

JULKAISU

Ilmo Parvinen, Olli-Pekka Ryynänen
& Erkki Vauramo

TEESEJÄ SOTEKESKUSTELUUN

TEESEJÄ SOTEKESKUSTELUUN

Ilmo Parvinen, Olli-Pekka Ryynänen
& Erkki Vauramo

TEESEJÄ SOTEKESKUSTELUUN

KAKS – Kunnallisan
kehittämissäätiö

Kunnallisan kehittämssäätiön Julkaisu 46
2021

ISBN 978-952-349-077-2
ISSN 2489-9631

Lukijalle – muutos on edessä

Suomessa on ollut kansainvälisesti korkealaatuinen ja arvostettu terveydenhuoltojärjestelmä. Erikoissairaanhoidon on pidetty jopa valiolaatuisena, mutta tarkempi tarkastelu osoittaa siinäkin olevan laadunhallinnan kehittymättömyydestä johtuvia yhdenvertaisuuden puutteita. Samoja heikkouksia on perusterveydenhuollossa niin saatavuuden, vanhusten hoidon kuin pitkäaikaissairauksienkin kohdalla. Nämä seikat jättävät Suomen jälkeen kansainvälisestä kärjestä esimerkiksi OECD:n raportissa (OECD Health Data 2020).

Terveydenhuolto on merkittävä ja jatkuvasti kehittyvä yhteiskuntapolitiikan osa. Terveydenhuollon tuotanto-organisaatio edellyttää tietyin aikavälein muutoksia. Laki keskussairaaloista vuodelta 1942 ja kansanterveyslaki vuodelta 1972 sekä työterveyshuoltolaki vuodelta 1978 muuttivat palvelujärjestelmän lähes täydellisesti.

Nyt lähes 50 vuotta kansanterveyslain säätämisestä Suomessa on meneillään sote-uudistus, jolla tuotantorakennetta on pyritty päivittämään nykyistä tarvetta vastaavaksi. Päivitystyössä on tehty useita epäonnistuneita yrityksiä. Suomen sote-uudistus hyväksyttiin tätä kirjoitettaessa eduskunnassa 23.6.2021 ja vastuu siirtyy hyvinvointialueille 1.1.2023. Jäljellä on yksityiskohtien viimeistely. Niitä on paljon. Sote-uudistus alkaa vasta tästä.

Soten sisällöstä käytävää keskustelua ovat ohjanneet kuntien ja poliittisten puolueiden intressit ja aluepolitiikka. Poliittinen ja julkinen mielenkiinto näyttävät suuntautuvan hallintorakenteisiin, kun painopisteen pitäisi olla kestävässä rahoituksessa ja tasalaatuisen hyvässä palvelujen tuotannossa. Palvelujärjestelmän uudistuksen ajureita ovat laadun ja saatavuuden heikkouksien lisäksi lääketieteen kehitys, kustannusten kasvu, urbanisoituminen ja digitalisoituminen.

Tämä raportti tähtää nyt eduskunnassa hyväksytyn sote-uudistuksen jälkeiseen aikaan. Sote-uudistus alkaa vasta kun lakia sovelletaan käytäntöön. Silloin havaitaan useita muutostarpeita tai -paineita. Todennäköisesti kohdataan myös ongelmia, joita ei ole etukäteen osattu arvata. Hallintoa järjestetään nyt kuumeisesti, mutta varsinainen uudistustyö käynnistyy paljon hitaammin.

Puheenvuoromme ennakoi jatkuvan kehityksen ja siten aikanaan myös uuden prosessin tarpeita. Nyt tehty lakipaketti on tietyiltä osiltaan tähän aikaan sidottu ja arviomme mukaan melko nopeasti vanheneva. Lääketieteen ja digimaailman kehitys muuttavat terveydenhuollon sisältöä niin nopeasti.

Haluamme seuraavassa nostaa sote-keskusteluun palvelun toimivuuteen ja sisältöön liittyviä ongelmia ja esitämme niihin käyttökelpoisia ratkaisuehdotuksia. Näkökulmamme kohdistuu lopulta siihen, korjaako nyt päätetty lakien uudistuspaketti riittävästi näitä epäkohtia ja mitä pitää vielä kehittää, jotta todellisen edistyksen tielle edettäisiin. Arviointipohjana käytetään useasta eri lähteestä hankittua aineistoa, joista THL:n ja Tilastokeskuksen aineistot ovat olleet merkittävimpiä.

Lääkärikielellä tätä raporttia voisi nimittää englanninkielisellä termillä *second opinion* eli toinen mielipide. Vastuulliset lääkärit turvautuvat siihen usein, koska tietävät, että kaikki osaaminen ei ole omassa hallinnassa. Tästä käytännöstä ei useinkaan tehdä suurta numeroa, vaikka sen ansiosta on usein päädytty aikaisempaa suunnitelmaa parempaan ratkaisuun. Toivomme, että tämä puheenvuoromme täyttää *second opinion* -vaatimustason.

Tekijät haluavat kiittää sekä Tilastokeskuksen että Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen henkilökuntaa yhteistyöstä ja avusta taustamateriaalin tuottamisessa. Aalto-yliopiston arkkitehtuurin laitos ja Kunnallissalan kehittämissäätiö ovat resursoineet projektiamme. Ilman näitä panoksia tämä raportti ei olisi syntynyt.

Lokakuussa 2021

Ilmo Parvinen

Olli-Pekka Ryynänen

Erkki Vauramo

Sisällys

1	Taustaa – sote muuttuu ja muuttaa.....	3
2	Nykytilanne ennen sote-uudistusta	5
2.1	Vanhentunut rakenne	5
2.2	Tasa-arvoisuuden vaatimus	6
2.3	Suomen terveyskeskukset– menestystarina edelleen?	7
2.4	Sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuskehitys.....	8
2.5	Kehittämistä ja uudistamista vaativat alueet.....	9
2.6	Sisältökysymykset esiin	10
2.7	Alueellisten erojen taustatekijöistä	11
2.8	Monikanavarahoitus aiheuttaa alueille erilaisen tuotantorakenteen.....	13
3	Kustannusrakenteesta ja kustannusten hallinnasta.....	15
3.1	Vanhentunut palvelurakenne	17
4	Miten muualla uudistetaan?.....	18
4.1	Palvelurakenne uudistuu jatkuvasti eri puolilla Eurooppaa	18
4.2	Ruotsin sairaalarakenne – voisimmeko oppia?	19
4.3	Ängelholmin kaupungin terveyskeskus.....	20
4.4	National Health Servicen uudistus.....	22
4.5	Muutoksia Hollannissa	23
5	Maakunnan ydintehtävä on JATKUVA laadun seuranta ja parantaminen	24
5.1	Esimerkkinä valtimonkovettumasaairaudet.....	24
5.2	Ylipainon vaikutus leikkaustarpeeseen	32
6	Tulevaisuuden digin muuttaessa prosesseja yhdenvertaisuutta pystytään parantamaan	34
6.1	Digimurros on tapahtumassa.....	34
6.2	Informaatioteknologian megatrendi.....	35
7	Vanhustenhuolto on ohjattava toimimaan OIKEALLA TAVALLA koko maassa ..	37
7.1	Oikea käsitys tarpeesta: Minkälainen tapahtuma on suuren ikäluokan poistuminen?	37
7.2	Miten paljon resursseja tarvitaan lisää?	39
7.3	Alueet vanhenevat eri tavalla.....	40
7.4	Väestömuutokset työntyvät vanhuspalveluiden ohjaajiksi.....	42
7.5	Hoivan tarve.....	43
7.6	Elämän päätyminen tarpeen mittarina kunnittain	45
7.7	Hoivan tarpeen kasvu kokonaisuutena.....	48

7.8	Havaintoja alueellisesta palvelukäytöstä	51
7.9	Havaintoja ikääntyneiden palvelujärjestelmästä	52
7.10	Analyysejä hoidon suurkuluttajista (muistisairaus)	54
7.11	Palvelujen käyttö seutukunnittain	56
7.12	Keskimääräinen hoitoaika	58
7.13	Hoidon vaikeus eli hoitoisuus	59
7.14	Hoitopäivien määrä.....	60
7.15	Hoitojaksot	61
7.16	Kotihoito.....	62
8	Vanhainhoidon ympäristö ja tilat ja hoivarakennukset ovat ahtaita ja pihat puuttuvat	65
8.1	Yhteinen tila.....	65
8.2	Oikeus tunnin ulkoiluun puuttuu	67
8.3	Vanhusten palvelut - kunnan keskustan toiminto	67
9	Palvelurakenne ja voimavarojen käyttö pitää uudistaa.....	69
9.1	Maakuntien terveystyövoiman vertailut.....	70
9.2	Palvelujen resurssit ja niiden alueellinen käyttö terveys- ja sosiaalisektoreilla sh-piireissä	73
10	TERVEYSPOLITIIKAN SUURHAASTE – EROT ELINAJANODOTTEESSA	76
10.1	Suomi kansainvälisessä vertailussa.....	76
10.2	Pohjoismainen vertailu.....	78
10.3	Elinajanodotteen muutokset Suomessa 2000–2002 vs. 2017–2019	79
11	MILTÄ POHJALTA TURVATAAN ELINAJANODOTTEEN YHDENVERTAISTAMINEN ERI SEUTUKUNNISSA JA MAAKUNNISSA?	81
11.1	Lähtötiedot	81
11.2	Elinajanodotteen kasvu, työntekijät ja kasvu työntekijää kohti.....	82
11.3	Henkilöstövoimavarojen suhde kustannuksiin.....	86
11.4	Voidaanko työntekijärakenteen vaikuttavuutta parantaa rakenteella ja laadulla määrän lisäämisen sijaan?.....	89
11.5	Maakuntien väliset elinajanodotteen erot suhteessa työvoimaan ja rahoitusmuutoksiin.....	91
11.6	Voidaanko palvelujärjestelmän vaikuttavuutta arvioida suuntaa antavasti?	93
12	Palvelujen tarve ja kustannukset	95
12.1	Suomen nykyiset sote-resurssit verrattuna OECD- tasoon	95
13	Vanhustenhoidon uudistaminen ei VÄLTTÄMÄTTÄ aiheuta merkittävää lisävoimavarojen tarvetta	98
13.1	Uudistettu hoitoprosessi.....	99

13.2	Ohjaako hyvinvointialuemalli Suomen terveydenhuoltoa viisaasti?.....	99
14	Palvelujen tuotanto kokonaisuutena.....	100
14.1	Tulevaisuuden palvelurakenne on valtakunnan kattava verkko	100
14.2	Rakenteita uudistamalla voidaan siirtää voimavaroja.....	101
14.3	Palvelutuotannon uudistaminen jatkuu.....	103
15	Vaikuttavuustuloksen tekemisen mahdollisuudet.....	104
15.1	Johtopäätökset tarvittavista toimenpiteistä.....	105
15.2	Miten elinajanodotteiden eroja voidaan kaventaa?	106
15.3	Miten turvataan yhdenvertaisten ja laadukkaiden sosiaali- ja terveyspalvelujen saatavuus ja saavutettavuus kaikille suomalaisille?107	
15.4	Miten suurten ikäluokkien hoivatarpeesta selvitään?	109
15.5	Miten ammattitaitoisen työvoiman saanti turvataan?	110
15.6	Miten kustannusten kasvua hillitään ja hallitaan?	111
16	Palvelujen tuotantoverkon ohjausvastuu.....	113
17	Tulevaisuus.....	114
18	Lopuksi.....	116

Lukijalle – muutos on edessä

Suomessa on ollut kansainvälisesti korkealaatuinen ja arvostettu terveydenhuoltojärjestelmä. Erikoissairaanhoidon on pidetty jopa valiolaatuisena, mutta tarkempi tarkastelu osoittaa siinäkin olevan laadunhallinnan kehittymättömyydestä johtuvia yhdenvertaisuuden puutteita. Samoja heikkouksia on perusterveydenhuollossa niin saatavuuden, vanhusten hoidon kuin pitkäaikaissairauksienkin kohdalla. Nämä seikat jättävät Suomen jälkeen kansainvälisestä kärjestä esimerkiksi OECD:n raportissa (OECD Health Data 2020).

Terveydenhuolto on merkittävä ja jatkuvasti kehittyvä yhteiskuntapolitiikan osa. Terveydenhuollon tuotanto-organisaatio edellyttää tietyin aikavälein muutoksia. Laki keskussairaaloista vuodelta 1942 ja kansanterveyslaki vuodelta 1972 sekä työterveyshuoltolaki vuodelta 1978 muuttivat palvelujärjestelmän lähes täydellisesti.

Nyt lähes 50 vuotta kansanterveyslain säätämisestä Suomessa on meneillään sote-uudistus, jolla tuotantorakennetta on pyritty päivittämään nykyistä tarvetta vastaavaksi. Päivitystyössä on tehty useita epäonnistuneita yrityksiä. Suomen sote-uudistus hyväksyttiin tätä kirjoitettaessa eduskunnassa 23.6.2021 ja vastuu siirtyy hyvinvointialueille 1.1.2023. Jäljellä on yksityiskohtien viimeistely. Niitä on paljon. Sote-uudistus alkaa vasta tästä.

Soten sisällöstä käytävää keskustelua ovat ohjanneet kuntien ja poliittisten puolueiden intressit ja aluepolitiikka. Poliittinen ja julkinen mielenkiinto näyttävät suuntautuvan hallintorakenteisiin, kun painopisteen pitäisi olla kestävässä rahoituksessa ja tasalaatuisen hyvässä palvelujen tuotannossa. Palvelujärjestelmän uudistuksen ajureita ovat laadun ja saatavuuden heikkouksien lisäksi lääketieteen kehitys, kustannusten kasvu, urbanisoituminen ja digitalisoituminen.

Tämä raportti tähtää nyt eduskunnassa hyväksytyn sote-uudistuksen jälkeiseen aikaan. Sote-uudistus alkaa vasta kun lakia sovelletaan käytäntöön. Silloin havaitaan useita muutostarpeita tai -paineita. Todennäköisesti kohdataan myös ongelmia, joita ei ole etukäteen osattu arvata. Hallintoa järjestetään nyt kuumeisesti, mutta varsinainen uudistustyö käynnistyy paljon hitaammin.

Puheenvuoromme ennakoi jatkuvan kehityksen ja siten aikanaan myös uuden prosessin tarpeita. Nyt tehty lakipaketti on tietyiltä osiltaan tähän aikaan sidottu ja arviomme mukaan melko nopeasti vanheneva. Lääketieteen ja digimaailman kehitys muuttavat terveydenhuollon sisältöä niin nopeasti.

Haluamme seuraavassa nostaa sote-keskusteluun palvelun toimivuuteen ja sisältöön liittyviä ongelmia ja esitämme niihin käyttökelpoisia ratkaisuehdotuksia. Näkökulmamme kohdistuu lopulta siihen, korjaako nyt päätetty lakien uudistuspaketti riittävästi näitä epäkohtia ja mitä pitää vielä kehittää, jotta todellisen edistytyn tielle edettäisiin. Arviointipohjana käytetään useasta eri lähteestä hankittua aineistoa, joista THL:n ja Tilastokeskuksen aineistot ovat olleet merkittävimpiä.

Lääkärikielellä tätä raporttia voisi nimittää englanninkielisellä termillä *second opinion* eli toinen mielipide. Vastuulliset lääkärit turvautuvat siihen usein, koska tietävät, että kaikki osaaminen ei ole omassa hallinnassa. Tästä käytännöstä ei useinkaan tehdä suurta numeroa, vaikka sen ansiosta on usein päädytty aikaisempaa suunnitelmaa parempaan ratkaisuun. Toivomme, että tämä puheenvuoromme täyttää second opinion-vaatimustason.

Tekijät haluavat kiittää sekä Tilastokeskuksen että Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen henkilökuntaa yhteistyöstä ja avusta taustamateriaalin tuottamisessa. Aalto-yliopiston arkkitehtuurin laitos ja Kunnallisalan kehittämissäätiö ovat resursoineet projektiamme. Ilman näitä panoksia tämä raportti ei olisi syntynyt.

Lokakuussa 2021

Ilmo Parvinen

Olli-Pekka Ryynänen

Erkki Vauramo

1 Taustaa – sote muuttuu ja muuttaa

Biolääketieteen ja tekniikan kehitys tekee mahdolliseksi tunnistaa ja hoitaa potilaita, joiden hoitoon ei aikaisemmin ole ollut mahdollisuuksia. Tämä on erinomainen kehitys, joka on pääosin keskittynyt erikoissairaanhoidon sen asemaa korostaen. Myönteisellä kehityksellä on ongelmallinen kääntöpuoli. Lääketieteen kehitys nostaa kustannuksia niin, että käytössä olleet rahoitusjärjestelmät eivät pysty kehittävää hoitoa kustantamaan. Suomessa rahoituksen vaikeudet näkyvät kuntien kustannuskriisinä, joka pääosin johtuu juuri kuntien vaikeudesta rahoittaa sosiaali- ja terveydenhuoltoa. Ongelma on maailmanlaajuinen ja koskee niin julkista kuin vakuutusten varassa toimivaa yksityistä terveydenhuoltoa.

Urbanisoituminen on kansainvälinen megatrendi. Maassamme on kuntia, joissa väestön määrä on laskenut 1950-luvun tasosta 60–70 %. Tämä kehitys jatkuu ja johtaa terveydenhuollon tuotantoalueiden yhteistoiminnan lisääntymiseen ja palveluyksiköiden väestöpohjan kasvamiseen. Urbanisoitumiseen osittain liittyy väestön ikääntyminen, joka muuttaa hoivaan kohdistuvia vaatimuksia.

Toimintojen digitalisoituminen on niin ikään valtava kansainvälinen megatrendi. Terveydenhuolto on toistaiseksi digitalisoitunut kaupallista toimintaa hitaammin, mutta nyt vauhti kasvaa. Aluksi terveydenhuollon tietojärjestelmät vain siirsivät paperisten potilaskertomusten logiikan tietokoneelle. Sitten on tullut käyttöön uuden sukupolven järjestelmiä, jotka todella alkavat hyödyntää digitalisoitumisen vahvuuksia. Oletamme kehityksen olevan vasta alkuvaiheessa. Kömpelöt ja osin epäluotettavat järjestelmät korvautuvat tehokkailla, turvallisilla ja jopa käänteentekevilla menetelmillä, mutta käytettävyydessä ja osaamisessa on ongelmia.

Tätä kirjoitettaessa maailmanlaajuinen COVID-19-pandemia on vaikuttanut voimakkaasti toimintoihin ja kansalaisten elämäntapaan. Vahvin arvaus tulevaisuudesta on, että COVID-19 jää jossakin muodossa seuraksemme pysyvästi. Pandemia on usealla alalla vauhdittanut sekin digiloikkaa. Terveydenhuollossa sähköisten kontaktien määrä on lisääntynyt. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välisistä kontakteista on joitakin osin jopa kolmannes siirtynyt sähköisiksi. Tällaisen kehityksen seurauksena etäisyyden ja maantieteellisten rajojen merkitys vähenee tai menettää merkityksensä.

Sote-uudistus on siis nyt tullut hyväksytyksi eduskunnassa ja uudistuksen toteuttaminen alkaa. Kritiikki ja erimielisyys konkretisoituu siihen, että maakuntamalli ei tuota keinoja kustannusten hallintaan, palvelujen saatavuuden parantamiseen tai terveyserojen vähentämiseen. Takeita ei todellakaan ole. Kaikki kriittiset kysymykset tulevat eteen siinä vaiheessa, kun uudistusta ryhdytään toteuttamaan käytännössä. Tärkeää hallinnossa on se, että pystytään luomaan edellytykset todellisten ongelmien ratkaisuun, eikä hallinto ainakaan saa olla este ratkaisuille.

Soten sisältökysymykset tulevat näyttämään onnistutaanko ratkaisuissa. Tämä raportti tähtää siihen vaiheeseen, kun käytännössä alkaa näkyä, toteutuvatko uudistuksen tavoitteet. Nyt on viimeinen hetki avata tämä keskustelu.

Sote-uudistuksen tavoitteiksi on kirjattu:

1. hyvinvointi- ja terveyserojen kaventaminen,
2. yhdenvertaisten ja laadukkaiden sosiaali- ja terveystalvelujen turvaaminen kaikille suomalaisille,
3. palveluiden saatavuuden ja saavutettavuuden parantaminen erityisesti perustasolla, ammattitaitoisen työvoiman saannin turvaaminen,
4. yhteiskunnallisten muutosten mukanaan tuomiin haasteisiin vastaaminen sekä
5. kustannusten kasvun hillitseminen.

2 Nykytilanne ennen sote-uudistusta

2.1 Vanhentunut rakenne

Hallinnollisten ongelmien ytimessä on suomalainen kuntarakenne, jonka ohi kehitys on auttamatta kulkenut. Kuntien pohjana ovat edelleen vanhat kirkonkylät, jotka 1865 kunnallisasetuksella muodostettiin kunniksi erottamalla kirkon ja kunnan tehtävät toisistaan. Tällöin hevonen oli pääasiallinen kulkuneuvo. Hevosten toimintasäde määräsi kirkonkyläen sijainnin ja siten nykyisen kuntarakenteen. Väestön enemmistö asui maaseudulla, mikä luonnollisesti lisäsi motivaatiota tuottaa ratkaisuja juuri maaseudun väestöä silmällä pitäen. Suomessa on vahva kunnallinen autonomia, mikä on varmaan ollut osittain hyvä ratkaisu.

Voidaan kuitenkin kysyä, onko kunnallinen autonomia estämässä ratkaisuja maailmanlaajuisten megatrendien ohjatessa kehitystä. Kunnallinen autonomia näyttää olevan nyt kopioitumassa hyvinvointialueille. Varmaan itsenäisyys on tässäkin hyväksi, kunhan itsenäisyys ei ole peruste terveydenhuollon tasoerojen edelleen sallimiselle.

Suomessa perustason terveydenhuolto oli 1970-luvulle asti tuotettu kunnanlääkäreiden voimin. Kansanterveyslaki vuodelta 1972 yhdisti palvelutuotannon noin 220 terveyskeskukseksi. Näistä ajoista on kulunut jo 50 vuotta. Tänä aikana on tapahtunut runsaita muutoksia niin terveydenhuollon sisällössä kuin yhteiskunnassakin.

Uudistamista on yritetty jo 1990-luvun lopulta alkaen. Uudistusyritykset alkoivat karttatarjoituksina, joissa aluksi perusterveydenhuolto ja myöhemmin erikoissairaanhoidon ryhdyttiin piirtämään kartalle isommiksi kokonaisuuksiksi. Nykymittassa hyvin varovaiset uudistusesitykset tyrmättiin kerta toisensa jälkeen. Esitykset ovat olleet ongelmissa sen vuoksi, että isompi alueellinen kokonaisuus merkitsee aina palveluvalikoiman supistumista joissakin kunnissa. Poliittiset puolueet alkoivat myös ajaa sote-uudistuksen ulkopuolisten tavoitteiden ajamista uudistuksen yhteydessä, mitä voidaan jälkiviisaasti pitää vakavana virheenä.

Toisinpäin ajatellen Suomessa on tekemättä kuntauudistus, jossa väestöpohjat saatisiin riittävän kokoisiksi tiettyjen palvelusisältöjen kannalta. Tällainen palvelujärjestelmän uudistus on tehty Keski-Euroopassa jo 1970-luvulla ja muissa Pohjoismaissa, viimeisenä Ruotsissa 1992 sekä myös Virossa vuonna 2018. Kokonaisvaltaista kuntauudistusta ei ole Suomessa edes yritetty, koska perinteinen kunnallinen itsehallinto on ollut niin vahva. Jos kuntauudistus olisi tehty, olisi samalla voitu ratkaista osa nykyisen sote-uudistuksen taustalla olevista ongelmista.

Vuonna 1994 kunnat ryhmiteltiin 70 seutukuntaan, mutta niistä luovuttiin virallisena aluejakona vuoden 2014 alussa. Jako on edelleen voimassa EU:n tilastoyksikönä ja sitä käytetään tässäkin esityksessä, koska kuntajaon väestöpohjat ovat liian pienet tilastollisesti luotettavan tiedon saamiseksi.

Tämän raportin tarkoitus on auttaa selvittämään nykyisen sote-järjestelmäsämme palvelukyvyyn sekä vaikuttavuustulosten puutteet ja sudenkuopat. Tarkastelun lähtökohta on juurisyiden tunnistaminen ja läpinäkyvä esille nostaminen. Toisena tulokulmana esitellään ongelmien korjaamista tähän saakka estäneet ja edelleen estävät tekijät. Vasta tällaisen analyysin jälkeen voidaan parhaiten esitellä johdonmukaiset korjausmahdollisuudet ja -ehdotukset sekä rakentaa uusi toimiva sote.

2.2 Tasa-arvoisuuden vaatimus

Terveydenhuolto ei pysty parantamaan kaikkia tauteja, mutta yhdessä terveiden elintapojen kanssa voidaan ehkäistä tautien syntymistä ja hoitaa niitä jo varhaisvaiheissa. Kansanterveyslakia käynnistettäessä terveyden edistäminen oli keskeinen tavoite. Tällä hetkellä terveyden edistämistä ei mainita palvelutarvetta pienentävänä reaalisenä vaihtoehtona.

Terveyden edistämistoimenpitein on kuitenkin saatavissa parempilaatuisen elämän lisäksi myös kustannussäästöjä tietyin reunaehdoin.

Väestörakenteen muutos ja kaupungistuminen johtavat alueellisiin rakennemuutoksiin. Palvelujärjestelmää joudutaan tiivistämään ja siirtämään alueellista painopistettä väestörakenteen muutosten mukaan. Kokonaisuus on saatava toimimaan suunnilleen nykyisillä resursseilla. Tämä merkitsee yksillä alueilla lisärakentamista ja toisilla ylikapasiteetin purkamista. Vaikka ylikapasiteetin purkaminen vaatii määrätietoista ja oikeudenmukaista toimintaa sekä vahvaa johtamista, se on vastustuksesta huolimatta tehtävä.

Tuotantorakenteessa on edessä suuri kansainvälinen terveydenhuoltojärjestelmän murros. WHO:n johdolla oli 1970-luvulla kehitetty kolmiportainen palvelujärjestelmä: perustaso, erikoissairaanhoidon taso ja vaativan erikoissairaanhoidon erityistaso. Tämä jako ei enää vastaa nykyisiin tarpeisiin. Tämä johtuu ennen kaikkea siitä, että erityistason elementtejä joudutaan tuomaan myös perustasoille.

Terveydenhuollossa ollaan nopeasti siirtymässä sähköiseen konsultointiin. Jyrkkä porrastus erikoissairaanhoidon ja perustason välillä katoaa ja järjestelmä muuttuu palveluverkoksi. Sähköisessä palveluverkossa tiukka alueellisuus ei saa olla määrävänä, vaan potilaan hoidosta saama hyöty. Konsultointi ei ole riippuvainen maantieteellisistä etäisyyksistä. Arviot perustason ja erikoissairaanhoidon sähköisten potilaskäyntien määrästä vaihtelevat hoitokäytännöistä ja potilaiden totumuksista riippuen, mutta luvut ovat nyt osassa USA:ta noin 30–50 %:n tasolla. Palveluiden digitalisoituminen vähentää myös palvelutuotannon kustannuksia.

Hoito ei ole samanlaista kaikkialla kautta maan. Terveydenhuollon käytännöissä, kustannuksissa ja tuloksissa on suuriakin alueellisia eroja. Terveydenhuollon tuotantojärjestelmät vaihtelevat alueittain. Vaihtelut vaikuttavat eri tavalla alueiden väestöön. Pahimmillaan alueellinen vaihtelu näyttää muodostavan uhan kansalais-ten tasa-arvolle.

Väestön alueellinen yhdenvertaisuus alkoi murentua jo 70-luvulla. Historiankuvauksen on yhteiskuntahistorian tutkija Minna Harjula hahmottanut tämän asian seuraavasti:

”Terveyspalveluihin vakiintui siten 1960–1970-lukujen aikana nykyinen kolmen rinnakkaisen palvelujärjestelmän kokonaisuus, jossa sairausvakuutuksen tukemat työterveyshuolto ja yksityispalvelut täydentävät julkista palveluverkkoa. Tasa-arvon kannalta kolmikanavaisuus ei vielä tuolloin ollut ongelma, sillä vuodesta 1981 alkaen kaikille avoimet terveyskeskukset tarjosivat työterveyshuollon tavoin maksuttoman väylän lääkäripalveluihin.

Tilanne muuttui, kun vuonna 1992 terveyskeskuspalveluiden yleisestä maksuttomuudesta luovuttiin. Suomalaisen nykyjärjestelmän kummallisuus ja epätasa-arvon lähde onkin siinä, että lasten ohella vain ne, joilla on työsuhde ja palkkatulot, pääsevät maksuttomiin palveluihin. Sen sijaan eläkeläiset ja työttömät joutuvat maksamaan lääkärille pääsystä. Kun 1990-luvun alussa samanaikaisesti valtionohjausta purettiin ja kunnat saivat vapautta järjestää palvelut haluamallaan tavalla, paikalliset palveluerot alkoivat kasvaa.

Lama-aikana tehdyt päätökset jäivät pysyviksi, joten niiden myötä alettiin käytännössä hyväksyä se, että yksilön pääsy terveyspalveluihin riippuu asuinpaikasta ja sosiaaliluokasta. Siten jo 1920-luvulla tavoitteeksi nostettu alueellisesti tasa-arvoinen palvelutarjonta ja 1960-luvulta omaksuttu ajatus ilmaisesta perusterveydenhuollosta jäivät yksilön oikeuksina taka-alalle. Niiden sijaan korostetaan yksilön oikeutta valinnanvapauteen, mutta samalla yksilöä vastuullistetaan elämäntapavalinnoistaan – periaatteessa samaan malliin kuin vuosisadan alussa. Ero on kuitenkin siinä, että sata vuotta sitten vedottiin kansalliseen yhteiseen etuun ja kansaan kuulumiseen, kun taas 2000-luvulle tultaessa terveys on kunkin henkilökohtainen projekti. Nykypäivänä yksilön kansallinen vastuu rajautuu kansantaloudelliseksi, kilpailukykyä ja kustannuksia koskevaksi velvollisuudeksi. Se, että kotitalouksien rahoitusosuus terveyskuluista kääntyi 1990-luvulla kasvuun, merkitsikin selvää murrosta aiempien vuosikymmenten yhteiskunnan vastuuta korostaneeseen ajatteluun.

Vireillä olevan sote-uudistuksen tavoitteena on uudistaa sekä 1940-luvulta lähtien muotoutunut palvelurakenne että 1960- ja 1970-luvuilla vakiintunut rahoitusjärjestelmä.

Vielä avoin kysymys on, millaisia tulkintoja yksilön oikeuksista ja velvollisuuksista sotejärjestelmä käytännössä luo ja ylläpitää.”

2.3 Suomen terveyskeskukset– menestystarina edelleen?

Sote-palvelujen ajanmukaisuusvaatimuksen ymmärtämiseksi palataan vuoteen 1972, jolloin kansanterveyslaki säädettiin. Tämä laki sisälsi ennennäkemättömän palvelulupauksen: terveyskeskusverkoston on ulotuttava jokaisen kuntaan.

Vastaaviin verkostoihin investoiminen oli käynnissä samoihin aikoihin sekä pankkialalla että vähittäiskaupan alalla. Postilla tällainen verkosto jo oli. Seurauksena oli ajanjakso, jossa pankkien konttoreita oli vierä vieressä pienehköissäkin kunnissa, ja vähittäiskaupan ketjut perustivat valintamyymälöitä kautta maan. Haluttiin tuoda palvelut kansalaisten lähelle.

Aika on siitä muuttunut. Pankkien konttorit on suurimmalta osin suljettu muutto- liikkeen ja digitalisoitumisen myötä. Monet postitoimipisteet on lakkautettu ja osa niistä on kauppojen yhteydessä, koska erillään pitäminen on epätaloudellinen ratkaisu. Kilpailukyvyyn säilyttämiseksi SOK purki maakuntaportaansa jo aikoja sitten. Kauppahuoneistojen tyhjeneminen on vasta aluillaan, mutta ostamisen siirtyminen verkkoon takaa rajun muutoksen sillekin sektorille.

Terveysdenhuollossa on tapahtunut lääketieteen kehityksen megatrendi, joka pyrkii jatkuvasti keskittämään toimintoja osaamisvaatimusten ja tarvittavan väestöpohjan kasvaessa. Jos maamme terveydenhuolto olisi seurannut mainittuja megatrendejä, olisi voinut luulla terveydenhuollon keskittymisen tapahtuvan selvästi aikaisemmin.

Megatrendejä ei terveystalvelujen osalta osattu juurikaan ennakoida. Terveysdenhuollossa purettiin valtiollista ohjausta ja kehittämistyö jäi paikallisten poliitikkojen huomaan. Näiden agenda on yleensä ollut saada omaan kuntaan mahdollisimman paljon terveydenhuollon toimintaa. Tästä oli aluksi se etu, että palveluita oli kansalaisten saatavissa lähellä. Kustannukset ja lääketieteelliset vaatimukset ovat sitten rajusti törmänneet näihin pyrkimyksiin, ja tällä haavaa monilla seuduilla on erilaisia palveluvajeita. Tämä nostattaa myös tunteita, kuten esimerkiksi synnytyssairaaloiden keskittäminen on osoittanut.

Silloin 60 vuotta sitten uudistuksen pohjana oli mm. Pekka Kuusen merkittävä pohdinta, jonka mukaan Suomen yhteiskuntapolitiikan tulisi pyrkiä kolmeen tavoitteeseen: kansalaisen parhaaseen, kansantulon kartuttamiseen ja kansantulon tasoittamiseen väestöryhmien kesken. Kuusi kiteytti pohdintansa ja linjauksensa 20 vuoden mittaiseen sosiaalipoliittiseen ohjelmaansa, joka ei sinällään koskaan toteutunut. Kuusen ohjelma vaikutti paljon Suomen sosiaalipoliitiikan kehityskulkuun ja jossain määrin myös kansanterveyden parantamispyrkimyksiin. Ymmärrettiin, että sosiaalipoliitikalla ja terveystalvitiikalla on eri säännöt, mutta yhtäläisyyksiäkin oli. Terveystalvitiikassa pitää pyrkiä kaikkien kansalaisten parhaaseen, terveyden lisäämiseen sekä elinajanodotteen tasoittamiseen väestöryhmien välillä.

Nyt sote-lainsäädäntö uudistetaan ilman tällaista vastaavaa asiantuntemukseen perustuvaa viitekehystä. Viitekehys on korvattu 'poliittisella ohjauksella', joka vaihtelee sekä alueellisesti että ajallisesti vaalikaudesta toiseen. Kun väestöä palveleva perusta on vailla sopimista ja auki kirjoittamista, kalutaan menneiden ajan ratkaisuja. Ongelmia ei koskaan ratkaista niillä keinoilla, millä ongelmat on aiheutettu.

2.4 Sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuskehitys

Englantilainen matemaatikko Bryan Thwaites julkaisi vuonna 1987 sittemmin Thwaitesin käyrän nimellä kulkevan huomionsa, jonka mukaan lääketiede (ja oletetusti lääketieteeseen kohdistetut vaatimukset) kasvavat 5 % vuodessa, kun terveydenhuollon käytettävissä olevat voimavarat kasvavat vain 2,5 % vuodessa (Cochrane ym. 1991). Lääketieteen kasvu mitattuna tieteellisten julkaisujen määrällä on sittemmin ollut Thwaitesin olettamusta nopeampaa. Kansalaisten ja am-

mattilaisten halua kasvattaa lääketieteen volyymiä ei voi mitata. Yleinen havainto kuitenkin on, että kasvu myös tässä suhteessa on ollut nopeaa ja ylittänyt käytettävissä olevien voimavarojen kasvun. Thwaites esitti johtopäätöksenä synkän ennusteen: Lääketiede maalaa itsensä nurkkaan lisäämällä tasoaan niin paljon, että maksajaa ei enää löydy. Kehitystä on verrattu asevarusteluun, joka myös ajautuu ja on jo ajautunut mahdottomuuksiin (Ryynänen ym. 2006).

Thwaitesin ennustus on vakavaa todellisuutta suomalaisessa kuntataloudessa. Sote-uudistuksen tarvetta on selitetty kansalaisten yhdenvertaisuuden tarpeella, väestöryhmien terveyseroilla, perusterveydenhuollon palveluiden heikolla saatavuudella ja vanhusten määrän lisääntymisellä. Kaikki perusteet ovat oikeita, mutta sote-uudistuksen varsinainen imperatiivi on kuntien kykenemättömyys selvitä sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksista.

Julkisuudessa esitetään usein, että kustannusten kasvu johtuu vanhusten hoidon kustannuksista. Vanhusten hoito on yksi kustannuksia kasvattava tekijä. Tärkein kustannuksia nostava tekijä kuitenkin on lääketieteen kehitys. Myös yleisen vaatimustason nousu, medikalisaatio, poikkeuksellisen hajanainen tuotantorakenne ja terveydenhuollon palkkapaineet nostavat kustannuksia. Myös sosiaalitoimi on vastaavan, mutta vähemmän teknologisen kustannuspaineen alla. Useimmat kustannuksia nostavat tekijät eivät ole yhteiskunnallisin päätöksin muutettavissa tai kummottavissa.

Lääketieteen kehitys todennäköisesti jatkuu edelleen. Mitään merkkiä kehityksen pysähtymisestä ei ole. Päinvastoin on odotettavissa, että usealle lääketieteen osa-alueelle tulee uusia innovaatioita. Vauhti on kiihtyvä. Kehitys on erinomaista, sillä on odotettavissa, että lääketieteen kehitys tuo mahdollisuuksia hoitaa sairauksia, joiden hoitoon ei ole aiemmin kyetty. Vain yksi ongelma nousee esiin: Kuka kehityksen maksaa?

Kunnissa on sanottu, että pian talousongelmat hellittävät, kun sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksista päästään eroon. Kuitenkin kuntaverojen leikkaaminen alle puoleen betonoi kuntien talousongelmat. Kuntien tehtävät vähenevät, mutta talouden tuska jatkuu ja jopa pahenee osassa kuntia. Kehitys voi merkitä suomalaisen kunnan tarinan suuren loppuratkaisun lähestymistä.

Sosiaali- ja terveydenhuollolle on toistuvasti esitetty, että tarvitaan ”leveämmät hartiat” huolehtimaan palveluiden järjestämisestä ja kustantamisesta. Palveluiden järjestämisessä ”leveämmät hartiat” toivotaan saatavan hyvinvointialueista. Kustannuksista vastaa valtio tai hyvinvointialue itse maakuntaverojen tuotolla. Maakuntien rahat eivät ainakaan riitä. Seuraava kysymys on, riittävätkö rahat valtiolakeen. Todennäköisesti eivät riitä, ellei hyvinvointialuejärjestelyä tältä osin muuteta tai siitä irtauduta.

2.5 Kehittämistä ja uudistamista vaativat alueet

Tulevaisuuden terveydenhuolto ei tule perustumaan terveystakeskuksiin, vaan kullekin kansalaiselle luotuun yksilölliseen terveysturvaan. Palvelurakenne on ver-

kosto, joka on suunniteltu nostamaan kansalaisen terveystasoa vaikuttavuuteen ja kustannusten optimointiin perustuen. Tavoitteena on kasvattaa ja tasoittaa elinajanodotetta väestöryhmien kesken.

Kun halutaan parantaa keskimääräistä elinajan odotetta, niin tehokkainta on nostaa kaikkein huonoimman ennusteen omaavien kansalaisten asemaa. Käytännössä tämä tarkoittaa kokonaan tai osittain syrjäytyneiden, mielenterveys- ja päihdeongelmaisten sekä liikkumattomien ja ylipainoisten terveydentilan parantamista.

