiagnostiikkaa ja alihoitoa.

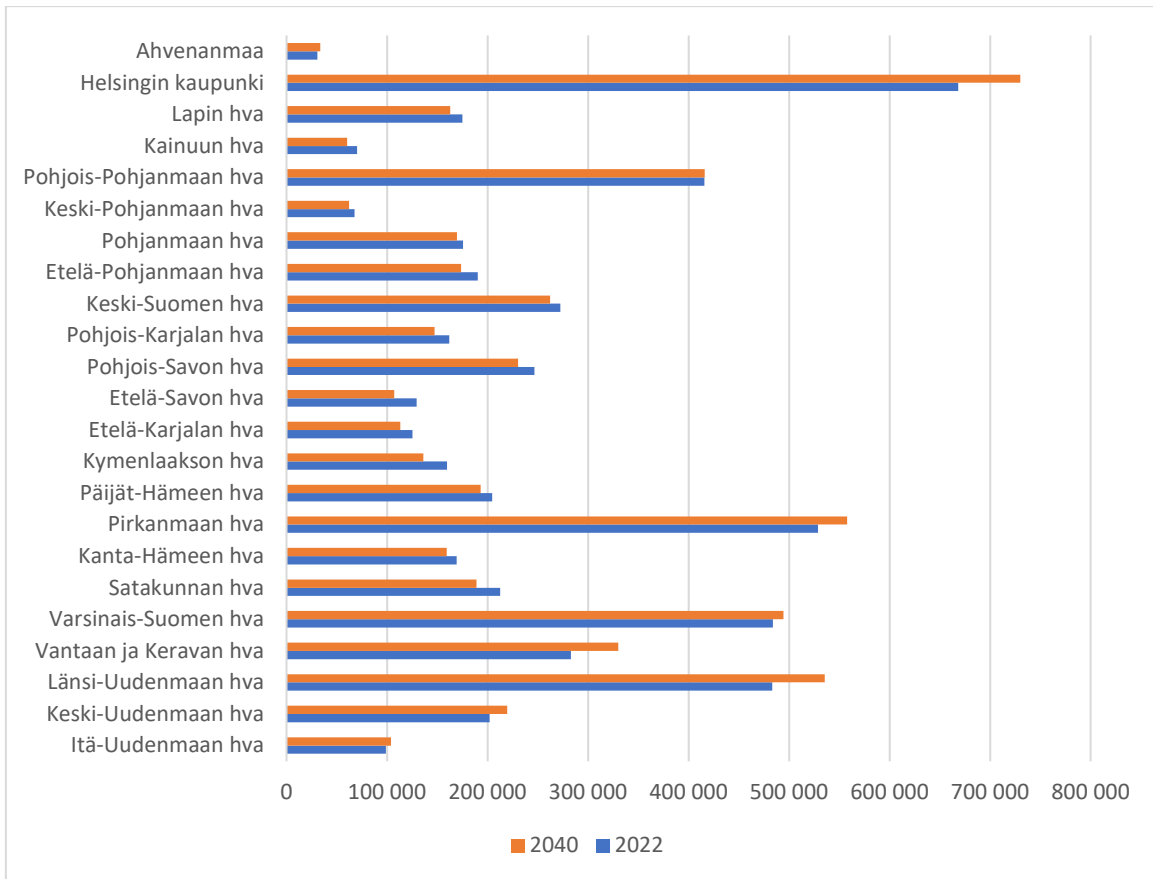
Terveydenhuollon ongelmista puhuttaessa sana ”säästö” lausutaan yleensä jo muutamassa ensimmäisessä lauseessa. Usein säästöistä puhuminen on lähes säälistävän avutonta ”sideharsossa säästämistä”. Todellisista säästöistä on esimerkkejä ja useimmiten ne perustuvat puuttumiseen kiinteisiin kustannuksiin. Siksi pitäisikin puhua enemmän tuotannon rakenteista, joustavuudesta ja kattavuudesta.

### 3.2 Hyvinvointialueiden kehitys ja mahdollisuudet

Hyvinvointialueet ovat aloittaneet toimintansa hyvin erikokoisina ja erilaisina toimintamahdollisuuksiltaan. Suunnitteluvaiheessa usein mainittiin päivystävän keskussairaalan ja samalla hyvinvointialueen minimikoon olevan noin 200 000. Keski-Euroopassa käytäntö on siirtymässä siihen, että kaikilla keskeisillä erikoisaloilla päivystävän keskussairaalan vaatima väestöpohja on noin 300 000–350 000. Suomessa tästä vaatimuksesta voidaan tinkiä pitkien etäisyyksien vuoksi.

Kuvassa 4 on esitetty hyvinvointialueiden väestöpohja laskettuna vuonna 2022 ja ennuste vuodelle 2040. Kolme hyvinvointialuetta saavuttaa niukasti 200 000 väestön. Hyvinvointialueista 11 on selvästi tämän rajan ulkopuolella samoin kuin Ahvenanmaan maakunta. Seitsemän hyvinvointialuetta ja Helsingin kaupunki ylittävät rajan selvästi.

**Kuva 4.** Hyvinvointialueiden, Helsingin kaupungin ja Ahvenanmaan väestöt vuonna 2022 ja vuoden 2040 ennuste Tilastokeskuksen mukaan. Noin 200 000 asukkaan väestökokoä pidettiin hyvinvointialueiden suunnittelussa alueen minimikokona.



### 3.3 Viisi yliopistosairaala-alueita vai 12 päivystävän keskussairaalan aluetta?

Valtion rahoituksen raju kustannuspaine kohdistuu myös terveydenhuoltoon. Ruotsiin verrattuna maassamme on terveydenhuollon järjestelmän ylikäyttöä. Syitä on useita, kuten pirstaleinen pienissä yksiköissä toimiva palvelujärjestelmä ja vanhusten palvelujen puutteet ja epätasaisuus. Vanhusten palvelujen puutteita ovat erityisesti kuntoutuksen vajeet ja laitoskeskeinen ajattelu, joka pakottaa vanhuksset toimintakykyä heikentäviin ahtaisiin tiloihin.

Nykytilanteesta ei voida syyttää pelkästään paikallisia toimijoita, vaan kysymys on valtakunnallisen hallinnollisen osaamisen puutteesta. Kun lääkintöhallitus lopetettiin katosi maasta keskitetty osaamiskeskus ja kehittämiseen tarvittava asiantuntemus. THL ja lääninhallitukset eivät ole pystyneet seuraamaan kansainvälistä kehitystä, saati siirtämään sitä maahan. Seurauksena on nyt nähtävissä oleva kallis ja kirjava palvelujärjestelmä.

Kalleudesta huolimatta palvelut eivät ole tasalaatuisia. Nykyisen uudistuksen suurin heikkous on siinä, että perustetut hyvinvointialueet ovat valtaosin pieniä eivätkä pysty tuottamaan palveluja tasalaatuisesti ja kansainvälisen vertailun kestäväällä tavalla.

Asia voitaisiin korjata yhdistämällä hyvinvointialueita tai yliopistosairaalan vastuualueita kehittämällä siten, että sen hyvinvointialueet muodostaisivat viisi toiminnallista kokonaisuutta. Alueellinen suunnitteluvastuu annettaisiin viidelle yliopistosairaalan yhteistoiminta-alueelle. Yliopistosairaalan järjestämistä vastuuseen kuuluisi huolehtia palvelujen tasaisesta laadusta alueellaan. Näin muodostuisi toiminnallinen kokonaisuus, joissa hyvinvointialueen väestön pieni määrä ei vaikuttaisi palveluja eriarvoistavasti. Samalla pyrittäisiin kattavasti tuottamaan palvelut, joita pieniin hyvinvointialueisiin ei muuten saada.

## 4 TERVEYDENHUOLLON TOIMIVUUS

### 4.1 Suomen terveydenhuollon suorituskyvyn vertailu muihin OECD-maihin

Teimme vertailuharjoituksen Suomen terveydenhuollosta suhteessa muihin OECD-maihin. Käytimme lähteenä OECD:n terveystiedokantoja vuodelta 2021 tai viimeistä saatavilla olevaa lukua.

Aineisto analysoitiin muodostamalla mutual information map (MIM) -kartta käyttämällä Bayesialab 10.2 -ohjelmaa. MIM on itseohjautuva kartta, jossa algoritmi laskee mutuaalisen informaation (MI) arvon kaikkien maiden välille käyttäen ohjelmalle annettuja OECD:n terveystietoja. MI tarkoittaa tässä yhteydessä sitä, paljonko epävarmuus valtion A tiedoista vähenee, kun tiedämme valtion B vastaavat tiedot. Sitten algoritmi sijoittaa valtiot tasolle siten, että jos valtiot ovat annettujen tietojen suhteen samanlaisia, ne sijoittuvat kartalle lähelle toisiaan. Vastaavasti erilaiset maat sijoittuvat toisistaan kauemmaksi (Conrady & Jouffe 2013, Bayesialab 2013).

Tässä käytettiin seuraavia muuttujia:

1. Terveydenhuollon osuus prosentteina bruttokansantuotteesta
2. Terveydenhuoltoon käytetty rahamäärä henkeä kohti
3. Hoitohenkilökunnan määrä
4. Lääkäreiden määrä
5. Odotettavissa oleva elinikä
6. Kuolleisuus aivoverenkierron sairauksiin
7. Kuolleisuus iskeemiseen sydäntautiin
8. Äiti- ja lapsi kuolleisuus/1000 synnytystä
9. Vältettävissä oleva kuolleisuus

MI- kartta on esitetty kuvassa 5. Kartassa useat maat muodostavat ryppäitä ja muutamat maat sijaitsevat erikseen. Suomi ei näytä sijaitsevan samassa ryhmässä kuin useat maat, joihin yleensä itseämme vertaamme. Kuvassa Suomi on punareunaisessa laatikossa ja läheisimmät vertailumaat on merkitty vihreällä reunalla. Suomessa terveydenhuollon osuus bruttokansantuotteesta, sydäninfarkti- ja aivoverenkiertosairauksien sekä vältettävissä oleva kuolleisuus ovat lähimpiä vertailumaita korkeammat. Hoitohenkilökunnan määrä on muihin maihin verrattuna suuri ja äitilapsikuolleisuus pieni. Muut muuttujat ovat keskitasoa.

Pystyimme käyttämään vain osaa OECD:n raportin tiedoista, sillä useissa OECD:n taulukoissa on runsaasti puuttuvia tietoja. Pyrimme keskittymään niihin muuttujiin, jotka kuvaavat toisaalta käytettävissä olevia voimavaroja ja toisaalta keskeistä suorituskykyä.

Menetelmä on herkkä muuttujien valikoinnille. Teimme aineistolle herkkyysanalyysin lisäämällä ja poistamalla joitain valittuja muuttujia. Tuloksena oli erilaisia kartoja, joissa jotkut maat saattoivat siirtyä huomattavastikin. Suomen sijoittuminen

pysyi kuitenkin suunnilleen samana. Useimmissa muissa kartoissa Suomi oli samassa ryppäessä Itä-Euroopan maiden ja Itävallan kanssa.

Suomi näyttää tässä kuviossa alisuoriutujalta. Osasyynä on varmasti Suomen geneettinen sairausrasite. Usein Suomen terveydenhuoltoa on verrattu muiden länsieurooppalaisten vastaavien maiden kanssa. Tällöin on havaittu Suomen käyttäneen muita maita vähemmän rahaa terveydenhoitoon. Pelkkä raha on kuitenkin ongelmallinen tapa vertailla eri maiden terveydenhoitoa. Monet maat ovat vakuutusrahoitteisia, ja yleensä nämä tulevat verorahoitteisia järjestelmiä kalliimmiksi. Rahan käyttö terveydenhuoltoon kuvastaa kunkin maan hinta- ja palkkatasoa. Ero rahoituksessa ei välttämättä näy toteutuneiden hoitojen määrissä, josta voi päätellä Suomen vähäisemmän rahankäytön heijastavan erityisesti hoitohenkilökunnan matalampaa palkkatasoa. Useissa vertailumaissa on hoitohenkilökunnalla korkeampi palkkaus, mutta henkilökuntaa myös on useissa vertailumaissa vähemmän kuin Suomessa.

Saman analyysin teimme aikaisemmin vuoden 2016 datasta opiskelijan harjoitustyönä suuremmalla muuttujavalikoimalla. Tulos oli vastaava, eli Suomi ei ollut lähimmiksi oletettujen vertailumaiden joukossa, vaan oli selvästi niitä huonompi. Silloin analysoitiin myös syytä huonoon sijoitukseen ja todettiin Suomen heikomman sijoituksen johtuvan erityisesti pitkäaikaissairauksien heikommasta hoidosta.

Suomi joutuu todennäköisesti lisäämään terveydenhuollon menoja. Lisäyksen pääosa menee palkkatason nostoon. Parempi palkka voi parantaa työntekijöiden motivaatiota, mutta periaatteessa palkkataso ei anna mitään taetta hoidon tason noususta, ellei rakennetta pystytä korjaamaan. Oletamme, että pirstaleinen hoitojärjestelmä – sekä fyysisiin siiloihin hajotettu että työajan hajottaminen perustehtävän kannalta kyseenalaisesti - kuluttaa runsaasti henkilökuntaa, mutta ei anna riittävää tulosta. Kun järjestelmää pilkotaan, synnytetään tilanne, jossa jokaisessa yksikössä on puutetta henkilökunnasta. Suurikaan määrä työntekijöitä ei auta asiaa.



**Kuva 5.** Itseohjautuva Mutual information -kartta (MIM) OECD-maiden terveydenhuollon tasosta yhdeksällä parametrilla mitattuna. Algoritmi ottaa vastaan tiedot yhdeksästä muuttujasta eri OECD-maiden terveydenhuollosta ja sijoittaa näiden muuttujien suhteen toisiaan muistuttavat maat kartassa lähekkäin ja erilaiset valtiot kauemmaksi toisistaan. Suomi on merkitty punaisella reunalla ja oleelliset vertailuvaltiot vihreällä reunalla. Kuviossa ei ole akseleita, sillä se esittää jokaisen maan suhteessa muihin maihin.

## 4.2 Perusterveydenhuollon palvelurakenne

Soteuudistuksen keskeinen tavoite on ollut perusterveydenhuollon parantaminen. Erityisesti tavoitteena on ollut parantaa perusterveydenhuollon palveluiden saatavuutta ja myös laatua. Toistaiseksi ei ole esitetty mitään varsinaista suunnitelmaa, miten perusterveydenhuoltoa todella voitaisiin vahvistaa. Palvelujärjestelmä on hajanainen. Potilailla on osin hyvinkin pitkiä odotusaikoja, ja henkilökunnan saatavuus on ongelmana ei ainoastaan syrjäseuduilla, vaan myös kaupunkialueilla. Hyvinvointialueella törmätään myös samaan ongelmaan kuin sairaanhoitopiireissä: erikoissairaanhoidon tarpeet ovat niin moninaiset, että ne jyräävät alleen perusterveydenhuollon kehittämisen.



Perusterveydenhuoltoa joudutaan todennäköisesti rahoittamaan enemmän kuin kuntapohjaisen järjestelmän aikana. Pelkkä rahoitus ei kuitenkaan riitä, vaan on puuttuttava myös toimintatapoihin ja palveluverkkoon. Esitämme ohessa lyhyen listan mahdollisista toimenpiteistä. Alueelliset erot ovat suuret ja eri terveysasemat ovat hyvin erilaisissa kehitysvaiheissa. Useimmilla ehdotuksilla on kannattajansa ja vastustajansa. Tästä syystä listamme on kuin ruokatarjoilu seisovasta pöydästä, jossa jokainen voi valita itselleen parhaiten sopivan tarjoilun.

Mahdollisia keinoja perusterveydenhuollon kehittämiseen:

1. Riittävä yksikkökoko, noin neljän lääkärin toimipiste vakituksena on minimi.
2. Etäyhteyksien kehittäminen sekä potilaille itselleen että työntekijöiden tukemiseen.
3. Koulutusmahdollisuuksien takaaminen, lääkäreiden seniorituki, pääsy koulutuksiin ja sisäinen koulutus.
4. Lääkärin uramahdollisuuksien (erikoistuminen, tieteellinen toiminta) tukeminen.
5. Nopeutettujen palveluiden kehittäminen, pikapalvelu kuten autokorjamoissa.
6. Erilaiset omalääkärijärjestelmät erityisesti paljon palveluja käyttäville.
7. Tavoitteena palvelutarpeeseen vastaaminen samana tai viimeistään seuraavana päivänä.
8. Yksityisten palveluiden osuuden kehittäminen huomioiden ostetut palvelut, palvelusetelit ja mahdollisuus toimia ammatinharjoittajana julkisen järjestelmän sisällä.
9. Kannustava palkkausjärjestelmä, joka huomioi sekä mahdolliset pysyvät rekrytointilisät että episodikohtaisen kannustavan palkkauksen.
10. Syrjäseuduilla työhön tulevan nuoren lääkärin elämäntilanteen tukeminen kuten asunto tai puolison työ.