Väestön ikääntyminen on keskeinen megatrendi, jonka ennakointi on ollut varsin helppoa, mutta reagointi on ollut hidasta. Keskustelussa on unohdettu, että myös terve elinikä lisääntyy. Keskeinen tavoite on muuttaa vanhuksen asema hoidon kohteesta inhimillisesti kohdeltavaksi tasavertaiseksi yksilöksi. Ikääntymisen paine kohdistuu maantieteellisesti eri tavalla eri osissa maatamme.

Tähän julkaisuumme on koottu katsaus niihin asioihin, joita soteuudistuksen on ratkaistava. Tällaiset asiat nousevat aina uudelleen ja uudelleen pöydälle. Asiat ovat vaikeita, käytännön ratkaisuja on niukasti ja korjausyritykset pyrkivät jäämään projektitasolle. Kohdistamme arviointia seuraaviin merkittäviin kehitettävien alueeseen suomalaisessa sote-järjestelmässä:

1. erot elinajanodotteissa eri alueilla ja väestöryhmillä,
2. heikko terveystason ja toimintakyvyn säilyminen ikääntyvillä,
3. ikääntymisen ja muuttoliikkeen alueellisten kustannusvaikutusten hallinta,
4. vanhanaikaiset ja kuntoutusta vieroksuvat hoitoprosessit,
5. laadun ja vaikuttavuuden seurannan kehittymättömyys,
6. pitkän välin tavoitteiden ja koordinaation puute.

Tämän raportin keskeinen sanoma on, että jos sote-uudistuksessa ei tehdä mitään muuta kuin muodostetaan hyvinvointialueet, joita valtio tai mahdollinen maakuntaverot rahoittavat, niin kustannukset osoittautuvat pian yhtä ylivoimaisiksi kuin nykytilanteessakin. Seurauksena on jatkuva valitus valtion pihistelystä. Tällaisen kehityksen tilalle yritämme tarjota paremmin toimivia vaihtoehtoja.

2.6 Sisältökysymykset esiin

Sisältökysymykset ovat uudistuksen kannalta keskeisiä. Käydyissä sote-keskusteluissa on toistaiseksi ollut esillä erityisesti ikääntyneiden ympärivuorokautinen hoito ja sen hoitajamitoitus. Vanhusten kannalta oleelliset ongelmat eli kuntoutuksen ja kotihoidon puutteet eivät ole olleet esillä juuri lainkaan. Palvelujärjestelmän rakenneuudistuksen historiasta on kirjoitettu 244-sivuinen kirja (Kaasalainen S. 2019). Ansiokkaasta kirjasta selviää, että palveluja suunnittelevat henkilöt, joiden keskeinen osaamisalue on kunnallishallinto ja sen kansalaislähtöisyys. Kirja painottuu pohdintoihin, joilla on vain vähän tekemistä terveydenhuollon kanssa. Tämä kertoo korutonta kieltä siitä, että terveydenhuollon ongelmia on yritetty ratkaista hallintokeskeisesti. Ratkaisuyritys 'hallinto edellä' viittaa siihen, että poliittiset päättäjät ovat eniten kiinnostuneita sote-uudistuksen jälkeenkin

poliittisten näkemystensä edistämisestä. Nyt tämä, vuosia käytetty lähestymistapa, on kuitenkin päässyt seuraavaan vaiheeseen.

Arviomme on, että ehdotettu sote saattaa käynnistää palvelujen uudistamisprosesseja lähivuosina, mutta ratkaisu tulee todennäköisesti vaatimaan substanssiosaamiseen perustuvaa täsmentämistä. Terveystieteiden strateginen johtaminen on myös ongelma. Sote-uudistus on osa ratkaisua, mutta lääkintöhallituksen lopettamisen jälkeen alueellinen päätöksenteko on vähä vähältä tullut toisistaan poikkeavaksi ja johtanut erilaisiin palvelujärjestelmiin ja tästä johtuen myös erilaisiin hoitotuloksiin. Nyt on palvelurakenteen yhdenvertaisuuteen päivittämisen aika.

Potilaita hoitavat lääkärit tietävät, että parhaatkin terveyden ylläpito- tai hoitoyritykset epäonnistuvat tai toimivat huonosti, jos yksilö ei ota vastuuta omasta terveydestään. Sen vuoksi ”vastuullistaminen” on välttämätöntä. Mutta vastuullistaminen edellyttää myös tukea ja ohjausta, joita ilman vastuullistaminen muuttuu heitteillejätöksi. Maksuttomuus ja valinnanvapaus ovat arvokkaita tukivälineitä. Näitä käsitellään julkaisussamme myöhemmin.

Terveyspolitiikkamme suurin epäkohta on useissa kansainvälisissä vertailututkimuksissa osoitettu kansalaisten eriarvoinen kohtelu. Tämän eriarvoisuuden taustalla ovat kuntaperustainen järjestelmä ja monikanavaisen rahoituksen ongelmat. Nyt on valittu maakuntapohjainen järjestelmä, jossa palvelulupaukset vahvistetaan erilaisiksi maan eri osissa. Tämä johtaa hyvin todennäköisesti eriarvoisuuden jatkumiseen tulevaisuudessakin.

2.7 Alueellisten erojen taustatekijöistä

Alueiden välillä on huomattavia eroja sairastavuudessa ja kuolleisuudessa. **Taulukossa 1** esitämme alueellisten erojen syitä. Osa eroista voidaan vaikuttaa ja osa joudutaan ottamaan vastaan annettuna tosiasiana. Kielteisiä vaikutuksia voidaan kuitenkin vähentää, vaikka erojen syihin ei voisikaan vaikuttaa.

Kuolleisuuden tai sairastavuuden vaihtelun syy	Esimerkki
Sattuma	Erityisesti harvaan asutulla alueella sairauksien erot voivat olla sattumanvaraisia.
Artefakta	Yhdellä alueella kuoleman syy kirjataan toisella tavalla kuin muualla.
Muuttoliike	Nuori, terve ja koulutettu väestö muuttaa yhdeltä alueelta pois ja keskittyy joillekin toisille alueille.
Geneettinen sairastavuuden vaihtelu	Sairautta perinnöllisesti kantavat henkilöt, kuten jokin nimenomainen suku, asuu maantieteellisesti rajatulla alueella.
Riskitekijöiden vaihtelu: 1. fysiologiset erot (esim.kolesteroli) 2. terveyskäyttäytymisen erot (esim. tupakointi) 3. ympäristöriskien erot (esim. saastekuorma) 4. sosioekonomiset erot (mm. koulutuksen ja varallisuuden erot)	Tupakoinnin, liikuntatapojen, lihavuuden, alkoholin käytön, infektioiden ja ympäristöriskien erot alueiden välillä.
Perherakenne	Suurperheiden alueellinen keskittyminen.
Maantieteelliset tekijät	Asutuksen rakenne ja sijainti, liikenneyhteydet.
Terveydenhuollon toiminnalliset vaihtelut	Hoitokäytäntöjen erot.
Kunnallispoliittiset syyt	Varojen käyttö sosiaali- ja terveyspalveluihin.

Taulukko 1. Sairauksien ja kuolleisuuden alueellisen vaihtelun syitä

Sairastavuuden ja kuolleisuuden erojen lisäksi alueiden välillä on muita kustannusten, henkilökunnan määrän ja jakauman sekä hoitokäytäntöjen eroja, jotka eivät vaikuta sairastavuuteen tai kuolleisuuteen. Nämä tekijät voivat kuitenkin tuottaa alueellista epätasa-arvoa ja maksurasitetta.

Ongelmana on myös se, että terveydenhuollon palvelurakennetta ei voi tehdä samanlaiseksi kaupungeissa ja haja-asutusalueella, vaikka osa poliittisista päättäjistä sitä haluaa. Lääketieteen kehitys asettaa selkeitä vaatimuksia palvelujärjestelmän alueelliselle sisällölle.

Geneettiset taustatekijät tunnetaan Suomessa nykyisen lääketieteellisen käytännön mukaan kohtuullisen hyvin. Väestön elintavat ovat osin muuttuneet terveellisempään suuntaan valistusta ja verorasitetta käyttämällä. Liikunnan puute, epäterveellinen ruokavalio ja ylipaino ovat jääneet vähemmälle huomiolle. Mielen-terveyttä haittaaviin tekijöihin on puututtu vain niukasti, kun haittatekijöiden perimmäisistä syistä ei ole selkeää näyttöä. Euroopassa tavanomaisia hengitysilman saastumisongelmia meillä ei ole ollut suuressa mittakaavassa.

Geneettiset tekijät ja osittain myös kansalaisten henkilökohtaiset päätökset ovat suoran poliittisen toiminnan ulottumattomissa. Kansalaisiin kohdistuva valistus heikkouksistaan huolimatta pystyy muuttamaan myös kansalaisten asenteita. Erityisesti pitää keskittyä niihin asioihin, joihin pystytään vaikuttamaan. Terveyden-

huollon toiminnalliset erot ja poliittiset terveyserojen syyt ovat haluttaessa muutettavissa.

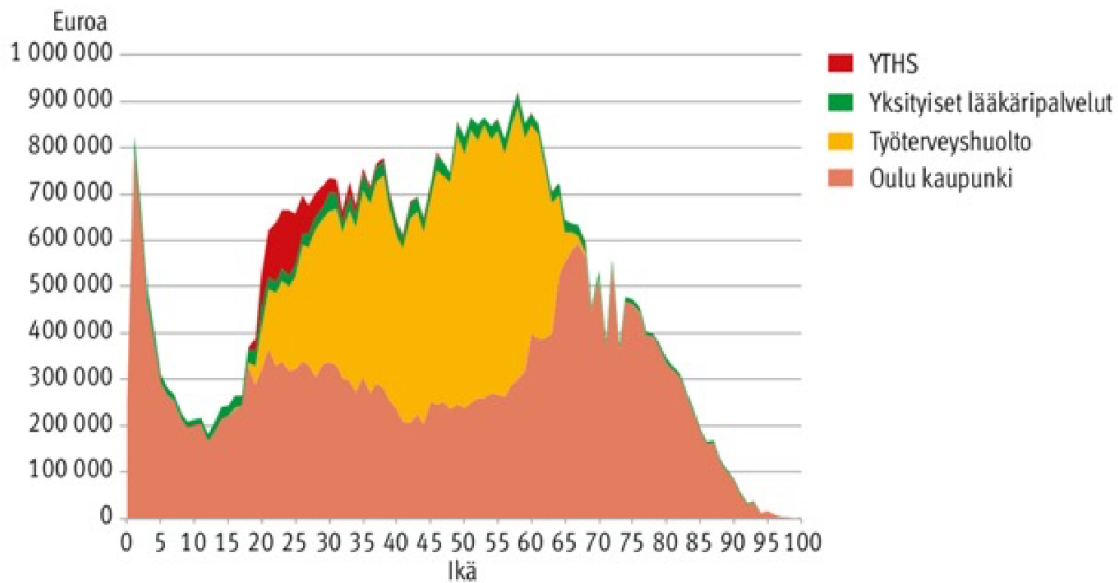
2.8 Monikanavarahoitus aiheuttaa alueille erilaisen tuotantorakenteen

Kustannusrasitteen jakautuminen eri kansalaisryhmille on monen lakisääteisen ja asumispaikasta riippuvan mutkan takana. Maksurasitusta ollaan muuttamassa kunnallisesta lähes tasaverosta valtiollisen progressiivisen verotuksen kautta tapahtuvaan maksatukseen. Hyvätuloiset siis maksavat jatkossa enemmän.

Työterveyshuollon piirissä olevat ovat ohituskaistoinen aivan eri asemassa kuin muut kansalaiset. Työterveyshuolto poikkeaa muista sektoreita siltä osin, että se on työmarkkinajärjestöjen 'suojeluksessa'. Työterveyshuollossa on lisäksi kahden kerroksen väkeä, koska toisilla on käytettävissä vain lakisääteiset korvausluokka I palvelut ja toisilla myös korvausluokka II palvelut, eli sairauksien hoitoa eri laajuuksissa. Tämä rikkoo ilmiselvästi perustuslain henkeä yhdenvertaisuuspykälän (6. §) osalta, mutta siihen ei puututa, koska lain tulkitsijoiden mielestä kunnallisen itsehallinnon (ja nyt maakunnallisen itsehallinnon) suoja on niin vahva, että tällainen vertailu kansalaisen yhdenvertaisuuden loukkauksena ei tule lainopillisesti kyseeseen.

Timo Hujasen väitöskirjatutkimuksen mukaan työterveyshuollon osuus perusterveydenhuollon kokonaisuudesta vaihteli kunnittain noin 10–40 % välillä. Monikanavarahoituksen merkitys työterveyshuoltoon kohdistuvassa rahoituksessa oli suurin suurissa kaupungeissa ja niiden ympäristökunnissa ja vastaavasti huomattavasti pienempi muissa kunnissa. Eroja kustannuksissa siis esiintyy, vaikka niitä ei tällä tavalla vertailukelpoisesti tilastoida.

Oulusta kerätty yksityiskohtaisempi aineisto antaa kuvan yhdestä suuremmasta kaupungista. Kuva sisältää työterveyshuoltokustannusten lisäksi myös opiskelijaterveydenhuollon kustannuksia (YTHS) ja yksityisten lääkäripalvelujen kustannuksia. **Kuva 1**



Kuva 1. Rahoituksen kertyminen eri lähteistä Oulussa ikäkaaren kattaen

Työterveyshuolto on suurimmalta osaltaan yksityistä palvelutarjontaa. Käyttäjät ovat yleensä tyytyväisiä työterveyshuoltoon ja työmarkkinajärjestöt sitä tukevat. Samanaikaisesti keskustelussa on arvosteltu yksityisiä palveluita silloin, kun niitä tarjotaan kunnallisen perusterveydenhuollon rinnakkaispalveluna. Kaiken tämän seurauksena kansalaiset jakautuvat nyt kuluttajiin, jotka käyttävät peruspalvelunaan pääasiallisesti työterveyshuoltoa toisten käyttäessä kunnallisia perusterveydenhuollon palveluja. Useat ottavat lapsilleen ja tarvittaessa myös itselleen ja iso-vanhemmilleen yksityisen sairausvakuutuksen.

Oman valintansa perusteella he maksavat sekä käytetystä että käyttämättömästä palvelusta. Perustuslain henkilökohtaisen vapauden periaate ei ulotu siihen, että voisi itse valita haluaako terveyspalvelunsa rahoitettavaksi joko vakuutuksen kautta tai verojen ja maksujen kautta.

Työterveyshuollon ja kunnallisen perusterveydenhuollon välisen ristiriidan ratkaisu olisi se, että molemmat palvelut olisivat käyttäjälle samanarvoisia eli käyttö-kertaa kohti maksuttomia ja saatavissa korkeintaan muutaman päivän viiveellä.

3 Kustannusrakenteesta ja kustannusten hallinnasta

Koko läntisessä maailmassa keskustellaan sekä ikääntymisestä että sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksista. Väestö ikääntyy, palvelutarve kasvaa, lääketieteen kehitys luo uusia paineita ja kustannusten maksuhalukkuus pienenee. Ongelma on kansainvälinen. Useat vertailukelpoiset maat ovat asettaneet terveydenhuollolle säästötavoitteita. Hollannissa säästötavoite on 20 % kustannustason lasku. Englanti ja Ruotsi tavoittelevat 10 % kustannustason laskua. Säästöjen onnistuminen pudottaisi nämä maat Suomen nykytasolle. Keinoina nähdään verkottuminen, toimintojen rakenneuudistus, integroiminen palveluverkoksi ja digitalisointi sekä prosessien virtaviivaistaminen. Kaikki keinot ovat yleisessä tiedossa ja elinkeinoelämässä yleisesti käytössä.

Lääketiede ja potilaan hoito ovat kehittyneet harppauksin viimeisten vuosikymmenien aikana. Kehitys merkitsee lääketieteellisen osaamisen laajentumista, uusia hoitomuotoja ja erikoistumista. Samalla muuttuu hoidon tuotantorakenne. Hoitojen tullessa vaativammiksi tarvitaan enemmän lääkäreiden työpanosta. Uudet monimutkaiset hoidot siirtävät osan lääkäreiden tehtävistä hoitajille. Myös hoitajat erikoistuvat suppeimpiin aloihin. Pääosan potilaiden seurannasta tekevät erikoistuneet hoitajat, kuten diabeteshoitaja, mielenterveyshoitaja ja painonhallintaan erikoistunut ryhmä.

Tämä merkitsee perustason erikoistumista, mutta samalla väestöpohjan laajenemista, jotta erikoisosaamisella ja vaadittavalla teknologialla olisi käyttöä. Kansanterveyslakia toteutettaessa tavoiteltiin vanhojen kunnanlääkäreiden toimipisteiden yhdistämistä noin 10 000 asukkaan terveyskeskuksiksi. Nyt kansainvälisesti perustason yksikön väestöpohja on taajama-alueella 30 000–50 000 asukkaan suuruusluokkaa. Yksikössä toimivat rinnakkain hoitajavastaanotot, erikoistuneet yleislääkärit ja erikoislääkärit.

Nykyiset monimutkaiset lääkinnälliset laitteistot ovat tehneet pienten yksiköiden toiminnan kannattamattomaksi. Sairaalan minimi väestöpohja on noin 50 000–100 000 asukasta. Täyden palvelun päivystävän sairaalan väestöpohja on kasvamassa noin 200 000 asukkaasta noin 300 000 asukkaaseen. Vaativimmat hoidot keskitetään yliopistosairaaloihin, joiden väestöpohja on noin miljoona asukasta. Suomen on seurattava tätä kehitystä, mutta samalla kehitettävä oma malli, joka sopii maamme harvaan asuttuun väestöön ja tuottaa korkeatasoiset palvelut rajallisilla resursseilla.

Kuvaavaa on, että sisätaudeilla on kahdeksan suppeampaa erikoisalaa ja kirurgiassa 11. Täyden palvelun keskussairaalalla pitäisi olla käytössään näistä suppeista erikoisaloista useimmat tai kaikki. Tämän toteutus puoltaa väestöpohjan kasvua.

Suomessa perusterveydenhuollon tilanne poikkeaa kansainvälisestä, kun sote-uudistuksessa väestöpohjaksi tulee hyvinvointialue, joka tulee samalla automaatti-

sesti perustason väestöpohjaksi. Perusterveydenhuoltoa toteutetaan erikokoisilla sosiaali- ja terveysasemilla. Väestöpohjan tavoite varsinaisilla perustason toimintayksiköille (terveyskeskuksille) on EU:n alueella vähintään 30 000 asukasta. Kuitenkin haja-asutusalueilla joudutaan muodostamaan pienempiä, noin 8000–10 000 väestöpohjaisia terveysasemia vastaten noin neljän lääkärin työpanosta. Tätä pienemmät terveysasemat ovat jo nyt monessa mielessä ongelmallisia. Haja-asutusalueilla voidaan myös muodostaa pienempää väestömäärää varten liikkuvia yksiköitä tai terveysasemille asiakkaita kuljettavaa palveluliikennettä.

Nykyisten terveyskeskussairaaloiden toimintaa joudutaan kehittämään. Vanhusten pitkäaikaishoitoon ne eivät ole soveliaita. Sen sijaan niille on tarvetta jatkohoito- ja kuntoutusyksikköinä ja kotihoidon tukiyksikköinä.

Terveydenhuollon keskeisenä ongelmana on kustannusten hallinnan vaikeus. Pidämme virheenä ajattelua, jonka mukaan kustannuksia voidaan hallita vain säätämällä palvelujen volyymiä. Tämä ajattelu tarkoittaa, että kustannuksia voidaan pienentää ainoastaan ja vain supistamalla palveluja. Tämä ajattelu tuli selvästi näkyviin kuntavaaleja edeltäneiden vaalikoneiden kysymyksissä, jossa rahapulan ratkaisuksi esitettiin vaihtoehtoina vain palvelujen supistamista tai veronkorotuksia.

Ajattelun virhe on siinä, että se pitää sisällään oletuksen siitä, että kaikki toiminta on yhtä vaikuttavaa eikä toimintaan voi tehdä muutoksia muuttamatta lopputuloksia. Todellisuudessa vaikuttavuus vaihtelee paljon, joskin hoitojen vaikuttavuus on yhä osin tuntematonta. Tästä päädytään kysymyksiin terveydenhuollon priorisoinnista, vaikuttavuuden jatkuvasta seurannasta ja palveluvalikoiman optimoinnista. Oletettavasti näitä ei voida ratkaista ilman laajempaa päätöksentekoa ja mahdollisesti valtakunnallista ohjausta.

Kun kansanterveyslakia toteutettiin, oli Suomen toimintamalli poikkeuksellinen, kun perustasolla olevan terveyskeskuksen vuodeosaston johtoon tuli yleislääkäri. Tavallisimmin Euroopassa vain erikoislääkäri sai oikeuden vastata vuodeosastosta. Suomessa poikkeuksena olivat kaupunkien erikoislääkärijohtoiset sairaalat. Samalla syntyi jännite tai yhteistyö kaupunginsairaaloiden ja keskussairaalan kesken.

Nyt Suomen perushoidon ja erikoissairaanhoidon mukaan porrastettu rakenne on katoamassa ja korvautumassa palveluverkolla. Tämä merkitsee erikoissairaanhoidon osaamisen tulemistä osaksi perustason yksikön päätöksentekoa joko säännöllisenä toimintana, konsultaatiokäyntien muodossa tai sähköisinä konsultaatioina. Samalla perusyksikkö muodostaa ongelmakeskeisiä tiimejä, jotka sijaitsevat perusyksikössä, mutta ovat kiinteä osa alueen erikoisalakohtaista palveluverkkoa. Edessä on vaativa ja ongelmallinen murros.

3.1 Vanhentunut palvelurakenne

Hoito pitkäaikaisella vuodeosastolla vaihteli maittäin perinteisestä vuodeosastosta Ruotsin kaltaisiin vanhuksen omin kalustein kalustamiin yhden hengen huoneisiin. Vanhusten hoito sairaalamaisissa olosuhteissa vuodeosastolla on lopetettu Länsi-Euroopassa jo 70-luvulla - viimeisenä Ruotsissa vuonna 1992 eli noin 30 vuotta sitten. Syynä lopettamiseen on ollut jatkuvan vuodelevon kuntoa huonontava vaikutus, hoidon kalleus ja epäinhimillinen hoitoympäristö.

Seuraavassa **taulukossa 2** on tarkasteltu 20 eniten pitkäaikaispotilaita hoitavien terveyskeskusten hoitokäytäntöjä. Luvut ovat 31.12.2018 tehdystä laskennasta. Pitkäaikaispäästösten lukumäärä riippuu perustason hoitolaitosten toimintamallista. Tavallisin looginen syy terveyskeskusten vuodeosaston pitkäaikaishoitoon on lähiaikoina tapahtuva elämän päättyminen. Tällöin hoitoaika on suhteellisen lyhyt, noin 1–3 kuukautta. Hoidon keskimääräinen kesto vaihtelee noin 3 kuukaudesta 2,7 vuoteen. Taulukossa neljän kärki on kaupunkeja, joissa vuodeosastolla hoidetaan potilaita 1,7–2,8 vuotta, mutta muitakin yhtä pitkän ajan paikkakuntia taulukoon sisältyy.

Terveyskeskusten pitkäaikaishoito 31.12.2018, yli 75 v. 20 kärkikuntaa									
Potilaan kotikunta	Jaksot	Hoitopäivät	Hoitopäivät (ka)	Hoitoaika vuosia	Ikä (ka)	Hoitoisuus	Väestö	Jaksot/10000 as	Hoitopv/asukkaat
Turku	186	136 621	735	2,0	86,4	3,0	17 386	107,0	7,9
Parainen	71	55 836	786	2,2	88,5	3,9	1 702	417,2	32,8
Vantaa	69	42 531	616	1,7	86,3	2,0	13 401	51,5	3,2
Lahti	43	43 637	1015	2,8	87,0	1,6	11 903	36,1	3,7
Lohja	39	12 697	326	0,9	85,5	1,4	4 415	88,3	2,9
Helsinki	38	3 881	102	0,3	85,5	2,9	46 608	8,2	0,1
Kuopio	36	7 230	201	0,6	86,3	3,1	10 371	34,7	0,7
Kerava	21	18 694	890	2,4	85,1	2,4	2 541	82,6	7,4
Leppävirta	20	14 908	745	2,0	86,0	1,8	1 314	152,2	11,3
Espoo	19	5 372	283	0,8	84,4	2,4	16 226	11,7	0,3
Hyvinkää	17	2 623	154	0,4	86,3	0,0	4 198	40,5	0,6
Kajaani	16	9 846	615	1,7	87,4	1,0	3 587	44,6	2,7
Outokumpu	16	8 952	560	1,5	85,6	5,0	868	184,3	10,3
Vihti	16	4 049	253	0,7	86,4	0,0	1 975	81,0	2,1
Kalajoki	12	1 612	134	0,4	85,8	3,1	1 309	91,7	1,2
Uusikaarlepyy	12	4 184	349	1,0	87,3	3,1	873	137,5	4,8
Alavus	11	2 274	207	0,6	85,7	1,3	1438	76,5	1,6
Hattula	11	4 440	404	1,1	85,5	0,0	835	131,7	5,3
Lapinlahti	10	9 682	968	2,7	91,1	2,4	1 089	91,8	8,9
Pietarsaari	10	2 638	264	0,7	90,4	2,9	2 338	42,8	1,1
Yllä olevat yhteensä	673	391 707	582,0	1,6			144 378	46,6	2,7
Muut yhteensä	326	161 238	495	1,4			367 591	8,9	0,4
Kalkki yhteensä	999	552 945	553,5	1,5	86,6	2,4	511 969	19,5	1,1

Taulukko 2. Havaintoja terveyskeskuksen pitkäaikaishoidosta

Vuodelepo vuodeosastolla tuhoaa potilaan alkuaankin niukan toimintakyvyn kokonaan. Potilaasta tulee vuoteeseen hoidettava, jota sitten joudutaan jatkamaan vuosia. Suomessa jatketaan muualla jo 30–50 vuotta sitten lopetettuja hoitomuotoja. Tämä on merkki puuttuvasta valtakunnallisesta ohjauksesta. Tai sitten STM pitää tällaista hoitomuotoa edelleen hyväksyttävänä.

4 Miten muualla uudistetaan?

Ei ole realistista ajatella, että Suomi voisi ratkaista nyt käsillä olevat sote-haasteensa turvautumalla 'vieraan apuun' – muissa maissa toteutettujen ratkaisumallien kopioimisella. Kuitenkin kannattaa seurata, millaisiin ratkaisuihin muualla on päädytty tai ollaan päätyvässä, koska kaikki viisaus ei asu meidänkään maassamme.

4.1 Palvelurakenne uudistuu jatkuvasti eri puolilla Eurooppaa

Euroopassa herättiin yleisesti 1970-luvulla huomaamaan, että sairaaloissa oli liian terveitä potilaita. Sairaalan vuodeosaston hoitoaika rajattiin 30 vuorokauteen Itä-Eurooppaa lukuun ottamatta. Seurauksena oli, että noin 30 % Euroopan konservatiivisen alan vuodeosastoista suljettiin. Samalla kuntoutus nousi keskeiseksi keinoksi osana akuuttien sairauksien hoitoa. Useat Suomen kannalta tärkeät vertailumaat kuten Ruotsi, Hollanti ja Iso-Britannia noudattavat nyt suunnilleen seuraavaa hoitoprosessia.

Prosessi on sama perustasolla ja erikoishoidossa. Sairauden aiheuttaman kriisin akuuttivaiheen salliessa potilaan kuntoutus käynnistyy joko heti tai viimeistään muutaman vuorokauden kuluttua. Kuntoutus aloitetaan jo akuutin hoidon kestäessä. Potilas joko kotiutetaan tai siirretään erilliseen kuntoutusyksikköön yleensä viimeistään 30 vuorokauden kuluttua hoidon alkamisesta. Hoito voi jatkua pidempään vain erityistilanteissa. Hoidon päättyessä jatkohoitopaikan tarpeen tai kotiin tarvittavan ja annettavan tuen arvioi riippumaton asiantuntijaryhmä, jossa ei ole hoitavan yksikön tai mahdollisen tulevan jatkohoitopaikan edustusta.

Tavallinen tapa, miten iäkäs henkilö joutuu ympärivuorokautiseen hoitoon, on seuraava: Henkilö asuu ja pärjää ainakin jotenkin kotona. Sitten tulee akuutti sairaus ja henkilö joutuu sairaalaan. Sairaus tulee hoidettua, mutta henkilö ei enää kuntoudu kotonaan pärjääväksi. Riittävän aikaisin aloitetulla ja riittävän tehokkaalla kuntoutuksella osa näistä henkilöistä voidaan kuntouttaa kotonaan asuviksi.

Suomessa on sairauteen liittyvää kuntoutusta, mutta kuntoutuksen systemaattisuus hoitoprotokollan osana puuttuu. Kuntoutusta on parhaiten neurologisten sairauksien, vammojen ja kirurgisten toimenpiteiden jälkeen. Kuitenkin useat sisätautien alaan kuuluvat sairaudet kuten infektiot tai sydänsairaudet tuottavat samalaista toimintakyvyn romahdusta kuin luunmurtumat. Usein kriisin jälkeen hoitomuotona on vuodelepo. Useissa perustason yksiköissä ei ole kuntoutukselle tiloja eikä henkilöstöä. Vuodeosastolla saa olla korkeintaan kolme kuukautta. Tämän jälkeen osasto voi tehdä itse päätöksen siitä, että potilas on pysyvän ympärivuorokautisen hoidon tarpeessa. Puolueeton hoitotarpeen arviointi puuttuu.

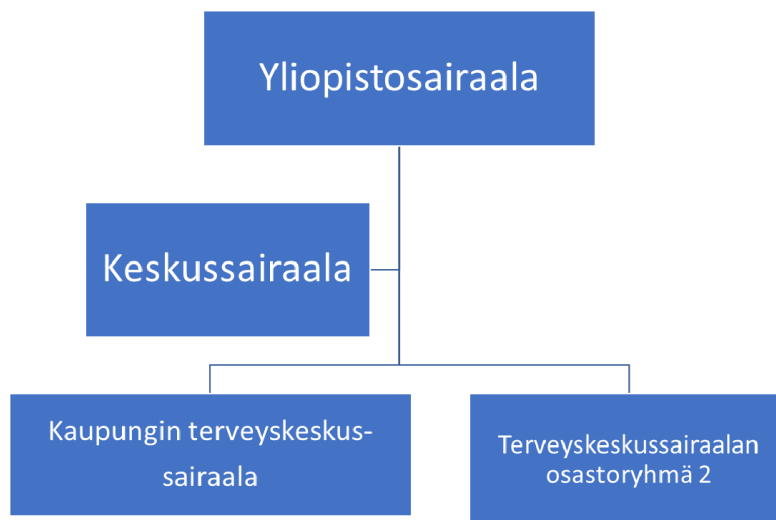
Toinen ympärivuorokautiseen hoitoon johtava reitti on kotonaan hiipuva raihnas vanhus. Hän vähitellen väsyä eikä jaksakaan enää aktivoitua. Tilanteen edettyä asiaa ei juurikaan voi kuntoutuksella auttaa. Tilanteeseen voidaan mahdollisesti vaikuttaa, jos henkilön omaa aktiivisuutta voidaan tukea aikaisemmassa vaiheessa. Myös ra-

vitsemukseen, sairauksien hoitoon, tarkoituksenmukaiseen kotiapuun ja apuvälineiden käyttöön on kiinnitettävä huomiota.

Kuntoutus monella tasolla on siis otettava keskiöön.

4.2 Ruotsin sairaalarakenne – voisimmeko oppia?

Naapurimaamme Ruotsi on sekä maantieteellisesti että väestöllisesti lähellä Suomea. Terveystieteellisesti siellä on samat perusongelmat kuin Suomessa, maa on harvaan asuttu ja etäisyydet asutuskeskusten välillä ovat suuret. Palvelurakenne on siellä erilainen, mutta siitä ehkä voisi oppia. Sairaaloitten kesken on työnjako. Toiminnassa on kolme tasoa: yliopistosairaala, keskussairaala ja kaupunginsairaala. **Kuva 2**



Kuva 2. Ruotsin porrastettu sairaalamalli

Kaksi ylintä tasoa ovat samat kuin Suomessa. Meidän yliopistosairaalamme erityisvastuualueineen tai yhteistoiminta-alueineen vastaa Ruotsin järjestelmää. Ruotsin keskussairaalat ja Suomen täyden päivystyksen keskussairaalat ovat toiminnallisesti vastaavia.

Ero syntyy perustasolla. Suomessa rajoitetun päivystyksen keskussairaalat, kaupunkien erikoislääkärijohtoiset terveyskeskussairaalat ja yleislääkärijohtoiset terveyskeskussairaalat muodostavat järjestelmän, jossa potilaan hoito riippuu yksiköstä, johon hän joutuu.

Ruotsissa terveyskeskussairaala on erikoissairaala, jolla on useita toimipisteitä. Väestön erikoislääkäripalvelut tuotetaan yhteistoimin yliopisto- tai keskussairaaloiden kanssa siten, että tiettyinä viikon päivinä erikoislääkäri tulee perustason sairaalaan hoitaen siellä listalle tulleita potilaita. Terveyskeskuksella on useita vuodeosastoja, joilla on erilainen profiili.

4.3 Ängelholmin kaupungin terveystakeskus

Ängelholmin terveystakeskus sijaitsee Skoonessa Lundin ja Göteborgin yliopistosairaaloitten välissä noin 100 km Malmöstä Göteborgin suuntaan. Skoonen alue esittelee yksikköä toimivana perustason terveystakeskukseksi noin 100 000 asukkaalle. Vaativa kirurgia on keskitetty Malmö, Lundin ja Göteborgin akuutissairaaloihin. Ängelholmin terveystakeskus on suomalaisittain yhdistelmä perustason, erikoishoidon ja sosiaalisektorin palveluista. Yksikkö on vahvasti avohoitopainotteinen. Toiminnot eivät sijaitse samassa rakennuksessa, mutta eri kunnissa olevat toiminnot ovat samassa organisaatiossa yhtenäisen johdon alla. **Taulukko 3.**

Maakunnan palveluverkossa tulee osa perustason palveluista olemaan maakunnallisia. Tämä ei merkitse sitä, että palvelut pitää keskittää maakunnan keskusta. Peruspalveluiden tulee säilyä asukkaita lähellä, mutta tarvittaessa kuntarajat ylittäen. Se merkitsee samalla sosiaali- ja terveystpuolen raja-aitojen poistamista.

Ängelholm, terveystakeskussairaalan yksiköt vuonna 2020	
1. Aivohalvausosasto	20. Lasten ja nuorten lääkäriin vastaanotto
2. Apuvälinekeskus	21. Leikkausyksikkö
3. Diabetes- ja endokrinologian vastaanotto	22. Muistiklinikka
4. Diabetesklinikkan jalkojenhoito	23. Munuaisklinikka
5. Dialyysiklinikka	24. Neurologian klinikka
6. Dieteeikon vastaanotto	25. Näytteenotto ja laboratorio
7. Endoskopiayksikkö	26. Ortopedian klinikka
8. Fysioterapiaklinikka	27. Osteoporoosiklinikka
9. Gynekologian klinikka	28. Psykologin vastaanotto aikuisille ja lapsille
10. Hematologian klinikka	29. Puheterapeutin vastaanotto
11. Ihotautilien vastaanotto	30. Päivystysyksikkö ja päivystysosasto
12. Keuhko- ja allergiaklinikka	31. Päiväkuntoutusklinikka
13. Kipukuntoutusklinikka	32. Reumaklinikka
14. Konservatiiviset vuodeosastot 1,2 ja 3	33. Ruoansulatuskanavan klinikka
15. ORL- klinikka	34. Röntgenosasto
16. Kuntoutusklinikka	35. Sydäntautien vastaanotto
17. Kuntoutusosasto	36. Toimintaterapiaklinikka
18. Kuraattorin toimisto	37. Urologian klinikka
19. Lasten ja nuorten kuntoutus	38. Veripalvelukeskus

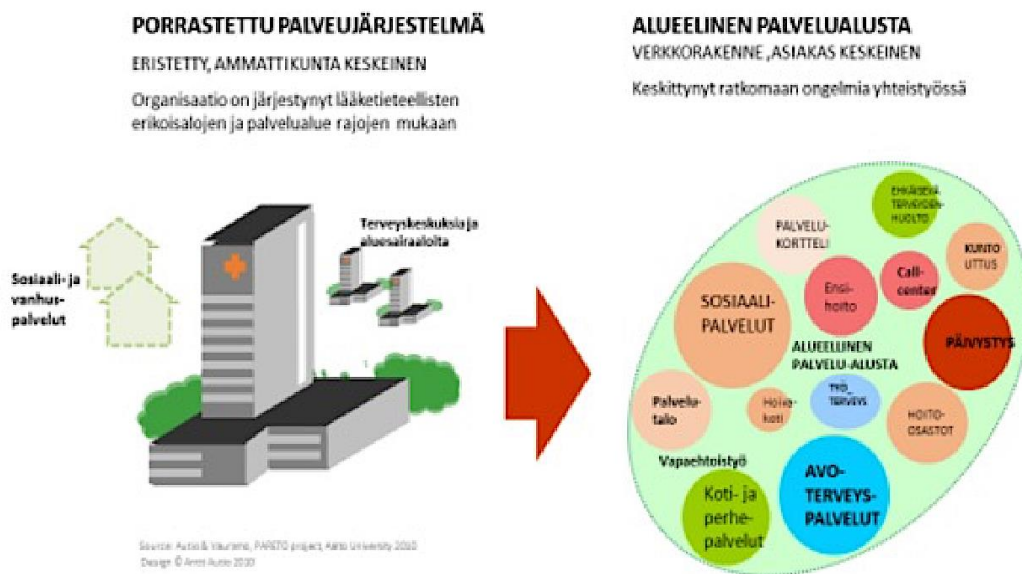
Taulukko 3. Ängelholmin terveystakeskuksen palvelutarjonta

Yhdistetty terveystakeskussairaala tarjoaa laajemman palvelukirjon kuin suomalainen pieni keskussairaala. Osa erikoisyksiköistä on toiminassa vain yhtenä tai kahdena päivänä viikossa, jolloin samaa tilaa käyttää useampi erikoisala. Osa toiminnoista on alueen pienemmissä sairaaloissa, jotka voivat olla erikoistuneita tiettyyn tautiryhmään. Kun sairaalan etusivulla klikkaa jonkun yksikön nimeä, aukenee automaattisesti erikoisalan informaatio sivu. Suomessa tarve on samanlainen. Sopisiko tällainen palveluverkkomalli Suomeenkin, vai onko aika itse asiassa ajanut jo sen ohi?

Tätäkö yritetään kopioida, kun suunnitellaan tulevaisuuden sote-keskuksia? Silloin voitaisiin tuottaa tiettyjä erikoissairaanhoidon palveluja mahdollisesti myös lähi-palveluina.

Tällä hetkellä osassa sairaanhoitopiirejä palvelutarjonta on hajanaisempi ja joita-kin palveluja ei ole saatavissa lainkaan edes maakuntien keskustaajamissa. Soteuudistuksessa tilanteen pitäisi parantua eikä heikentyä.

Tätä olemme pohtineet jo julkaisussamme 2019.¹ Seuraava **kuva 3** on lainaus siel-tä.