Keskusteluissa nuorten lääkäreiden kanssa on havaittu, että listamme kohta 3 on kaikkein oleellisin houkutin.

Palvelurakenne on kehittymässä perinteisen perusterveydenhuolto – erikoissairaanhoidon – hierarkian sijaan verkkomaiseksi, jossa kaiken tasoisia palveluita on saatavissa kaikkialla ja vain teknologisesti vaativat toiminnot on fyysisesti keskitetty. Verkkomainen palvelurakenne edellyttää viestintä- ja konsultaatioyhteyksien tehokasta toimintaa. Konsultaatiot eivät onnistu ilman siihen osoitettua henkilöstöä, vaan vaativat oman henkilökuntansa.

Digitaalisten palveluiden kehittymisestä on toivottu ratkaisevan perusterveydenhuollon saatavuusongelmat. Todennäköisesti tähän suuntaan ollaan menossa, mutta kehitys on hitaampaa kuin on toivottu. Lyhyellä aikavälillä pystytään kehittämään etäpalveluja niin, että kansalainen voi pyytää neuvoja terveysongelmissa etänä ja saada vuorokauden kuluessa vastauksia ongelmiin, reseptin uusintoja tai ohjauksen laboratorioon tai vastaanottokäynnille.

Pidemmällä aikavälillä on odotettavissa, että tekoälystä tulee täydellinen pelinmuuttaja, *game changer*, perusterveydenhuoltoon ja myös erikoissairaanhoidon. Luultavasti tulevaisuudessa kansalaisen sairastuessa hänen ensimmäinen kontaktinsa tapahtuu perusterveydenhuollon tekoälyn kanssa. Näin tavallaan tehdään nytkin, kun

kansalainen usein googlettaa oireensa ja hakee tietoa tilanteestaan. Seuraava askel olisi keskusteleva tekoälyohjelma, jolle kansalainen voi kertoa murheensa ja kone kyselisi lisää ja määräisi esimerkiksi laboratoriokokeita ja antaisi ajan ihmislääkärille. Potilaan tullessa ihmislääkärille olisi tekoäly jo raportoinut lääkäriä kaikista havainnoistaan, jolloin potilas olisi jo valmiiksi haastateltu. Tekoäly merkitsisi palvelujen käytännössä rajatonta saavutettavuutta kaikkina vuorokauden aikoina.

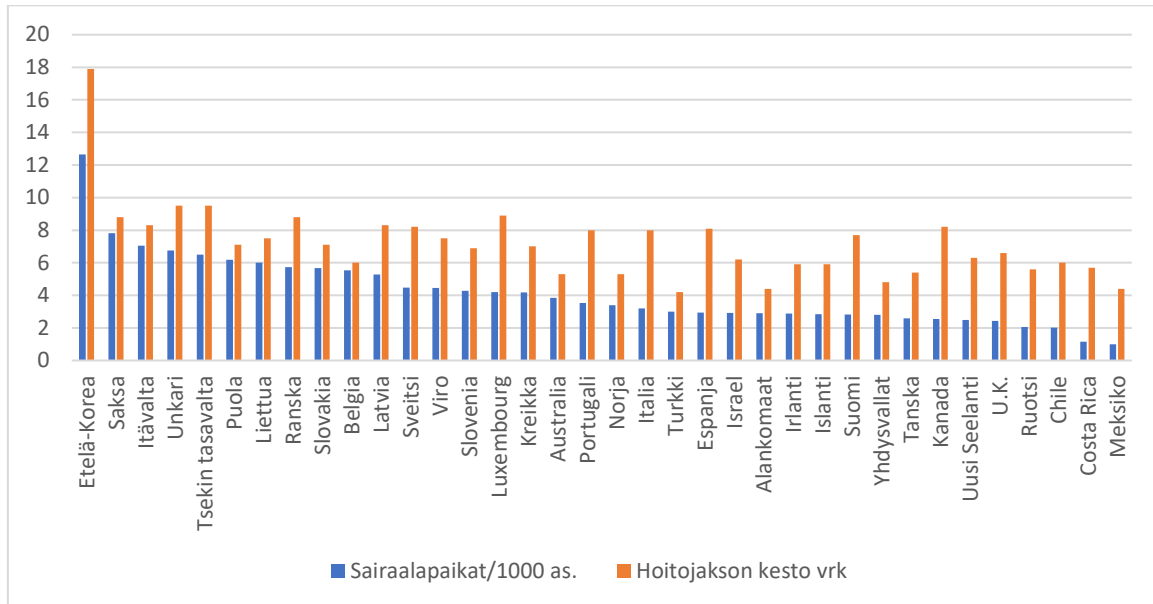
Tekoälyn massiivinen tulo terveydenhuoltoon voisi merkitä hukkalääketieteen lisääntymistä, eli yhä suurempaa kaikkien mahdollisten oireiden medikalisoitua. Tämä riski on olemassa, mutta se myös riippuu siitä, mitä tekoälylle on opetettu. Jos tekoäly käyttäisi aineistonaan kaikkia Suomen potilastapahtumia, se voisi olla yllättävän tiukka vahtiessaan toimien vaikuttavuutta. Kaikkien ei tarvitsekaan osata käyttää tekoälyä, sillä käyttäjiä voidaan avustaa, eikä avustajalla tarvitse olla terveystieteen koulutusta.

Tekoälyn kehittämisen kannalta oleellista on, että kehittämiselle ei aseteta kohtuuttomia lainsäädännöllisiä esteitä.

### **4.3 Miten Ruotsi selviää pienemmällä hoitopaikkamäärällä?**

Perinteisesti terveydenhuollon kapasiteettia on kuvattu sairaalapaikkojen määrällä ja hoitoaikojen kestolla. Molemmat luvut ovat jossain määrin vanhentuneita kuvaamaan sairaanhoidon kapasiteettia, kun perinteisten hoitajaksojen rinnalle on tullut päiväkirurgiaa, kotisairaala ym. Nämä uudemmat hoitomallit ovat järjestelmiä, jotka voivat olla hoidon kannalta intensiivisiä, mutta klassisten hoitopaikkojen käyttö on vähäistä. Tarkastelemme kuitenkin seuraavassa hoitopaikkojen määrää ja hoidon kestoa eri maissa. Hoitopaikkojen määrälle ja hoitoajalle saadaan OECD Health Datasta seuraava kuva 6.

**Kuva 6.** OECD-maiden sairaansijat 1000 asukasta kohti ja keskimääräiset hoitoajat vuorokausina. Pystyakselin luku kuvaa kumpaakin suuretta. Maat on esitetty sairaalapaikkojen määrän mukaisessa järjestyksessä. Lähde OECD Health statistics 2021/22.



Maiden välinen vaihtelu on suurta. Maiden järjestys määräytyy kunkin maan terveydenhuollon rakenteen, käytäntöjen ja perinteiden mukaan eikä siis kuvaa terveydenhuollon suorituskykyä. Suomi kuuluu maihin, joissa nykyaikaisemmat käytännöt ovat vähentäneet sairaalapaikkoja. Meitä lähellä olevat vertailumaat sijaitsevat kuviossa oikealla.

Suomen kohdalla sairaalahoidon kesto on useita vertailumaita suurempi ja sairaalapaikkojen määrä on suurempi kuin esimerkiksi Ruotsissa ja Tanskassa.

Ruotsissa oli vuonna 2020 sairaansijoja 21217 ja Suomessa 15626. Suomessa keskimääräinen hoitoaika oli 7,7 vrk ja Ruotsissa 5,6 vrk. Väkilukuun suhteutettuna Suomessa olisi 11530 paikkaa, jos määrä olisi vastaava kuin Ruotsissa. Tämä merkitsee, että Suomessa 4096 ylimääräistä hoitopaikkaa Ruotsin tasoon verrattuna.

Jos käyttöasteen oletetaan olevan varovaisuusperiaatteen mukaisesti 80 % ja oletetaan ylimääräisten hoitopäivien olevan hinnaltaan halvemmasta päästä 300 €/vrk, saadaan ylimääräiseksi kustannukseksi vähintään noin 350 miljoonaa euroa vuodessa. Tämä on se ylimääräinen hinta, mikä Suomessa sairaalahoidosta vuodeosastolla maksetaan Ruotsiin verrattuna. Jos vertaa Suomea muihin vertailumaihin kuten Tanskaan, Alankomaihin ja Britanniaan, saadaan saman suuntainen, joskin loppusummaltaan pienempi tulos.