Kuva 3. Porrastetusta palvelujärjestelmästä palveluverkkoon

Tämä periaatekuva on hyvä, mutta toteuttamiskelpoinen vasta sitten, kun nyt vahvistettu alueellisuuden 'pakkopaita' on purettu. Yhdenvertaisuuden vuoksi koko maan asukkaiden on voitava käyttää esim. Coxaa tai Tampereen Sydänkeskusta. Myös laboratorio- ja kuvantamistoiminnan järjestäminen vaatii piirirajojen ylittämistä. Jos maassa on vain yksi hyvin korkealaatuinen tiettyjä operatiivisia palveluja tuottava palveluntarjoaja, kenen tahansa kansalaisen on voitava yhdenvertaisesti käyttää tällaisen tuottajan palveluja.

Palveluverkko on siis itse asiassa koko maan kattava tarjotin, josta kansalaisen on voitava valita, eikä piirijärjestelmä saa vaikeuttaa tätä. Palvelutarjotin muuttuu koko ajan paremmaksi. Esim. Pohjola-sairaaloiden hyvänlaatuinen ortopedisten leikkausten tarjonta laajenee yrityskaupan tuloksena ja tuo toivottavasti parannusta laatuun. (Ks. jäljempänä esim. kuva 11)

¹ Vauramo E, Ryynänen O-P. Sotepyrämidiasta palveluverkkoon. Ikääntyminen ja niukka tulevaisuus. KAKS 2019;Julkaisu 29:122 s.

4.4 National Health Servicen uudistus

Englannin National Health Servicen (NHS) uudistuksessa on tavoitteena pienentää kustannuksia 10 % ja samalla parantaa laatua. Tämä toteutuu tekemällä viisi isoa käytäntöön vaikuttavaa muutosta, jotka pyritään toteuttamaan seuraavan viiden vuoden aikana.

Painopiste siirretään sairaalan ulkopuoliseen hoitoon ja puretaan historiallinen jako perushoidon ja muun hoidon välillä. Palvelujärjestelmä suunnitellaan uudelleen ja vähennetään sairaaloiden palveluyksikköjen palvelutarvetta.

Väestö tulee saamaan enemmän vastuuta omasta terveydestään ja enemmän henkilökohtaisesti suunniteltua hoitoa silloin, kun he sitä tarvitsevat. Perusterveydenhuollossa digitaalinen perushoito ja avohoito tulee olemaan valtavirta koko palvelujärjestelmän sisällä.

Paikalliset NHS-organisaatiot fokuoivat väestön terveyteen ja yhteistyöhön muiden paikallisorganisaatioiden kanssa. Tämä tapahtuu uuden integroidun terveydenhuollon palvelujärjestelmän avulla kaikkialla.

NHS:n uudistuksessa toimenpiteet kohdistuvat järjestelmän toimintoihin, ei rakenteeseen. Tuloksena on joukko tautikohtaisia ohjelmia (syöpä, sydäntaudit, ylipaino, ympäristöterveydenhuolto). Näihin esitetään tarkkaa vaikuttavuuden ja laadun seurantaa, esimerkiksi kuinka syövän kokonaishoidossa on selvitty.

Suomen nykyinen palvelujärjestelmä perustuu kuntiin ja kuntien yhteistoiminta-alueisiin sekä näiden hallinnoimiin keskitettyihin palveluorganisaatioihin. Järjestelmän toimivuuden ongelmat nähdään resurssien puutteena eikä organisaation ongelmana kuten NHS näkee saman asian.

NHS:n uudistamisen yhteydessä käyty keskustelu eroaa Suomen nykyisestä keskustelusta. Suomessa keskustellaan hallintorakenteesta, aluekartoista ja verojakaumasta. NHS keskustelee sosiaali- ja terveystoimen sisällöstä, joka on Suomessa jäänyt vähemmälle huomiolle.

NHS:n pitkän aikavälin suunnitelma (2019) merkitsee askelia kattavaan henkilökohtaisen hoidon malliin. Malli koostuu kuudesta ohjelmasta, mukana henkilökohmainen hoitosuunnittelu ja henkilökohtaiset terveystbudjetit. Tarkoituksena on antaa monimutkaisten ongelmien kanssa eläville kansalaisille mahdollisuus hallita paremmin terveyttään ja hoitoa. Pitkän aikavälin suunnitelma sitoutuu rahoittamaan linkkityöntekijöitä, jotka yhdistävät ihmisiä erilaisiin tuki- ja sitoutumismahdollisuuksiin lähialueellaan. Perusterveydenhuoltoverkot (GPN) ovat yleislääkäreiden ja erikoislääkäreiden ryhmiä, jotka palvelevat noin 30 000–50 000 asukasta. GPN muodostaa kansalaisen lähimmän terveydenhuollon palvelun. GPN liittyy myös linkkityöntekijöiden palveluun.

Ennaltaehkäisevällä terveydenhuollolla uskotaan voitavan vähentää merkittävästi tautien ilmenemistä. Keinoina on ympäristön saastetason alentaminen, pudas ilma,

ylipainon hallinta ja yhteisöllisyyden lisääminen. Tavoitteena saavuttaa noin 10 % säästö nykyiseen kustannustasoon verrattuna.

4.5 Muutoksia Hollannissa

Hollannissa on terveydenhuollon kustannuskriisi niin kuin muissakin EU-maissa. Tavoitteena saada terveydenhuollon kustannuksiin on saada aikaan noin 20 % säästö. Se vastaa siirtymistä suunnilleen sille kustannustasolle, missä Suomi on nyt. Aluksi käytiin läpi sairaaloiden tuotantorakenteet ja yhdistettiin alueella sairaaloita suuremmiksi kokonaisuuksiksi. Sisäistä laskutusta kehitettiin. Esimerkiksi vajaakäyttöisistä erikoisalakohtaisista avohoitoyksiköistä tehtiin usean erikoisalan yhteisiä, jolloin niillä on tasainen kuormitus koko päivittäisen aukioloajan. Potilaan omaa vastuuta lisättiin ottamalla hänet mukaan aktiivisemmin mukaan hoitojen valintaan ja motivoimalla hänet vastaamaan itse omista terveellisistä elämäntavoistaan. Näillä toimenpiteillä on saavutettu noin 10 % kustannussäästö.

Nyt uudistuksen painopiste on siirtynyt vanhustenhuoltoon. Ikääntyneet ovat kuormittaneet liikaa akuuttihoitoa. Uutena ratkaisuna kokeillaan vanhainkotien yhteyteen muutamaa lyhytaikaista hoitopaikkaa, jonne sosiaaliviranomaiset voivat matalalla kynnyksellä lähettää vanhuksia muutaman päivän hoitojaksolle. Alustavat kokeilut ovat olleet onnistuneita ja vanhainkotien lyhytaikaiset paikat ovat lisääntymässä.

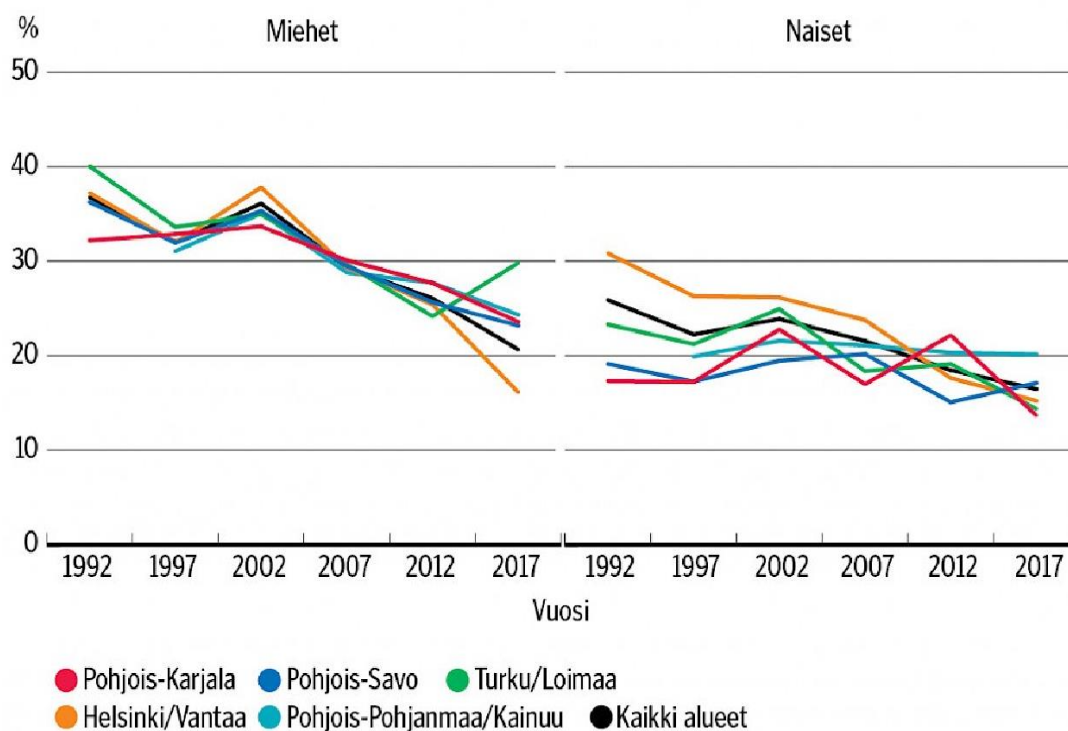
Edellä todetun lisäksi on Hollannissa läpitunkeutuva megatrendi: digitalisointuminen. Sitä vauhdittaa meneillään oleva koronapandemia. Arviolta noin kolmannes hoitokontakteista hoidetaan nyt etänä. Tämä tulee muuttamaan pysyvästi toimintamallia kaikissa maissa. Lopputulema nähdään pandemian väistyttyä.

5 Maakunnan ydintehtävä on JATKUVA laadun seuranta ja parantaminen

5.1 Esimerkkinä valtimonkovettumasairaudet

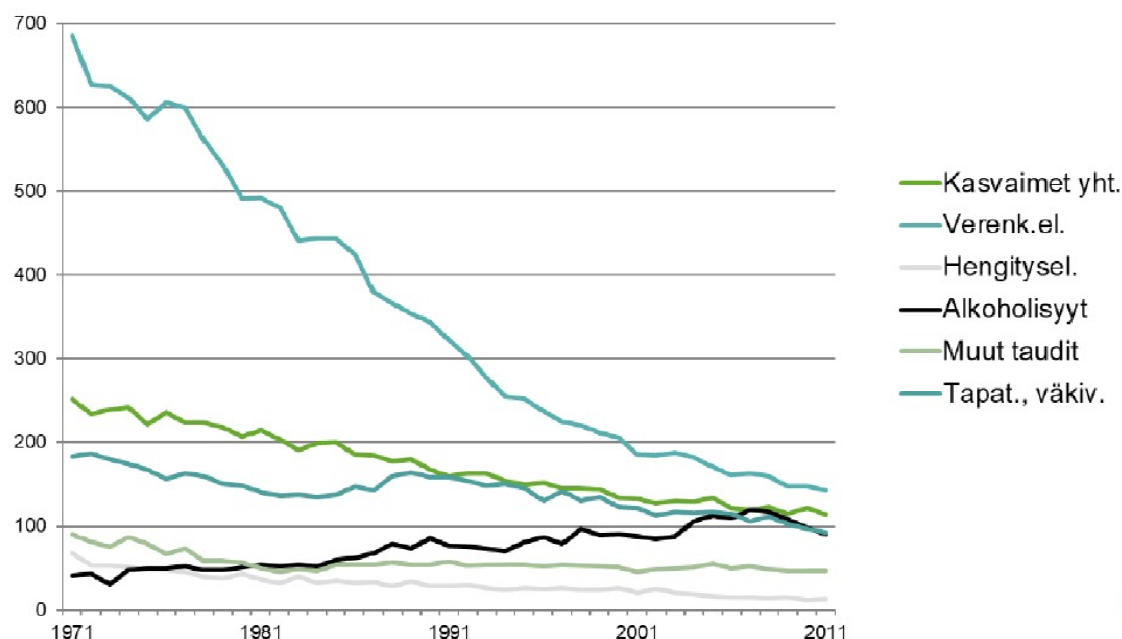
Tällaisessa lyhyessä puheenvuorossa ei ole tarkoitus perusteellisesti selittää, mitä vaikuttavia toimenpiteitä olisi tehtävä, jotta terveiden elinvuosien määrä kasvaisi ja elinajanodote-eroja saataisiin kavennetuksi. Esimerkkien läpikäymisen avulla siitä voi avata kuitenkin 'panoraaman', jonka avulla voi perustella, mitä pitää tehdä seuraavaksi.

Kansanterveyslainlain säätämisen jälkeen suomalaismiesten ennaikainen kuoleminen verenkiertoelinten sairauksiin (tärkeimpinä sydänveritulppa ja aivoinfarkti) onnistuttiin romahduttamaan 40 vuodessa. Onnistuminen on tulosta riskitekijöiden vähentämisestä ja hoitojen vaikuttavuuden paranemisesta. Käytännössä sydänsairaus on siirtynyt vanhempiin ikäluokkiin. Siirtymisestä on suuri hyöty yksilöille, mutta sydänsairauden kokonaisrasite yhteiskunnalle on yllättäen pysynyt suurena. **Kuva 4**



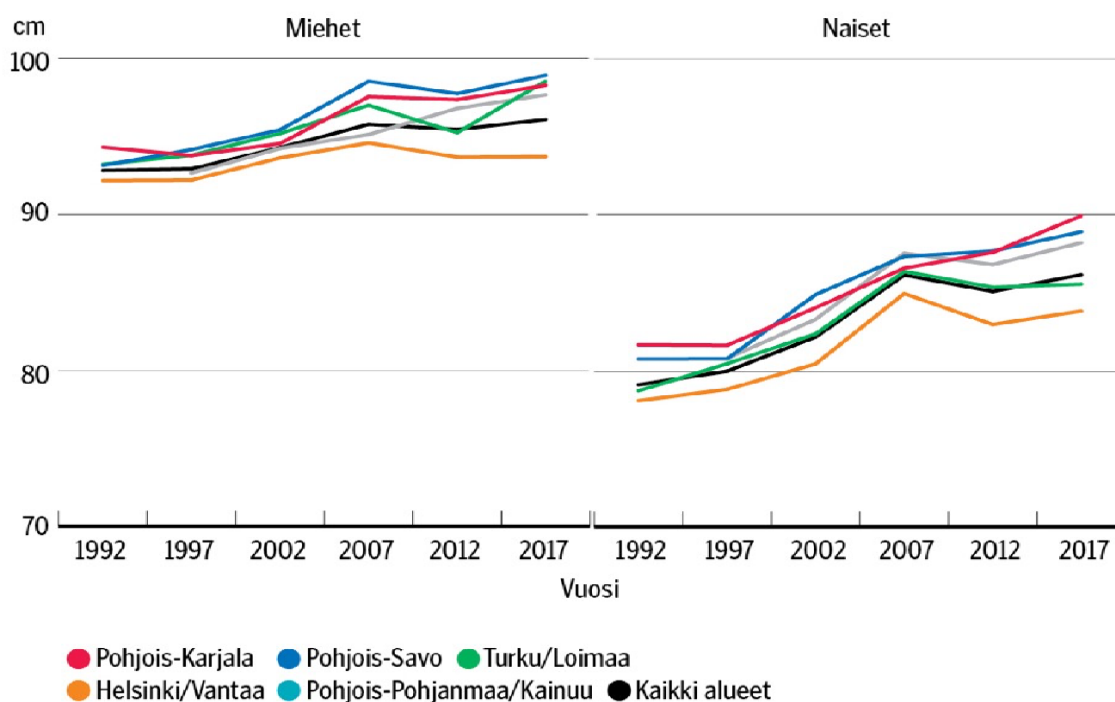
Kuva 4. Kuolleisuus kansantauteihin 1971–2017- Pystyakselilla kuolemia 100 000 ikävakiota asukasta kohti. Lähde: Tilastokeskus

Käyttäytymismuutoksista yhtenä myönteisenä asiana on tupakonnin vähentyminen. **Kuva 5**



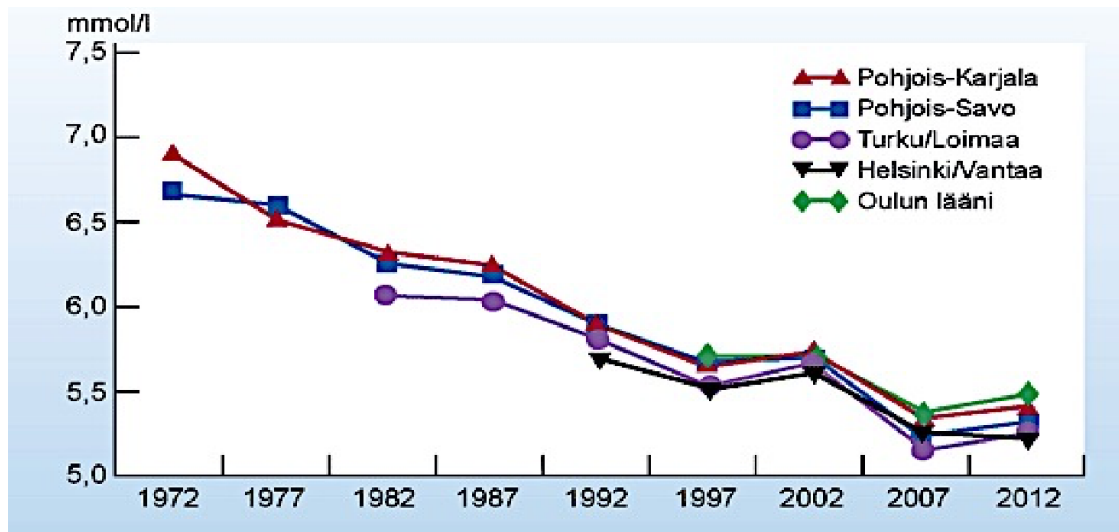
Kuva 5. Tupakoinnin yleisyys Suomessa 1992–2017 Lähde: THL

Valitettavasti samaan aikaan toinen käyttäytymiseen liittyvä riskitekijä on alkanut kulkea päinvastaiseen suuntaan. Sekä miehet että naiset lihavat. Naisten lihominen on edennyt miehiä nopeammin. Naisten käyrästä on kuvassa matalammalla, koska vyötärön ympärys korreloi pituuteen. Mielenkiintoista on, että alueiden välillä on huomattavia eroja. Pääkaupunkiseudullakin on tapahtunut lihomista, mutta selvästi vähemmän kuin Pohjois-Savossa ja Pohjois-Karjalassa. Lisäksi lihominen näyttää ainakin osittain pysähtyneen pääkaupunkiseudulla vuoden 2007 paikkeilla. Korkea elintaso näyttää olevan yhteydessä vähempään lihomiseen. Alue-erot viittaavat myös siihen, että asiaan vaikuttaminen on mahdollista. **Kuva 6**



Kuva 6. Vyötärön ympärysmitta Suomessa eräillä alueilla 1991–2017 Lähde: THL

Keskeisin muutos oli kuitenkin onnistunut puuttuminen veren kolesterolitasoon Pohjois-Karjala-projektin käynnistyttyä, kuten **kuvasta 7** voidaan nähdä. Kolesterolitason alentuminen on suunnilleen samanlaista kaikkialla.



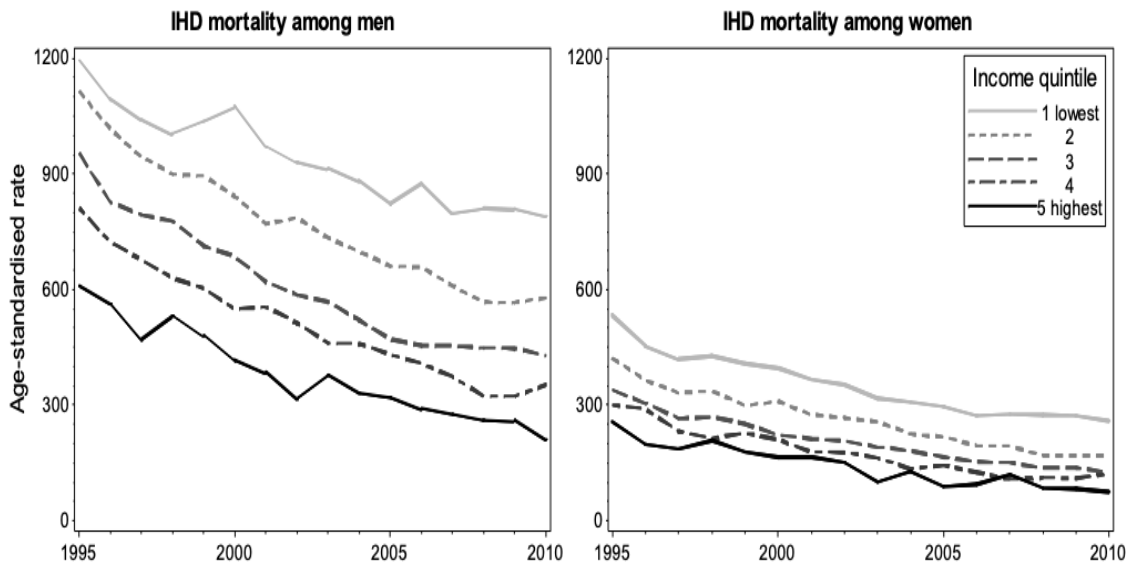
Kuva 7. Seerumin kolesterolitaso suomalaisilla 30–59-vuotiailla miehillä 1972–2012 Lähde: THL

Näiden esimerkkietietojen avulla voi ymmärtää, että veren kolesterolitasoon vaikuttavat ravintoon liittyvät käyttäytymismuutokset, mutta sen lisäksi myös lääkityksen ja hoitotoimenpiteiden voimakas kehittyminen. Nyt tiedetään, että lääkityksen avulla on vielä tärkeämpää alentaa seerumin 'pahan' kolesterolin tasoa (LDL-kolesteroli) kuin kokonaiskolesterolin tasoa. Tiedetään myös, että on hyvin tärkeää löytää ne yksilöt, joilla on perimänsä vuoksi suuri kuolemanvaara, vaikka käyttäytymisriskejä ei olisi ollenkaan.

Tätä tietopakettiesimerkkiä kannattaa vielä lopuksi täydentää Sonja Lummen väitöskirjan avaintulosten referoinnilla (Lumme S. 2017).² Hän toteaa, että vältettävissä olevilla kuolemilla tarkoitetaan kuolemia, joita ei pitäisi tapahtua, jos terveyspalvelut ovat vaikuttavia ja oikea-aikaisia. Vältettävissä olevien kuolemien avulla voidaan epäsuorasti mitata terveydenhuollon toimintaa ja laatua. Väitöskirjan tutkimusten tulokset viittaavat siihen, että sosioekonomiset erot terveydenhuollon laadussa ja hoitoon pääsyssä ovat Suomessa säilyneet. Tämä käy ilmi **kuvasta 8**.

Kuvassa näkyy hyvin, että kuolleisuus on voimakkaasti kaiken aikaa laskenut, mutta tuloryhmien väliset erot ovat säilyneet ennallaan. Niinpä Lumme ehdottaakin, että oikeudenmukaisuuden parantamiseksi tulisi ryhtyä toimiin, joiden avulla voidaan turvata sosiaalisesti huonommassa asemassa olevien tarpeenmukainen hoito. Ohitusleikkauksia alemmille tuloluokille on lisätty jopa suhteellisesti enemmän kuin ylemmille eli korjausta on saatu, mutta sitä tarvittaisiin mitä ilmeisimmin myös muissa sepelvaltimokuolemaa ehkäisevissä tekijöissä.

² Lumme S. *Developing methodology of measuring socioeconomic equity in health care using register data.* (Väitöskirja) 2017. HY: 110 s.



Kuva 8. Ikävakioitu iskemisen sydänsairauden (sepelvaltimotauti) ja siihen liittyvän ohitusleikkaustoimenpiteen yhdistetty kuolleisuus (per 100 000 henkilövuotta) tuloviidenniksittäin eroteltuna 1995–2010 Suomessa.

Riskitekijät ovat suurelta osin yksilön henkilökohtaisesta käyttäytymisestä kiinni. Henkilökohtainen käyttäytyminen korreloi erityisesti koulutuksen kanssa. Ilmeisesti yleinen koulutustaso ja terveystiedon huomioiminen kaikessa koulutuksessa vaikuttaisi yksilöiden käyttäytymiseen eniten.

Parhaan vaikuttavuuden saavuttamiseksi sepelvaltimotautien ehkäisyssä korjaavien toimenpiteiden tulisi nykytiedon mukaan alkaa viimeistään noin 40 vuoden iässä.

Käyttäytymismuutoksissa samat tekijät ovat tärkeitä sekä sepelvaltimotaudissa että aivoverenkiertohäiriöissä. Jälkimmäisissä verenpaineen hallinnalla on ehkä vielä korostetumpi asema kuin sepelvaltimotaudissa, mutta molemmat vaativat toki normaalitasolle pääsemistä hoidon onnistumiseksi.

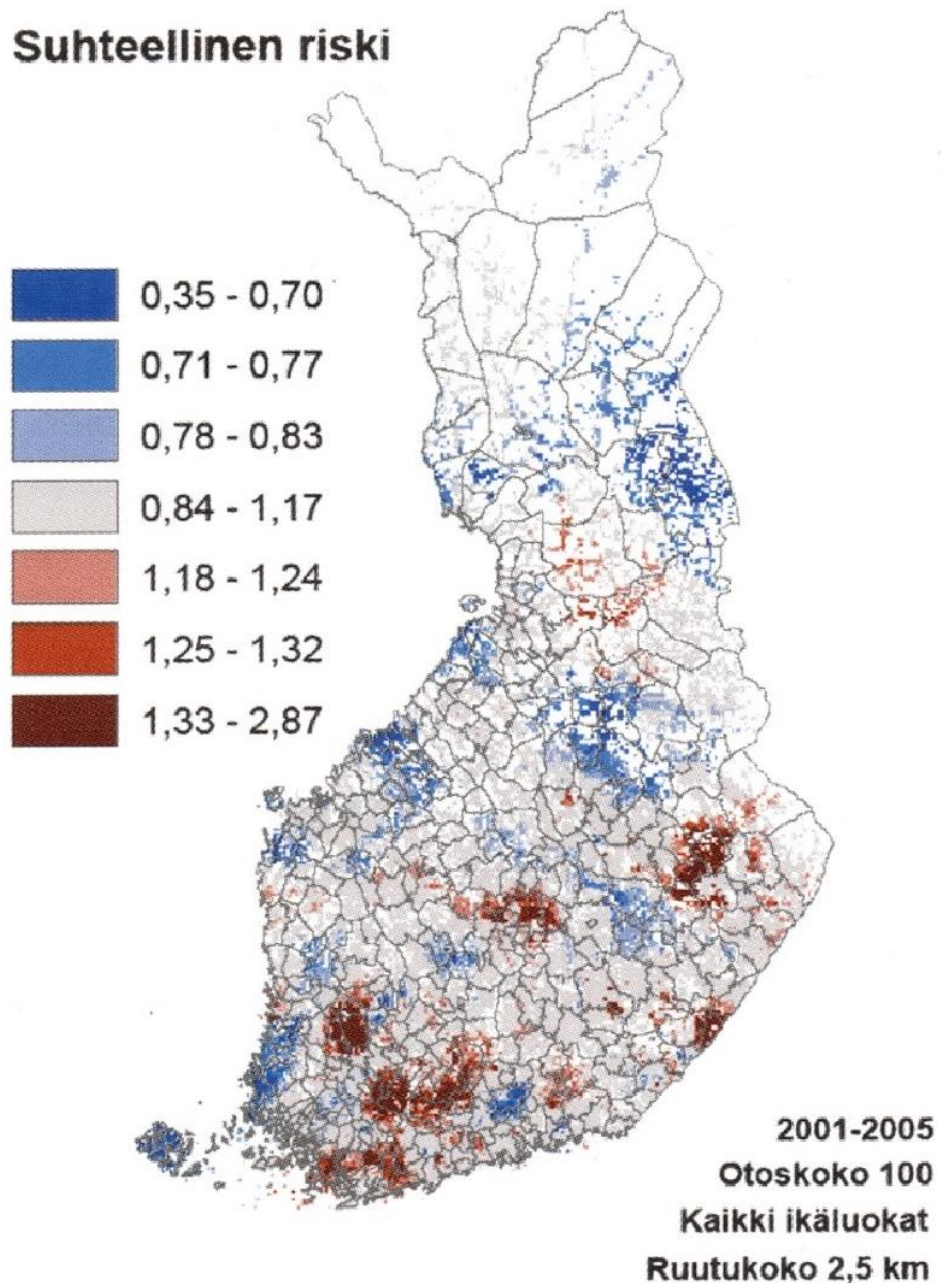
Sairausten ennaltaehkäisyssä merkittävin toimija on perusterveydenhuolto. Sen kyvystä ehkäistä, todeta uusia tapauksia ja hoitaa pitkäaikaisesti sairaita tulee pitää erityistä huolta. Perusterveydenhuollon maksuttomuus olisi myös mahdollinen väline heikoimmin toimeentulevien kansalaisten terveydentilan parantamisessa.

Sairauksia ennalta ehkäisemällä voidaan saavuttaa säästöjä erityisesti, jos pystytään sairastamisen vähenemisen kautta vaikuttamaan terveydenhuollon kiinteisiin kustannuksiin. Tämä vaatii järjestelmältä kykyä purkaa toimintoja tai siirtää resursseja kustannusvaikuttavuudeltaan edullisiin kohteisiin.

Historiallisena lähtökohtana voi käyttää **kuva 9**, jossa kartografian avulla tarkastellaan koko Suomen naisten aivoverisuonitautikuolleisuutta vuosina 2001–2005. Kuvassa maa on jaettu 2,5 km x 2,5 km kokoisiin neliöihin. Kuolleen henkilön osoite on paikannettu neliöihin ja väestötietojen perusteella on laskettu aivoverisuoni-

kuoleman riski. Satunnaisvaihtelu on tasattu. Valkoisilla alueilla väestö on niin vähäinen, ettei riskiä voida laskea. Kuva osoittaa, että epäsuotuisat punaiset alueet osuivat (joko sattumalta tai systemaattisesti) aluesairaaloiden ja muutamien keskussairaaloiden kohdille.

Koska maassamme ei ollut tulosten julkaisemisen aikaan kansallisessa järjestämisvastuussa olevaa toimijaa eikä asioiden seuranta systemaattisesti ollut järjestetty, tulos ei käynnistänyt minkäänlaista toimenpideketjua.



Kuva 9. Aivoinfarktipotilaiden 1. vuoden kuolleisuus tai uusinta vv. 2001–2005.

Tämä johtuu pitkälti siitä, että maamme oli silloin ja on edelleen jäljessä terveydenhuollon laadunhallinnassa mm. muista Pohjoismaista. THL on nyt käynnistänyt seitsemän tautiryhmän laaturekisteröinnin pilottihankkeena. Onneksi yksi niistä kohdentuu tälle verisuonitautien alueelle.

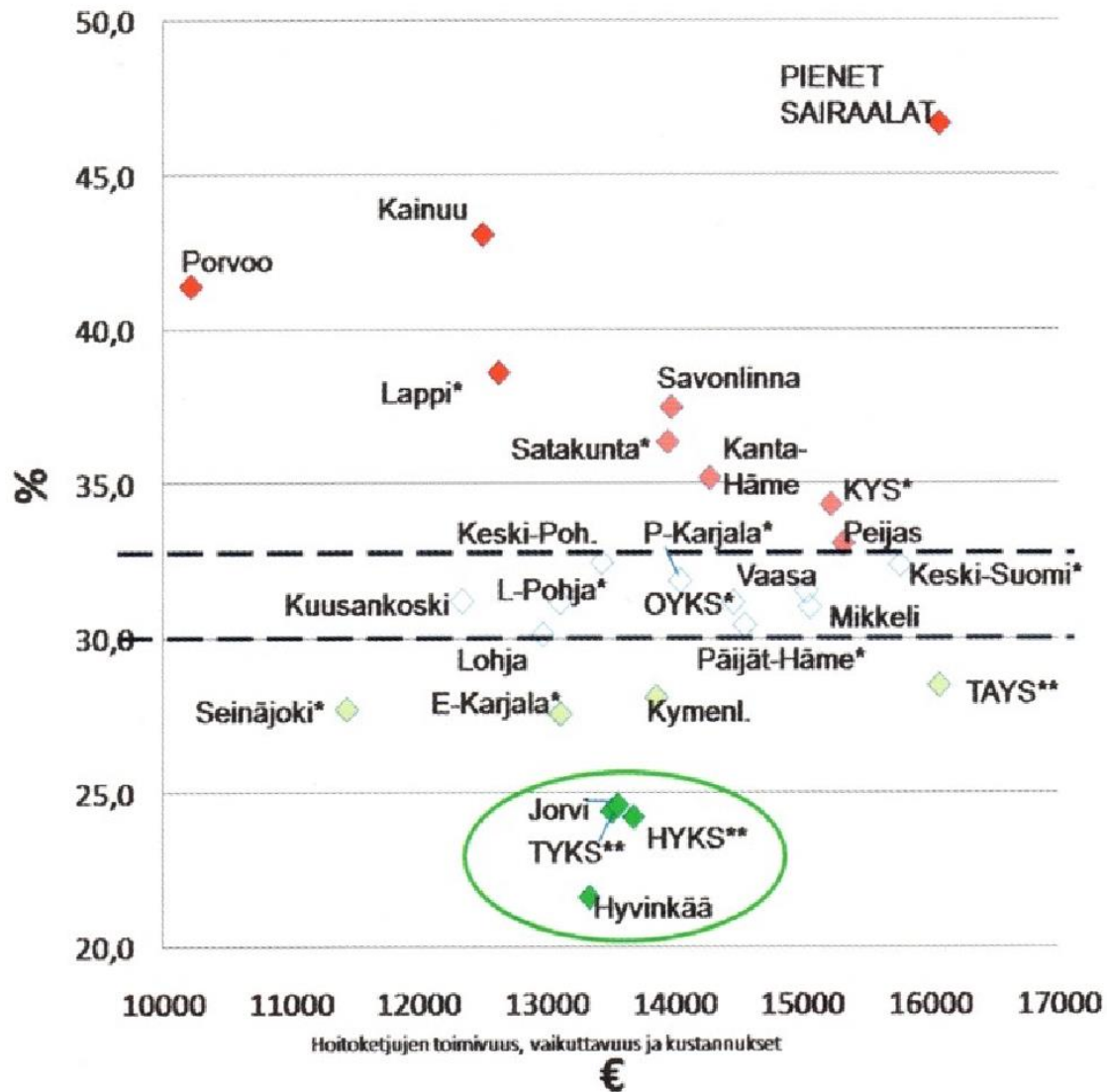
Tätä laadunvalvonnan kehittämistä yritettiin vauhdittaa ns. PERFECT-tiedostojen kokoamisella, joka saatiin loppuvaiheessa suoritettua vasta Sitran rahoituksen turvin, koska valtion budjettivaroja ei ohjattu silloinkaan tähän tarkoitukseen riittävästi. Tämän vauhdittamisen tarkoituksena oli käynnistää laaja laadunjohtaminen maassamme, mutta siinä siis epäonnistuttiin.

Varsinaista koko maan kattavaa laatuohjausta tai -johtamista ei siis vielä tällä hetkelläkään toteuteta, vaikka sen tarve on ollut tiedossa jo pitkään.

Tästä vauhdittamisvaiheesta voi nostaa esiin esimerkkinä aivohalvausta koskevia tuloksia, jotka on alun perin julkaistu jo 2000-luvun alkuvuosina, ja joita käytettiin esimerkkeinä mm. Toivo-ajatuspajan julkaisussa.

Kun samaa asiaa katsotaan tuottajakeskeisesti kustannusvaikuttavuuden näkökulmasta, parhaiten leiviskänsä hoitivat silloin HYKS ja TYKS. Mielenkiintoinen detalji oli se, että HYKS:n sairaaloista sekä Jorvi että Hyvinkää olivat onnistujien joukossa. Tulokset eivät ole juurikaan riippuvia kustannuksista. Esimerkiksi Seinäjoki ja Tampere saivat saman kohtuullisen hyvän tuloksen, mutta kustannukset ovat aivan eri luokassa. **Kuva 10**

Ei ole epäilystäkään, etteikö muistakin tappavista taudeista olisi voitu kehittää pätevää valtakunnallista johtamis- ja ohjausjärjestelmää koska tiedot olivat käytävissä jo 15 vuotta sitten. Toimeen ei ole tartuttu.



Kuva 10. Aivoinfarktipotilaiden 1. vuoden kuolleisuus tai uusinta sekä vuoden kokonaiskustannukset (keskiarvot) 2004–2005.

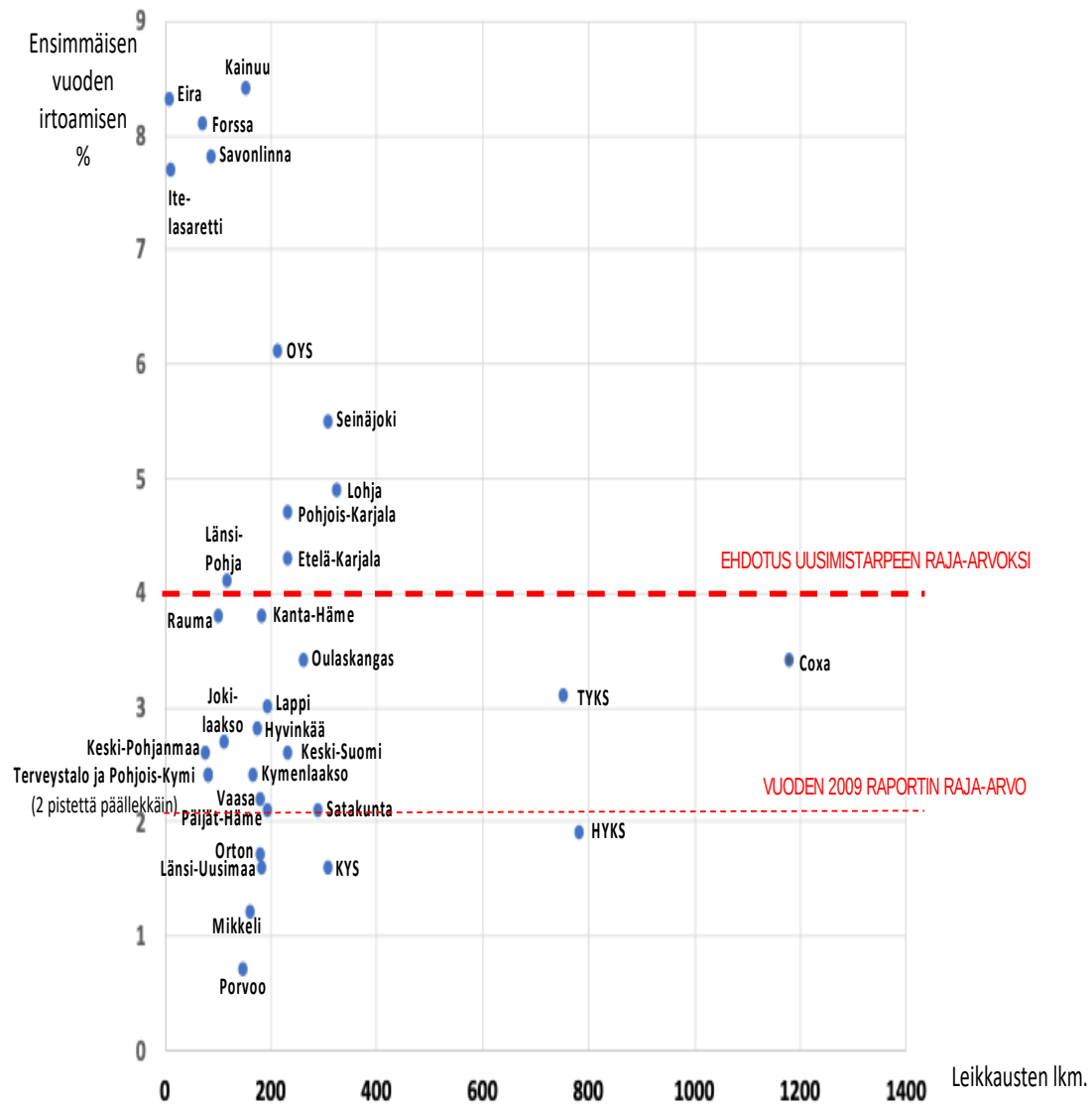
Lonkan keinoonivelleikkaukset

Lonkan keinoonivelleikkauksia voidaan arvioida yhden vuoden kuluessa leikkauksesta tapahtuneiden proteesin irtoamisten määrällä. Vuodesta 2015 alkaen uusintaleikkausten määrä on alkanut vähentyä. Proteesin irtoamisten osuus on pienempi sairaaloissa, joissa leikkausten määrä on suuri. Kuvassa verrataan irtoamisosuutta kaikkien lonkkaproteesileikkausten määrään. Sairaalat muodostavat sup-pilokuvion, jossa pienten sairaaloiden vaihtelu on suurta, mutta vakioituu matalalle tasolle, kun leikkauksia on noin 500/vuosi. **Kuva 11**

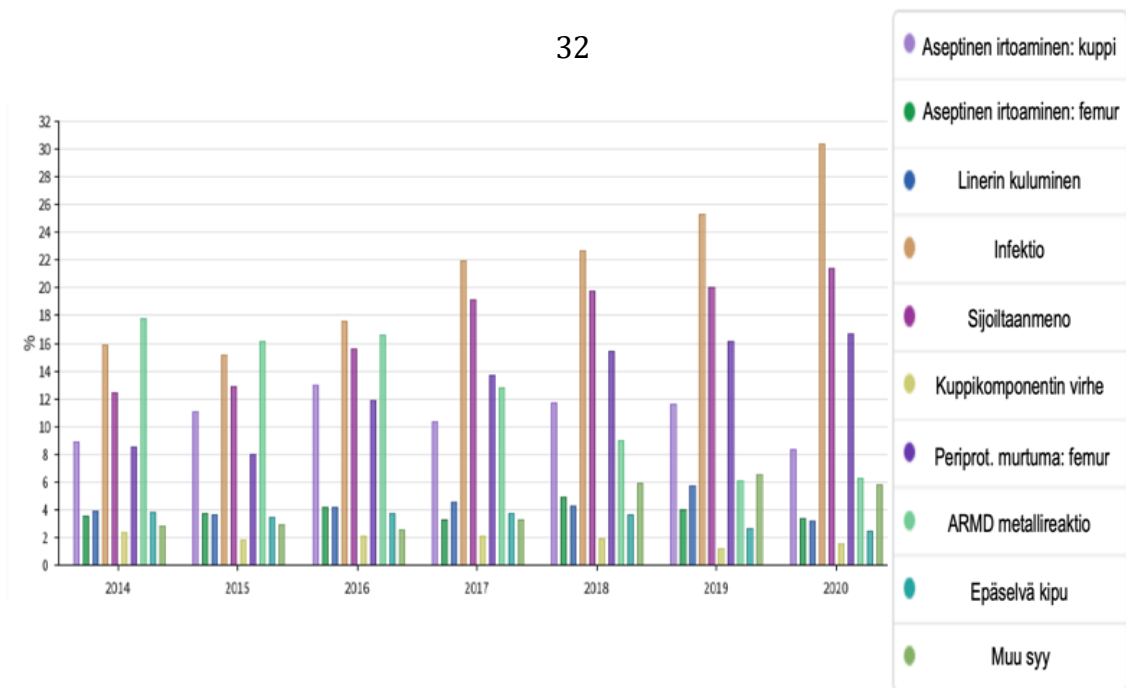
Kustannustietoa ei vuoden 2016 tilanteesta ole käytettävissä, joten vastaavaa kuviota kuin edellä ei pystytä laatimaan. Keinoonivelleikkaukset eivät liioin kuuluneet THL:n seitsemän laatu-pilotoitujen sairauksien ryhmään, joten kehitystä on seurattu lähinnä keinoonivelrekisterin tietojen avulla.

Edellytyksiä laatustandardeille ja -tavoitteille on silti ollut asetettavissa, sillä sekä uusintaleikkaussyistä, että uusintaleikkausten kokonaismääristä sukupuolittain on tilastoaineistoa käytettävissä. **Kuvat 12 ja 13**

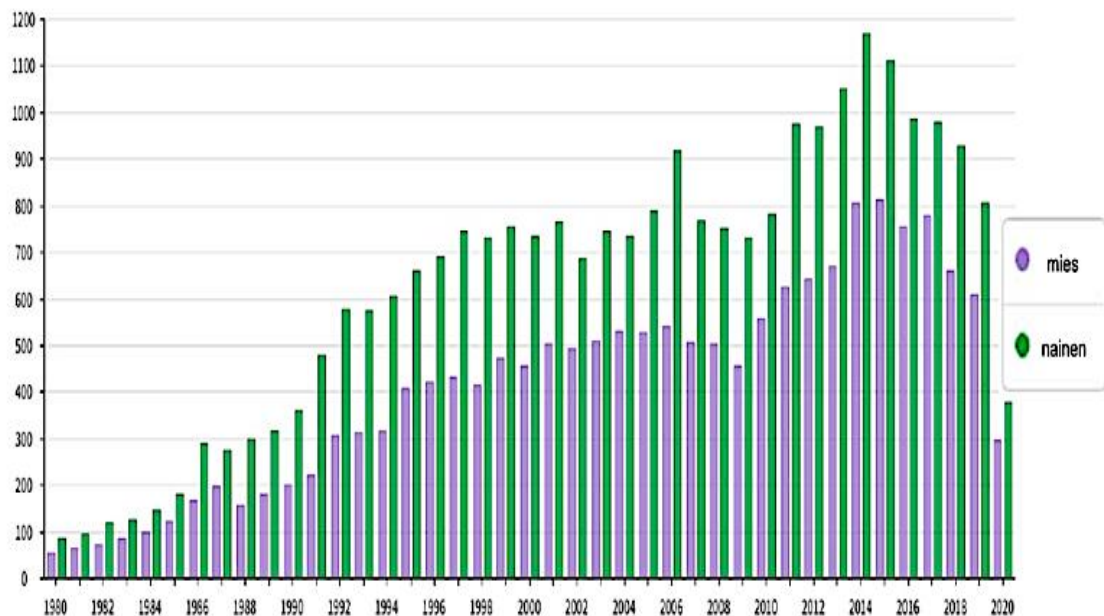
Kuvasta 12 voidaan havaita, miten uusintaleikkauksia vaatineet ARMD-metal-lireaktion tuottaneet proteesit on saatu suurimmalta osin uusittua. Niiden määrä oli tarkastelujakson alkuvuosina 16–18 % luokkaa, mutta loppuvuosina vain kolmasosan siitä. Tämä näkyy myös sukupuoltilastossa uusintaleikkaustarpeen laskuna. Sen sijaan infektion vuoksi uusintaleikattujen määrä on kasvanut hälyttävästi.



Kuva 11. Lonkan primaariset keinoonivelleikkaukset v. 2016. Leikkausten vuotuinen määrä vs. ensimmäisen vuoden irtoamisprosentti.



Kuva 12. Tavanomaisimmat keidonivelleikkauksen uusintaleikkaussyyt 2014–2020. Lähde: THL Keidoniverekisteri

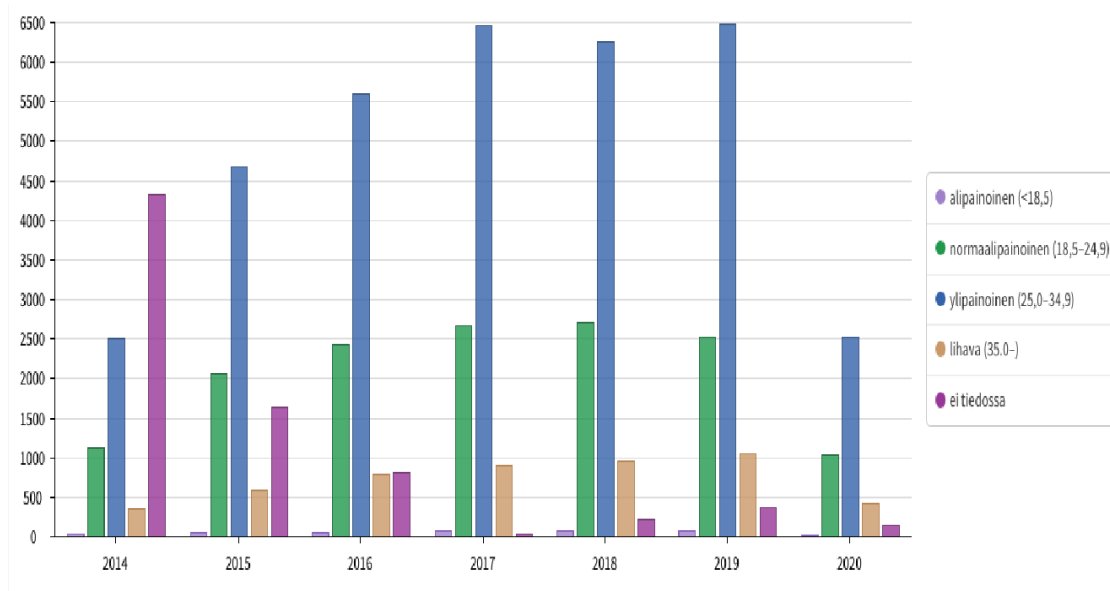


Kuva 13. Lonkan keidonivelleikkauspotilaiden uusintojen määrä 1980–2020 sukupuolen mukaan. Lähde: THL Keidoniverekisteri

5.2 Ylipainon vaikutus leikkaustarpeeseen

Keidonivelleikkauksiin liittyy kuitenkin vielä yksi kiinnostava ja tärkeä näkökulma eli leikkaukseen tulevien painonhallintaan liittyvä erityispiirre. Vain noin neljäsosa leikatusta on painoindeksillä mitaten normaalipainoisia ja kolme neljäsosaa ylipainoisia tai lihavia. Lihavien määrä näyttää olevan kasvussa, mutta ilmiö voi johtua siitä, että ”painoindeksi ei tiedossa” -ryhmä on pienentynyt. **Kuva 14**

Tämä tuo tarkastelun piiriin ja pohdittavaksi ne keinot, joiden avulla painonhallintaa voitaisiin tehostaa ja leikkausten tarvetta vähentää sekä kustannuksia hillitää. Tämä on yksi esimerkki mahdollisuudesta päästä parempaan vuorovaikutukseen väestön kanssa terveyshyödyn saavuttamisesta valintavollisuuksien kautta ja avulla. Niiden vastapainoksi väestölle pitäisi tarjota valinnan vapautta ja kannusteita, jotta parhaisiin lopputuloksiin päästäisiin.



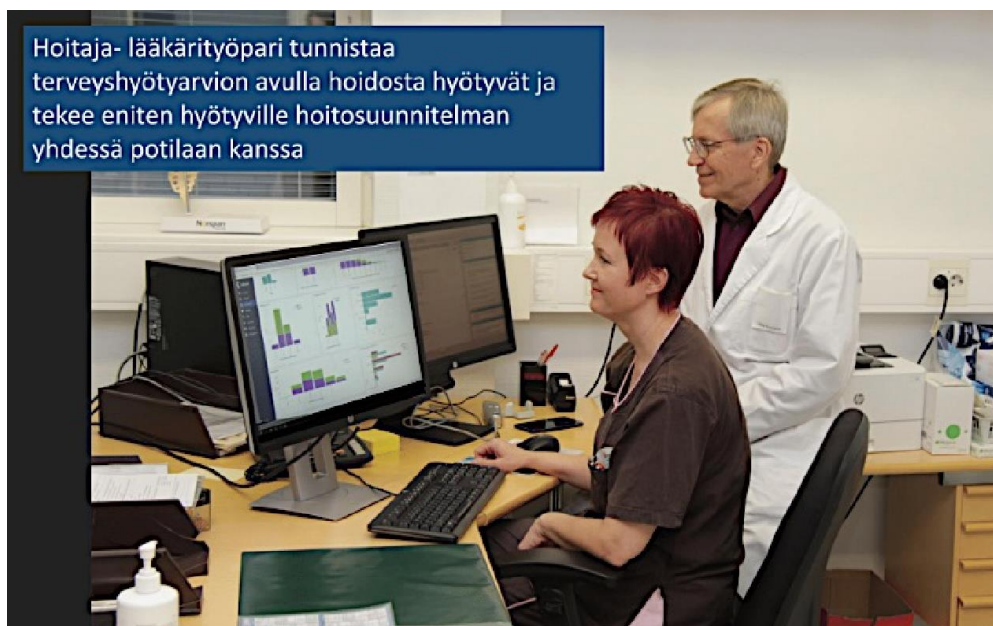
Kuva 14. Lonkan primaaristen keinoonivelpotilaiden painojakauma 2014–22. Lähde: THL Keinoonivelrekisteri

6 Tulevaisuuden digin muuttaessa prosesseja yhdenvertaisuutta pystytään parantamaan

6.1 Digimurros on tapahtumassa

Terveydenhuolto muuttuu useilta osiltaan digitaaliseksi. Kehitystä vauhdittaa meilläkin oleva COVID-19-pandemia, joka on kehittänyt digivastaanottoja. Joillakin erikoisaloilla on arviolta noin kolmannes konsultaatioista siirtynyt sähköisiksi. Tämän lisäksi terveydenhuolto saa useita teknologioita, joiden pohjana on informaatioteknologia. Käytämme yhtä esimerkkinä digitalisoitumisesta eli uutta terveyshyödyn arviointimallia.

Kuvaan 15 kiteytyy paljolti asian ydin: lääkäri ja hoitaja tekevät yhteistyötä digituotteen avulla. Kyseessä ei ole mikä tahansa digituote, vaan Suomessa kehitetty terveyshyödyn arviointimalli.



Kuva 15. Terveyshyödyn arviointimallin pääkehittäjä Ilkka Kunnamo yhdessä hoitajan kanssa Saarian kuntayhtymässä

Terveyshyödyn arviointimalli sisältää päättelysäännöt, jotka tulkitsevat eri potilastietoja ja tuottavat ehdotuksia hoidon ja potilasturvallisuuden parantamisesta. Linkit hoitosuositukseen diagnoosien perusteella sekä lääkitysvaroitukset ja lääkityksen kokonaisarvio parantavat osaltaan yksittäisen potilaan hoidon laatua ja vaikuttavuutta.

Arviointimallista voidaan tehdä potilas- tai väestöjoukosta diagnoosikohtaisia yhteenvetoja. Tällä hetkellä vielä koekäyttövaiheessa olevat päätöksentukialgoritmit laativat eräajona analyysseja ja parannusehdotuksia kokonaisille potilasjoukoille. Digitalisaation avulla voidaan siis yksilötason lisäksi vaikuttaa myös väestötason terveydentilaan yksilöiden kautta.

Digitalisaatio tuo kehittyneimmissä muodoissaan sellaisen lisän lääketieteeseen ja terveyteen vaikuttamiseen, että sitä ei ole syytä enää torjua, mutta kuten muitakin 'työkaluja', sitä on osattava käyttää oikein. Tästä syystä sen painoarvo on suuri seuraavan vaiheen terveydenhuoltojärjestelmään siirryttäessä sekä käytännön kentällä että kansallisen ohjauksen ja valvonnan tasolla.

6.2 Informaatioteknologian megatrendi

Ihmisillä on taipumus yliarvioida tulevaisuuden muutoksia lyhyellä aikavälillä. Vastaavasti ihmisillä on taipumus aliarvioida muutoksia pitkällä aikavälillä. Näin sanoi Ian Morrison, lääketieteen futurologian tutkija. Oletettavasti terveydenhuolto jatkaa suunnilleen samanlaisena vielä jonkin aikaa, mutta tietoteknologian kehitys näyttää väistämättä aiheuttavan suuria muutoksia vähän pidemmällä aikavälillä.

Digitalisaatio ja informaatioteknologia tuottavat terveydenhuoltoon suuria muutoksia. Olemme tähän mennessä nähneet muutoksia jonkin verran, mutta prosessi on vasta alussa. Jo vuonna 2030 terveydenhuolto tulee todennäköisesti olemaan erilaista kuin nyt. **Taulukko 4** kuvaa eräitä digitalisaation odotettavissa olevia muutoksia terveydenhuoltoon. Osa on jo jossain muodossa käytössä, mutta osa on tulossa vasta pidemmän ajan kuluttua. On todennäköistä, että tekniikka tulee tuottamaan sovellutuksia, joista meillä ei nyt ole aavistustakaan (Vatandoost M. 2019).

Digitalisaatio	Esimerkkejä
Tekoäly	kuvien tulkinta, laboratoriotutkimusten tulkinta, puheen tunnistus, diagnostiikka, hoitomenetelmien valinta, hoidon suunnittelu, hoitotulosten ja haittavaikutusten ennakointi
Kolmiulotteinen kuvaaminen	usean kuvaamisen menetelmän käytöstä saatava 3-ulotteinen malli potilaasta
Robottitekniologia	robottivälineinen kirurgia, suolistoon menevä minirobotti, mikro- ja nanorobotit, potilaan haastattelua tekevä robotti
3D-tulostus	implantit, proteesit, lääkkeet, laiteosat
Telelääketiede, etävastaanotto	potilaan yhteys hoitopaikkaan, konsultaatiot
Vanhusten hoito	yhteydenpito, valvonta, sairastumisen varhaistoteaminen ja ennakointi
Biotelemetria, biosensorit	pulssin, hengityksen, verenpaineen, ruumiinlämmön, liikkumisen, hapetuksen ym. monitorointi etänä
Big data	geneettisen tiedon ja muun tiedon yhdistäminen laajoissa väestöryhmissä, sairauksia koskevan tiedon muodostaminen esim. diagnostiikkaa varten
Yksilölliset lääkkeet, farmakogenomiikka	yksilöllisten lääkkeiden valmistus esim. potilaan geneettisten ominaisuuksien mukaan
Satunnaistettujen kontrolloitujen kokeiden korvaaminen	kausaalisten vaikutusten analysointi havaintoaineistoista

Taulukko 4. Esimerkkejä digitalisaation tuottamista muutoksista terveydenhuoltoon.

Todennäköisesti jo vuodesta 2025 eteenpäin tilanne on hyvin erilainen kuin nykyisin. Taas nousee esiin kysymys siitä, miten kaikki ihmeellinen tulevaisuudessa tullaan rahoittamaan. Se tuskin onnistuu, jos nykyisen järjestelmän päälle tuodaan suuri määrä uutta teknologiaa. Koko hoitojärjestelmä pitää silloin rakentaa uusiksi uuden teknologian tuottamien reunaehtojen mukaisesti. Uusi teknologia voi olla kallista, mutta sen käyttöön voidaan myös sisällyttää kustannuksia kohtuullistavia elementtejä. Esimerkiksi tekoäly voidaan ohjelmoida etsimään yksittäiselle potilaalle mahdollisimman kustannusvaikuttava hoitomuoto.

Muutos tulee lopulta olemaan kaiken nielevä. Muutos tulee koskemaan paitsi sairaaloiden sisällä tapahtuvia asioita myös tutkimusta, koulutusta, ammattikuntien osaamista ja tehtävien luonteita ja jakaumia, terveydenhuollon yksiköiden jakaumia ja niiden kokoa, laatua ja arkkitehtuuria. Tähän saakka yhtenä kompastuskivenä on ollut se, että tietojenkäsittelyn investointipäätösten hallinta on pettänyt. 'Hankinta-arkkitehtuurin' puuttumisen takia sirpaleisia, yhteen sopimattomia hankintapäätöksiä on tehty sadoittain, useimmat kunnissa ja kuntayhtymissä. Niiden seurauksena maassamme on arvioitu olevan käytössä nykyisin ainakin noin 260 erilaista potilastietoja käsittelevää järjestelmää.

Tämä tarkoittaa käytännössä sitä, että tiedonhallinnan ja digitalisoinnin ohjaus ei voi enää jatkossa toimia hajautetusti, koska se merkitsisi epätaloudellisten ratkaisujen jatkamista ja yhdenvertaisuuden varmistamisesta luopumista. Onneksi kehitys on kulkemassa kohti paremmin yhteensopivia järjestelmiä. Tavoitteena voisi olla saada viidessä vuodessa aikaan erä-alueen kattavat viisi tietojärjestelmää, jotka keskustelisivat keskenään yhteisen tiedonsiirtostandardin avulla.

Näin suuret muutokset ennakoivat sitä, että kun olemme saaneet sote-uudistuksen, on alettava heti miettiä terveydenhuollon järjestelmän, rahoituksen ja hallinnon seuraavaa vaihetta. Tässä julkaisussa digipohdintaa ei jatketa tämän pidemmälle. Mutta varmaa on, että syntyy uusi digitaalinen tulevaisuus, mutta ei ole mahdollista sanoa, millainen.

7 Vanhustenhuolto on ohjattava toimimaan OIKEALLA TAVALLA koko maassa

7.1 Oikea käsitys tarpeesta: Minkälainen tapahtuma on suuren ikäluokan poistuminen?

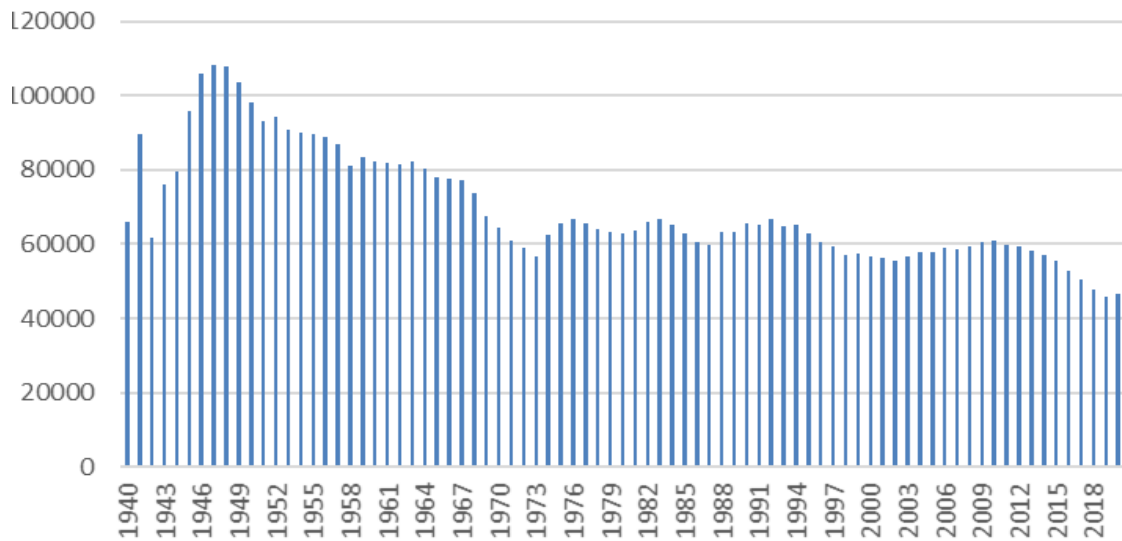
Suurten ikäluokkien poistuminen lisää palvelujen tarvetta. Tätä kirjoitettaessa tarpeen suuruus on vilkkaan julkisen pohdinnan kohteena. Yleensä arviot vaativat lisäpanosta, joka on noin yhden miljardin euron suuruusluokkaa vuositasolla. Työntekijöitä arvioidaan tarvittavan lisää tuhansien suuruusluokassa. Ennusteiden taustana olevat ajattelumallit eivät ole yleensä julkistettua, mutta lopputuloksista päätellen periaatteena on, että tarve kasvaa vanhusten määrän suhteessa.

Ikääntyminen on kansanvälinen ilmiö. Sen taustalla on nouseva elintaso, kehittyvä lääketiede ja väestön omat parantuneet elintavat. Suomessa kehitystä hallitsevat sodanjälkeiset suuret ikäluokat, jotka 2000-luvun alussa ovat eläköityneet ja tarvitsevat seuraavan 10 vuoden aikana erilaisia tukipalveluja.

Seuraavassa esitämme yhden tavan tarkastella suuren ikäluokan poistumisen tarvetta. Pyrimme esittämään asiat niin, että lukija voi seurata ajatteluamme. Toisen maailmansodan jälkeen kaikissa sotaan osallistuneissa maissa syntyi 1–5 vuoden aikana runsaasti lapsia. He olivat odotettuja, mutta heidän syntymisensä siirtyi sodan vuoksi. **Kuvassa 16** on esitetty Suomessa syntyneiden lasten määrä vuosina 1940–2020.

Kuvasta nähdään, että sanonta suuri ikäluokka on oikeastaan harhaanjohtava. Kyseessä ei ole yksi ikäluokka, vaan noin 20 vuotta kestänyt vuonna 1943 alkanut ja vuonna 1968 päättynyt aikakausi, jona aikana syntyivät suuret ikäluokat.

Tämä 'nuorisopaketti' pakotti koululaitoksen uudistumaan, hajautti korkeakoulujärjestelmän ja aiheutti muuttoliikkeen joko Etelä-Suomeen tai yliopistokaupunkien ympäristöön syntyneisiin lähiöihin.



Kuva 16. Elävänä syntyneet Suomessa 1940–2020. Tason väheneminen näkyy kuoppina vuosien 1973, 1987, 2000 ka 2018 kohdilla. (Lähde: Tilastokeskus)

Suuren ikäluokan poistuminen on erilainen ilmiö. Kun ikäluokka syntyy vuodessa, poistuu se useiden vuosien aikana. Ikäluokkien poistuminen hajaantuu pitkälle ajalle, koska toiset elävät kauemmin kuin toiset. Tämä näkyy **kuvasa 17**, jossa on tarkasteltu elämän päättymisten ennustetta vuoteen 2070 asti.

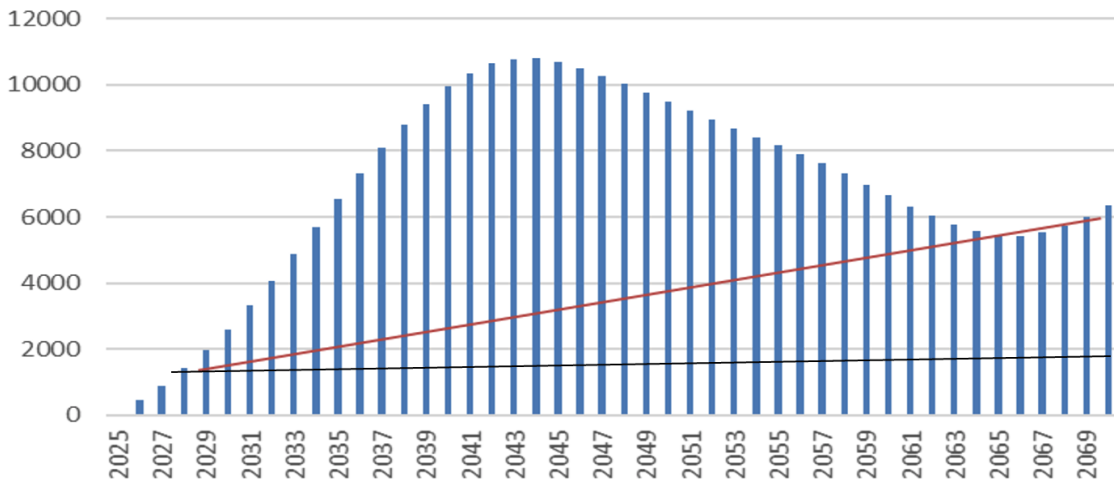
Elämän päättymisten osalta ilmiö on tasoittuneempi kuin syntymisen osalta. Ikäluokan syntyminen vuoden aikana on äkillinen tapahtuma verrattuna siihen, että kuoleminen alkaa kasvaa jo 60 vuoden iässä ja lähes koko ikäluokka on poistunut 95-vuotiaina. Piikkimäinen syntyminen tasaantuu noin 30 vuotta kestäväälle aikajaksolle.

Sosiaali- ja terveyspalvelujen suunnittelun kannalta tieto helpottaa suunnittelun hallintaa.

Kuolemien ennustamisessa on myös muita tekijöitä. Elinajanodote on kasvanut elintason kehittymisen myötä. On syytä odottaa, että tämä kehitys jatkuu. Myös väestö kasvaa ja siksi 2060-luvulla kuolemien määrä kasvaa.

Tämä ilmiö, trendikuolemat ovat olemassa ja ne eivät kuulu mukaan suurten ikäluokkien lisätarvetta arvioitaessa. Niinpä kuvaan 17 on piirretty sininen vaakaviiva, joka osoittaa, missä oltaisiin, jos kuoleminen jatkuisi v. 2028 tasolla. Punainen trendiviiva puolestaan ottaa huomioon juuri elinajanodotteen kasvun, joten kyse on sen yläpuolella olevista kuolemien lisääntymisistä.

Kuvion tasainen pyöreä muoto johtuu laskennan mallista. Todellisuudessa vuosivaihteluja on olemassa ja niihinkin on varauduttava.



Kuva 17. Kuolemien määrän muutokset 2025–70. (Punaisen trendiviivan ylittävä osa johtuu vuosien 1943–68 syntyvyysmuutoksista).

Selvyyden vuoksi on todettava, että lisäresurssien tarve ei johdu kuolemista sinänsä, vaan sitä edeltävästä raihnaisuusajasta ja sen ajan hoidontarpeen määrästä ja laadusta.

7.2 Miten paljon resursseja tarvitaan lisää?

Terveydenhuollon resurssitarve on ikuinen keskustelun aihe. Hoitovastuussa olevat lupaavat hoitaa paremmin, jos saadaan lisää henkilökuntaa ja voimavaroja, mutta kun toisessa vaakakupissa ovat säästöt muualta tai verotuksen kiristäminen, tulevaisuuden huolellinen suunnittelu on välttämätöntä.

Kunnallissalan kehittämissäätöön raporttimme Pyramidista palveluverkkoon sisältää runsaasti suunnittelussa käytettävää tietoa. Vertailukelpoisissa suoritteissa kustannukset vaihtelevat +/- 30 %. Tämä osoittaa, että aina ei tarvita lisää resursseja vaan radikaali uudelleenajattelu ja hoidon järjestely.³

Jos lähdemme siitä, että kuolemien määrä kasvaa 2040-luvulla maksimissaan noin 10 000 henkeä hetkellisesti ja pysyvästi 2060-luvulla noin 6000 henkeä voidaan haarukoida kaksi lukua, 20 vuoden piikki ja tason nousu.

Jos arvioimme, paljonko tarvitaan lisää rahaa, kun kuolemien määrä kasvaa 10 000, voidaan karkeasti saada seuraava kaava.

Kustannus = lukumäärä x hoitoaika x hoitopäivän hinta. Jos hoitopäivän hinta on 140 euroa/vrk, tarve on 8,5 kuukautta ennen kuolemaa, tulee tästä yhden kuoleman hoiva-asumiskustannukseksi 38 000 euroa. Huippuvuosina, jolloin suuri ikäluokka kuolee ja tarvitsijoita koko maassa on 10 000 enemmän, kokonaiskustannukset kasvavat nykytasoon verrattuna 380 miljoonaa euroa. Kasvusta puolet me-

³ Erkki Vauramo & Olli-Pekka Ryynänen Sote – pyramidista palveluverkkoon. Ikääntyminen ja niukka tulevaisuus KAKS – Kunnallissalan kehittämissäätö Kunnallissalan kehittämissäätö Julkaisu 29. 2019 ISBN 978-952-349-036-91. Sivut 84–87

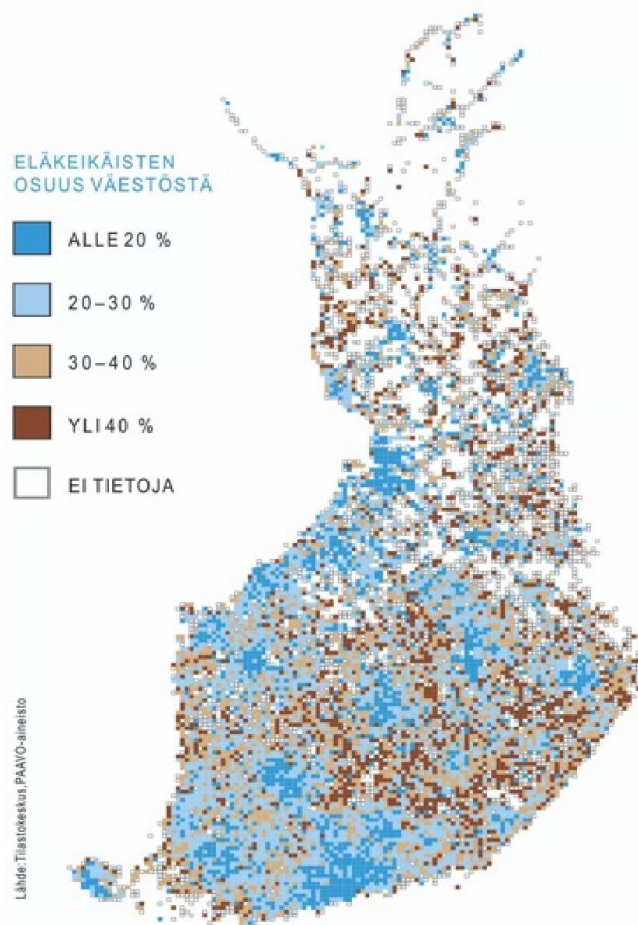
nee kolmioon Helsinki, Espoo ja Vantaa, joissa peruspalveluja ei ole vielä kehitetty väestön kasvua vastaavasti.

Tarkemmin ikääntymistä ja siihen liittyviä laskelmia on koottu tämän luvun 7 lisäksi myös lukuun 8.

7.3 Alueet vanhenevat eri tavalla

Suomen väestö ikääntyy muita EU-maita nopeammin. Vanhusten osuus väestöstä kohoaa vuoteen 2030 mennessä toiseksi suurimmaksi EU-maista. Hyvin iäkkäiden ihmisten määrä kasvaa Suomessa nopeasti. 1970-luvulla Suomessa oli noin 3 000 yli 90-vuotiasta, nyt heitä on jo noin 50 000. Ikääntyneiden määrän lisääntyminen muodostaa sekä kansantaloudelle että sosiaali- ja terveydenhuollolle merkittävän haasteen. Lisääntyneen vanhusten hoidon vaatimukset eivät jakaudu Suomessa tasaisesti. **Kuvassa 18** on esitetty kartta eläkeläisten määristä eri alueilla.

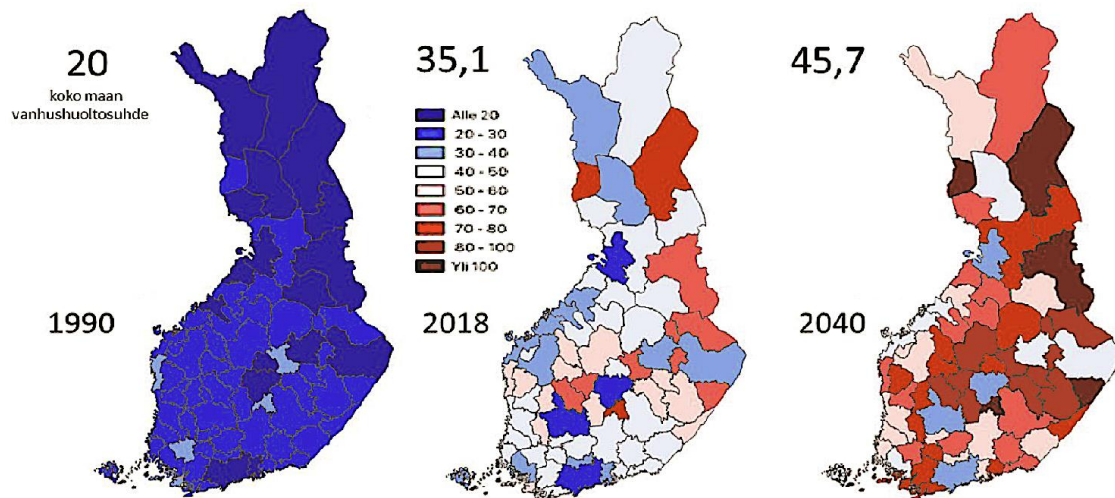
Maanmittauslaitos on tuottanut Suomen asukkaista asuinpaikan mukaisen perusruudukon. Oheinen Timo Aron MDI tekemä kartta perustuu 2 km x 2 km ruutuihin. Näihin on sijoitettu ruudun alueen asukkaat, ja laskettu eläkeläisten osuus väestöstä. **Kuva 18**



Kuva 8. Eläkeläisten osuus väestöstä 2018. Lähde: Timo Aron MDI

Kartasta näkyy, että eläkeläisten osuus on korkea Itä-Suomessa, mutta keskellä maata ja myös länsirannikolla on alueita, joissa eläkeläisten määrä on korkea. Itä-Suomen isommat asutuskeskukset erottuvat sinisinä läiskinä osoittaen, että myös Itä-Suomessa asutuskeskuksissa eläkeikäisen väestön osuus on samanlainen kuin Etelä- ja Länsi-Suomessa. Palvelutarpeen huippu menee nopeasti ohi ruskeilla ikääntyneen väestön alueilla ja kasvaa sinisillä keski-ikäisen väestön alueilla.

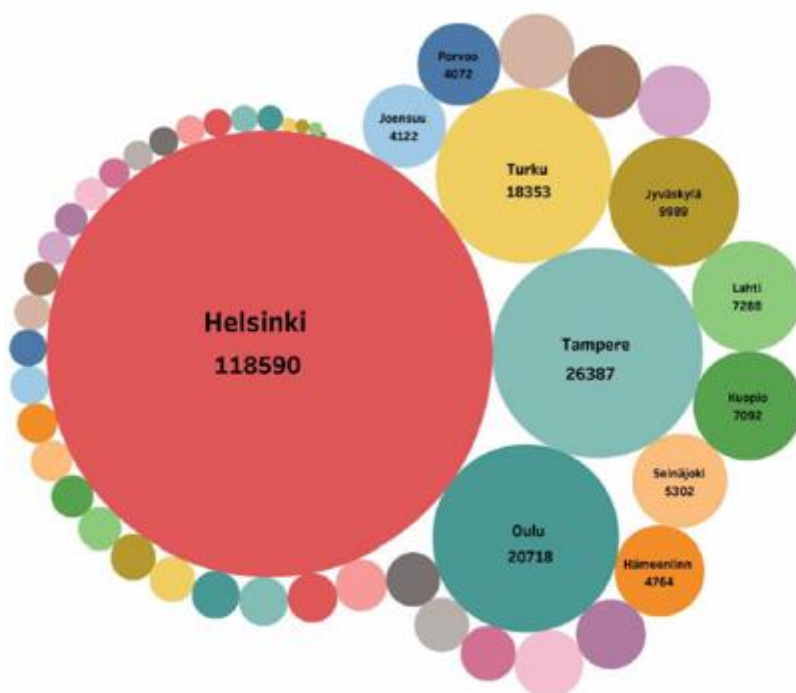
Tilanteen muuttumista on kuvattu monin tavoin, mutta tämä **karttakolmikku** **kuva 19** on parhaasta päästä puhuttelevuudessaan. Kuva esittää vanhushuoltosuhteen kehitystä. Vanhushuoltosuhte tarkoittaa yli 64-vuotiaiden määrän suhdetta 15–64-vuotiaiden määrään.