Epätarkkanakin laskelma viittaa siihen, että Ruotsissa ja muissa läheisissä vertailumaissa on kustannustehokkaampi hoitokulttuuri.

#### 4.4 Erot hoitoprosessissa

Suomen ja Ruotsin hoitoprosesseissa on kaksi systemaattisia eroa: kuntoutus ja tilankäyttö.

Kuntoutus on Ruotsissa ja useissa muissa Euroopan maissa (esim. Tanskassa, Hollannissa, Belgiassa ja Britanniassa) kiinteä osa hoitoprosessia. Useissa EU-maissa akuutin vuodeosaston hoitoaika on rajattu korkeintaan 30 vuorokauteen. Sairauden akuutin vaiheen jälkeen viimeistään 7–10 hoitovuorokauden kohdalla tehdään osana rutiinihoitoa kuntoutusryhmän kanssa jatkohoitosuunnitelma, jossa arvioidaan kuntoutuksen tarve ja käynnistetään kuntoutusprosessi osana akuuttivaiheen hoitoa. Kuntoutuksen ja jatkohoidon tarpeen arvioi hoitavasta organisaatiosta riippumaton arvioitiryhmä. Kuntoutusjakso on kestoltaan viikkoja. Se voidaan tehdä koordinoitusti joko nykyisessä hoitopaikassa, sen kuntoutusosastolla, erillisessä kuntoutusyksikössä tai asiakkaan kotiin vietyinä.

Suomessa kuntoutus ei ole kiinteä osa akuuttia hoitoprosessia. Akuuttihoitopaikka arvioi kuntoutuksen tarvetta vasta oman hoitajakson päättymisvaiheen yhteydessä. Tällöin on menetetty paras kuntoutusvaihe ja lopputulos huononee. Saari ym. tutkimuksessa Itä-Suomen terveyskeskussairaaloista kuntoutussuunnitelma oli tehty 18,6 %:lle lyhytaikaisista potilaista (Saari 2022). Kuntoutusta kyllä on erityisesti kirurgisille potilaille, mutta mikä tahansa vuodelepoon johtava akuutti sairaus tuottaa toimintakyvyttömiä iäkkäitä henkilöitä, joille sitten joudutaan järjestämään ympärivuorokautinen hoitopaikka. Sisätautidiagnoosit kuten sydänsairaus tai infektiot tuottavat toimintakyvyttömyyttä samaa tahtia kuin luunmurtumat.

#### 4.5 Vanhusten hoitopaikkojen kehitys

Suomessa on ollut vanhusten ympärivuorokautisen tehostetun palveluasumisen ja muiden asumismuotojen paikkoja hyvin vaihtelevasti eri kunnissa. Muutamissa kunnissa on yli 15 % 75 vuotta täyttäneistä ympärivuorokautisessa hoidossa. Toisissa kunnissa vastaava luku on 5–6 %.

Tilanne ei ole se, että runsaat paikat kertoisivat hyvästä ja vähäiset paikat huonosta hoidosta. Pienempi paikkamäärä on saatu aikaan tehostamalla kuntoutusta, kotihoitoa ja kotisairaalaan kuten entisen Eksoten esimerkki kertoo. Kuntoutuksen ja kotihoidon laiminlyönnit merkitsevät suurta hoitopaikkatarvetta ja katastrofia, kun nykyisen hoitajamitoituksen mukaista henkilökuntaa ei ole saatavilla. Hyvinvointialueiden tavoitteena tässä vaiheessa tulisi olla noin 6 % taso. Aikaisemmassa raportissamme teimme karkeaa laskelmaa taloudellisesta vaikutuksesta ja totesimme entisen Eksoten hoitoratkaisujen merkitsevän koko valtakunnan tasolla 500–700 miljoonan euron vuotuista eroa nykykäytäntöön, vanhusten hoituvan suunnilleen nykyisellä henkilökuntamäärällä ja lisäksi hoidon tason olevan parempi.

Vanhusten huoltolaitokset ovat olleet rakenteeltaan vuodeosastoja, joissa on ahtaat makuutilat, ruokailutila ja oleskelutila. Tilankäytön murros tapahtui 1980-luvulla.

Ruotsin parhaiksi luokiteltu vanhusten asuintalo, Boråsin Distansgatan 7 on vanha asuinkerrostalo, joka otettiin pienin korjauksin vanhusten käyttöön.

Varsinainen murros tapahtui vuonna 2009, jolloin Hollannissa avattiin noin 80 asukkaan dementiakylä Hogeweyk. Kylän muodosti aidattu tavallisten rivitalojen verkko. Taloissa asui 6–7 muistisairasta henkilöä. Alueella on lisäksi kokoontumistila, kioskimyymälä, keskitetty ruokala ja kahvila.

Jokaisella asukkaalla on oma huone ja omat kalusteet. Pihat ovat avoimia. Alue on aidattu, mutta kooltaan usean kaupunkikorttelin kokoinen. Asukkaat osallistuvat ylläpitotoimiin kykyjensä mukaan. Verkossa on useita kuvauksia Hogeweyk dementiakylästä.

Tällä hetkellä elämme keskellä laajempaa murrosta. Vanhuksille rakennetaan tai otetaan käyttöön tavallisia normaalisti tai mieluummin väljästi mitoitettuja asuintaloja, joihin tehdään pieniä muutoksia. Esimerkiksi pohjakerroksessa on yhteiset ruokailutilat tai kerroksittain avataan yksi asunto yhteisiksi tiloiksi. Esimerkiksi Pariisissa raivataan kuuden korttelin päähän Notre Damesta vanhusten asuintaloo. Oma tilaa on jokaisella 25–30 m<sup>2</sup>. Se kalustetaan omin huonekaluin. Kokonaisuuteen kuuluu yhteinen kuntosali, kokoontumistila ja piha.

Suomen ongelma on vanhojen rakennuksien ahtaus. Omassa tilassa on sänky, yöpöytä, kaappi ja tuoli. Vanhuksen kodiksi tarkoitettu tila muistuttaa pientä hotellihuonetta, joka kelpaa tilapäiselle yöpyjälle, mutta on toivoton ihmisen kodiksi. Joutuessaan palvelujärjestelmään ei vanhuksella ole mahdollisuuksia pitää yllä kuntoa. Ahtaus estää liikkumista ja kuntoutus puuttuu. Hoitojärjestelmä tekee ahtaudella itselleen kaikki ne vuodepotilaat, mitä se tarvitsee ollakseen olemassa. Kyseessä on elämää lyhentävä prosessi.

Yhdistyneiden kansakuntien ihmisoikeuksien julistuksessa on kohta, jossa todetaan, että vangit ja heidän kaltaisensa ryhmät ovat oikeutettuja tunnin päivittäiseen ulkoiluun. Tämä on huomioi kaikissa uusissa vanhustenhuoltolaitoksissa muissa Pohjoismaissa ja laajalti EU:ssa. Suomessa ei tätä mahdollisuutta ole huomioitu edes uusimmissa vanhusten palvelurakennuksissa. Suomessa tämä on esimerkiksi huomioitu Hämeenlinnan uudessa naisvankilassa. Vankilan yhteiset oleskelutilat ovat myös sopiva malli vanhusten palvelutaloille.

Trendi vertailumaissa on kulkemassa kohti vanhusten yhteisömuotoista asumista. Kun asukkaan terveydentila ja toimintakyky heikkenevät, vanhusta ei yleensä siirretä laitospuotoiseen asumiseen, vaan hoito viedään hänelle kotiin.

## 4.6 Elinajanodotteen kehitys

Vertailimme elinajanodotetta Suomen eri maakunnissa ja OECD-maissa (Taulukko 2). Erityisesti miesten elinajan odote on alhainen. Naisilla elinajanodote on vertailussa parempi. Käytimme vuoden 2021 dataa tai viimeistä saatavilla olevaa tietoa, jossa näkyy myös kielteistä kehitystä johtuen COVID-19 pandemiasta. Pandemian aiheuttaman ylikuolleisuuden väheneminen voi alkaa nopeasti näkymään elinajanodotteessa ilman erityisiä toimenpiteitä.

**Taulukko 2.** Eliniänodote OECD-maissa ja Suomen maakunnissa miehillä ja naisilla eliniän odotteen mukaisessa järjestyksessä vuoden 2021 tai viimeisimmän saatavissa olevan luvun mukaan.

Lähde: OECD Health Data ja Tilastokeskus.

<b>Maa</b>	Miehet	<b>Maa</b>	Naiset
Sveitsi	81,9	Japani	87,7
Islanti	81,8	Etelä-Korea	86,5
Norja	81,7	<b>Ahvenanmaa</b>	86,3
Japani	81,6	Espanja	86,2
Ruotsi	81,4	Sveitsi	85,9
<b>Ahvenanmaa</b>	81,3	Ranska	85,5
<b>Pohjanmaa</b>	81,2	<b>Pohjanmaa</b>	85,4
Australia	81,2	Australia	85,3
Irlanti	80,8	<b>Varsinais-Suomi</b>	85,1
Luxembourg	80,7	<b>Keski-Pohjanmaa</b>	85,1
Italia	80,6	Italia	85,1
<u>Israel</u>	80,5	<b>Etelä-Pohjanmaa</b>	85,0
Etelä-Korea	80,5	Ruotsi	85,0
uusi Seelanti	80,5	<b>Pirkanmaa</b>	84,9
Espanja	80,3	Luxembourg	84,9
<b>Keski-Pohjanmaa</b>	80,1	<b>Pohjois-Pohjanmaa</b>	84,8
<b>Pirkanmaa</b>	80,0	<b>Uusimaa</b>	84,7
Alankomaat	79,9	<b>Keski-Suomi</b>	84,7
<b>Varsinais-Suomi</b>	79,6	Norja	84,7
<b>Etelä-Pohjanmaa</b>	79,6	<u>Israel</u>	84,6
Tanska	79,6	<b>Suomi, koko maa</b>	<b>84,5</b>
Belgia	79,5	<b>Kanta-Häme</b>	84,5
Kanada	79,5	Islanti	84,5
<b>Uusimaa</b>	79,4	Belgia	84,4

Ranska	79,3	Irlanti	84,4
<b>Keski-Suomi</b>	79,2	Portugali	84,3
<b>Pohjois-Pohjanmaa</b>	79,2	<b>Satakunta</b>	84,2
<b>Suomi, koko maa</b>	<b>79,1</b>	Uusi Seelanti	84,1
<b>Kanta-Häme</b>	78,8	<b>Etelä-Savo</b>	84,0
Itävalta	78,8	<b>Pohjois-Savo</b>	84,0
<u>Saksa</u>	78,7	<b>Lappi</b>	84,0
<b>Lappi</b>	78,5	Kanada	84,0
<b>Päijät-Häme</b>	78,4	Slovenia	84,0
UK	78,4	<b>Päijät-Häme</b>	83,9
<b>Pohjois-Savo</b>	78,3	<b>Etelä-Karjala</b>	83,9
Chile	78,3	<b>Pohjois-Karjala</b>	83,9
Costa Rica	78,2	Itävalta	83,8
<b>Satakunta</b>	78,1	Chile	83,8
<b>Etelä-Karjala</b>	78,0	<b>Kymenlaakso</b>	83,7
Portugali	78	<u>Saksa</u>	83,5
<b>Etelä-Savo</b>	77,9	Costa Rica	83,3
<b>Kainuu</b>	77,9	Tanska	83,3
Slovenia	77,9	<b>Kainuu</b>	83,2
<b>Pohjois-Karjala</b>	77,7	Alankomaat	83,1
Kreikka	77,5	Kreikka	83,0
<b>Kymenlaakso</b>	77,4	UK	82,4
Turkki	75,9	Viro	81,3
Tšekin tasavalta	74,3	Turkki	81,3
Yhdysvallat	74,2	Tšekin tasavalta	80,6
Kolumbia	73,7	Kolumbia	80,0
Viro	72,4	Yhdysvallat	79,9
Meksiko	72,4	Puola	79,7

Puola	71,7	Liettua	79,0
Slovakia	71,3	Slovakia	78,3
Unkari	71,1	Latvia	78,2
Liettua	69,9	Meksiko	78,1
Latvia	68,6	Unkari	78,0

Naisten eliniänodote on kansainvälisesti hyvällä tasolla ja Ahvenanmaa on maailman huipun tuntumassa. Miesten eliniänodotteessa on vielä parantamisen varaa. Erot maakuntien välillä on merkittäviä. Yleisesti muuttotappioalueilla eliniänodote on heikko valikoivan muuttoliikkeen vuoksi, kun terveet lähtevät pois. Mutta pelkkä muuttotappio ei selitä kaikkia eroja.

Elinajan odotteen keskimääräistä arvoa voidaan parantaa parantamalla huonoimmin pärjävien selviytymistä.

1. Maksuton perusterveydenhuolto voisi tarjota mahdollisuuksia parantaa vähävaraisimpien henkilöiden tulosta. Perusteluja on kolme: Vähävaraisten aseman parantaminen, tiimimallissa lääkäriissä käynti on keinotekoista erottaa hoitajakäynnistä, sekä tasa-arvon saavuttaminen työterveyshuollon ja julkisen perusterveydenhuollon välillä. Lääkäriliiton kanta tukee maksutonta perusterveydenhuoltoa. Hyvinvointialueiden taloudellisessa tilanteessa voi asiakasmaksuista luopuminen on vaikeaa, mutta kehotamme kuitenkin miettimään asiaa.
2. Pitkäaikaissairauksien hoidon parantaminen seuranta vahvistamalla ja systematisoimalla.
3. Päihde- ja mielenterveyspalveluiden vahvistaminen. Erityisesti on kiinnitettävä huomiota mielenterveys- ja päihdepotilaiden sosiaalipalveluihin kuten asumiseen ja jokapäiväisen toiminnan tukemiseen. Erilaisten terapioiden lisääntyminen voi huonontaa heikoimmassa asemassa olevien potilaiden hoitoa entisestään.
4. Vahva ennaltaehkäisy.

## 4.7 Säästäkö ennaltaehkäisy?

Edellä totesimme ennaltaehkäisyn olevan keino parantaa Suomen ongelmallista eliniänodotetta. Tämän tavoitteen lisäksi terveydenhuollon kustannusten kasvusta huolestuneet poliitikot ovat usein toivoneet ennaltaehkäisystä helpotusta terveydenhuollon kustannuspaineeseen.

Sairauksien ennaltaehkäisy onnistuessaan parantaa kansalaisten elämänlaatua ja pidentää odotettavissa olevaa elinikää. Useat vakavatkin sairaudet ovat luonteeltaan sellaisia, että niitä on mahdollista torjua ennakoita. Vältettävissä olevien sairauksien osuus kuolemantapauksista on eri maissa 10–15 % alle 75-vuotiaiden



kuolleisuudesta ([www.THL.fi](http://www.THL.fi)). Noin 40 % kaikenikäisten henkilöiden kuolemista ovat johtuneet periaatteessa vältettävissä olevasta syystä (Cohen 2008). On luonnollisesti tarpeetonta, että kenenkään tarvitsee kuolla sairauteen, joka olisi estettävissä.

Ennaltaehkäisy on erittäin kannatettavaa. Tavoitteena on se, että kansalaiset voisivat elää terveempinä ja pitempään. Useimmat käytetyt ohjelmat tätä toteuttavat. Tuot- taako ennaltaehkäisy säästöjä, on jo monimutkaisempi kysymys. Näyttää siltä, että ennaltaehkäisyn mahdollisuuksia kustannusten kasvun rajoittamiseen on liioiteltu (Cohen 2008, Ryyänen 2019).

Asiaan vaikuttaa korvaantumisilmiö, kilpailevien kuolemansyiden laki. Jos kuolemia sairauteen A pystytään torjumaan, lisätään automaattisesti kuolemia sairauteen B (tai sairauksiin C, D jne.). Silloin estetty sairaus on korvaantunut uudella sairaudella. Näin käy esimerkiksi, jos henkilöä estetään kuolemasta sydänsairauteen ja myöhemmin hän sairastuu ja kuolee syöpään tai muistisairauteen.

Estetyn sairauden A ja korvaavien sairauksien B, C ym. välillä on aikaero. Onnistunut ennaltaehkäisy tuottaa aikaeron, josta on selvää yksilöhyötyä. Mutta yhteiskunnan kustannuksiin säästö ei toteudu, ellei aikaero ole todella pitkä. Erityisesti iäkkäiden henkilöiden sairauksia torjuttaessa onnistunut tulos voi nopeastikin korvautua uudella sairaudella.