Kuva 19. Suomen vanhushuoltosuhteen muutos 50 vuoden aikana seutukunnittain. Lähde: Timo Aro MDI

Kun tätä kokonaiskuvaa täydennetään vielä kolmannella MDI:n laatimalla kartogrammilla (**kuva 19**), esille nousee se, miten suuria väestömuutosmäärät ovat suurissa asutuskeskuksissa, erityisesti Helsingissä.

Graafissa (**kuva 20**) kuvataan yli 65-vuotiaan väestön määrällistä muutosta seuduittain vuosien 2020–2040 välisenä aikana. Se kasvaa 48 seudulla ja vähenee 22 seudulla. Määrällisesti suurin muutos tapahtuu Helsingin seudulla (118 600). Suurimmat suhteelliset muutokset tapahtuvat Helsingin (+ 43 %) lisäksi Oulun (49,5 %) ja Tampereen (32,2 %) seuduilla.



Kuva 20. Yli 65-vuotiaiden määrällinen muutos seutukunnittain vuosien 2020–2040 välisenä aikana. Tilastokeskus, väestö; alueellinen väestöennuste 2019–40: Kartogrammi Timo Widbom 2021, MDI

7.4 Väestönmuutokset työntyvät vanhushpalveluiden ohjaajiksi

Rakenteen muuttaminen muuttanutta väestöä vastaavaksi on edessä. Resursseja on rakennettava lisää asutuskeskuksiin.

Maa jakautuu kahtia. Ylikapasiteetin purkaminen on edessä haja-asutusalueella. Tarve kasvaa kaupungeissa ja niiden ympäryskunnissa. Tarpeettoman suuri ja osittain tyhjäkäyntinen vanhushpalvelujärjestelmä ei ole oikea keino haja-asutusaleen tukemiseen.

Palvelujärjestelmän sopeuttaminen suhteessa niukeneviin resursseihin edellyttää uutta ajattelua ja uutta rakennetta. Ympäri vuorokautiset palvelut ovat nyt kolmessa ryhmässä: tehostettu palveluasunto, vanhainkoti ja terveyskeskuksen pitkäaikaishoito.

Vanhukset tarvitsevat kahdesta syystä perushpalveluita. Ensiksi vanhus ei pärjää kotona eikä tule enää kuntouksella selviämään. Hänen toimintakykynsä on laskenut, mutta silti hän ei ole varsinaisesti somaattisesti sairas. Tarvitaan uusi asunto tukipalvelujen lähellä ikääntyneille suunnitellussa palvelukorttelissa. Rakennuksessa on oltava myös tilat kotisairaanhoidolle, joka vastaa sekä taajaman vanhuksesta että palvelukorttelissa olevien vanhusten tarpeesta. Korttelissa on kuntosali sekä vanhuksille että muulle väestölle, luentosali ja tilat, joissa voidaan pitää kokouksia ja viettää syntymäpäiviä tai hautajaisia. Nuorten kerhotilat tai harrastustilat sopivat osaksi palvelukorttelia. Lisäksi puusepän välineistö ja metallityöstövä-

lineet, kuten sorvit ja porakoneet elävöittävät taajaman elämää ja sopivat palvelukorttelin yhteyteen. Palvelukortteli sijaitsee taajaman keskustassa ja lähellä on tavallisia asuntoja omaehtoiseen asumiseen.

Toinen tarve syntyy kriisin jälkeen. Vanhus joko palaa kuntoutuksen jälkeen suoraan entiseen kotiinsa tai tarvitsee jatkuvaa hoivaa. Jos kotihoito ei voi ottaa vastuuta vanhuksen pysyvän huonon kunnon vuoksi tarvitaan 24/7 palvelu. Tässä palvelussa on oltava riittävästi tilaa, niin että ahtaus ei pakota makaamaan vuoteessa ja lyhennä elämää. Kuntoutus on otettava osaksi normaalia hoitoprosessia. Ennen muuttoa on kuntoutusjaksolla varmistettava avun tarve.

Vanhustenhuollossa ylilaitostaminen on lopetettava. Perussyynä on väärä prosessi. Kuntoutusvaihe puuttuu hoitoprosessista. Kuntouttaminen on otettava keskiöön. Etelä-Karjalan sairaanhoito on kuntoutuksen avulla lähestymässä tasoa, jossa 24/7 hoidon tarve on alle 5 % yli 75-vuotiaiden määrästä.

Kohtuullinen noin 5–7 % taso yli 75-vuotiaiden määrästä merkitsee sitä, että valtakunnallisesti meillä on noin 8000 ylipaikkaa. Kun paikan hinta on noin 150 euroa/vrk merkitsee tämä noin 450–500 miljoonan euron kustannusta. Jos heidän kuntoutuksensa, asuminen keskustassa olevassa palvelukorttelissa tai rakennuksessa ja kotihoitonsa maksaa noin 150 miljoonaa euroa vuodessa, saadaan tästä noin 300 miljoonan euron säästö. Lisäksi vanhuksilla olisi laadullisesti parempi elämä.

7.5 Hoivan tarve

Suuren ikäluokan hoivan tarvetta on arvioitu kahdella tavalla: osuutena ikäluokasta tai kuoleman lähestymisen aiheuttamana hoitotarpeena.

Hoivan tarve on asetettu tietyksi prosentiksi tietyn ikärajan, esim. 75 vuotta, ylittävän väestön määrästä. Esimerkiksi 1970-luvulla käytettiin suunnittelun perusteena hoitotarvetta 10 % yli 75-vuotiaiden määrästä. Nykyisin luku on keskimäärin 7 % ja laskemassa 5 % tasolle. Kun kasvava elinikä on pääosin tervettä ikää, ylimitoittaa ikään perustuva ajattelu tarpeen. Se on kuitenkin havainnollinen tapa vertailla kehitystä.

Vaihtoehtoisesti voidaan ajatella, että ennen kuolemaa tarvitaan tietty hoivapaketti, jolle voidaan arvioida keskimääräinen suuruus. Väestörekisterit tuottavat ennusteet kuolemien määrästä ja keskimääräinen tarve voidaan arvioida hoivapaketin avulla.

Kuolemien määrä on paremmin yhteydessä hoivan tarpeeseen kuin hoivaa tarvitsevien prosenttiosuus ikäluokasta. Tarve ennen kuolemaa on maassamme noin yhdeksän kuukautta kodin ulkopuolista hoivaa.³ Osa hoitotarpeesta on kuoleman lähestymisestä riippumatonta. Tälle hoitotarpeelle on myös varattava hoitokapasiteettia.

Tarve kasvaa nykytasosta, noin 55 000 kuolemaa, vuoteen 2044 asti, jolloin on ennusteen mukainen huippu 66 400. Tämän jälkeen elämän päättymisten lukumäärä hieman pienenee.

Maakunnittain muutos on hyvin erilainen. **Taulukko 5**

Väestöennuste 2019: Väestömuutokset, muuttujina: alue, kuolleet ja vuosi							
Alue	Kuolleet (ennuste 2019)			Kasvu lkm. 2020–2040	Kasvu%		
	2020	2030	2040		2020	2030	2040
KOKO MAA	54054	58210	65564	11510	100	108	121
Uusimaa	12340	14403	17187	4847	100	117	139
Varsinais-Suomi	4859	5213	5926	1067	100	107	122
Satakunta	2737	2787	2932	195	100	102	107
Kanta-Häme	1899	2024	2281	382	100	107	120
Pirkanmaa	4802	5257	6024	1222	100	109	125
Päijät-Häme	2280	2499	2764	484	100	110	121
Kymenlaakso	2251	2298	2443	192	100	102	109
Etelä-Karjala	1646	1668	1752	106	100	101	106
Etelä-Savo	2119	2104	2163	44	100	99	102
Pohjois-Savo	2870	2948	3204	334	100	103	112
Pohjois-Karjala	1992	2040	2200	208	100	102	110
Keski-Suomi	2894	3047	3356	462	100	105	116
Etelä-Pohjanmaa	2149	2164	2385	236	100	101	111
Pohjanmaa	1813	1854	2042	229	100	102	113
Keski-Pohjanmaa	667	717	810	143	100	107	121
Pohjois-Pohjanmaa	3407	3789	4430	1023	100	111	130
Kainuu	972	964	1011	39	100	99	104
Lappi	2075	2119	2280	205	100	102	110
Ahvenanmaa	282	315	374	92	100	112	133

Taulukko 5. Kuolemat maakunnittain 2020–2040

Kuolemien määrä kasvaa kaikissa maakunnissa, mutta erot ovat huomattavia. Kuolemien määrien kasvua on eniten Etelä-Suomessa ja Pohjanmaalla. Seuraavaksi tarkastellaan muutosta kuntakohtaisesti. **Taulukossa 6** on 40 kuntaa, joissa kuolemien määrä pienenee eniten ja **taulukossa 8** on 40 kärkikuntaa, joissa on yhteensä 81 % elämän päättymisten kokonaiskasvusta.

Kunnat, joissa väestö vähenee ovat yleensä haja-asutusalueilla. Näillä alueilla terveydenhuollolla ei sinänsä ole erityistä resurssipulaa. Kun muuttoliike jatkuu ja väestö vähenee, voidaan päätellä, että osassa kuntia palvelujärjestelmällä on alueellista pulaa vanhuksista.

7.6 Elämän päättymisen tarpeen mittarina kunnittain

Elämän päättymisten lukumäärän kasvu vaihtelee alueellisesti. Lisätarpeen kunnat ovat kasvavia kaupunkiseutuja tai niiden ympäristökuntia. Pääkaupunkiseudun kolme kaupunkia edustaa 25 % koko maan kuolemien kasvusta. Näissä kunnat eivät ole vielä kehittäneet palvelujaan väestön tarpeita vastaaviksi. Ikääntyminen ei ole kansallinen hätätila, vaan kasvavien asutuskeskusten palvelurakenteen vaje. Tarvittava resurssilisäys kuuluu kunnallishallinnon normaaliin toimintaan, mutta tällä 'resurssikakulla' on ollut toinenkin vielä vahvempi ottaja eli isännättömän rahan varassa toimiva erikoissairaanhoido.

Taulukossa 6 on esitetty 40 kuntaa, joissa kuolemien määrä vähenee eniten. Vastaava kuolemien määrän lisääntyminen on esitetty **taulukossa 7**. Kuolemien kasvu on yli 30 % Uudenmaan ja Pohjois-Pohjanmaan maakunnissa. Kasvu ylittää 20 % Varsinais-Suomen, Kanta-Hämeen, Pirkanmaan, Päijät-Hämeen ja Keski-Pohjanmaan maakunnissa.

Kuolemien lisääntyminen vaatii lisäresursseja asutuskeskuksiin, mutta väheneminen tapahtuu haja-asutusalueella lukumääräisesti pieninä hoivatarpeen vähenemisinä.

Kun katsoo niiden kuntien listaa, joissa kuolemat kasvavat eniten, niin havaitsee, että kyseessä ovat vauraat taajamat, jonne suuri ikäluokka muutti. Näissä on rakennettu koulut, päiväkodit, urheilukentät ja nyt on ikääntyneiden palvelujen vuoro. Jos lisäpalvelut rakennetaan palvelukortteliperiaatteella ja otetaan kuntoutus käyttöön, kasvukeskusten voi odottaa selviävän lisäinvestoinneista normaalin investointiohjelman puitteissa.

Kuolleet (ennuste 2019) Molemmat sukupuolet	Kuolleet 2020	Kuolleet 2040	Kasvu 2040- 2020	Kasvu- indeksi	Koko maan kuolemista %	Kumula- tiivinen %
1 KOKO MAA	3431	3045	-386	0,76	3,35	
2 Karijoki	32	27	-5	0,84	-0,04	103,3
3 Korsnäs	106	101	-5	0,95	-0,04	103,2
4 Outokumpu	64	59	-5	0,92	-0,04	103,2
5 Pihtipudas	33	28	-5	0,85	-0,04	103,1
6 Soini	53	48	-5	0,91	-0,04	103,1
7 Vaala	37	31	-6	0,84	-0,05	103,0
8 Evijärvi	56	50	-6	0,89	-0,05	103,0
9 Kuortane	83	77	-6	0,93	-0,05	102,9
10 Rautalampi	59	53	-6	0,90	-0,05	102,9
11 Tuusniemi	49	43	-6	0,88	-0,05	102,8
12 Mänttä-Vilppula	165	158	-7	0,96	-0,06	102,8
13 Nurmes	136	129	-7	0,95	-0,06	102,7
14 Valtimo	43	36	-7	0,84	-0,06	102,6
15 Hankasalmi	81	73	-8	0,90	-0,07	102,6
16 Kaavi	55	47	-8	0,85	-0,07	102,5
17 Kemijärvi	137	129	-8	0,94	-0,07	102,4
18 Kokemäki	111	103	-8	0,93	-0,07	102,4
19 Lapinlahti	141	133	-8	0,94	-0,07	102,3
20 Pyhäjärvi	85	77	-8	0,91	-0,07	102,2
21 Rantasalmi	69	61	-8	0,88	-0,07	102,2
22 Heinävesi	67	58	-9	0,87	-0,08	102,1
23 Juuka	90	81	-9	0,90	-0,08	102,0
24 Multia	34	25	-9	0,74	-0,08	101,9
25 Ruovesi	82	73	-9	0,89	-0,08	101,9
26 Vesanto	43	34	-9	0,79	-0,08	101,8
27 Punkalaidun	53	43	-10	0,81	-0,09	101,7
28 Viitasaari	111	101	-10	0,91	-0,09	101,6
29 Ylitornio	73	63	-10	0,86	-0,09	101,5
30 Rautjärvi	69	58	-11	0,84	-0,10	101,4
31 Isojoki	42	30	-12	0,71	-0,10	101,3
32 Teuva	87	75	-12	0,86	-0,10	101,2
33 Tervola	56	43	-13	0,77	-0,11	101,1
34 Salla	73	58	-15	0,79	-0,13	101,0
35 Siikalatva	90	75	-15	0,83	-0,13	100,8
36 Kiuruvesi	130	114	-16	0,88	-0,14	100,7
37 Pieksämäki	294	278	-16	0,95	-0,14	100,6
38 Ilomantsi	105	87	-18	0,83	-0,16	100,4
39 Parikkala	104	84	-20	0,81	-0,17	100,2
40 Lieksa	209	183	-26	0,88	-0,23	100,0

Taulukko 6. 40 kuntaa, joissa kuolemien määrä vähenee eniten 2020–40

Kuolleet (ennuste 2019) Molemmat sukupuolet	Kuolleet 2020	Kuolleet 2040	Kasvu 2020 -> 2040	Kasvuindeksi	Koko maan kuolemista %	Kumula- tiivinen %
KOKO MAA	54 054	65 564	11 510	1,21	100,0	
1 Helsinki	5 195	6 440	1 245	1,24	10,82	10,82
2 Espoo	1 553	2 520	967	1,62	8,40	19,22
3 Vantaa	1 408	2 147	739	1,52	6,42	25,64
4 Oulu	1 325	1 993	668	1,50	5,80	31,44
5 Tampere	1934	2 528	594	1,31	5,16	36,60
6 Jyväskylä	1 090	1 476	386	1,35	3,35	39,96
7 Turku	1 828	2 153	325	1,18	2,82	42,78
8 Lahti	1 255	1560	305	1,24	2,65	45,43
9 Kuopio	1 135	1 396	261	1,23	2,27	47,70
10 Järvenpää	292	510	218	1,75	1,89	49,59
11 Seinäjoki	479	691	212	1,44	1,84	51,43
12 Joensuu	747	944	197	1,26	1,71	53,15
13 Kirkkonummi	217	402	185	1,85	1,61	54,75
14 Tuusula	240	420	180	1,75	1,56	56,32
15 Nurmijärvi	263	437	174	1,66	1,51	57,83
16 Porvoo	434	598	164	1,38	1,42	59,25
17 Hämeenlinna	756	917	161	1,21	1,40	60,65
18 Lohja	452	607	155	1,34	1,35	62,00
19 Hyvinkää	428	576	148	1,35	1,29	63,28
20 Kaarina	270	402	132	1,49	1,15	64,43
21 Rovaniemi	537	669	132	1,25	1,15	65,58
22 Vihti	206	338	132	1,64	1,15	66,72
23 Kerava	268	397	129	1,48	1,12	67,85
24 Salo	613	738	125	1,20	1,09	68,93
25 Kokkola	427	549	122	1,29	1,06	69,99
26 Lappeenranta	791	904	113	1,14	0,98	70,97
27 Kangasala	253	364	111	1,44	0,96	71,94
28 Ylöjärvi	238	343	105	1,44	0,91	72,85
29 Naantali	191	294	103	1,54	0,89	73,74
30 Nokia	289	389	100	1,35	0,87	74,61
31 Sipoo	140	236	96	1,69	0,83	75,45
32 Vaasa	607	698	91	1,15	0,79	76,24
33 Kouvola	1064	1153	89	1,08	0,77	77,01
34 Raahe	226	311	85	1,38	0,74	77,75
35 Hollola	221	305	84	1,38	0,73	78,48
36 Pirkkala	us	199	84	1,73	0,73	79,21
37 Kempele	92	175	83	1,90	0,72	79,93
38 Lempäälä	160	237	77	1,48	0,67	80,60
39 Mäntsälä	164	239	75	1,46	0,65	81,25
40 Mikkeli	634	708	74	1,12	0,64	81,89

Taulukko 7. 40 kuntaa, joissa kuolemien määrä kasvaa eniten 2020–40

Edellä olevat kaksi taulukkoa osoittavat jo sen, että palvelurakenteessa on jatkossa paljon pohdittavaa.

Nekin osoittavat, että ikääntymisestä johtuva palvelujen lisätarve kohtaa ensisijaisesti kaksi eri ongelmaa:

kasvukeskusten ongelma, joissa ikääntyneiden palvelutarjonta ei ole riittävä, resurssien vajaakäyttö väestökatoalueilla, joissa myös ikääntyneiden palvelutarve pienenee.

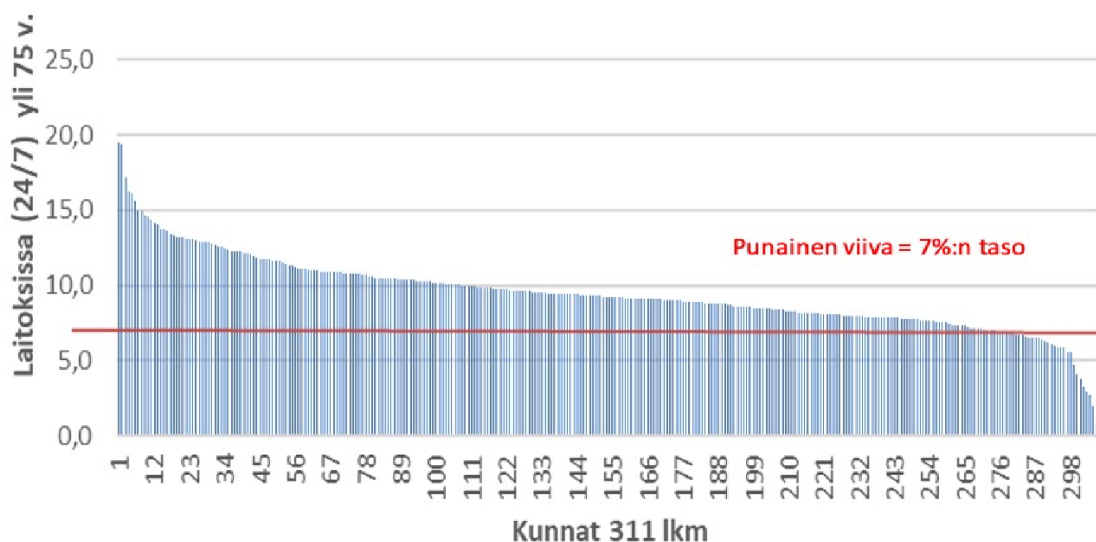
Sote-uudistuksessa tarvitaan siis kaksi erilaista lähestymistapaa. Väestökatoalueen kuolemien väheneminen ei riitä kattamaan asutuskeskusten kuolemien kasvun rahoitustarvetta. Suomessa ei valtiovalta ole toistaiseksi kiinnittänyt huomiota kokonaiskustannusten hallintaan, vaan kokonaiskustannusten erilaiseen jakoon. Tämä menettely ei voi jatkua.

Tämä merkitsee sitä, että 'sote-kokonaisuuden' on vanhusten hoitopolitiikan osalta ryhdyttävä toimimaan tehokkaammin ja muutettava toiminta sujuvammaksi. Soten taloudellisuudessa on parantamisen varaa, mutta 'luutuneita tabuja' joudutaan murtamaan.

7.7 Hoivan tarpeen kasvu kokonaisuutena

Hoitoprosesseissa on eroja. **Kuvassa 21** on tarkasteltu ympärivuorokautisessa hoidettavien määrää kunnissa laskettuna prosentteina yli 75-vuotiaiden määrästä kunnittain.

Vaihtelu on huomattava. Vain pieni joukko kuntia alittaa 7 % tason yli 75 vuotta täyttäneiden ympärivuorokautisessa hoidossa. Aikaisemmassa raportissamme olemme todenneet, että suuri vaihtelu kuvaa satunnaisuuden lisäksi kotihoidon ja kuntoutuksen puutteita. Tilasto on vuoden 2018 lopun tilanne. Hoidon tarpeen vaihtelu ei selitä näin suuria eroja.



Kuva 21. Kuntien 24/7 paikkojen käyttö-% yli 75 v. kohti 31.12.2018

Kuviossa näkyy kaksi viivaa, toinen sininen viiva on 5 % kohdalla, joka on Eksoten jo saavutettu tavoitetaso ja toinen 7 % kohdalla, joka oli Ruotsin taso vuonna 2020. Etelä-Karjalan mallin mukaan on mahdollista päästä kuntoutuksen, kotihoidon ja

välimuotoisen asumisen kehittämisen avulla yli 75-vuotiaiden laitoshoidossa tasolle, jossa yli 75-vuotiaista vain 5 % tarvitsee ympärivuorokautista hoitoa. Eksoten tavoitetaso on vielä alempi. Asiaa on tarkasteltu seuraavassa **taulukossa 8**.

Hoitomallien vertailu 2019-2040				
	Koko maan kustannus	Eksoten malli	Ruotsin malli	Suomi 2018
1	Tavoite: 75 +vuotiaista 24/7 hoidossa	5 %	7 %	8,60 %
2	Koko maa 24/7 hoitotarve lkm.	24 600	34 500	44 278
3	Kustannukset, koko maa €	1 230 000 000	1 725 000 000	2 213 900 000
4	Kotihoidossa lkm.	19 678	9 778	..
5	Kotihoidon kustannukset €	295 171 000	205 700 000	..
6	Yhteensä €	1 525 171 000	1 930 700 000	2 213 900 000
7	Hoitovuoden keskihinta €	62 000	55 962	50 000
8	Ero Suomen nykytasoon 2018 €	688 729 000	283 200 000	

Taulukko 8. Suomen, Eksoten ja Ruotsin hoitomallien vertailu

Taulukon 8 tulkinta on seuraava:

Rivi 1. Malleja karakterisoi hoidossa olevien yli 75-vuotiaiden prosenttiosuus koko ikäryhmästä, luvut ovat prosentteja yli 75 vuotta täyttäneiden määrästä. Oheisessa taulukossa Suomen paikkamäärä on koko maan tasolla korkein 8,3 %, Ruotsissa vastaava osuus on 7 % ja Eksoten alueella saavutettu taso, jossa ympärivuorokautisessa hoidossa on 5 % yli 75-vuotiaista.

Rivi 2. Kun tiedetään yli 75-vuotiaiden ikääntyneiden kokonaismäärä, voidaan tästä laskea hoidossa olevien ikääntyneiden hoitopaikkatarve Suomessa kolmella eri toimintamallilla. Suomella on nykytilanteessa Ruotsiin verraten yli 75-vuotiaista kohti merkittävästi enemmän hoitopaikkoja, yhteensä noin 9800 paikkaa. Taustalla on erilainen hoitoprosessi. Ruotsissa ja useissa muissa EU-maissa pysyvän sijoituksen hoitolaitokseen voi tehdä vasta kuntoutusyksikössä tapahtuneen hoitajakson jälkeen.

Rivi 3. Tarvittava työntekijämäärä on 0,7 x paikkamäärä. Suomessa nykytilanne on 30 310 hoitajaa. Ruotsin toimintamallin avulla tulisimme toimeen 25 690 hoitajalla ja Etelä-Karjalan mallilla 18 340 hoitajalla eli noin 12 000 hoitajaa vähemmällä nykytasoon verrattuna. Taustalla on kuntouttava hoitomalli, joka on merkittävä sote-järjestelmän sisäinen reservi. Kuntoutuksen käyttöönotto on hankalaa, koska se johtaa paikkamäärän pienemiseen ja ilmiöön ”Kunta tarvitsee vanhainkodin ja vanhainkoti tarvitsee vanhuksia”. Tässä tilanteessa vanhuksen etu ei aina ole sama kuin järjestelmän.

Rivi 4. Rivillä on arvioitu kotipalveluissa olevien vanhusten määrää. Eksoten malli merkitsee 17 000 laitospaikkaa vähemmän ja Ruotsin malli 6600 paikkaa vähemmän kuin Suomen nykyinen taso 43 000 paikkaa. Nämä henkilöt asuvat kodissaan ja saavat tukipalveluja. Ruotsin kustannustieto on saatu Tukholmasta, jossa vanhushoidossa hoitokäyntejä on neljä: aamukäynti ja aamutoimet, lounas, päivällinen ja iltatoimet. Lisäksi tulevat sairaanhoitajien hoitokäynnit. Osa vanhuksista onnis-

tutaan kuntouttamaan takaisin itsenäiseen elämään, jolloin palvelu voi olla vain viikkosiivouksen tasoista peruspalvelua.

Rivi 5. Tällä rivillä on arvioitu kotihoidon kokonaiskustannus. Hoitajatyövuoden hinta on noin 50 000 euroa, tarvikkeet noin 1 000 euroa/kk. Tarvikkeet on laskettava paikkaa kohti ja hoitajan kustannukset hoidettavaa kohti. Näin päädytään kotipalvelun keskimääräiseen asiakasarvoon noin 15 000 euroa/vuosi ja rivin 6 kokonaiskustannuksiin.

Eksoten hoito maksaa 40 euroa/vrk vastaten vuositasolla 14 600 euroa/ vanhus. Kotihoidossa on Eksotessa 1400 vanhusta eli heidän kustannuksensa olisi noin 20 miljoonaa euroa. Koko maan osalta kustannus olisi $17\,100 \times 40 \text{ euroa/vrk} \times 365 \text{ vrk}$ eli yhteensä noin 250 miljoonaa euroa.

Rivi 6. Tässä on laskettu yhteen laitoshoidon kustannukset riviltä 3 ja kotipalvelujen kustannukset riviltä 5. Tuloksena on, että jos koko Suomessa olisi sama palvelurakenne kuin Eksotessa, olisivat hoitokustannukset noin 688 miljoonaa euroa halvemmat. Jos rakenteemme vastaisi Ruotsin rakennetta, pienenisivät kustannukset noin 280 miljoonaa euroa.

Rivi 7. Tässä on jaettu sarakkeen 6 kustannukset sarakkeen 2 hoidossa olevien henkilöiden määrällä. Suomen hoitotyövuoden keskihinta nyt on pieni, koska paikkoja on paljon.

Rivi 8. Rivillä 8 on lopputulema. Jos koko Suomi toimisi Eksoten tasolla, olisi näin arvioituna mahdollista laskea nykyinen 2,2 miljardin euron kustannustasoa satoja miljoonia euroja eli merkittävästi.

Koko maan 24/7 laitoksissa on 17 100 henkilöä yli Eksoten tason. Heidän hoitonsa maksaa muiden laitoksissa asuvien kanssa saman kuin kustannukset rivillä neljä eli noin 270 miljoonaa euroa. Yhteensä kustannukset ovat nyt noin 2,0 miljardia euroa, Ruotsin mallilla 1,9 miljardia euroa ja Eksoten mallilla 1,5 miljardia euroa. Toimintamallien erot ovat suuremmat kuin edellä olevassa taulukossa oleva suuren ikäluokan lisätarve 260 miljoonaa euroa.

Tarkastelu tuo esille sen seikan, että Ruotsin palvelujärjestelmä on taloudellisempi ja tulee suhteellisesti toimeen pienemmillä resursseilla kuin Suomi. Emme tarvitse miljardia lisää, vaan siirtymistä kohti Eksoten ja Ruotsin kaltaista palvelujärjestelmää vanhusten hoidossa.

Kotihoidossa olevat vanhukset tarvitsevat tukea kodinhoitoon ja päivittäisaskareisiin noin 1–3 kertaa päivässä ja kotisairaanhoidon käynnin kolme kertaa viikossa. Kotihoidon työntekijä tekee päivässä 8–12 lähikäyntiä ja 6–8 käyntiä, jos matkaan menee 20 minuuttia käyntiä kohti. Yhdellä työntekijällä on 4–6 kotia päivässä hoidettavana. Jos työntekijällä on viisi asiakasta, hänen vuosikustannuksensa on noin 50 000 euroa ja oheistarvikkeet maksavat vuodessa 5000 euroa, tulee yhden asiakkaan vuosikustannukseksi noin 11 000 euroa ja koko ryhmän noin 315 miljoonaa euroa.

Suuren ikäluokan poistuminen aiheuttaa noin 10 % kasvun usean vuoden aikana vuoden 2040 paikkeilla. Kun toisaalta tiedämme, että ennen kuolemaa erilaisissa tukijärjestelmissä asutaan noin yhdeksän kuukautta, on yhden elämän päättymisen kustannus erikoissairaanhoidon mukaan lukien noin 55 000 euroa. Kun kuolemien lukumäärä kasvaa vuosien 2020 ja 2040 välillä noin 11 400 tapahtumalla, tarvitaan tähän lisärahoitusta noin 630 miljoonaa euroa. Eksoten toimintamallilla saavutettava kustannussäästö on noin 1,1 miljardia euroa.

On myös huomattava, että ympärivuorokautista hoitoa tarvitaan myös nuoremmilla henkilöillä, joilla hoidon tarve ei ole vastaavalla tavalla lähestyvään kuolemaan liittyvä.

Tässä on kuvattu temppu, mutta kuinka se tehdään? Eksoten oivallus oli ottaa käyttöön muualla Euroopassa tavallinen kuntoutusjakso ennen päätöstä pysyvään hoitoon siirtymisestä. Tällä pystyttiin pienentämään ympärivuorokautiseen hoitoon päätyvien määrää. Vastaava prosessi on käynnissä myös muualla Suomessa.

Vapautuvat eurot tarvitaan niiden alueiden käyttöön, missä tarve kasvaa eniten huomioiden sekä ympärivuorokautisen hoidon, kuntoutuksen että kotiin vietävien palvelujen kustannukset. Varoja tarvitaan myös tilojen väljentämiseen, niin että ahtaus ei enää pakota paikallaan makaamiseen. Tilojen väljennys merkitsee noin 42–45 m² paikkaa kohti.

Näin tarkasteltuna sote-uudistus ei voi olla pelkkä hallintorakenteen uudistus, vaan koko vanhustenhuoltojärjestelmän on siirryttävä pois makuuttavasta hoitotteesta nykyaikaiseen kuntouttavaan järjestelmään. Avainkysymys on: Kuka tätä johtaa ja miten johtaminen toteutetaan yli maakuntarajojen? Miten tällainen edullinen ja inhimillinen palvelujärjestelmä voidaan toteuttaa maata kattavasti muutoin kuin valtakunnallisen ohjauksen avulla?

Vastaava tarveanalyysi pitää jatkossa tehdä koskemaan myös muita ikäluokkia, sillä esimerkiksi elinajanodotteen mallimaakunnaksi Eksotesta ei vielä tällä haavaa ole, vaikka se on tässäkin suhteessa paremmalla polulla kuin useimmat muut maakunnat.

Hoitajamitoituksesta on puhuttu paljon, mutta asiakasmitoitus on unohdettu. Kunnalle, jolla on 10 % 75-vuotiaista ympärivuorokautisessa hoidossa, hoitajamitoitus saattaa olla kova paikka. Hoitajia ei ole helppo saada ja palkkakulut nousevat. On pelätty, että hoitajat otetaan kotihoidosta, mutta todennäköisemmin hoitopaikkoja pitää leikata. Jos kuntoutus ja kotihoito ovat kohdillaan tai saadaan kohdilleen, tämä saattaa olla juuri se muutos, joka pitikin tehdä. Kunnat, joissa 5–7 % 75 vuotta täyttäneistä on ympärivuorokautisessa hoidossa tulevat tarvitsemaan vähintään 0,7 hoitajaa hoidettava kohti.

7.8 Havainnot alueellisesta palvelukäytöstä

Seuraavassa tarkastellaan ikääntyneiden alueellista palvelukäyttöä. Luvut ovat tilanteesta 31.12.2018. Näistä voidaan havaita, että ympärivuorokautisen palvelu-

järjestelmän (terveyskeskuksen vuodeosasto, vanhainkoti ja tehostettu palveluasunto) toteutumisessa on suuria alueellisia eroja. **Taulukko 9.**

Koko maa, kaikki ikäluokat, kaikki tulosityt 31.12.2018										
Palvelumuoto	Jaksot	Jaksot (%)	Hoitopäivät	Hoito-päivät (%)	Hoito-päivät (ka)	län ka.	Hoitoi-suus (ka)	Pitkä-aikais-päätös (%)	Jaksot/ 10000 asukasta	Hoito-päiviä/ asukas
Vanhainkoti	5 339	8	4 019 901	12	752,9	83,9	4,6	83	9,7	0,7
Tehostettu palveluasuminen	44 961	70	27 239 902	84	605,9	84,0	4,7	86	81,5	4,9
Vanhusten (+75 v.) muu palv.as.	4 460	7	4 547 889	14	1 019,7	82,4	2,6	89	8,1	0,8
Muun aikuisväestön palav.as.	2 332	4	2 619 438	8	1 123,3	53,7	4,3	83	4,2	0,5
Tk- lyhyt	6 121	9	110 396	0	18,0	79,0	1,9		11,1	0,0
Tk- pitkä	1 282	2	711 525	2	555,0	81,6	2,4	100	2,3	0,1
Kaikki yhteensä	64 495	100	39 249 051	122	608,6	82,3	4,2	78	116,9	7,1

Taulukko 9. Alle 75-vuotiaiden hoitojärjestelmän ominaisuuksia, luvut vuodelta 2018

Luvut ovat 31.12.2018 tilanteen mukaiset. Hoitojaksojen määrä tuhatta asukasta kohti tarkoittaa laitoksissa hoidettavien lukumäärää väestöön suhteutettuna.

Sarake hoitopäivät/asukkaat tarkoittaa kaikkien hoidettavien hoitojaksojen alusta laskettuja hoitopäivien määrää jaettuna alueiden asukkaiden määrällä. Viimeinen sarake kuvaa hoidon kestoa laskentapäivänä 31.12.2018.

Terveydenhuollon palvelujärjestelmässä etenkin maaseudulla on tyhjiä paikkoja. Ympäristöministeriön sisäisissä selvityksissä (puhelinkeskustelu asuntoneuvos Raija Hynynen/ Erkki Vauramo 4/2021) todettiin paikkoja olevan tyhjiillään noin 1 500. Kysymys siitä, ovatko paikat vain tilapäisesti tyhjiä vai eikö enää alueella ole hoivaa tarvitsevia vanhuksia, ei ole ratkaistavissa tällä tarkastelulla. Tyhjänä olevien paikkojen määrä lieenee nyt jonkin verran noussut. Kokonaiskapasiteettia ei tilastoida, vaan ainoastaan käytössä olevat paikat. Siksi tyhjien paikkojen arviointi on epätarkkaa. THL:n Sotkanetin mukaan eriasteisten hoitopäivien palvelutuotanto on jonkin verran pienentynyt vuosien 2018 ja 2019 välillä.

7.9 Havaintoja ikääntyneiden palvelujärjestelmästä

Tarkastellessamme vanhusten palvelujärjestelmää, tarvitsemme ensin yleiskuvan tilanteesta. Tätä varten olemme tehneet kaksi taulukkoa, toinen kuvaa rakennetta ja toinen ongelmia. **Taulukko 10** kuvaa palvelujärjestelmän rakennetta 31.12.2018, joka on viimeinen saatavissa oleva vuosi. Luvut on laskettu sisääntulo-päivästä laskentapäivään eli ne kuvaavat keskeneräistä hoitoa. Kun vanhus on laitoksessa yli vuoden, hoitojaksojen keskipituus ylittää kalenterivuoden. Vanhusten hoitolaitoksilla on erilainen nimi ja luokitus, vaikka hoidon sisältö ja vanhuksen ongelmat ovat samat. Vanhainkoti oli keskeinen ympärivuorokautinen hoitojärjestelmä vielä 1980-luvulla, mutta nyt tehostettu palveluasunto on vallannut määräävän aseman tuottaen 84 % kaikista.

Koko maa, kaikki ikäluokat, kaikki tulosityt 31.12.2018										
Palvelumuoto	Jaksot	Jaksot (%)	Hoitopäivät	Hoito-päivät (%)	Hoito-päivät (ka)	län ka.	Hoitoi-suus (ka)	Pitkä-aikais-päätös (%)	Jaksot/ 10000 asukasta	Hoito-päiviä/ asukas
Vanhainkoti	5 339	8	4 019 901	12	752,9	83,9	4,6	83	9,7	0,7
Tehostettu palveluasuminen	44 961	70	27 239 902	84	605,9	84,0	4,7	86	81,5	4,9
Vanhusten (+75 v.) muu palv.as.	4 460	7	4 547 889	14	1 019,7	82,4	2,6	89	8,1	0,8
Muun aikuisväestön palav.as.	2 332	4	2 619 438	8	1 123,3	53,7	4,3	83	4,2	0,5
Tk- lyhyt	6 121	9	110 396	0	18,0	79,0	1,9		11,1	0,0
Tk- pitkä	1 282	2	711 525	2	555,0	81,6	2,4	100	2,3	0,1
Kaikki yhteensä	64 495	100	39 249 051	122	608,6	82,3	4,2	78	116,9	7,1

Kuva 10. Vanhusten kodin ulkopuolisen palvelujärjestelmän rakenne.

Seuraavaksi tarkastellaan vanhusten palveluja yhtenä kokonaisuutena, koska palvelujen nimet vaihtelevat naapuriseutujen kesken. **Taulukko 11.**

Koko maa, kaikki ikäluokat, kaikki tulosityt 31.12.2018										
Tulosityt 31.12.2018	Jaksot	Jaksot (%)	Hoito-päivät	Hoito-päivät (%)	Hoito-päivät (ka)	Ikä	Hoitoi-suus (ka)	Pitkäaikais-päätös (%)	Jakson hinta (150 €/vrk)	Kertynyt kustannus M€
Itsestään huolehtimisen vajavuus	25 501	40	16 377 485	42	642,2	82,5	4,5	85	96 334	2 457
Liikkumiskyvyn vajavuudet	4 007	6	2 684 067	7	669,8	79,2	4,4	83	100 477	403
Muistamattomuus, dementia	19 665	30	12 692 459	32	645,4	84,5	4,8	89	96 815	1 904
Muut hermostolliset syyt	1 479	2	1 426 076	4	964,2	79,8	4,4	86	144 632	214
Muu psykiatrinen sairaus/oire	1 050	2	1 119 634	3	1 066,3	73,1	4,1	84	159 948	168
Yksinäisyys, turvattomuus	1 200	2	966 777	2	805,6	87,0	2,8	78	120 847	145
Asumisongelmat	677	1	880 553	2	1 300,7	80,6	3,0	84	195 100	132
Hoitajan loma	872	1	88 414	0	101,4	81,4	4,0	15	15 209	13
Muut psyykis-sosiaaliset syyt	2 567	4	1 929 688	5	751,7	78,1	4,2	81	112 759	289
Kuntoutus	708	1	108 710	0	153,5	77,1	3,3	27	23 032	16
Somaattisen sairauden tutkimus + hoito	6 769	10	975 188	2	144,1	80,0	2,1	21	21 610	146
Yhteensä	64 495	100	39 249 051	100	608,6	82,3	4,2	78	91 284	5 887

Taulukko 11. Tulosityt vanhusten palvelujärjestelmään 31.12.2018

Hoivan tarpeeseen on kaksi merkittävää syytä eli

- muistisairaus ja
- kotona pärjäämättömyys.