Jos sairauden ehkäisyssä tavoitellaan kuolemien välttämäisen sijaan vain sairastami- sen vähenemistä, törmätään samaan ongelmaan kuin kuolemia ehkäistäessä. Jos jota- kin tiettyä sairautta potevat voidaan sairautta ehkäisemällä poistaa sairaalasta, mutta sairaala jatkaa samassa rakennuksessa samalla kapasiteetilla edellä mainitun Roemerin lain mukaisesti, eivät yhteiskunnan kustannukset pienene.

Periaatteessa sairauksia ehkäistäessä kustannukset pienenevät vain, jos ennalta ehkäisy johtaa kiinteiden kustannusten vähenemiseen. Näin onkin tapahtunut, kun esimerkiksi erilliset tuberkuloosisairaalat tulivat tarpeettomiksi. Antibiootit ovat lopettaneet ennen 1960-lukua rakennettujen sairaaloiden lasten infektio-osastot poti- lashuoneiden erillisine uloskäynteineen. Sydän- ja verisuonisairauksien kohdalla on tapahtunut merkittävää kehitystä, kun ikävakioitu kuolleisuus on pienentynyt.

Usein on tulkittu, että ennaltaehkäisy johtaa sairauden kompressioon (Fries 1980). Kompressio tarkoittaa sitä, että elämän viimeisessä vaiheessa sairastamiseen käytetty aika ja samalla hoidon ja hoivan tarve lyhenee, kun sairaudet pakkaantuvat elämän yhä lyhyempään loppuvaiheeseen. Sairauden kompressiota on havaittu useissa tutkimuksissa. Joissakin tutkimuksissa sairauden kompressiota ei ole ha- vaittu tai sen vaikutus on jäänyt vähäiseksi (Crimmins 2011, GBD 2013 DALYs and HALE Collaborators 2013, Walter 2016). On ilmeistä, että ihmiset elävät pidempään ja terveempinä. Yhteiskunnan kustannusten kannalta sairauden kokonaismäärä on ratkaiseva, ei yksilön sairastamisriskin pieneneminen. On epävarmaa, missä määrin sairauden tiivistyminen elämän loppuvaiheeseen todella pienentää terveydenhuol- lon kustannuksia. Eliniän odote kasvaa nopeammin kuin sairaudesta vapaan ajan odote (Walter 2016).

Sairauksien ehkäisyn keskeinen tavoite ei olekaan terveydenhuollon kustannusten säästämisessä, vaan ennaltaehkäisyllä tavoitellaan pidempää elinikää ja parempaa elämänlaatua. Terveydenhuollon kustannusten vähentäminen on sairauksia

ehkäisemällä mahdollista vain rajoitetusti. Hyvää ja pidempää elämää on mahdollista tuottaa, ja tätä hyötyä pitää tavoitella.

## 4.8 Yhteenveto ongelmien syistä

Lääketiede kasvaa kiihtyvästi. Tuloksena on lääketieteen järjestelmän irtaantuminen rahoitusmahdollisuuksien ja henkilökunnan saatavuuden ulkopuolelle. Suomen terveydenhuoltojärjestelmän vakavimmat ongelmat, kuten rahoituksen ja työvoiman saatavuuden vaikeudet, ovat suoraa seurausta lääketieteen paisumisesta, monimutkaistumisesta ja pirstaleisesta järjestelmästä.

Vaikeudet eivät johdu toimijoiden ymmärtämättömyydestä tai pahantahoisuudesta. Luotu järjestelmä on toiminut omalakisesti ja toimijat ovat reagoineet kannusteisiin.

Lääketieteen kasvu on suurelta osin hyödyllistä, koska se lisää hoitomahdollisuuksia. Hyöty ei kuitenkaan ole tasaista, vaan joissakin tapauksissa hyöty on rajoittunut tai hyöty ei ole suhteessa kustannuksiin.

Lääketieteellinen toiminta aiheuttaa myös haittoja, jotka pyrkivät myös kasvamaan lääketieteen kehittyessä. Lääketieteen kasvaessa hyöty kasvaa rajoitetusti, mutta haitat rajattomasti.

Henkilökuntaa koetaan olevan liian vähän. Kansainvälisesti verrattuna henkilökunnan määrä näyttää kuitenkin suurelta. Vaikka pirstaleisessa järjestelmässä on henkilökuntaa runsaasti, niin hajautettuna jokaisessa pisteessä erikseen henkilökunnan määrä jää niukaksi. Toimintamallien monimutkaisuus ja byrokraattisuus kuluttaa henkilökuntaa.

Perusterveydenhuolto on joutunut ottamaan uusia tehtäviä, jotka ovat invalidisoineet terveystieteiden toimintaa. Perusterveydenhuolto tarvitsee uudelleenarviointia siitä, mitkä toiminnat ovat todella välttämättömiä toiminnan kannalta.

Ongelmia joudutaan tietyissä tapauksissa ratkaisemaan lisäresursoinnilla. Voimavarojen lisäämisessä on kuitenkin riski, että lisäys ruokkii lääketieteen kasvua, kun lisääntynyt palveluiden tarjonta luo oman kysyntänsä. Jos rahan tai työntekijöiden määrää lisätään, se voi mahdollistaa kaiken jatkamisen entiseen tapaan. Myös lisätty resurssi tullaan käyttämään loppuun. Tällöin voimavarojen lisäys voi pahentaa ongelmia, koska raja tulee joka tapauksessa joskus vastaan.

Tieteelliset tutkimukset kuten satunnaistetut kokeet yliarvioivat järjestelmällisesti hoitojen vaikuttavuutta käytännön tilanteessa. Hoitojen vaikuttavuuden seuranta käytännön potilasaineistoilla on välttämätöntä vaikuttavuuden arvioimiseksi.

Lääketieteen kehitystä tulee ohjata vaikuttavuustietoon perustuen. Tieteellinen näyttö hoidon tehosta tieteellisten tutkimusten asetelmassa ei takaa hoidon vaikuttavuutta käytännössä. Siksi tarvitaan käytännön vaikuttavuuden jatkuvaa seurantaa.

Suomen terveydenhuolto ei ole samalla tasolla kuin läheisimmissä vertailumaissa. Erityisesti pitkäaikaissairauksien hallinta on vertailumaita heikompaa.

Muodostetuista hyvinvointialueista useat ovat liian pieniä korjaamaan järjestelmästä johtuvia ongelmia.

Perusterveydenhuolto on merkittävässä vaikeuksissa. Suomessa on pula perusterveydenhuollon lääkäreistä, vaikka kansainvälisesti määrä näyttää riittävältä.

Suomessa on lähimpiin vertailumaihin verrattuna enemmän sairaalapaikkoja ja pidemmät hoitoajat. Tämä syö merkittävästi resursseja.

Vanhusten hoidossa on puutteita. Kuntoutuksella akuuttien sairauksien jälkeen ja raihnaisuuden edetessä voidaan vähentää ympärivuorokautisen hoidon tarvetta. Kuntoutusta on kuitenkin tarjolla liian vähän, mikä siirtää resurssien suuntaamista ympärivuorokautiseen hoitoon.

Vanhusten hoitopaikat ovat ahtaita ja toimintakykyä heikentäviä. Kansainvälinen trendi vanhusten yhteisömuotoiseen asumiseen ei ole Suomessa vielä kovin pitkällä.

Erityisesti miesten eliniänodote on vertailumaita huonompi.

## **4.9 Mahdollisia toimenpiteitä**

Perusterveydenhuolto tarvitsee sekä lisäresursseja että voimakasta kehittämistä. Perusterveydenhuollossa tulee olla useita mahdollisia kanavia kuten perinteinen vastaanotto, pikapalvelut vähäisiä asioita tai tutkimusten alkuun laittamista varten ja etänä annettavat palvelut. Erityistä huomiota tarvitaan kroonisten sairauksien hallintaan. Terveysasemien tulee olla kooltaan vähintään neljän lääkärin toimipisteitä. Näiden ulkopuolella tarvitaan etätuettuja hoitajavastaanottoja, liikkuvia palveluja tai palveluliikennejärjestelmiä, jotka palvelisivat myös syrjäseutujen muuta liikkumisen tarvetta.

Terveydenhuollossa on etsittävä tehokkuutta myös asettamalla prioriteetteja yksittäisissä työtehtävissä ja karsittava toimintoja, jotka eivät tuota potilashyötyä.

Perusterveydenhuollon asiakasmaksut pitää poistaa.

Kansalaisten valinnanvapauden mahdollisuuksia on parannettava. Yksityistä palvelutuotantoa on käytettävä nykyistä laajemmin erityisesti perusterveydenhuollossa.

Päihde- ja mielenterveyshoidon määrää ja laatua tulee parantaa. Erityistä huomiota vaativia ovat päihde- ja mielenterveyspotilaiden sosiaalisten palvelujen tukeminen.

Erikoissairaanhoito toimii pääosin hyvin. Jatkossa tarvitaan alueellisesti suunniteltua palveluverkkoa, jossa eniten osaamista ja laitteistoa vaativia palveluita keskitetään yli nykyisten hyvinvointialueiden rajojen.

Hyvinvointialueiden määrää tulee supistaa noin 12 alueeseen.

Vaikuttavuustietoa on kerättävä järjestelmällisesti ja yhteisiä standardeja noudattaen. Vaikuttavuustiedon kerääminen ja hyödyntäminen on ulotettava myös sosiaalihuoltoon. Vaikuttavuustiedon perusteella tulee olla kyky tehdä johtopäätöksiä.

Potilasturvallisuutta on järjestelmällisesti kehitettävä. Vaikuttavuustieto parantaa myös potilasturvallisuutta.

Nuorten lääkäreiden erikoistumismahdollisuuksia on parannettava. Huomiota on kiinnitettävä palkkaukseen, koulutukseen ja työoloihin.

Terveydenhuollon kestävä kehitys edellyttää valtakunnallista vaikuttavuuteen perustuvaa prioriteettien asettamista.

Sairauksien ehkäisyllä tulee tavoitella kansalaisten mahdollisuuksia elää terveempänä ja pidempään. Sairauksien ehkäisy voi tuottaa myös säästöjä, jos se johtaa mahdollisuuteen pienentää kiinteitä kustannuksia.

## Kirjallisuutta

Bayesialab 2013. BayesiaLab's Mutual Information Map of the U.S. House of Representatives . Youtube <https://www.youtube.com/watch?v=fSWpYfG-5bw>

Cochrane M, Ham C, Heginbotham C, Smith R. Contemporary theme. Rationing: at the cutting edge. *BMJ*. 1991 Oct 26;303(6809):1039-42.

Cohen JT, Neumann PJ, The cost savings and cost-effectiveness of clinical preventive care. The synthesis report, Robert Wood Johnson Foundation, research synthesis report no. 18 sept 2009. <https://www.rwjf.org/>.

Conrady S, Jouffe L. Vehicle size, weight and injury risk. High-dimensional modeling and causal inference with Bayesian networks. Bayesiab 2013. [https://www.researchgate.net/publication/268804510\\_Vehicle\\_Size\\_Weight\\_and\\_Injury\\_Risk\\_-\\_High-Dimensional\\_Modeling\\_and\\_Causal\\_Inference\\_with\\_Bayesian\\_Networks](https://www.researchgate.net/publication/268804510_Vehicle_Size_Weight_and_Injury_Risk_-_High-Dimensional_Modeling_and_Causal_Inference_with_Bayesian_Networks)

Crimmins EM, Beltrán-Sánchez H. Mortality and morbidity trends: is there compression of morbidity? *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2011 Jan;66(1):75-86.

Delamater PL, Messina JP, Grady SC, WinklerPrins V, Shortridge AM. Do more hospital beds lead to higher hospitalization rates? a spatial examination of Roemer's Law. *PLoS One*. 2013;8(2): e54900.

Fries, JF. Aging, Natural Death, and the Compression of Morbidity). *New England Journal of Medicine*. 1980;303: 130–5.

GBD 2013 DALYs and HALE Collaborators. Global, regional, and national disability-adjusted life years (DALYs) for 306 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 188 countries, 1990-2013: quantifying the epidemiological transition. *Lancet*. 2015; 386:2145-91.

Haynes B. Can it work? Does it work? Is it worth it? The testing of healthcare interventions is evolving. *BMJ* 1999; 319:652–3.

Helsingin Sanomat 18.10.2022. Suomen sairaimmat ihmiset asuvat Savossa, vaikei olosuhteiden mukaan niin pitäisi olla – Mistä on kyse?

Klein R. The ever-interesting topic. *Br Med J (Clin Res Ed)*. 1987 Oct 3;295(6602):843-5.

Kohn L, Corrigan J, Donaldson M, eds. *To Err Is Human: Building a Safer Health System*. Washington, DC: National Academy Press; 1999.

Pearl J, Mackenzie D. Miksi, syyn ja seurauksen uusi tiede. Alkuteos: *The Book of Why*. Terra Cognita 2018.

Räsänen P, Hytönen, ML, Pakarinen S, Sintonen H, Blom M, Roine RP, Ryyänen, OP, Maksimow A. Vaikuttavuuden mittaamisessa on syytä siirtyä tekoihin. *Suomen lääkirilehti* , 2022;77(13-14):562.

Rautiainen E, Ryyänen 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. *Healthc Inform Res*. 2020 Apr;26(2):129–145.

Ryynänen OP, Roine RP, Räsänen P, Maksimow A, Sintonen H. Vaikuttavuustieto ja-  
lostuu havainnollistamalla. Suomen Lääkärilehti 2022;77(15–16):683–685.

Ryynänen OP. Säästääkö ennaltaehkäisy? Teoksessa Anna-Maija Pietilä & Anja Ter-  
kamo-Moisio (toim.) Näkökulmia terveyteen ja sen edistämiseen Publications of the  
University of Eastern Finland General series No. 26 University of Eastern Finland Kuo-  
pio 2019.

Saarela M, Ryynänen OP, Äyrämö S. Predicting hospital associated disability from im-  
balanced data using supervised learning. Artif Intell Med. 2019 Apr; 95:88-95.

Saari H, Ryynänen OP, Lönnroos E, Kekolahti P, Mäntyselkä P, Kokko S. Factors Asso-  
ciated with Discharge Destination in Older Patients: Finnish Community Hospital Co-  
hort Study. J Am Med Dir Assoc. 2022 Nov;23(11): 1868.e1-1868.e8.

Shafin, J (12 Oct 2006). "Roemer's law". Healthcare Economist. <https://www.healthcare-economist.com/2006/10/12/roemers-law/>.

Shain M, Roemer MI. Hospital costs relate to the supply of beds. Journal of Occupa-  
tional and Environmental Medicine 1.9 (1959): 518.

Sintonen H, Blom M, Roine RP, Räsänen P, Ryynänen OP. Terveystaloustiede on tär-  
keää lääkärille. Suomen lääkäri-lehti 2021;76(39):2166–2168.

Starfield B. Is US health really the best in the world? JAMA. 2000 Jul 26;284(4):483-5.

Thwaites, Bryan. *The NHS: The End of the Rainbow?* University of Southampton, Insti-  
tute for Health Policy Studies, 1987.

Walter S, Beltrán-Sánchez H, Regidor E, Gomez-Martin C, Del-Barrio JL, Gil-de-Miguel  
A, Subramanian SV, Gil-Prieto R. No evidence of morbidity compression in Spain: a  
time series study based on national hospitalization records. Int J Public Health. 2016;  
61:729–38.