Ne muodostavat 70 % tulosityistä ja 74 % keskeneräisen hoidon hoitopäivistä.

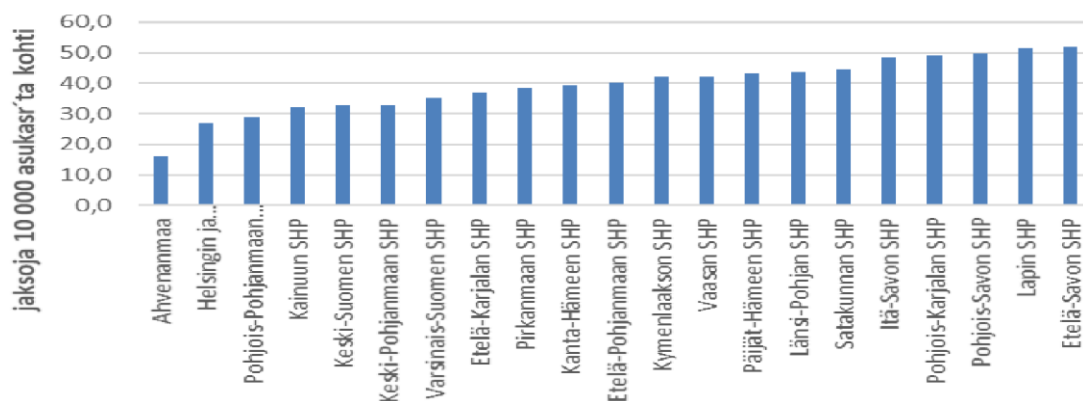
Saadaksemme jonkin käsityksen näiden aiheuttamista kustannuksista olemme arvioineet keskikustannukseksi 150 euroa/vrk ja laskeneet tällä keskeneräisen hoidon arvon.

Luku on 5,9 miljardia euroa eli todella hyvin merkittävä summa.

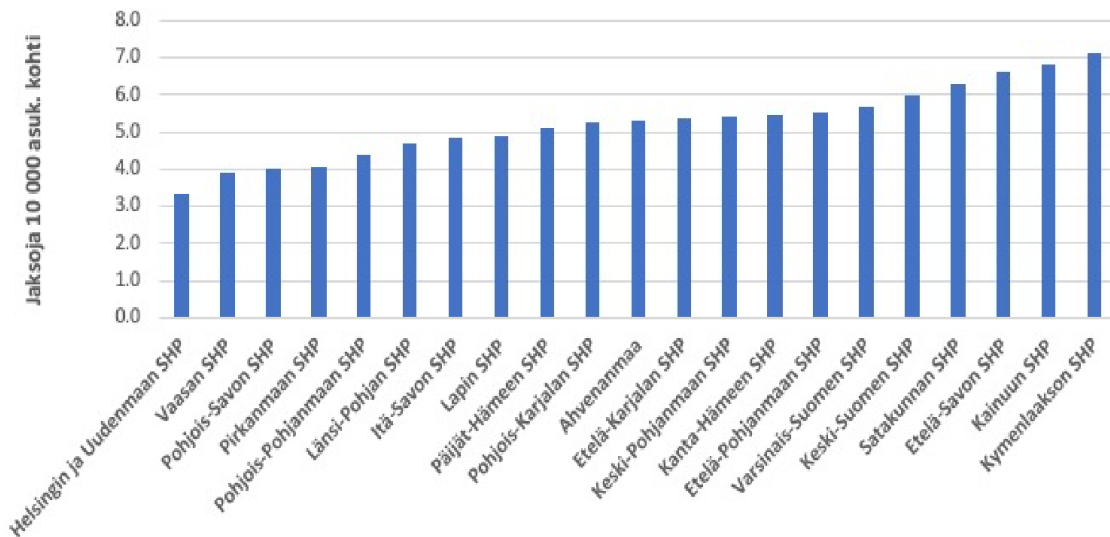
7.10 Analyysia hoidon suurkuluttajista (muistisairaus)

Seuraavaksi tarkastellaan tulositytä sairaanhoitopiireittäin.

Edellä todetun mukaisesti muistisairaus on ymmärrettävästi selvästi hallitsevassa asemassa tässäkin tarkastelussa ja kun sitä täydennetään vielä itsestään huolehtimisen vajavuudella, suurkuluttajien ydin on koossa. **Kuvat 22 ja 23**



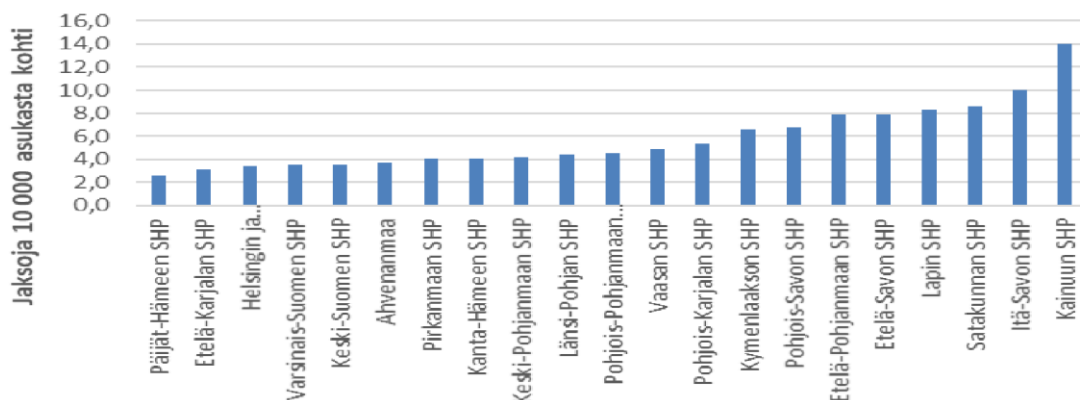
Kuva 22. Muistamattomuudesta tai dementiasta kärsivien potilaiden hoitojaksojen määrä 10 000 asukasta kohti 2018.



Kuva 23. Tulossyynä itsestään huolehtimisen vajavuus sairaanhoitopiireittäin, jaksoja 10 000 asukasta kohti.

Kuva 23 antaa aihetta pohdintaan. Näkyykö itsensä huolehtimisen vajavuudessa sairaanhoitopiirien ylikapasiteetti, joka tarvitsee asiakkaita? Vai kutsutaanko vanhuksen kotonaan pärjäämättömyyttä erilaisilla nimikkeillä? Määritelläänkö se josain piirissä dementiaksi?

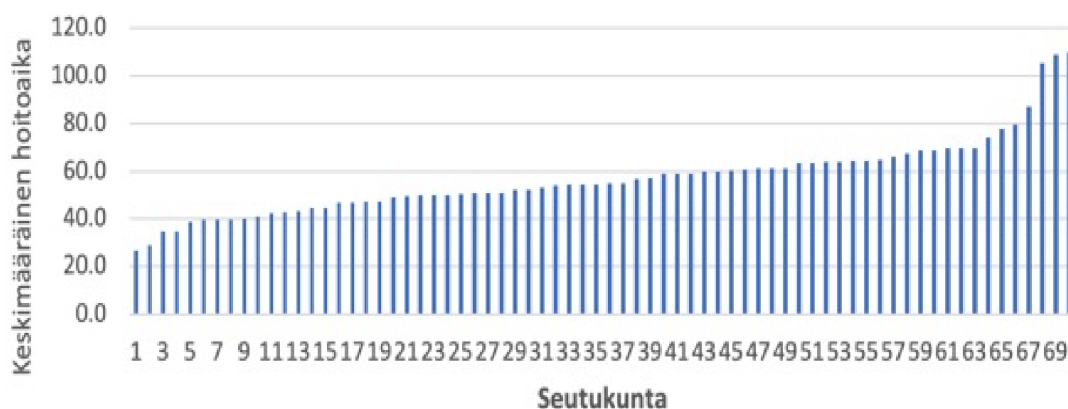
Mielenkiintoa herättää myös tulosityy: Muut psyykkissosiaaliset syyt. Myös tämä syy on epäselvä ja ilmeisen selvästi harkinnanvarainen. Kun syyn käyttö poikkeaa alueellisesti hyvin voimakkaasti, tulee kysyneeksi, voisiko syynä kärjen osalta olla selityksenä helpompi pääsy hoivayksiköihin, koska ne tarvitsevat vanhuksia. **Kuva 24**



Kuva 24. Tulosityy: Muut psyykkissosiaaliset syyt

Kun jatketaan näiden kahden hallitsevan tulossyy:n analysointia, paljastuu heti tilastotietoa, joka osoittaa, että tämä hyvin kallis osa maamme palvelurakenteesta ei ole kunnossa.

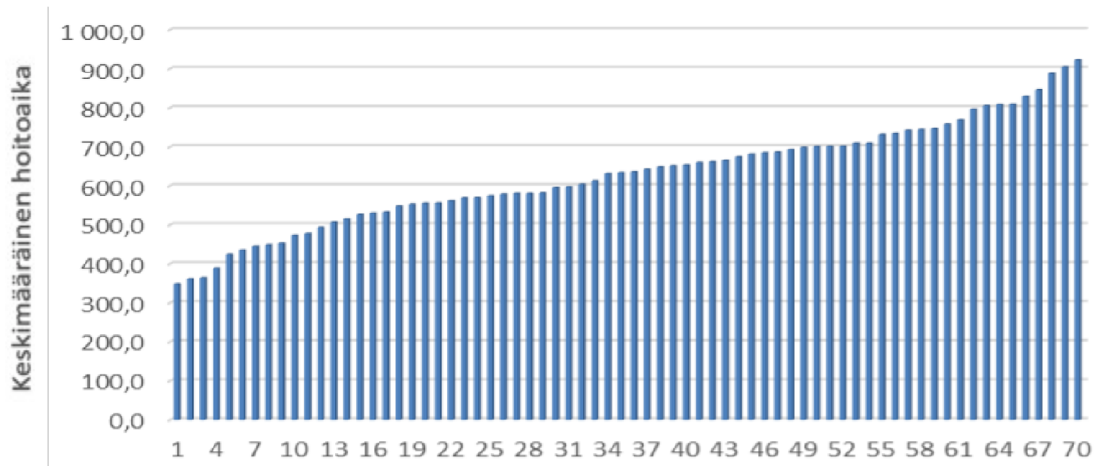
Kun tarkastelua jatketaan hoitoajan pituuden yhdistämisellä alkuperäiseen itsestään huolehtimisen vajavuuden tulossyyhyn, havaitaan seutukuntien välillä todella huomattava vaihtelu. **Kuva 25**



Kuva 25. Keskimääräinen hoitoaika tulossyyllä itsestään huolehtimisen vajavuus seutukunnittain

Hoitoaika on keskimäärin kaikki vanhusten 24/7 yksiköt laitokset huomioiden tällä tulossyylä koko maassa alle 75 v. 781 vrk ja yli 75 v. 609 vrk. Sama vaihtelu on suurimmassa tulossyryhmässä eli muistisairauksien ryhmässä.

Kun henkilö on tullut hoitoon muistisairauden vuoksi, hoitoaika vaihtelee 350 ja 900 vuorokauden välissä. Vaihteluväli on siis puolitoista vuotta. **Kuva 26**



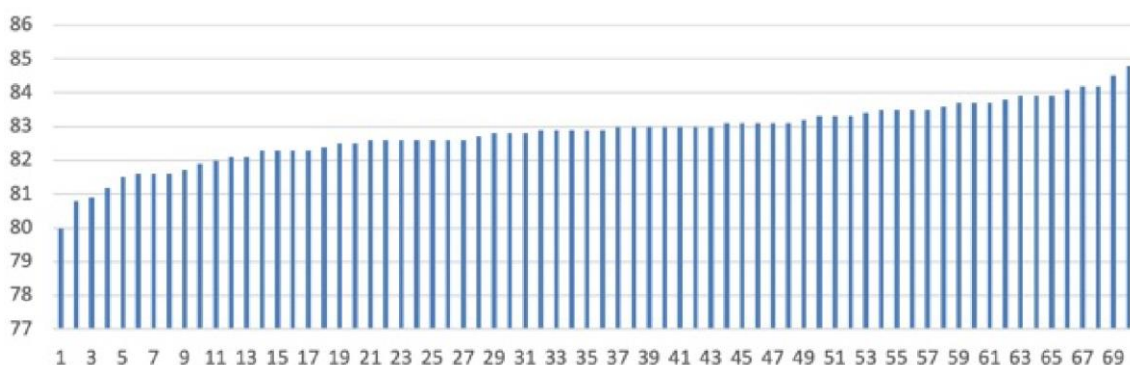
Kuva 26. Tulossyylä Muistamattomuus, dementia hoitoaika on noin vuodesta kahteen ja puoleen vuoteen.

Itsestään huolehtimisen ja muistamattomuuden alueelliset hoitoerot ovat aivan liian suuret, jotta voisimme puhua tasalaatuisesta järjestelmästä. Taustalla ei voi olla sairaus, vaan sosioekonomiset, hoitokäytäntöjen ja palvelujärjestelmän kapasiteettien erot.

Leimautumisen välttämiseksi emme julkista kärkiseutukuntien nimiä.

7.11 Palvelujen käyttö seutukunnittain

Seuraavaksi tarkastelemme potilaiden palvelujen käyttöä seutukunnittain. **Kuva 27**



Kuva 27. Hoidossa olevien keski-ikä vuosia seutukunnittain, kaikki hoitopalvelut 31.12.2018

Seuraavaan **taulukkoon 12** on puolestaan valittu 20 seutukuntaa, joissa hoidettavien keski-ikä on alhaisin (siniset kunnat) ja 20 seutukuntaa, joissa potilaiden keski-ikä on korkein (punaiset kunnat).

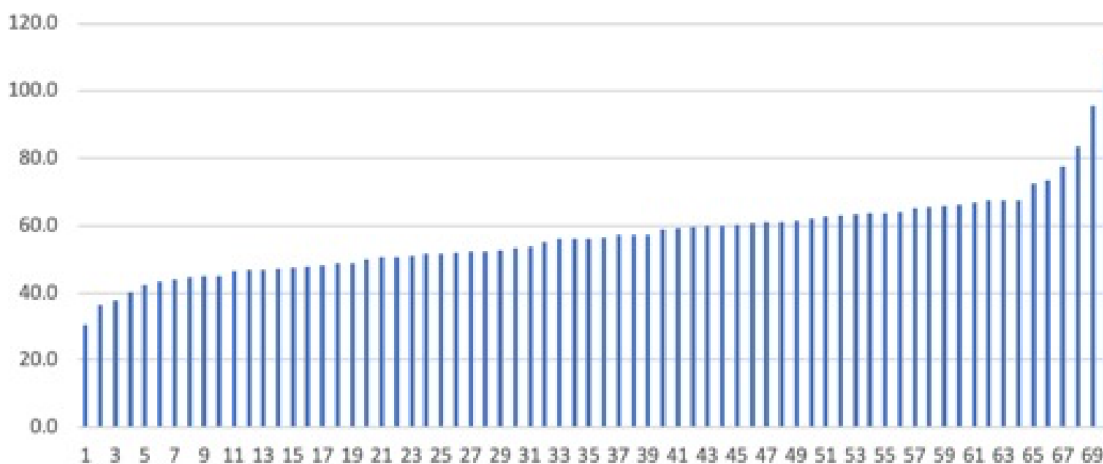
1	Koillis-Savo	80,0	Loimaa	83,3
2	Oulu	80,8	Sisä-Savo	83,3
3	Helsinki	80,9	Ylä-Pirkanmaa	83,4
4	Äänekoski	81,2	Keuruu	83,5
5	Jyväskylä	81,5	Kyrönmaa	83,5
6	Kehys-Kainuu	81,6	Nivala-Haapajärvi	83,5
7	Porvoo	81,6	Salo	83,5
8	Rovaniemi	81,6	Varkaus	83,6
9	Itä-Lappi	81,7	Åboland-Turunmaa	83,7
10	Pohjois-Satakunta	81,9	Ålands landsbygd	83,7
11	Pohjois-Lappi	82,0	Ålands skärgård	83,7
12	Lahti	82,1	Järviseu	83,8
13	Tampere	82,1	Kuusiokunnat	83,9
14	Kajaani	82,3	Torniolaakso	83,9
15	Kuopio	82,3	Vaasa	83,9
16	Pielisen Karjala	82,3	Suupohja	84,1
17	Vakka-Suomi	82,3	Joutsa	84,2
18	Joensuu	82,4	Loviisa	84,2
19	Forssa	82,5	Jakobstadsregionen	84,5
20	Pieksämäki	82,5	Sydösterbotten	84,8

Taulukko 12. Hoidossa olevien keski-ikä kunnittain, 20 matalinta ja 20 korkeinta.

Nämä seutukuntien värit seuraavat näiden kuntien nimiä kaikissa seuraavissa taulukoissa, joissa sininen merkitsee sitä, että seutukunnan väestö kuuluu keski-ikänsä ryhmään 20 nuorinta ja punainen vastaavasti seutukunta-ryhmään 20 keski-ikänsä vanhinta. Lyhimmat keski-ikä ovat 80–82 ja pisimmät yli 84 vuotta. Ero on noin kolme vuotta, joka on korkea. Nuorempien seutukuntien ryhmään kuuluu joukko suuria asutuskeskuksia. Ikärakenteeltaan vanhemmat seutukunnat ovat pienempiä ja hajallaan ympäri maan. Selvää itä-länsi painotusta on nähtävissä.

7.12 Keskimääräinen hoitoaika

Kuvassa 28 näytetään keskimääräinen hoitoaika seutukunnittain ja taulukkoon 13 on kerätty tiedot lyhimmän ja pisimmän hoitoajan seutukunnista.



Kuva 28. Keskimääräinen hoitoaika (vrk) 31.12.2018 seutukunnittain, kaikki laitokset

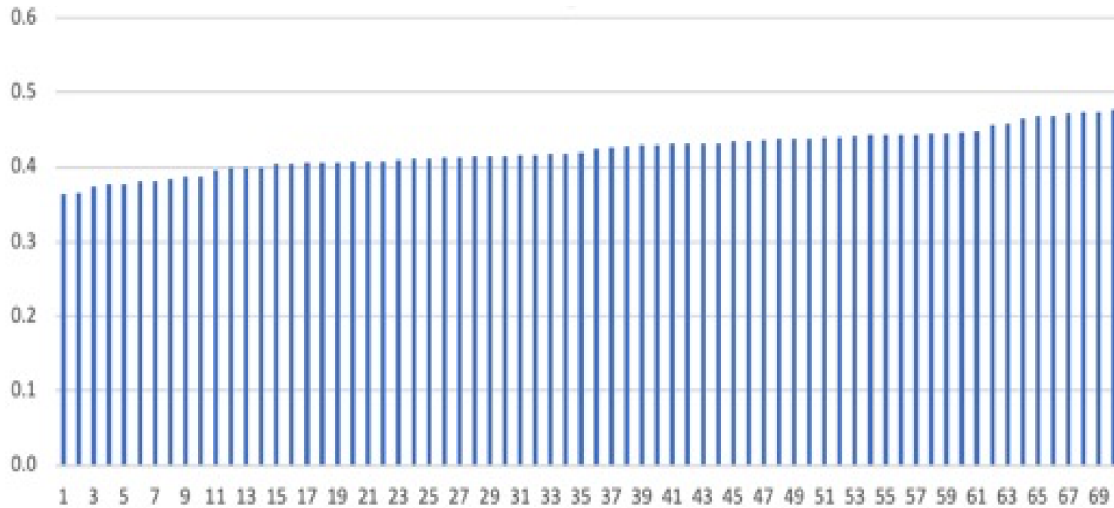
1	Raahe	307,2	Åboland-Turunmaa	628,9
2	Kyrönmaa	362,8	Hämeenlinna	631,7
3	Tunturi-Lappi	378,8	Savonlinna	634,8
4	Suupohja	403,5	Jaobstadsregionen	637,4
5	Koillis-Savo	422,4	Kajaani	637,8
6	Vakka-Suomi	433,0	Joensuu	642,7
7	Ylä-Savo	442,0	Vaasa	652,7
8	Riihimäki	447,9	Lappeenranta	654,0
9	Seinäjäki	450,3	Raasepori	659,5
10	Ylä-Pirkanmaa	451,7	Rovaniemi	663,3
11	Lounais-Pirkanmaa	464,0	Porvoo	668,2
12	Keski-Karjala	468,9	Turku	674,6
13	Kuopio	469,8	Kemi-Tornio	674,6
14	Rauma	473,2	Kotka-Hamina	676,9
15	Tornionlaakso	476,2	Keuruu	724,0
16	Nivala-Haapajärvi	477,6	Helsinki	735,0
17	Äänekoski	481,5	Kehys-Kainuu	775,3
18	Sisä-Savo	488,3	Koillismaa	835,1
19	Pohjois-Lappi	488,9	Åbolands skärgård	956,4
20	Itä-Lappi	500,7	Åbolands landsbygd	1 105,5

Taulukko 13. Keskimääräinen hoitoaika (vrk), 20 hoitoajaltaan lyhyintä ja pisintä seutukuntaa

Hoitoaika vaihtelee 300 ja 700 vuorokauden välillä. Vaikka hoitoaikaa ei voida määritellä jollakin ehdottomalla tavoiteajalla, niin erot kertovat jostain muusta kuin hoidon tarpeesta. Hoitoaika kuvaa pikemminkin alueen hoitokulttuuria ja siinä lähinnä laitospasiteetin kokoa. Kuntoutuksella ei myöskään ole ollut sille kuuluvaa roolia kaikkien seutukuntien alueella.

7.13 Hoidon vaikeus eli hoitoisuus

Seuraavaksi vertaillaan seutukuntien palvelujärjestelmässä olevien hoitoisuutta. Kuvassa 29 ja taulukossa 14.



Kuva 29. Seutukuntien vanhusten palvelujärjestelmässä olevien henkilöiden hoitoisuus 31.12.2018

1	Ålands landsbygd	3,6	Nivala-Haapajärvi	4,4
2	Koillis-Savo	3,7	Varkaus	4,4
3	Kehys-Kainuu	3,7	Mikkeli	4,4
4	Jakobstadsregionen	3,8	Tonionlaakso	4,4
5	Suupohja	3,8	Ylä-Savo	4,4
6	Raahe	3,8	Tampere	4,4
7	Koillismaa	3,8	Kouvola	4,4
8	Oulu	3,8	Riihimäki	4,5
9	Oulunkaari	3,9	Tunturi-Lappi	4,5
10	Etelä-Pirkanmaa	3,9	Vakka-Suomi	4,5
11	Salo	4,0	Saarijärvi-Viitasaari	4,5
12	Svdösterbotten	4,0	Kotka-Hamina	4,6
13	Äänekoski	4,0	Vaasa	4,6
14	Savonlinna	4,0	Kaustinen	4,7
15	Sisä-Savo	4,1	Joensuu	4,7
16	Luoteis-Pirkanmaa	4,1	Pielisen Karjala	4,7
17	Keuruu	4,1	Pori	4,7
18	Imatra	4,1	Kokkola	4,7
19	Pohjois-Satakunta	4,1	Mariehamns stad	4,7
20	Loviisa	4,1	Keski-Karjala	4,8

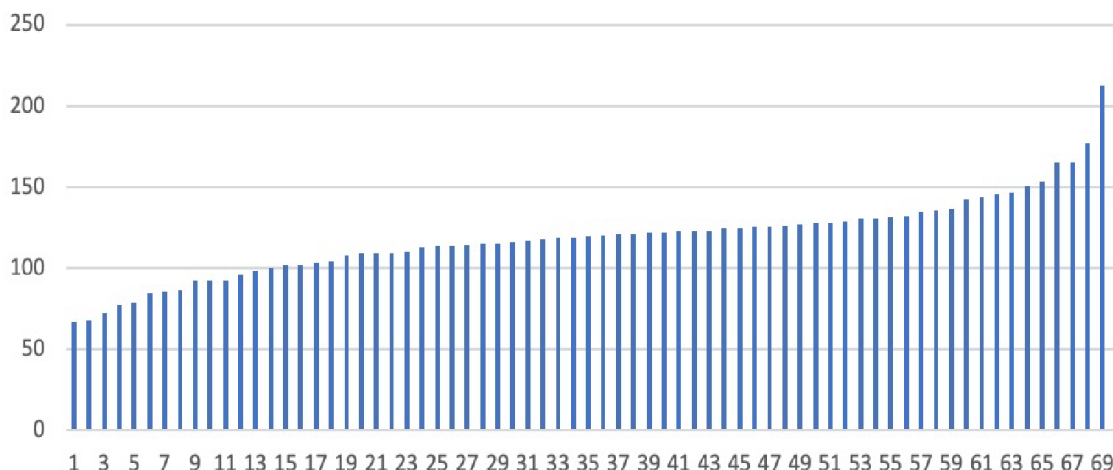
Taulukko 14. Hoitoisuus, 20 keveintä (vasen) ja vaikeinta seutukuntaa

Hoitoisuus on tasainen, eli kaikki ovat vaikeasti hoidettavia. Hoitoisuus on yksi tasaisimmista hoitoa kuvaavista indikaattoreista. Vaikeahoitoisempi seutukuntien ryhmä kattaa kaupunkiseutuja. Tasaisuudesta huolimatta voi huomauttaa, että kun

iäkäs henkilö laitetaan vuoteeseen ilman kuntoutusyritystään, niin pian hän on tullut vaikeasti hoidettavaksi, vaikka asiaan olisi voitu vaikuttaa kuntoutuksella.

7.14 Hoitopäivien määrä

Ero kärjen ja pienimmän välillä hoitopäivien määrässä on kerroin kolme. On vaikeaa uskoa, että vanhusten tarve eroaisi alueellisesti näin paljon. **Kuva 30 ja taulukko 15.**



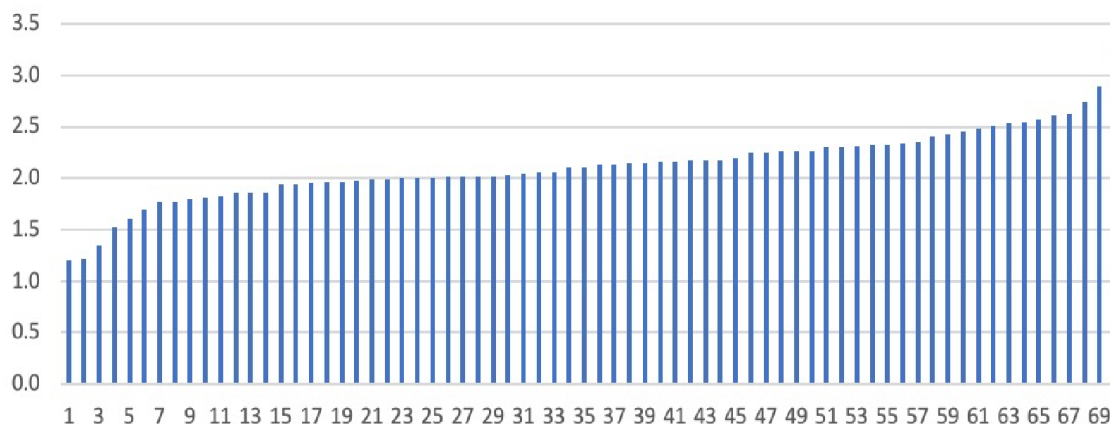
Kuva 30. Hoitopäivät (vrk) seutukunnittain yli 80 v. asukasta kohti 31.12.2018

1	Kyrönmaa	67	Varkaus	128
2	Mariehamns stad	68	Ålands skärgård	128
3	Raahe	72	Oulu	130
4	Imatra	77	Saarijärvi-Viitasaari	131
5	Ylä-Savo	79	Lappeenranta	131
6	Lounais-Pirkanmaa	85	Ylivieska	132
7	Suupohja	86	Kotka-Hamina	135
8	Keuruu	87	Kemi-Tornio	136
9	Keski-Karjala	92	Koillis-Savo	136
10	Kuopio	92	Jyväskylä	143
11	Kaustinen	92	Kajaani	144
12	Rauma	96	Luoteis-Pirkanmaa	146
13	Seinäjoki	99	Turku	146
14	Etelä-Pirkanmaa	100	Pohjois-Satakunta	151
15	Ylä-Pirkanmaa	101	Rovaniemi	153
16	Vakka-Suomi	102	Helsinki	165
17	Loimaa	103	Åboland-Turunmaa	165
18	Riihimäki	104	Ålands landsbygd	177
19	Jämsä	108	Koillismaa	212
20	Järviseu	109	Kehys-Kainuu	213

Taulukko 15. Keskeneräisen hoivan hoitopäivät yli 80 v. asukasta kohti seutukunnittain, 20 pienintä (vasen) ja suurinta.

7.15 Hoitojaksot

Myös hoitojaksojen määrässä on kolminkertainen vaihtelu. **Kuva 31 ja taulukko 16.**



Kuva 31. Hoitojaksot (lkm.) seutukunnittain yli 80 v. asukasta kohti 31.12.2018

1	Keuruu	12,0	Itä-Lappi	23,0
2	Mariehamns stad	12,2	Pieksämäki	23,1
3	Ålands skärgård	13,4	Rovaniemi	23,1
4	Imatra	15,2	Riihimäki	23,2
5	Ålands landsbygd	16,0	Jyväskylä	23,3
6	Porvoo	16,9	Raahe	23,4
7	Kaustinen	17,7	Vakka-Suomi	23,5
8	Ylä-Savo	17,8	Ylivieska	24,0
9	Jakobstadsregionen	17,9	Sisä-Savo	24,3
10	Kokkola	18,1	Tornionlaakso	24,6
11	Lounais-Pirkanmaa	18,2	Nivala-Haapajärvi	24,8
12	Kyrönmaa	18,6	Äänekoski	25,1
13	Etelä-Pirkanmaa	18,6	Pohjois-Satakunta	25,4
14	Raasepori	18,6	Koillismaa	25,4
15	Vaasa	19,3	Luoteis-Pirkanmaa	25,7
16	Joensuu	19,4	Pohiois-Lappi	26,1
17	Tampere	19,5	Åboland-Turunmaa	26,3
18	Kuopio	19,6	Kehys-Kainuu	27,4
19	Keski-Karjala	19,6	Tunturi-Lappi	28,9
20	Hämeenlinna	19,8	Koillis-Savo	32,3

Taulukko 16. Hoitojaksot yli 80 v. asukasta kohti seutukunnittain 20 pienintä ja suurinta

7.16 Kotihoito

Vanhusten kotiin vietävät palvelut käsittävät useita palvelumuotoja:

1. kotipalvelu (asumiseen, toimintakykyyn ja itsestä huolehtimiseen liittyvät palvelut)
2. kotipalvelun tukipalvelut (ateria-, siivous-, asiointi- ym. palveluja)
3. kotisairaanhoidon (kotiin vietäviä lääkinnällisiä toimia kuten esimerkiksi haavan hoito, lääkityksestä huolehtiminen, voimien seuranta)
4. kotihoito, jolla tarkoitetaan kotipalvelun ja kotisairaanhoidon kokonaisuutta.

Kotihoidon kokonaisuus ei ole ollut erityisemmin esillä. Seuraavassa on tarkasteltu tilannetta sairaanhoitopiireittäin THL:n vuoden 2018 laskenta-aineistolla sairaanhoitopiireittäin. **Taulukot 17 ja 18**

Sairaanholtopiirit ikäluokka alle 75 v.	Asiakkaat	Koti- käynnit	Väestö	Käynnit /asiakas	Asiakkaita /1000 asukasta LASKEVA
Etelä-Savo	9 321	20 465	87 367	22,0	10,7
Etelä-Karjala	1 190	23 903	113 248	20,1	10,5
Länsi-Pohja	552	14 641	54 522	26,5	10,1
Pohjois-Karjala	1 444	30 633	1 417 428	21,2	9,8
Itä-Savo	311	7 967	35 253	25,6	8,8
Lappi	915	18 796	105 165	20,5	8,7
Etelä-Pohjanmaa	1 474	21 579	173 134	14,6	8,5
Keski-Suomi	1 914	37 497	228 945	19,6	8,4
Keski-Pohjanmaa	571	9 708	70 022	17,0	8,2
Satakunta	1 590	25 082	193 140	15,8	8,2
Kymenlaakso	1 185	20 652	146 941	17,4	8,1
Vaasa	1 236	19 411	152 314	15,7	8,1
Pohjois-Savon SHP	1 747	44 227	219 645	25,3	8,0
Pirkanmaa	3 776	51 711	484 965	13,7	7,8
Ahvenanmaa	200	4 072	26 984	20,4	7,4
Koko maa	34 965	642 738	5 005 950	18,4	7,0
Kanta-Häme	1 047	20 343	153 414	19,4	6,8
Varsinais-Suomi	2 827	48 209	433 923	17,1	6,5
Kainuu	388	15 526	64 331	40,0	6,0
Pohjois-Pohjanmaa	2 265	53 403	376 509	23,6	6,0
Helsinki ja Uudenmaa	8 686	123 494	1 550 526	14,2	5,6
Päijät-Häme	708	31 357	188 174	44,3	3,8

Taulukko 17. Alle 75-vuotiaiden kotihoito sairaanhoitopiireittäin vuonna 2018

Sairaanhoidopiiri, ikäluokka yli 75 v.	Asiakkaat	Koti- käynnit	Väestö	Käynnit /asiakas	Asiakkaita / 1000 asukasta LASKEVA
Etelä-Pohjanmaa	4 471	127 245	21 182	28,5	211
Etelä-Karjala	3 076	104 646	15 508	34,0	198
Länsi-Pohja	1 264	43 392	6 650	34,3	190
Pohjois-Pohjanmaa	6 243	223 086	32 909	35,7	190
Itä-Savo	1 091	33 962	5 807	31,1	188
Pohjois-Karjala	3 384	120 691	18 141	35,7	187
Pirkanmaa	8 548	245 905	50 079	28,8	171
Lappi	2 075	61 629	12 185	29,7	170
Pohjois-Savo	4 116	164 548	25 957	40,0	159
Kainuu	1 375	61 468	8 730	44,7	158
Koko maa	78 301	2 561 738	511 969	32,7	153
Satakunta	3 862	93 144	25 484	24,1	152
Etelä-Savo	1 922	78 423	12 859	40,8	149
Ahvenanmaa	407	9 583	2 805	23,5	145
Keski-Suomi	3 416	125 464	23 731	36,7	144
Vaasa	2 506	93 989	17 370	37,5	144
Varsinais-Suomi	6 834	209 976	47 555	30,7	144
Helsinki ja Uudenmaa	15 890	460 031	116 677	29,0	136
Kanta-Häme	2 367	84 484	17 950	35,7	132
Keski-Pohjanmaa	996	39 215	7 667	39,4	130
Kymenlaakso	2 179	71 965	19 682	33,0	111
Päijät-Häme	2 274	108 793	23 041	47,8	99

Taulukko 18. Yli 75-vuotiaiden kotihoito sairaanhoidopiireittäin vuonna 2018

Taulukoista näkyy, että kotihoito on käytössä epätasaisesti. Käynnit 1000 asukasta kohti eivät ole vertailukelpoisia yli 75-vuotiaiden ja muun väestön kesken, mutta lukuja voidaan käyttää ikäryhmän sisällä piirien vertailuun. Alle 75-vuotiaiden osalta huomio kiintyy kolmeen pieneen sairaanhoidopiiriin, joissa on alle 75-vuotiaiden ryhmässä yli 10 asiakasta 1000 asukasta kohti. Päijät-Hämeen sairaanhoidopiiri edustaa toista ääripäätä, jossa on vähän käyttäjiä, mutta heidän luonaan käydään usein.

Lopuksi on vielä seutukuntakohtainen tarkastelu ilman ikäryhmärajoitusta. Siitä saa paremman kuvan alueellisesta tilanteesta. Asiakkaiden määrän vaihtelu noin välillä 120–200 merkitsee sitä, että kotisairaanhoidon mahdollisuuksia ei vielä käytetä tasalaatuisesti. Merkittävää on, että Kuopiossa ja Helsingissä kotihoidon asiakkaita on niukasti. **Taulukko 19.**

Huomio kiinnittyy kuitenkin laajemminkin palvelu- ja tuotantoprosessien eroavuuksiin. Kun laaditaan 'tuotantoindeksi' kertomalla asiakkaiden määrä tuhatta asukasta kohti yhteen asiakkaaseen keskimäärin kohdentuneiden kotikäyntien määrällä, voidaan havaita hyvin suuria eroavuuksia. Suurimmat tuotantoluvut ovat Joutsassa ja Forssassa, mutta myös Hämeenlinna ja Kemi-Tornio ovat panostaneet

tähän hoitomuotoon. Yli 7000:n indeksit on korostettu vihreällä värillä. Tällaisia seutukuntia on kahdeksan.

Tämän vastapainona esim. Ylivieska ja Turku jäävät selvästi alle 3500:n. Raja-arvon alle jääneet seitsemän seutukuntaa on korostettu vaaleanpunaisella värillä.

Ahvenanmaan saaristokunnissa kotihoitoa toteutetaan vähän, mutta vastaavasti Maarianhaminassa runsaasti.

Seutukunta	Asiakkaat / 1000 as.	Koti- käynnit/ asiakas	Tuotanto- indeksi	Seutukunta	Asiakkaat / 1000 as.	Koti- käynnit/ asiakas	Tuotanto- indeksi
Äänekoski	258,0	13,8	3560	Ylä-Pirkanmaa	156,3	21,9	3423
Joutsa	235,8	41,9	9880	Järviseu	156,1	41,7	6509
Varkaus	230,4	24,9	5737	Haapavesi-Siikalatva	154,3	47,4	7314
Rauma	221,6	30,4	6737	Rovaniemi	152,3	30,2	4599
Tunturi-Lappi	216,0	26,9	5810	Raasepori	151,9	31,3	4754
Vakka-Suomi	214,8	26,4	5671	Loimaa	151,6	34,0	5154
Mariehamns stad	209,7	33,5	7025	Salo	150,7	29,2	4400
Vaasa	201,4	26,5	5337	Kouvola	149,2	36,8	5491
Lahti	200,9	34,5	6931	Kehys-Kainuu	146,4	40,4	5915
Kemi-Tornio	200,4	40,1	8036	Ylivieska	143,8	22,0	3164
Oulunkaari	200,3	32,5	6510	Loviisa	142,6	33,7	4806
Åboland-Turunmaa	200,1	19,3	3862	Koillismaa	142,2	38,6	5489
Oulu	198,0	32,8	6494	Seinäjo	141,6	28,9	4092
Riihimäki	197,1	30,2	5952	Pori	140,1	31,6	4427
Porvoo	194,1	31,5	6114	Pohjois-Satakunta	137,4	31,8	4369
Kuusikunnat	190,6	35,1	6690	Koillis-Savo	137,2	38,4	5268
Ålands skärgård	190,5	18,1	3448	Jyväskylä	135,1	41,8	5647
Pohjois-Lappi	190,0	32,1	6099	Sisä-Savo	135,1	28,4	3837
Raahe	189,0	31,4	5935	Suupohja	135,1	28,2	3810
Nivala-Haapajärvi	189,0	32,9	6218	Itä-Lappi	133,1	45,6	6069
Forssa	187,9	48,2	9057	Luoteis-Pirkanmaa	132,4	33,6	4449
Kyrönmaa	186,5	34,8	6490	Jakobstadsregionen	131,1	44,0	5768
Hämeenlinna	185,1	46,1	8533	Kotka-Hamina	130,7	37,1	4849
Keski-Karjala	183,1	40,0	7324	Lappeenranta	130,4	34,1	4447
Ålands landsbygd	180,3	18,6	3354	Imatra	128,8	45,9	5912
Torniolaakso	178,2	26,9	4794	Mikkeli	127,4	32,9	4191
Savonlinna	175,6	28,9	5075	Turku	125,4	26,7	3348
Joensuu	174,0	42,9	7465	Saarijärvi-Viitasaari	124,8	29,7	3707
Keuruu	169,7	39,8	6754	Etelä-Pirkanmaa	120,8	54,6	6596
Kaustinen	162,8	40,5	6593	Pielisen Karjala	119,4	32,1	3833
Tampere	161,0	27,1	4363	Kajaani	118,6	41,0	4863
Ylä-Savo	160,6	21,6	3465	Syösterbotten	115,6	27,7	3202
Lounais-Pirkanmaa	157,2	34,0	5345	Jämsä	115,3	41,7	4808
Kokkola	157,0	38,2	5997	Kuopio	101,3	36,0	3647
Pieksämäki	156,6	32,4	5074	Helsinki	99,1	47,2	4678

Taulukko 19. Kotisairaanhoidon käynnit ja asiakkaat sekä tuotantoindeksit seutukunnittain vuonna 2018

8 Vanhainhoidon ympäristö ja tilat ja hoivarakennukset ovat ahtaita ja pihat puuttuvat

Suomalaisen vanhustenhuollon juuret ovat kunnalliskodeissa. Näissä asuintilat olivat ahtaita, mutta piha-alueelle oli vapaa pääsy mielisairasosastoa lukuun ottamatta. Kunnalliskotien sairaosasto yhdistettiin terveyskeskuksen vuodeosastoon kansanterveyslakia toteutettaessa. Samalla syntyi maahamme pitkäaikaisen vuodeosaston kulttuuri, jota muu Eurooppa purki samanaikaisesti 1970-luvulta eteenpäin.

Seuraava lainaus Irlannin terveysministeriön tilastandardista (vuodelta 2009) paljastaa ajattelueron. Irlannissa ja muualla Euroopassa tilarakenne on makuuhuone ja monipuoliset oleskelutilat ulkotiloineen. Meillä tilanne on kunnalliskodin perinteiden mukainen: oma pieni huone ja ruokailutila. Seuraava ote Irlannin määräyksistä merkitsee vanhuksille normaalia elämää oman toimintakyvyn puitteissa. Suomennettuna vaatimukset ovat seuraavat.

8.1 Yhteinen tila

Nykyaikaisissa hoitotiloissa yhteisötila käsittää erilliset oleskelu- ja ruokasalit sekä virkistystilat. Ne eivät sisällä asukkaiden yksityistä majoitusta, käytäviä tai eteisaulatiloja. Tällaista yhteistilaa on oltava vähintään 3–4 m² jokaiselle asukkaalle. Yhteistila sisältää:

- tilat, joissa voidaan järjestää erilaisia sosiaalisia, kulttuurisia ja uskonnollisia aktiviteetteja
- ruokasali(t) kaikille asukkaille
- olohuoneen tai aulatilat, joista voidaan järjestää tilaisuuksia, mutta joissa on myös ns. hiljainen tila
- tilat, joissa asukkaat voivat tavata kävijöitä yksityisesti
- Mikäli asukkaille on varattu erillinen tupakointitila, se tuuletetaan ulkoilmaan luonnollisella ja mekaanisella ilmanvaihdoilla. Se on sijoitettu ja suunniteltu helpottamaan tupakoitsijoiden jatkuvaa valvontaa "hoitovelvollisuuden" sekä työterveys- ja työturvallisuuslainsäädännön vaatimusten vuoksi. Hoivahoidossa noudatetaan dokumentoitua tupakointikäytäntöä.
- Mikäli tiloissa on kampaamohuone, siinä on kampaamoallas ja erillinen pesuallas. Tilaan tulee sekä kuuma että kylmä vesi ja tilasta on riittävä ilmanvaihto ulkoilmaan.

Irlannin järjestelmässä asutaan yhteisissä tiloissa ja nukutaan yksityisesti omassa makuuhuoneessa. Suomessa oleskellaan kopissa ja käydään syömässä yhteisissä tiloissa.

Edelleenkin suomalainen rakennuskanta on ongelmallinen. Maassamme rakennettiin vielä 2000-luvulla vanhusten taloja, joissa oli perusruutuna 20 m². Siitä käytettiin vessaan 5 m² ja eteiseen toiset 5 m², jolloin vanhukselle jäi nettona 10 m². Kun tähän tilaan sovitetaan sänky, jää jäljelle oleskelu- ja käytävätilaa 6–7 m², johon mahtuu suunnilleen yöpöytä ja yksi tuoli. Mitoitus on ahtaampi kuin uusissa vankiloissa, joissa sellikoko nykyisin on 12 m² ja päiväoleskelutilaa ja muita toimintoja varten noin 15–20 m², yhteensä noin 30–35 m² vankia kohti.

Suomalainen ahdas vuodeosasto tai vanhuksille sopivaksi pienennetty palveluasunto tekee vanhuksista liikkumattomia vuodepotilaita ja samalla lyhentää heidän elämänsä. Nykyisin kansainvälinen (esimerkiksi Belgia, Hollanti, Ruotsi ja Tanska) hoivakotien suunnittelu lähtee siitä, että vanhuksen oma tila on noin 35 m². Rakennuksessa tarvitaan lisää tilaa yhteistiloihin, kuten aulatoimintoja, ruokailua ja kuntoilua varten 7–8 m² asukasta kohti. Näin vanhusyksikön kokonaistilatarve on n. 42–45 m² asukasta kohti.

Tilasuunnittelulla voidaan vähentää ympärivuorokautisen hoivan tarvetta ja estää ahtauden vuoksi vuoteeseen jäävien ikääntyneiden määrää. **Kuva 32**



Kuva 32. Oheisessa ruotsalaisen vanhainkodin suomenkielisille vanhuksille varatun yksikön olohuone, Borås

Vanhusten rakennusten yhteistilojen on oltava aktivoivia ja tarpeeksi tilavia. Seuraavilla sivuilla kuvasarja Soteran Hollannin ja Belgian matkalta vuonna 2018 näyttää ratkaisuja, jotka poikkeavat suomalaisista käytännöistä. Tilan käyttö ja jäsentäminen on huomattavasti väljempää ja siten inhimillisempää Suomeen verrattuna.

On muistettava, että hoivarakennuksia tarvitaan lähitulevaisuudessa vain kasvavissa asutuskeskuksissa, joista puuttuu vanhuspalveluja. Muualla on kysymys lä-

hinnä huonokuntoisten ja ahtaiden tilojen korvaamisesta. Keski-Euroopassa tarpeettomia kouluja on muutettu ikääntyneiden tukiasunnoiksi.

Ikääntyneiden asuinrakennus rakennus voidaan suunnitella normaaliksi yksiö/kaksiojärjestelmäksi, eikä sitä tarvitse pienentää vanhuksille sopivaksi. Rakennuksella on silloin olemassa jatkokäyttö tavallisena asuntona.

8.2 Oikeus tunnin ulkoiluun puuttuu

Suomalainen vanhushuolto poikkeaa muista Euroopan maista ulkoilumahdollisuuksien vähäisyydessä. Muissa Pohjoismaissa ja Keski-Euroopassa pidetään itsestään selvänä ja YK:n ihmisoikeuksiin kuuluvana, että mielisairaat ja vanhukset vankien tapaan ovat ryhmänä oikeutettuja päivittäiseen tunnin ulkoiluun. YK:n ihmisoikeuksien julistuksen sanamuoto ” Prisoners and the groups their like ” takaa tämän heille.

Tätä varten on vanhusten rakennuksissa sisäpiha, jossa on sadeilmaa varten katettu ulkoilutila. Tilanne ei voi olla niin, että muualla Euroopassa vedotaan YK:n ihmisoikeusjulistukseen ja järjestetään vanhuksille ulkoilu, mutta julistus ei tältä osin koske Suomea.

Asia ei ole mitenkään uusi. Jo 1962 ruotsalaiset käydessään tutustumassa uuteen Hesperian sairaalaan totesivat, että Ruotsiin ei voitaisi rakentaa vastaavaa psykiatrista sairaalaa, koska potilailla ei ole ulkoilumahdollisuuksia. Ympäristöministeriö on ehdottanut useassa yhteydessä rakennuksille tilaa koskevia laatuvaatimuksia, mutta hanke on kaatunut STM:n ja Kuntaliiton vastustukseen.

Siksi jatkossa tulee selvittää, onko YK:n ihmisoikeuksien mukainen oikeus päivittäiseen ulkoiluun Suomea sitova ja tehdä tarvittavat muutokset sote-määräyksiin. On huomattava, että kyseessä on oikeus ulkoiluun, ei pakko. Tätä ei käsitelty lainsäädäntöä nyt uudistettaessa.

8.3 Vanhusten palvelut - kunnan keskustan toiminto

Maamme hoitojärjestelmässä vanhukset sijoitetaan ahtaisiin rakennuksiin, joissa osaston oleskelutilat rajoittuvat ruokailutilaan ja 6–8 television katsomispaikkaan. Rakennus on suunniteltu hoito edellä periaatteella. Se sijaitsee keskustan laidalla. Näin oli tilanne koko Euroopassa 1960-luvulle asti.

Keski-Euroopassa on tapahtunut vanhusten asumisen murros. Uusi suunnittelu lähtee siitä, että vanhuksella on inhimilliset olot myös elämän loppuvaiheessa. Vanhus ei muuta hoitoon, vaan hoito seuraa vanhusta. Vanhuksella on oma elämä ja hän päättää itse niin kauan kuin pystyy.

Ero on myös hoito-otteessa. Perinteisessä suomalaisessa systeemissä vanhus tuodaan hoidon luo laitoksiin. Uudessa eurooppalaisessa otteessa hoito tulee vanhuksen luo, mutta vanhus joutuu mahdollisesti muuttamaan oman asuntonsa lähellä olevien palvelujen piiriin.

Tämä merkitsee uutta otetta suunnitteluun. Esimerkkinä on 33 000 asukkaan Nieuwkoop Hollannista, jonne rakennettiin uusi kulttuuritalo. Rakennuksessa on 52 vanhusten huoneistoa, kaupungin kirjasto, musiikkitalat, auditorio, toimistoja ja ravintola. Lisäksi yksikössä on kotihoivakeskus, joka huolehtii vanhuksen hoivan tarpeista. **Kuva 35** rakennuksesta on ohessa.

Vastaava rakenne on uusissa Ruotsin rakennuksissa, Saksassa ja Englannissa. Suomessa on tällä konseptilla rakennettu esimerkiksi Mittistan kulttuurirakennus Närpiöön, johon kiinteästi liittyy vanhuksille varattu asuinsiipi. Myös Raision palvelukeskus Hulvela on modernisoitu näitä periaatteita noudattaen.

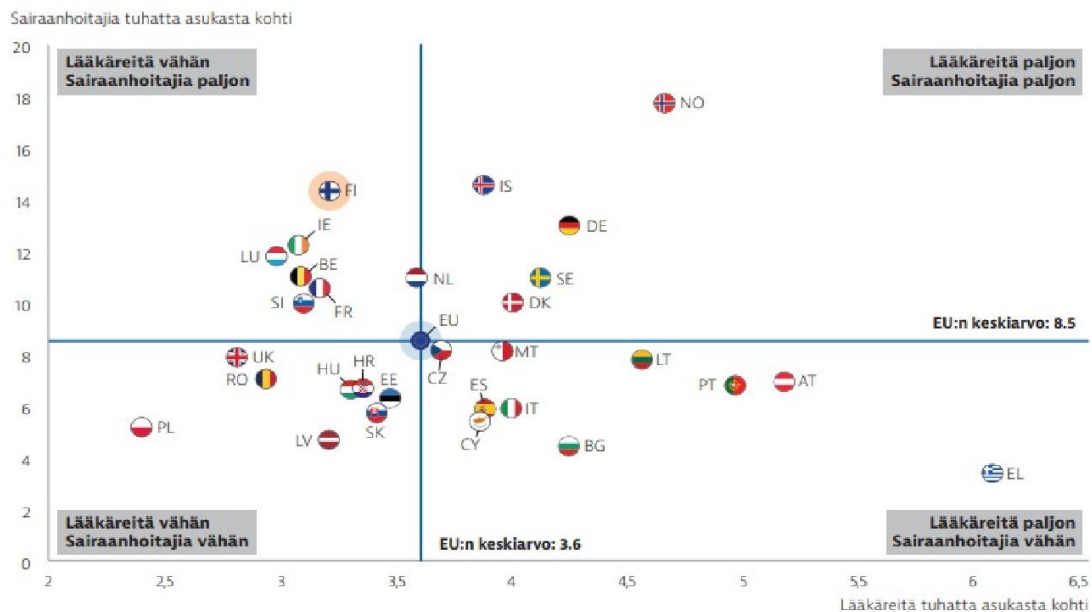


Kuva 35. Nieuwkoopin kulttuurikeskus Hollannissa, joka sisältää vanhuksille varattuja normaalikokoisia asuntoja ja alakerrassa myös alueen asukkaille tarkoitetun uimahallin

9 Palvelurakenne ja voimavarojen käyttö pitää uudistaa

Terveystieteiden henkilöstövoimavarojen mitoitus ja riittävyys nousee yleensä puheenaiheeksi, kun palvelujen saatavuudessa tai laadussa alkaa ilmetä ongelmia. Kun jonotusajat terveystieteidenkeskuksille ovat venyneet liian pitkiksi, asian hoitamiseksi ehdotettiin oitis 1000 terveystieteidenkeskuksille lisäpalkkausta. Kun ympäri-vuorokautisessa vanhustenhoidossa paljastui laatuongelmia, säädettiin hoitajamitoitukseksi 0,7 hoitajaa/hoidettava. Yleisesti ongelmat nähdään resurssiongelmina ja lääkkeeksi tarjotaan resurssilisäystä tai standardisointia.

OECD julkaisee vuosittain maiden terveystieteidenprofiilin, joka on saatavissa myös Suomessa. Vuoden 2019 julkaisusta ilmenee, että Suomessa on kolmanneksi eniten sairaanhoitajia, mutta lääkäreitä alle keskiarvon. Käydyssä hoitajakeskustelussa tätä näkökohtaa ei tuotu riittävästi esille. **Kuva 36.**



Kuva 36. Suomessa sairaanhoitajien määrä on yksi EU:n suurimmista, mutta vastaavasti lääkäreitä on suhteellisesti vähemmän.

Käytetäänkö sairaanhoitajakapasiteettiamme oikeissa työtehtävissä ja onko heidän koulutuksensa ajanmukaista ja kannustava johtamisensa ajan tasalla? Ovatko he motivoituneita työhönsä? Vai onko palvelurakenteemme hajanaisuus paljon hoitajia vaativaa? Tällaiset asiat askarruttavat, kun päivän uutiset kertovat hoitajatyövoiman palkkaamisesta Filippiineiltä. Edellisessä raportissamme totesimme hoitajien palkkauksen Suomessa olevan kansainvälisesti matala.

Mikäli kuntoutus ja kotihoito kuitenkin jatkuvat yhtä huonoina kuin ennenkin, vanhustenhoito huononee ratkaisevasti ja kustannukset kasvavat. Sitä ei saa päästää tapahtumaan.

Hoitajamäärän mekaanisen lisäämisen sijaan tulee siis selvittää mahdollisuudet hoitoprosessien muuttamiseksi siten, että panostetaan kotihoitoon ja kuntoutukseen, jolloin kuormitus jakautuu uudella tavalla ja kuntoutumisen sekä kunnossa pysymisen mahdollisuudet voimistuvat.

Lääkäreitä on noin 3,4/1000 asukasta kohti eli alle EU:n keskiarvon. Tätäkin asiaa pitää tarkastella laajemmin ennen ratkaisujen tekemistä. Tämän julkaisun tilastot osoittavat, että Etelä-Karjalan sairaanhoitopiirissä tullaan toimeen hieman yli kahdeksalla lääkärillä ja hammaslääkärillä tuhatta asukasta kohti, kun vastaava luku Kainuun sairaanhoitopiirissä on yli kaksinkertainen eli liki 18.

Lääkäripula näkyy paikallisesti esimerkiksi Helsingin terveystieteiden lääkärivajeena, koska Helsingin terveystieteiden ei haluta hakeutua. Jotkut lääkärit ovat rohjenneet kirjoittaa mielipidepalstoilla tästä omalla nimellään.

Sekä hoitajien että lääkäreiden oikea tulevaisuuden mitoitus vaatii erittäin asiantuntevaa koulutus- ja työvoimasuunnittelua, jonka pitää kattaa koko maa. Tämä saattaa hyvinkin johtaa siihen, että suhteellista lääkärimäärää lisätään, mutta heidän ammatillinen jakaumansa sekä sijoittelunsa on suunniteltava nykyistä paremmin, jotta tuloksena on parempi vaikuttavuus eikä heikentynyt tuottavuus, kuten viimeisten parinkymmenen vuoden aikana.

Tärkeämpää kuin määrän lisääminen on siis työn vaikuttava uudelleenjärjestely niin, että siihen sisältyy kannustavia elementtejä ja mahdollisuus työskennellä esim. ammatinharjoittajana, jotta voi hallita työnsä tekemisen niin, että se tyydyttää sekä potilaita että lääkäreitä itseään. Kannusteiden puute on nimittäin ollut yksi keskeinen syy tuottavuuden romahtamiselle. Lisäksi terveydenhuolto on jatkuvasti monimutkaistunut, jolloin erilaisten oheistoimintojen osuus työstä on kasvanut.

Nykyistä terveystyövoiman jakautumista maakunnittain ja sairaanhoitopiireittäin ei voi pitää optimaalisena, kuten seuraavat tilastotiedot osoittavat.

9.1 Maakuntien terveystyövoiman vertailut

Kun Suomen terveydenhuoltoa rakennettiin 1970- ja 1980-luvuilla, seurattiin alueiden julkisen sektorin resurssikäyttöä tarkasti. Uuden toimen saanti kesti usein vuosia ja vaati tarkat perustelut. Lopputuloksena oli maamme eri osissa tasalaatuinen palvelujärjestelmä. Tiukasta ohjauksesta luovuttiin 1990-luvulla. Nykyinen järjestelmä rahoitetaan pääosin kolmen kanavan kautta: valtion tukema kuntien palvelutuotanto, työterveyshuolto ja sairausvakuutusjärjestelmä. Lisäksi on olemassa erillisjärjestelyjä, kuten ylioppilaiden terveydenhuoltosäätiö.

Kokonaisuudesta saadaan paras kuva, jos käytetään mittarina Tilastokeskuksen työssäkäyntitilaston työntekijälukuja, jotka sisältävät alan kaikki työntekijät. Kun työssäkäyvät työntekijät suhteutetaan maakuntien väestön 1000 asukasta kohti, saadaan kuva resurssien kokonaiskäytöstä (**Taulukko 20**). Sen mukaan maassamme on merkittäviä alueellisia eroja. Henkilökunnan tarve riippuu väestön mää-

rästä ja alueen terveydenhuollon organisaatiosta. Yliopistosairaalat tarvitsevat opetuksen ja erityisvastuualueen tehtävien vuoksi lisää henkilökuntaa. Yksi henkilötyövuosi maksaa 50 000 euroa, josta voidaan arvioida työntekijämäärien vaihtelun taloudellisia vaikutuksia.

Maakunta	Asukkaat	Terveydenhuollon ammattihenkilöt (=THK)	THK/1000 as.	Erotus maan keskitasoon (THK/1000)	Erotus maan keskitasoon THK-henkiöinä	Erotus keskitasoon M€ (henkilötyövuosi = 50 000€)
KOKO MAA	5 524 566	329 452	60			
Ahvenanmaa	30 042	2 298	76	16	495	2
Pohjois-Savo	244 648	17 595	72	12	2916	146
Keski-Pohjanmaa	68 262	4 719	69	9	623	31
Etelä-Savo	142 943	9 639	67	7	1062	53
Pohjanmaa	180 668	11 951	66	6	1111	56
Kainuu	72 206	4 731	66	6	399	20
Pohjois-Pohjanmaa	412 600	26 961	65	5	2205	110
Lappi	177 457	11 404	64	4	757	3
Varsinais-Suomi	479 371	30 083	63	3	1321	66
Etelä-Pohjanmaa	188 699	11 914	63	3	592	30
Pohjois-Karjala	161 462	10 059	62	2	371	19
Satakunta	217 235	13 273	61	1	239	12
Pirkanmaa	517 409	31 417	61	1	372	19
Kymenlaakso	171 739	10 381	60	0	77	4
Kanta-Häme	170 350	9 855	58	-2	-366	-18
Keski-Suomi	275 193	15 903	58	-2	-609	-30
Päijät-Häme	200 045	10 919	55	-5	-1084	-54
Etelä-Karjala	127 917	7 033	55	-5	-642	-32
Uusimaa	1 686 320	89 317	53	-7	-11862	-593

Taulukko 20. Terveydenhuollon henkilökunnan työssäkäyntitilasto 2019

Koko maassa on sosiaali- ja terveydenhuollon ammattityöntekijöitä 60/1000 asukasta. Maassamme on viisi maakuntaa, jotka henkilöstömenolaskelman avulla arvioiden alittavat kustannusten keskitason yli 700 miljoonalla eurolla. Alitus tulee pääosin Uudeltamaalta, lähes 600 miljoonaa euroa. Etelä-Karjalassa ja Päijät-Hämeessä on 55, Keski-Suomen ja Kanta-Hämeessä on 58 työntekijää tuhatta asukasta kohti. Näissä maakunnissa alitus 2700 työntekijää ja noin 135 miljoonaa euroa.

Päinvastaisessa päässä eli paljon henkilökuntaa käyttäviä maakuntia ovat Pohjois-Savo 72, Keski-Pohjanmaa 69, Etelä-Savo 67, Pohjanmaa 66 ja Kainuu 66 sote-työntekijää/1 000 asukasta. Yhteensä työntekijämäärä ylittyy 6111 henkeä ja kustannukset noin 306 miljoonaa euroa vuodessa.

Kannattaa kiinnittää huomio siihen, että haja-asutusalueella toimivat Pohjois-Karjalan ja Lapin sairaanhoitopiiri ovat organisoineet toimintansa terveydenhuollon ammattihenkilökunnan tarpeen lähelle maan keskitasoa.

Kuntien ominaisuuksia voidaan tarkastella myös kokonaisuutena. **Taulukkoon 21** on kunnat luokiteltu sen mukaan paljonko ne käyttävät paikallishallinnon tehtäviin työvoimaa prosentteina kunnan koko työvoimasta. Paikallishallinnon osuus kaikis-

ta kunnassa asuvista työssäkäyvistä henkilöistä vaihteli 46 % ja 10 % välillä. Kun kunnat ryhmiteltiin taulukossa 3 tämän tiedon suhteen 5 % välein viiteen luokkaa, saatiin kunnan oman työvoiman käytön ääripäiden vaihteluväliksi 10–46 % koko kunnan työvoimasta.

Kalleimmassa luokassa oli 72 kuntaa, joiden keskipöytä noin 4200 asukasta. Näissä kävi töissä noin 98 300 työntekijää. Heistä paikallishallinnon osuus oli noin 33 000 eli 33 % kaikista työssäkäyvistä.

Tilastokeskuksen työssäkäyntitiedot antavat mahdollisuuden arvioida kuntauudistuksen merkitystä. Seuraavassa taulukossa on verrattu paikallishallinnon vaatimaa työntekijämäärää kunnan kokoon.

Paikallishallinnon työntekijöiden %-osuus kaikista työntekijöistä	Kuntien lkm.	Asukkaita yhteensä	Työikäisiä (18–64 v.)	Alueella työssäkäyvät yhteensä	Alueella paikallis- hallinnon työntekijöitä	Paikallis- hallinnon %-osuus kaikista	Kuntaryhmän väestön keskipöytä	Paikallis- hallinnon työntekijöitä 1000 as. kohti
Kaikki	310	5 525 292	3 244 961	2 373 668	486 061	20	17 824	88
30–47%	72	301 444	159 266	98 269	32 697	33	4 187	108
25–29%	82	1 082 645	596 259	406 457	109 941	27	13 203	102
20–25%	97	1 932 149	1 112 112	746 549	164 194	20	19 919	85
15–19%	38	1 101 879	673 830	500 249	89 196	18	28 997	81
10–14%	18	986 403	633 531	570 621	79 485	14	54 800	81

Taulukko 21. Kunnat ryhmiteltynä paikallishallinnon työntekijöiden %-osuuden mukaan (kuntakoon vaikutus)

Pienimmät 72 kuntaa, kooltaan keskimäärin noin 4200 asukasta, tarvitsevat paikallishallinnon työntekijöitä 33 % kaikista eli 32 697 ja niiden 30 1444 asukasta noin 108 työntekijää 1000 asukasta kohti. Paikallishallinnon yksikön asukasmäärän tavoitekokona useissa maissa on noin 20 000 asukasta tai enemmän. Tässä kokoluokassa on 38 kuntaa ja yhteensä 1 932 149 asukasta, kunta keskipöytä 20 000 asukasta ja kaikkiaan 164 194 paikallishallinnon työntekijää eli 84,9 työntekijää 1000 asukasta kohti.

Kuntakoon kasvaessa 4000 asukkaasta 20 000 asukkaaseen putoaa paikallishallinnon työntekijöiden tarpeen prosenttiosuus 33 prosentista 20 prosenttiin eli tällä tasolla tarvittaisiin henkilötyövuosia noin 12 900 vähemmän. Kunnan väestökoon kasvaessa 13 200 tasolta 20 000 tasolle pienenesi paikallishallinnon työvoimatarve vastaavasti noin 8000 työntekijää. Yhteensä kuntauudistus merkitsisi siis noin 20 000 työntekijän ja 100 miljoonan euron resurssien vapautumista uudelleen kohdennettavaksi.

Tämä havainto on merkittävä sote-palveluiden kannalta. Kun maassamme ei ole tehty kuntauudistusta muiden maiden tapaan, ovat hallintojärjestelmät kalliita. Siksi kuntauudistus muun Euroopan ja muiden Pohjoismaiden tapaan on välttämätön toimivan maaseudun kannalta.

Työntekijöiden ero on noin 23 työntekijää 1000 asukasta kohti. Jos pienimmät 72 kuntaa nostettaisiin 20 000 asukkaan kokoluokkaan, olisi säästö 23/1000 x 301 444 asukasta eli 6923 työntekijää. Jos työntekijän vuosikustannus on noin

50 000 euroa, liikutaan noin 350 miljoonan euron suuruusluokassa. Asia on poliittisesti arka, mutta sote-uudistuksessa lähipalvelut vaativat tuotantoyksikön väestöpohjaksi noin 20 000–30 000 asukasta. Vaihtoehtona on palvelujen keskittäminen keskuskaupunkiin ja lähipalvelujen toimiminen nykyisellä riisutulla mallilla. Tämä olisi kuitenkin ikävä taka-askele maaseudun elinvoiman kannalta.

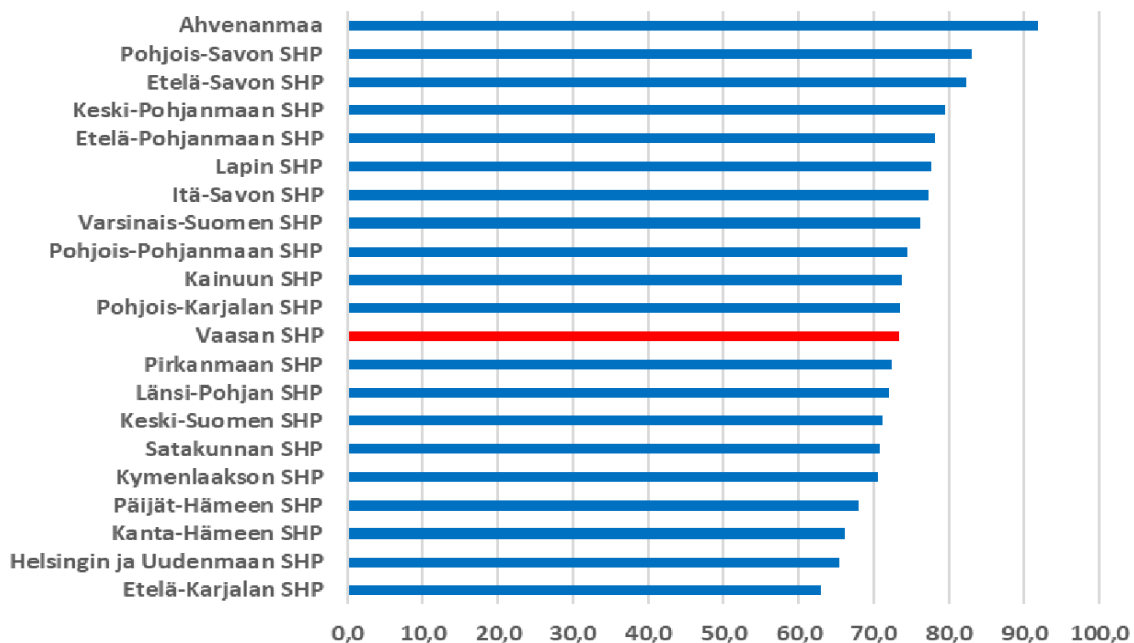
Sosiaali- ja terveydenhuollon kustannusten hajonta herättää seuraavat kysymykset:

- Viekö vuodesta 2012 alkanut hajonta terveystaloudesta oikeaan suuntaan koko Suomen etua ajatellen?
- Onko todella paras ratkaisu perustaa jatkorahoitus tällaiselle 'sirpaleisesta kuntakohtaisesta rahoituksesta juureutuvalle menneisyydelle THL:n ehdottaman mallin mukaisesti?
- Miksi tulevaisuuteen suunnattua kustannusvaikuttavuutta ja yhdenvertaisuuspyrkimystä ei aseteta tulevan rahoitusjärjestelmän ankkureiksi?

9.2 Palvelujen resurssit ja niiden alueellinen käyttö terveys- ja sosiaalisektoreilla sh-piireissä

Seuraavaksi siirrytään tarkastelemaan Tilastokeskuksen työssäkäyntitilaston avulla alueiden sotetyövoimaresurssia väestöön suhteutettuna sairaanhoitopiireittäin.

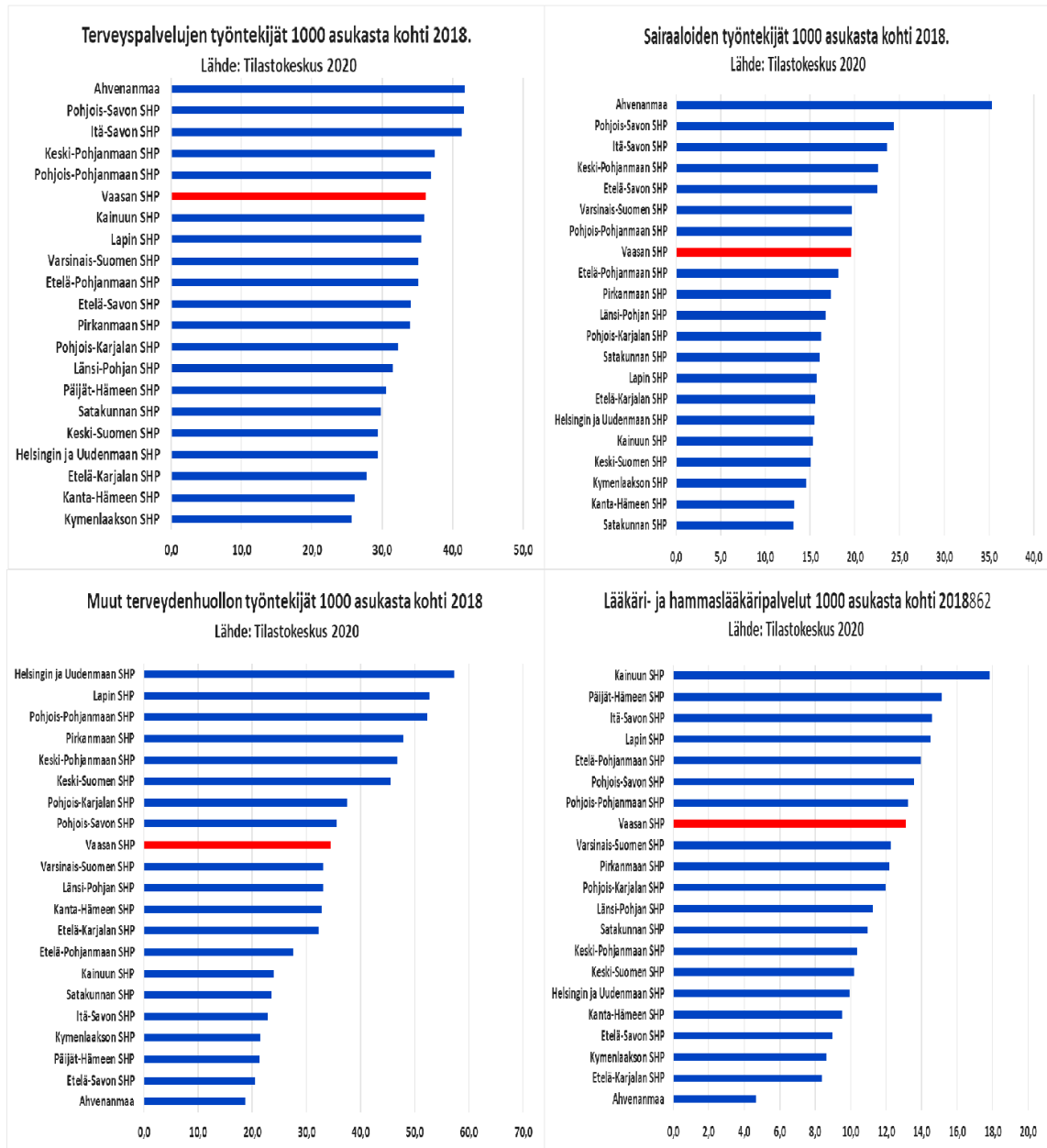
Kuva 37



Kuva 37. Sairaanhoitopiirien terveys- ja sosiaalipalvelujen henkilökunta 1000 asukasta kohti 2018. Lähde: Tilastokeskus 2020

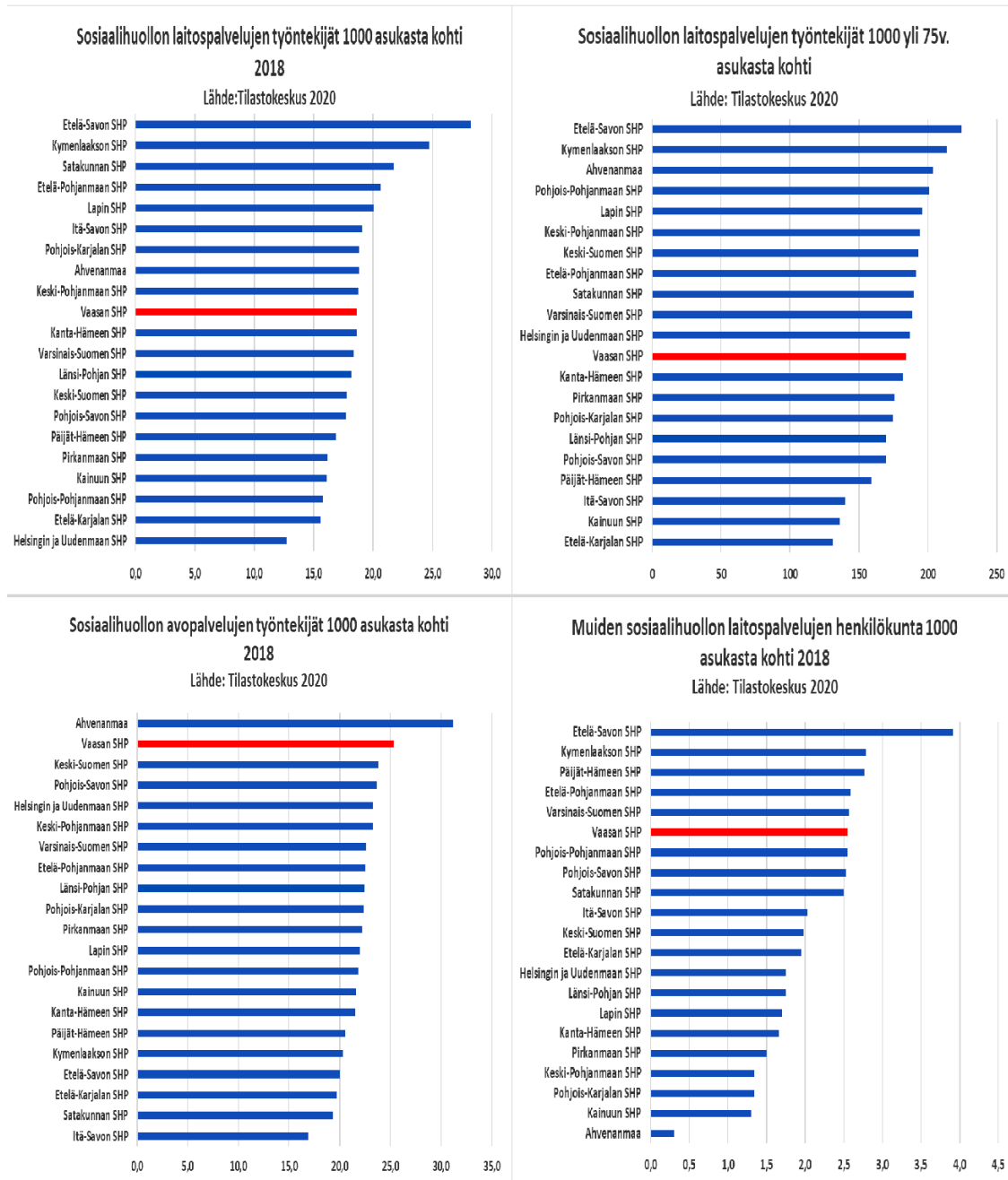
Terveyspalvelujen jakautuminen tehtävittäin on selvitetty **kuvas**sa 38. Siinä terveyspalvelujen työntekijät ja muut terveydenhuollon työntekijät muodostavat yh-

dessä terveyssektorin koko työvoiman, jonka osia sairaaloiden työntekijät toisaalta sekä lääkärit että hammaslääkärit toisaalta ovat.



Kuva 38. Terveyssektorin työntekijöiden alajaottelu 1000 piirin asukasta kohti 2018

Vastaava erottelu sosiaalitoimen työntekijävoimavaroista on esitetty **kuvassa 39**.



Kuva 39. Sosiaalisektorin työntekijöiden alajaottelu 1000 piirin asukasta kohti 2018

Sairaanhoitopiirien vertailu osoittaa, että henkilöstön rakenteiden vaihtelu on suurta.

Pitkät etäisyydet ja toimintaprofiili, kuten yliopistosairaalan osuus piirin henkilöstöstä selittää vaihtelusta osan, mutta ei läheskään kaikkea. Pohjois-Savon henkilökunnan määrää voidaan lähimmin verrata muihin yliopistosairaalan sisältäviin sairaanhoitopiireihin.