# **Kunnallisan kehittämissäätöön Julkaisusarjassa 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 Mäkinen & Erkki Vauramo

IKÄÄNTYVÄ VÄESTÖ JA TOIMINTAKYVYN YLLÄPITO (2017)

7 Matti Wiberg (toim.)

FAKTAT JA POLITIIKKA (2017)

8 Antti Mykkänen

VALTUUTETTUIJEN 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 Lamintakanen

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 VALMISTAUTU-  
MISTA PELILLISEN OPPIMISEN KEINAIN (2019)
- 22 Hannes Manninen & Tapani Tölli  
HELSINKI VS. MUU SUOMI – VASTAKKAINASETTELUSTA YHTEISYMMÄRRYK-  
SEEN (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 – KANSALAIPOISTON MERKITYS  
KUNNALLE JA ALUEELLE (2019)
- 25 Jorma Niemelä  
JÄRJESTÖT SOTE-SUOMEA RAKENTAMASSA (2019)
- 26 Sakari Möttönen  
SOTE-UUDISTAMISEN ANATOMIA. YHTEISKUNTAPOLIITTISIA NÄKEMYKSIÄ SO-  
SIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON REFORMISTA (2019)



- 27 Auli Valli-Lintu  
SOTE- JA KUNTARAKENTTEEN PITKÄ KUJANJUOKSU – OSA II (2019)
- 28 Jukka Pellinen, Vesa Voutilainen, Kari Sippola, Toni Mättö ja Antti Rautiainen  
RISKIEN HALLINNAN KÄYTÄNNÖT SUOMEN SUURIMMISSA KAUPUNKIKONSER-  
NEISSA (2019)
- 29 Erkki Vauramo  
SOTE - PYRAMIDISTA PALVELUVERKKOON. IKÄÄNTYMINEN JA NIUKKA TULE-  
VAISUUS (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 SOSI-  
AALIPALVELUA? (2020)
- 33 Arto Haveri  
TULEVAISUUDEN KUNTAJOHTAMINEN (2020)
- 34 Taina Peltonen  
KOULUTUSVIENNI – KUNTIEN UUSI PALVELUTUOTE? (2020)
- 35 Olli-Pekka Ryytänen, Erkki Vauramo, Teemu Malmi & Ville Koikkalainen  
SOTE JA IKÄÄNTYMISEN ONGELMAT – SELVIÄMISPOLUN ETSINTÄÄ (2020)
- 36 Marja Keväjäjärvi, Maria Lindholm & Arto Reiman  
ETTÄ JOKU NÄKEE MUT – OMAISHOITAJAN HYVINVOINTI JA TARPEET  
(2020)
- 37 Antti Mykkänen  
KUNTADEMOKRATIA – VALTUUTETTUKYSELY 2020 (2021)
- 38 Fredriika Jakola & Eeva-Liisa Prokkola  
VOIDAANKO RAKENNERAHASTOILLA VAIKUTTAA? KUNTIEN NÄKÖKULMA  
(2021)
- 39 Toni Ryytänen, Torsti Hyyryläinen & Ryo Umeda  
DIGITAALISET ALUSTA EKOSYSTEEMIT JA KUNTIEN ELINVOIMA –  
TAPAUSTUTKIMUS JAPANISTA (2021)
- 40 Riikka Lämsä, Mia Niemi & Marjaana Seppänen  
KOTI SAIRAALANA – ONNISTUNEEN KOTISAIRAALATOIMINNAN  
EDELLYTYKSET (2021)

41 Juha Hämäläinen  
SOSIAALISESTI KESTÄVÄ YHTEISKUNTA – LÄHTÖKOHTIA, SUUNTAVIIVOJA,  
REUNAehtoJA (2021)

42 Tiina Mäkelä & Marja Kankaanranta  
COVID-19-PANDEMIAN VAIKUTUKSET TULEVAISUUDEN  
OPPIMISYMPÄRISTÖIHIN (2021)

43 Tuomas Zacheus, Mira Kalalahti, Janne Varjo & Samira Harjula  
YHTEISTYÖ NUORTEN OPINTO- JA URAOHJAUKSESSA (2021)

44 Hanna Wass, Timo M. Kauppinen, Paula Saikkonen & Heikki Hiilamo  
KENEN HYVINVOINNISTA PUOLUEET VÄLITTÄVÄT? (2021)

45 Esa Ahonen, Maire Ahopelto, Matti Heikkinen, Marjo Huovinen-Tervo,  
Terho Pekkala & Eija Tolonen (toim.)  
SOTE-SOPAN KEITTOKIRJA – SOTE-UUDISTUKSEN TAUSTATEKIJÄT JA  
KÄÄNNEKOHDAT (2021)

46 Ilmo Parvinen, Olli-Pekka Ryyänen & Erkki Vauramo  
TEESEJÄ SOTEKESKUSTELUUN (2021)

47 Ilmo Parvinen  
SUOMEN TERVEYDENHUOLTO 2036 kansalaiskeskeisenä ja valtiovastuisena  
(2021)

48 Mari Kangasniemi, Helena-Leino-Kilpi, Tanja Moilanen, Oili  
Papinaho, Helena Siipi, Sakari Suominen & Riitta Suhonen  
HOIDON LAIMINLYÖNNIT IKÄÄNTYNEIDEN YMPÄRIVUOROKAUTISESSA PALVE-  
LUSSA – itsemääräämisoikeus ja ihmisarvoinen hoito (2021)

49 Auli Valli-Lintu  
SOTE- JA KUNTARAKENTEEN PITKÄ KUJANJUOKSU - SOTEN  
UUSI ALKU, OSA III (2021)

50 Anna-Maija Pyykönen, Johanna Lammintakanen & Aini Pehkonen  
SYRJIIKÖ DIGITALISOINTI IHMISIÄ SOSIAALIPALVELUISSA? (2022)

51 Satu Ojala, Markku Sippola & Paul Jonker-Hoffrén  
JULKISALOJEN PALKKANEUVOTTELUT MÄÄRITTÄVÄT KOKO PALVELUJÄRJES-  
TELMÄN TULEVAISUUTTA  
(2022)

52 Antti Mykkänen  
SUOMALAISEN KUNTAJOHTAMISEN TILA JA TULEVAISUUS 2022 (2022)

53 Samuli Aho & Jari Kaivo-oja  
KUNTASUKU-PROJEKTI: SUOMEN KUNTIEN LAPSI-, VANHUS- JA VÄESTÖLLISEN  
HUOLTOSUHTEEN TARKASTELUA MAAKUNTATASOLLA KÄYTTÖTALOUDEN NÄ-  
KÖKULMASTA AJANJAKSOLLA 2015–2019 (2022)

54 Linnéa Henriksson ja Janette Huttunen  
KUNNALLISET VAIKUTTAMISELIMET JA VAIKUTUSVALLAN MONET PUOLET –  
TUTKIMUS NUORISOVALTUUSTOJEN, VANHUSNEUVOSTOJEN JA VAMMAISNEU-  
VOSTOJEN VAIKUTUSVALLASTA (2022)

55 Marita Rautiainen ja Suvi Konsti-Laakso  
TASEEN ROINASTA STRATEGIAKSI: STRATEGINEN OMISTAJUUS KUNNISSA  
(2022)

56 Leena Forma, Mari Aaltonen, Pia Teräväinen ja Jutta Pulkki  
MIKÄ MAKSAA JA KUKA MAKSAA? IKÄÄNTYNEIDEN HOIDON KUSTANNUKSET JA  
RAHOITUS -PILOTTITUTKIMUS  
(2023)

57 Lotta-Maria Sinervo, Meri Pulkkinen, Katri Yrjölä ja Harri Laihonen  
KESTÄVÄ KUNTATALOUS: RAPORTOINNISTA KESTÄVYYDEN JOHTAMISEEN  
(2023)

58 Raimo Ikonen, Timo Kietäväinen, Markku Lehto ja Rauno Lämsä  
RAKENTEET KUNTOON – EHDOTUKSIA JULKISEN HALLINNO REMONTTIIN  
(2023)

59 Olli-Pekka Ryytänen & Erkki Vauramo  
HYVINVOINTIALUEIDEN SEURAAVA ASKEL  
(2023)

Olli-Pekka Rynnänen & Erkki Vauramo

### **HYVINVOINTIALUEIDEN SEURAAVA ASKEL**

Suomen terveydenhuoltojärjestelmän vakavimmat ongelmat, kuten rahoituksen ja työvoiman saatavuuden vaikeudet, ovat suoraa seurausta lääketieteen paisumisesta, monimutkaistumisesta ja pirstaleisesta järjestelmästä. Perusterveydenhuolto on joutunut ottamaan uusia tehtäviä, jotka ovat invalidisoineet terveyskeskuksen toimintaa. Siten perusterveydenhuolto tarvitsee uudelleenarviointia siitä, mitkä toiminnot ovat todella välttämättömiä toiminnan kannalta.

Lääketieteen kasvu on suurelta osin hyödyllistä, koska se lisää hoitomahdollisuuksia. Hyöty ei kuitenkaan ole tasaista, vaan joissakin tapauksissa hyöty on rajoittunut tai hyöty ei ole suhteessa kustannuksiin.

Perusterveydenhuolto tarvitsee sekä lisäresursseja että voimakasta kehittämistä. Perusterveydenhuollossa tulee olla useita mahdollisia kanavia kuten perinteinen vastaanotto, pikapalvelut vähäisiä asioita tai tutkimusten alkuun laittamista varten ja etänä annettavat palvelut. Sairauksien ehkäisyllä tulee tavoitella kansalaisten mahdollisuuksia elää terveempänä ja pidempään.