Pienimmillä resursseilla selviää Etelä-Karjalan sairaanhoitopiiri, jossa on määrätietoisesti kehitetty palvelurakennetta. Naapuripiiri Etelä-Savo käyttää työvoimaa kolmanneksi eniten.

10 TERVEYSPOLITIIKAN SUURHAASTE – EROT ELINAJANODOTTEESSA

10.1 Suomi kansainvälisessä vertailussa

Seuraavassa on vertailtu eliniän odotetta ja kokonaisresurssia OECD:n Health Statistics rekisterin avulla. Vertailuun valittiin neljä asiaa: terveydenhuollon BKT-osuus, työntekijämäärä, miesten ja naisten elinajanodote syntymästä. **Taulukossa 22** on esitetty Terveydenhuollon BKT-osuus ja työntekijät OECD maissa.

Terveydenhuollon BKT-osuus maittain 2018		Sotepalvelujen työntekijät/ 1000 asukasta	
1 United States	17,0	1 Norway	106,3
2 Switzerland	12,1	2 Denmark	88,6
3 Germany	11,7	3 Sweden	83,9
4 France	11,2	4 Netherlands	81,8
5 Japan	11,1	5 Switzerland	80,7
6 Sweden	10,9	6 Luxembourg	75,5
7 Canada	10,8	7 Finland	75,1
8 Norway	10,5	8 Germany	70,3
9 Austria	10,4	9 Australia	68,0
10 Belgium	10,3	10 Japan	64,6
11 United Kingdom	10,3	11 United States	63,8
12 Denmark	10,0	12 Iceland	62,9
13 Netherlands	10,0	13 United Kingdom	59,8
14 Portugal	9,6	14 France	58,3
15 Australia	9,3	15 Belgium	54,7
16 New Zealand	9,3	16 New Zealand	54,3
17 Chile	9,1	17 Ireland	53,2
18 Finland	9,1	18 Canada	52,9
19 Spain	9,0	19 Austria	52,0
20 Iceland	8,8	20 Israel	49,1
21 Italy	8,7	21 Portugal	38,0
22 Slovenia	8,3	22 Korea	37,4
23 Korea	8,0	23 Lithuania	32,7
24 Greece	7,8	24 Czech Republic	32,4
25 Czech Republic	7,8	25 Italy	32,1
26 Israel	7,5	26 Hungary	31,1
27 Colombia	7,3	27 Spain	31,0
28 Slovak Republic	6,9	28 Slovenia	30,8
29 Ireland	6,8	29 Estonia	29,5
30 Lithuania	6,8	30 Poland	25,8
31 Estonia	6,8	31 Latvia	25,2
32 Hungary	6,4	32 Slovak Republic	25,1
33 Latvia	6,3	33 Chile	24,2
34 Poland	6,2	34 Greece	20,8
35 Mexico	5,5	35 Turkey	14,8
36 Luxembourg	5,4	36 Mexico	9,3
37 Turkey	4,4		

Taulukko 22. Terveydenhuollon BKT-osuus ja työntekijät OECD-maissa 2018. Lähde: OECD

Suomen terveydenhuollon henkilökuntamäärä väestöön suhteutettuna on maailman seitsemänneksi korkein. Kun BKT-osuus on sijalla 18, niin se merkitsee kansainvälisesti matalaa palkkatasoa.

Naisten ja miesten elinajan odote OECD maissa on esitettyinä **taulukossa 23**.

Naisten elinajanodote OECD 2018		Miesten elinajanodote OECD 2018	
1 Japan	87,3	1 Switzerland	81,9
2 Spain	86,3	2 Iceland	81,3
3 France	85,9	3 Italy	81,2
4 Korea	85,7	4 Norway	81,1
5 Switzerland	85,7	5 Israel	80,9
6 Italy	85,6	6 Sweden	80,9
7 Australia	84,9	7 Australia	80,7
8 Israel	84,8	8 Spain	80,7
9 Luxembourg	84,6	9 Ireland	80,5
10 Finland	84,5	10 Netherlands	80,3
11 Iceland	84,5	11 Luxembourg	80,1
12 Norway	84,5	12 Canada	79,9
13 Portugal	84,5	13 France	79,7
14 Greece	84,4	14 Korea	79,7
15 Slovenia	84,4	15 United Kingdom	79,5
16 Sweden	84,3	16 Austria	79,4
17 Austria	84,1	17 Belgium	79,4
18 Canada	84,1	18 Greece	79,3
19 Ireland	84,1	19 Denmark	79,1
20 Belgium	83,9	20 Finland	79,1
21 New Zealand	83,5	21 Germany	78,6
22 Netherlands	83,4	22 Slovenia	78,5
23 Germany	83,3	23 Portugal	78,3
24 Chile	83,2	24 Chile	77,7
25 United Kingdom	83,1	25 Czech Republic	76,2
26 Denmark	82,9	26 United States	76,2
27 Estonia	82,7	27 Turkey	75,6
28 Poland	81,7	28 Colombia	74,3
29 United States	81,2	29 Slovak Republic	73,9
30 Slovak Republic	80,8	30 Poland	73,7
31 Lithuania	80,7	31 Hungary	72,7
32 Colombia	79,9	32 Lithuania	70,9
33 Latvia	79,7	33 Latvia	70,1
34 Hungary	79,6	34 Japan	81,1
35 Czech Republic	82,0	35 New Zealand	80,0
36 Turkey	81,0	36 Estonia	74,0

Taulukko 23. Naisten ja miesten elinajanodote OECD-maissa 2018 (Lähde OECD)

Tämän OECD-tilaston mukaan Suomessa on Pohjoismaista naisten pisin elinajan odote. Miesten osalta olemme Ruotsia ja Norjaa jäljessä, mutta Tanskan kanssa tasoissa. Näin tarkasteltuna Suomi näyttää tuottavan miehille huonompaa elinajanodotetta kuin resurssien perusteella voisi odottaa. Miesten sijoitus listan puolivälissä ei ole huono. Takanamme on esimerkiksi Saksa ja USA. Varsinaisia vaikuttavuusrekisteröintiin perustuvia mekanismeja ei maassamme ole toteutettu.

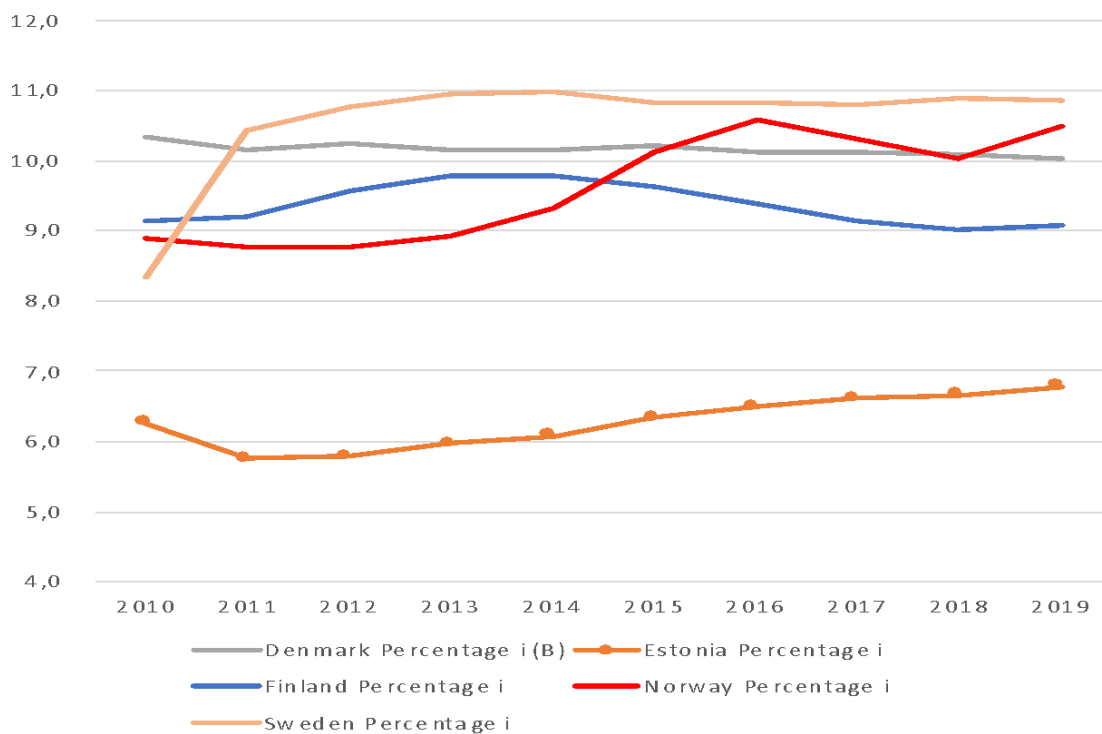
Sopimatta on kokonaan sekin, mitä vaikuttavuusindikaattoreita käytetään ja mitkä raja-arvot niille asetetaan. Luontevin kattava vaikuttavuusanalyysi käynnistyy elinajanodotteen avulla.

10.2 Pohjoismainen vertailu

Nykytilanteen taustan hahmottamista auttaa myös Pohjoismaiden (ja Viron) välinen vertailu koska siihen on voitu liittää jonkun verran myös laatu- ja köyhyyskulmaa.

Tarkastelu aloitetaan makrotasolla vertailemalla ensin, miten terveysmenojen osuus kansantuotteesta on kehittynyt vuosina 2010–2019 (**Kuva 40**) ja sitten **kuvasa 41**, millainen 65 vuotta täyttäneiden elinajanodote oli v. 2017 sukupuolittain samoissa maissa sekä kokonaiselinajan vuosina että esteettömien vuosien määrää tarkastellen.

Esteettömyyden osalta on käytetty OECD:n määritelmää 'without limitations'.

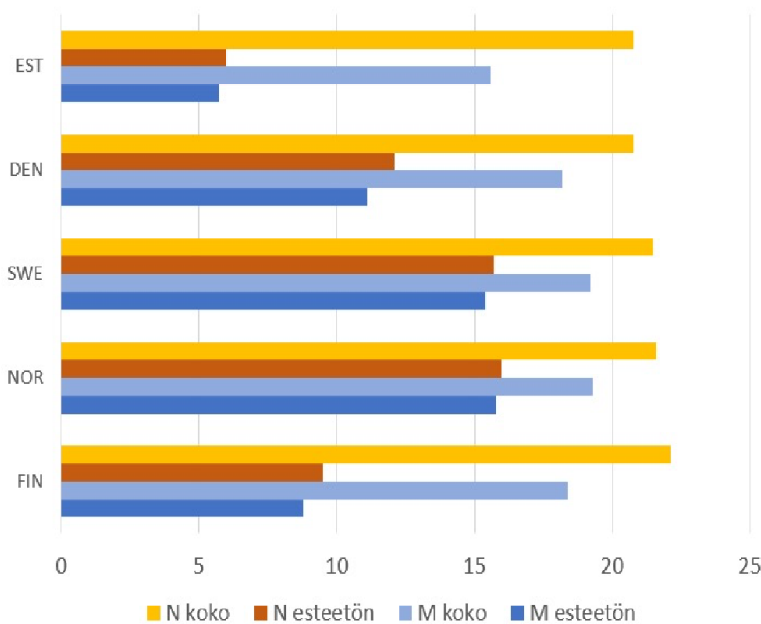


Kuva 40. Terveysmenojen osuus kansantuotteesta neljässä Pohjoismassa ja Virossa (%) 2010–2019

Kansantuoteosuuden osalta voidaan todeta Suomessa tapahtunut nousu hallituskaudella 2010–14, mutta sen jälkeen 2015–19 vastaava lasku. Nousu on vastaava kuin 1990-alun laman aikana tapahtunut kansantuoteosuuden nousu, joka johtui kansantuotteen putoamisesta. Ruotsin terveysmenot hypähtivät 2010 tehtyjen maakuntamalliin ja valinnanvapauteen siirtymisen jälkeen ja ovat pysyneet sen jälkeen liki 11 prosentin tasolla.

Norjan käyrä ei tue sitä, että erikoissairaanhoidon valtiollistamispäätös 2002 olisi johtanut erityisen korkeaan terveysten osuuteen. Sen sijaan Solbergin hallitus näyttää siirtyneen aikaisempaa korkeammalle BKT-osuuden tasolle lisäämällä henkilökuntaa. Tanskan käyrä näyttää tällä aikavälillä vakiintuneen 10 prosenttiin. Viron talouden voimistuminen näkyy voimistavan myös terveysten osuutta.

Kun käännetään esiin mitalin toinen puoli eli mitä terveysten vastikkeeksi saadaan, pitää olla varovainen johtopäätöksissä, mutta tähän on kuitenkin tuotu rinnalle samojen maiden molempien sukupuolten elinajanodotteiden vertailu vuodelta 2017. Se antaa osaltaan tilannekatsauksen yhdestä näkökulmasta. **Kuva 41**



Kuva 41. Naisten ja miesten elinajanodote 65-vuotiaana ja sen esteetön osuus v. 2017 (vuosina) neljässä Pohjoismaassa ja Virossa

Suomi on saavuttamassa muut Pohjoismaat kokonaiselinajan osalta, mutta on kiistattomasti jäljessä ikääntyvien esteettömien elinvuosien määrässä.

Erityisesti miesten esteettömien elinvuosien määrä on huomattavasti pienempi kuin muissa Pohjoismaissa. Palvelujen laadun ja elintapavalintojen vaikuttavuutta pitää siis pystyä Suomessa edelleen tulevana vuosina selvästi kohentamaan.

10.3 Elinajanodotteen muutokset Suomessa 2000–2002 vs. 2017–2019

Tätä työtä varten on ollut käytettävissä elinajan odotteet viideltä kolmivuotiskaudelta alkaen 2000-luvun alusta ja päättyen vuoteen 2019. Seutukunnittaiset muutokset toimivat indikaattorina arvioitaessa palvelujärjestelmän ominaisuuksia. Alueellinen tarkastelu voidaan tehdä hyödyntäen elinajanodotetta erilaisilla aluejaoilla. Tässä yhteydessä pyrimme saamaan luotettavaa tietoa, joten tarkastelua ei

tehdä kuntajaolla, vaan seutukunnittain. Seutukunnista neljä: Koillis-Savo, Joutsa, Tornionjokilaakso ja Ålands Skärgård ovat väestöltään alle 10 000 asukasta ja tilastollisesti liian pieniä. Siksi ne on jätetty pois.

Aluksi tarkastellaan elinajan odotteen kehittymistä valtakunnan tasolla vuosien 2000–2019 välillä **taulukossa 24**.

KOKO MAA	0-vuotiaat			0-vuotiaat % kehitys			30-vuotiaat		
Vuodet	Yhteensä	Miehet	Naiset	Yhteensä	Miehet	Naiset	Yhteensä	Miehet	Naiset
2000-02	78,02	74,52	81,36	100,0	100,00	100,00	48,97	45,73	51,99
2004-06	79,06	75,54	82,46	101,3	101,37	101,35	49,97	46,67	53,11
2010-12	80,29	77,13	83,39	102,9	103,50	102,50	51,09	48,11	53,97
2014-16	81,24	78,38	84,04	104,1	105,18	103,29	51,89	49,18	54,51
2017-19	81,65	78,92	84,34	104,7	105,90	103,66	52,36	49,78	54,87
Muutos 2000-2019	3,63	4,40	2,98	4,65	5,90	3,66	3,39	4,05	2,88
KOKO MAA	50-vuotiaat			65-vuotiaat			80-vuotiaat		
Vuodet	Yhteensä	Miehet	Naiset	Yhteensä	Miehet	Naiset	Yhteensä	Miehet	Naiset
2000-2002	30,40	27,54	32,93	17,88	15,64	19,57	7,83	6,74	8,34
2004-2006	31,32	28,41	33,96	18,92	16,66	20,69	8,53	7,36	9,10
2010-2012	32,21	29,57	34,68	19,55	17,49	21,27	8,86	7,72	9,50
2014-2016	32,85	30,44	35,11	19,92	18,03	21,54	9,09	8,05	9,73
2017-2019	33,30	30,98	35,49	20,25	18,38	21,87	9,31	8,24	10,01
Muutos 2000-2019	2,90	3,44	2,56	2,37	2,74	2,30	1,48	1,50	1,67

Taulukko 24. Elinajanodotteen kehittyminen vuosina ikäryhmittäin 2000–2019

Väestön keski-ikä valtakunnan tasolla syntymästä on noussut 3,6 vuotta, miesten 4,4 ja naisten 3,0 vuotta. Kun siirrytään tarkastelemaan yli 80-vuotiaiden elinajan odotetta, todetaan, että miesten ja naisten välinen nousujen ero on supistunut miltei yhtä suureksi.

11 MILTÄ POHJALTA TURVATAAN ELINAJANODOTTEEN YHDENVERTAISTAMINEN ERI SEUTUKUNNISSA JA MAAKUNNISSA?

11.1 Lähtötiedot

Elinajanodote on eräänlainen terveydenhuollon tulosten loppumittari. Siihen vaikuttavat lääketieteellinen hoito, elintavat, koulutus ja elintaso. Tätä työtä varten Tilastokeskus poimi useita elinajan odotetulosteita. Tarkastelu ulottuu vuosittu-
hannen alkuvuosista vuosiin 2017–2019. Seuraavassa esitetyt tulokset ovat kol-
men vuoden yhdistettyjä tuloksia. Seutukuntakohtaisissa tarkasteluissa neljä pie-
nintä jätettiin pois, koska niissä oli alle 10 000 asukasta. **Taulukossa 25** tarkastel-
laan ensin, missä seutukunnissa naisten ja miesten elinajanodote on parantunut
parhaiten.

Naiset 2017 -2019	Elinajan- odote	Muutos laskeva	Miehet 2017-2019	Elinajan- odote	Muutos laskeva
KOKO MAA	81,36	2,98	KOKO MAA	78,92	4,40
Sisä-Savon seutukunta	79,99	4,67	Tunturi-Lapin seutukunta	78,96	7,56
Varkauden seutukunta	80,42	4,06	Äänekosken seutukunta	78,56	6,88
Nivala-Haapajärven seutukunta	81,89	3,99	Vakka-Suomen seutukunta	79,36	5,66
Pohjois-Satakunnan seutukunta	81,47	3,90	SK063 Etelä-Pirkanmaan seutukunta	79,08	5,61
Lounais-Pirkanmaan seutukunta	80,77	3,85	Sydösterbotten	82,83	5,59
Kotka-Haminan seutukunta	80,78	3,80	Kotka-Haminan seutukunta	77,19	5,57
Kajaanin seutukunta	81,13	3,71	Lounais-Pirkanmaan seutukunta	79,98	5,52
Vakka-Suomen seutukunta	81,01	3,66	Raaseporin seutukunta	79,88	5,52
Raahen seutukunta	81,32	3,64	Pohjois-Lapin seutukunta	77,82	5,46
Åboland-Turunmaan seutukunta	81,36	3,55	Sisä-Savon seutukunta	78,28	5,34
Äänekosken seutukunta	81,53	3,54	Oulun seutukunta	79,96	5,29
Ylä-Savon seutukunta	81,19	3,48	SK182 Kajaanin seutukunta	77,61	5,25
Järviseudun seutukunta	80,79	3,48	Kokkolan seutukunta	80,81	5,22
Forssan seutukunta	81,20	3,44	SK192 Kemi-Tornion seutukunta	78,25	5,21
Kouvolan seutukunta	80,66	3,39	Rovaniemen seutukunta	78,99	5,13
Ylivieskan seutukunta	81,76	3,38	Keski-Karjalan seutukunta	78,31	4,97
Riihimäen seutukunta	80,47	3,31	Varkauden seutukunta	78,01	4,93
Keuruun seutukunta	80,91	3,28	Oulunkaaren seutukunta	76,42	4,83
Etelä-Pirkanmaan seutukunta	81,35	3,19	Ylä-Pirkanmaan seutukunta	78,65	4,76
Pielisen Karjalan seutukunta	80,12	3,17	Saarijärvi-Viitasaaren seutukunta	78,35	4,73

Taulukko 25. Elinajanodote seutukunnittain 2017–19, ja sen muutos vuosien 2000–2002 ja 2017–19 välillä. 12 suurinta kasvajaa.

Taulukko 26 paljastaa sen, missä sukupuolten väliset erot olivat suurimmat ja missä pienimmät vv. 2017–2019.

15 suurinta eroa		15 pienintä eroa	
Pohjois-Satakunnan seutukunta	7,8	Ylä-Pirkanmaan seutukunta	4,8
Jämsän seutukunta	7,4	Raaseporin seutukunta	4,8
Raahen seutukunta	7,3	Mariehamns stad	4,8
Kehys-Kainuun seutukunta	7,2	Oulun seutukunta	4,7
Riihimäen seutukunta	7,1	Ålands landsbygd	4,7
Loimaan seutukunta	7,1	Rovaniemen seutukunta	4,7
Kuusikuntien seutukunta	7,0	Åboland-Turunmaan seutuk.	4,6
Oulunkaaren seutukunta	7,0	Vaasan seutukunta	4,2
Joensuun seutukunta	6,8	Luoteis-Pirkanmaan seutuk.	4,2
Imatran seutukunta	6,7	Loviisan seutukunta	4,2
Saarijärvi-Viitasaaren seutuk.	6,7	Kokkolan seutukunta	4,0
Savonlinnan seutukunta	6,5	Äänekosken seutukunta	3,8
Mikkelin seutukunta	6,5	Kaustisen seutukunta	3,7
Kajaanin seutukunta	6,3	Tunturi-Lapin seutukunta	3,5
Kotka-Haminan seutukunta	6,2	Sydösterbotten	2,3

Taulukko 26. Miesten ja naisten välisen elinajanodotteiden erot vuosina 2017–19 seutukunnittain.

Maaseudun miesten ja naisten elintavat saattavat olla 'samatahtisia', kun taas erilaiset elämäntavat, jotka ovat sekä terveellisiä että epäterveellisiä, aiheuttavat eroavuuksia. Tulkintana voidaan pohtia, onko jossakin seutukunnassa vaikuttavana tekijänä elintapoja standardisoiva yhteisöllisyys. Toisissa seutukunnissa terveystapojen kirjo saattaa olla suurempi, jolloin terveyden erot myös sukupuolten osalta nousevat esiin (alkoholi, tupakka, ylipaino, liikunta, huumeet, saasteet). Myös terveystalveissa näyttää tämän julkaisun perusteella arvioiden olevan niin suuria eroja, että myös niiden heijastuminen vaikuttavuuseroavuuksiin näyttää ilmeiseltä.

11.2 Elinajanodotteen kasvu, työntekijät ja kasvu työntekijää kohti

Aluksi on tehty **taulukko 27**, jossa on yhdistetty molempien sukupuolien elinajanodote ja tehty laskelma jakamalla odotteen kasvu terveydenhuollon työntekijämäärästä (1000 asukasta kohti).

Alue	Työntekijöitä /1000 as.	Elinajanodote 2017-2019	Elinaika /1000 työntekijää LASKEVA
Uusimaa	66,04	82,17	1,24
Etelä-Karjala	65,21	80,90	1,24
Kanta-Häme	67,85	81,72	1,20
Päijät-Härne	69,58	80,97	1,16
Satakunta	71,30	80,92	1,13
Keski-Suomi	71,89	81,47	1,13
KOKO MAA	72,99	81,65	1,12
Kymenlaakso	72,97	80,42	1,10
Pirkanmaa	74,76	82,13	1,10
Pohiois-karjala	75,35	80,40	1,07
Pohjois-Pohjanmaa	77,17	81,82	0,06
Varsinais-Suomi	77,53	81,97	1,06
Kainuu	76,73	80,48	1,05
Pohjanmaa	79,09	82,94	1,05
Lappi	78,66	80,70	1,03
Etelä-Pohjanmaa	80,39	82,08	1,02
Keski-Pohjanmaa	84,35	82,58	0,98
Pohjois-Savo	84,46	81,05	0,96
Etelä-Savo	84,23	80,29	0,95
Ahvenanmaa	95,10	83,48	0,88

Taulukko 27. Elinajanodotteen kasvu maakunnittain vuosien 2021–12 ja 2017–19 välillä työntekijämäärään suhteutettuna (laskeva järjestys)

Maakuntien sijoittuminen on mielenkiintoinen. Naapurimaakunnat Etelä-Karjaa ja Etelä-Savo muodostavat ääripäät.

Toinen on uudistanut palvelujärjestelmäänsä ja toinen panostanut erikoissairaanhoidon. Työntekijämäärissä on eroja.

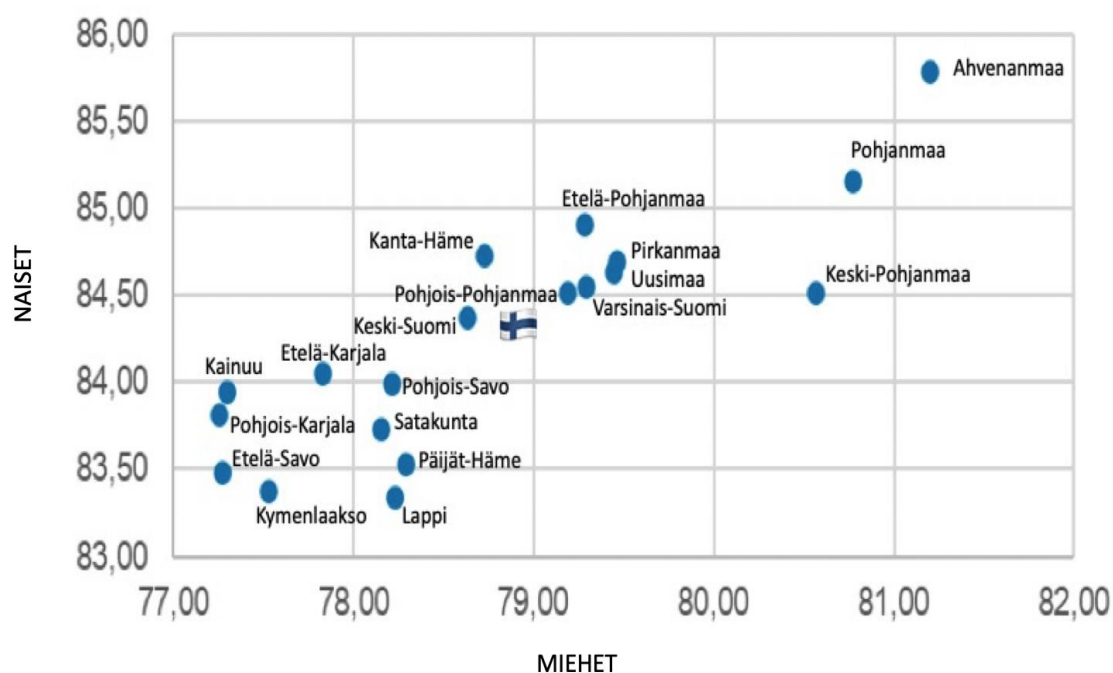
Seuraavaksi vielä sama tarkastelu sukupuolittain. **Taulukko 28.** Edellä mainitut naapurimaakunnat sijoittuvat tässäkin osalta ääripäihin.

Miesten elinajanodotteen (EAO) kasvu vuosien 2010-12 ja 2017-19 välillä vastasyntyneiden ikäryhmässä				Naisten elinajanodotteen (EAO) kasvu vuosien 2010-12 ja 2017-19 välillä vastasyntyneiden ikäryhmässä			
Alue	EAO:n kasvu (vuosia)	Työntekijöitä/1000 as.	Kasvu 100 työntekijää kohti (vuosia) LASKEVA	Alue	EAO:n kasvu (vuosia)	Työntekijöitä/1000 as.	Kasvu 100 työntekijää kohti (vuosia) LASKEVA
Etelä-Karjala	2,13	65,21	3,27	Etelä-Karjala	1,67	65,21	2,56
Kainuu	2,38	76,73	3,10	Pohjanmaa	1,96	79,09	2,48
Pirkanmaa	2,26	74,76	3,02	Uusimaa	1,51	66,04	2,29
Pohjanmaa	2,35	79,09	2,97	Varsinais-Suomi	1,74	77,53	2,24
Uusimaa	1,87	66,04	2,83	Keski-Suomi	1,58	71,89	2,20
Varsinais-Suomi	2,09	77,53	2,70	Etelä-Pohjanmaa	1,73	80,39	2,15
Pohjois-Pohjanmaa	2,02	77,17	2,62	Pirkanmaa	1,59	74,76	2,13
Etelä-Pohjanmaa	2,09	80,39	2,60	Kainuu	1,51	76,73	1,97
Kanta-Häme	1,74	67,85	2,56	Satakunta	1,37	71,30	1,92
KOKO MAA	1,79	73,00	2,45	Kanta-Häme	1,30	67,85	1,92
Keski-Suomi	1,75	71,89	2,43	Keski-Pohjanmaa	1,57	84,35	1,86
Satakunta	1,73	71,30	2,43	KOKO MAA	1,36	73,00	1,86
Keski-Pohjanmaa	1,84	84,35	2,18	Pohjois-Pohjanmaa	1,32	77,17	1,71
Pohjois-Karjala	1,58	75,35	2,10	Pohjois-Savo	1,39	84,46	1,65
Lappi	1,60	78,66	2,03	Päijät-Häme	1,08	69,58	1,55
Pohjois-Savo	1,71	84,46	2,02	Kymenlaakso	1,10	72,97	1,51
Ahvenanmaa	1,91	95,10	2,01	Pohjois-Karjala	1,08	75,35	1,43
Päijät-Häme	1,39	69,58	2,00	Ahvenanmaa	1,22	95,10	1,28
Kymenlaakso	1,34	72,97	1,84	Lappi	0,98	78,66	1,25
Etelä-Savo	0,81	84,23	0,96	Etelä-Savo	0,68	84,23	0,81

Taulukko 28. Elinajanodotteen kasvu maakunnittain vuosien 2021–12 ja 2017–19 välillä työntekijämäärään suhteutettuna sukupuolittain

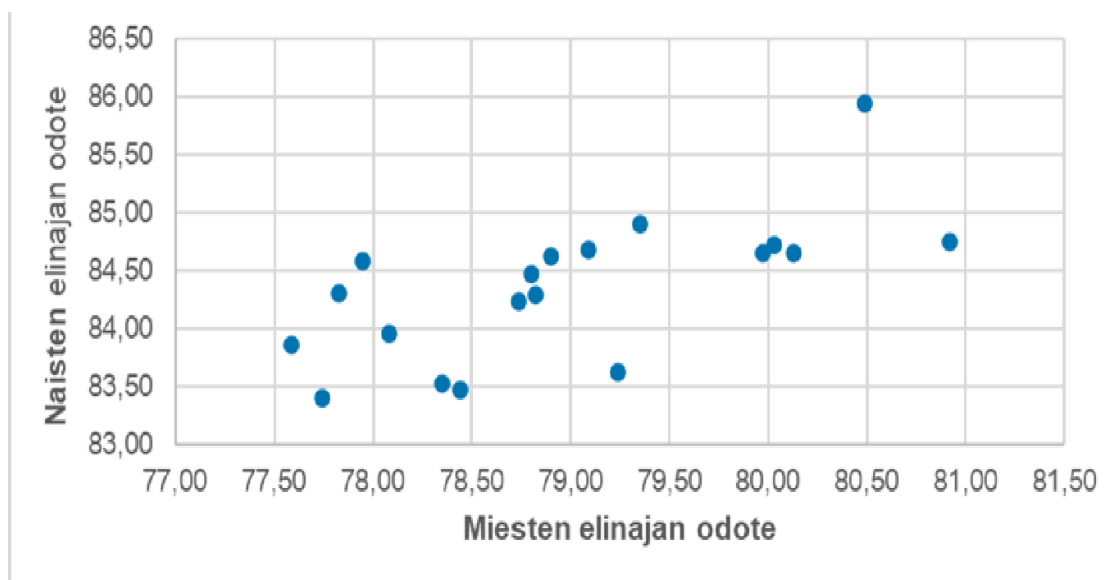
Maakuntien elinajan odotteella ja työntekijämäärällä ei näyttäisi olevan suoraa korrelaatiota, eikä siis liioin kahden keskussairaalan malli pienelle väestöpohjalle näytä lisäävän elinajanodotetta, vaikka työpanos kasvaakin.

Tuloksista koostettiin myös **kuva 42**.

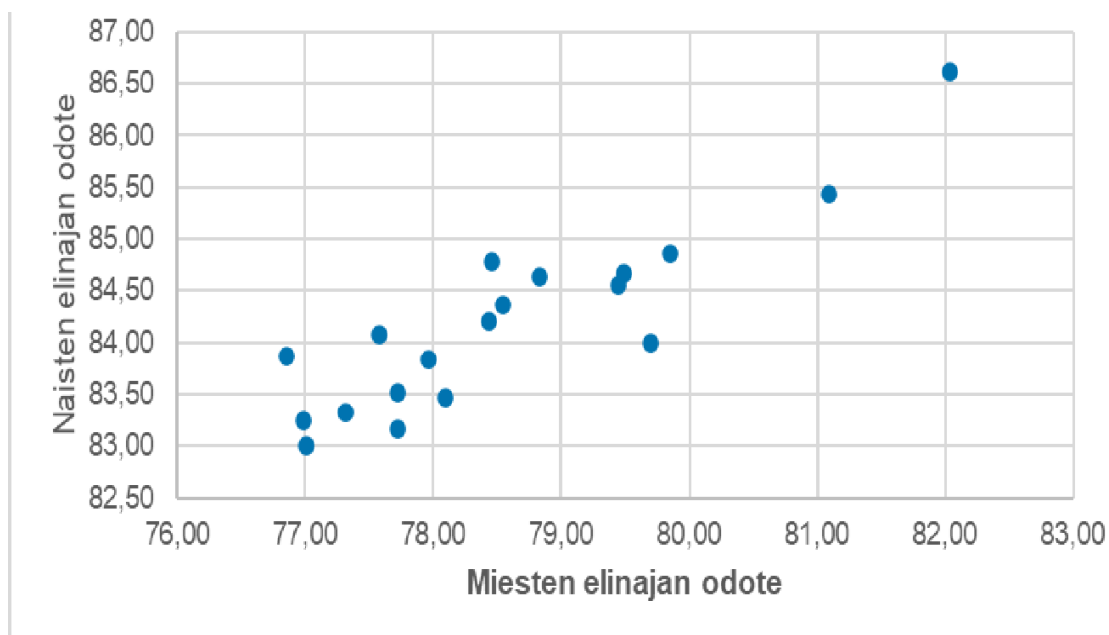


Kuva 42. Maakuntien miesten ja naisten elinajanodotteet 2017–19

Kuvat 43 ja 44 ovat myös mielenkiintoisia. Naisten ja miesten elinajanodote kasvaa maaseudulla pääsääntöisesti samassa tahdissa, mutta keskuskaupunkien osalta hajonta suurempi. Koko väestön kuvassa maakuntien väestön vaikutus näkyy hajonnan lievänä pienentymisenä siinäkin.



Kuva 43. Maakuntien molempien sukupuolten elinajanodotteet 2017–19 keskuskaupungeissa.



Kuva 44. Maakuntien molempien sukupuolten elinajanodotteet 2017–19 keskuskaupunkien ulkopuolella-

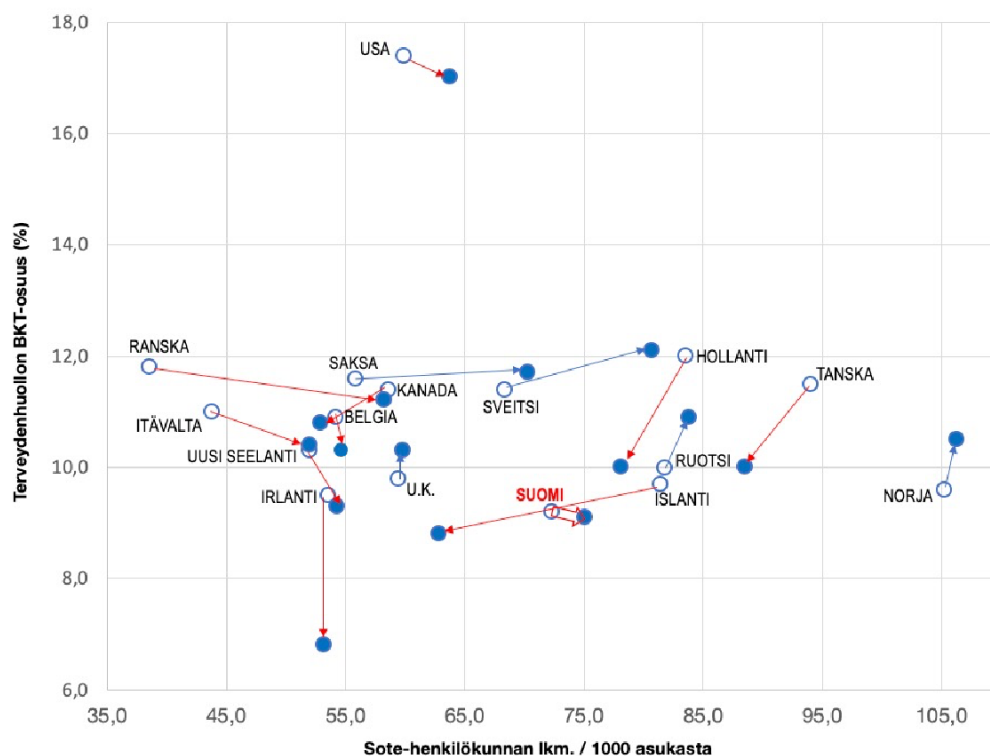
11.3 Henkilöstövoimavarojen suhde kustannuksiin

Kun tehdään avaintunnusluvuilla Suomen terveydenhoitojärjestelmän asemaa koskeva kansainvälinen vertailu **kuvassa 45**, päästään pohtimaan, onko joku maa, jota Suomen kannattaisi pyrkiä seuraamaan.

Tällaisia vertailuja voidaan tehdä monien eri rekisterien avulla. Tavallisimmat ovat OECD:n, WHO:n ja useat EU:n ylläpitämät rekisterit. Vertailu vaatii järjestelmien tuntemista etenkin silloin, kun verrataan toimintamalleja.

Tässä kuvassa on kyse henkilöstövoimavarojen ja terveystenonien vertailusta, joka on siinä mielessä epätarkka, että työntekijämäärissä ovat mukana myös sosiaali-sektorilla työskentelevät, mutta BKT-osuus koskee vain terveydenhuoltoa.

Tällainen vertailu avaa kuitenkin kokonaisnäkymää itse asiaan. Vertailtu on tehty juuri em. OECD:n Health Statistics- rekisterin avulla, ja sen sanomaa on laajennettu vielä siten, että samaan kuvaan on sisällytetty sekä tilastovuoden 2009 (avoin piste) että 2018 tiedot (täytetty piste).



Kuva 45. Terveystalouden BKT-osuus verrattuna terveys- ja sosiaalipalvelujen työntekijämäärään 1000 asukasta kohti vuodelt 2009 (avoin piste) ja 2018 (täytetty piste). Punainen nuoli = BKT-osuus pienentynyt, sininen nuoli = BKT-osuus kasvanut

Suomen terveydenhuollon henkilökuntamäärä väestöön suhteutettuna on siis maailman kuudenneksi korkein. Edellämme olevista maista Tanska ja Hollanti ovat tehneet toimenpiteitä ja kehittäneet uusia rakenteita, joilla kustannustasoa on saatu alas, henkilöstöä vähennetty ja vaikuttavuutta pyritty lisäämään. Suomi sijoittuu tässä kansainvälisessä vertailussa edullisesti, koska se pystyy palkkaamaan suhteellisen paljon henkilökuntaa alhaisella BKT-osuudella. Se selittyy sillä, että sekä hoitajien että lääkäreiden palkkataso on useita verrokkimaita alhaisempi.

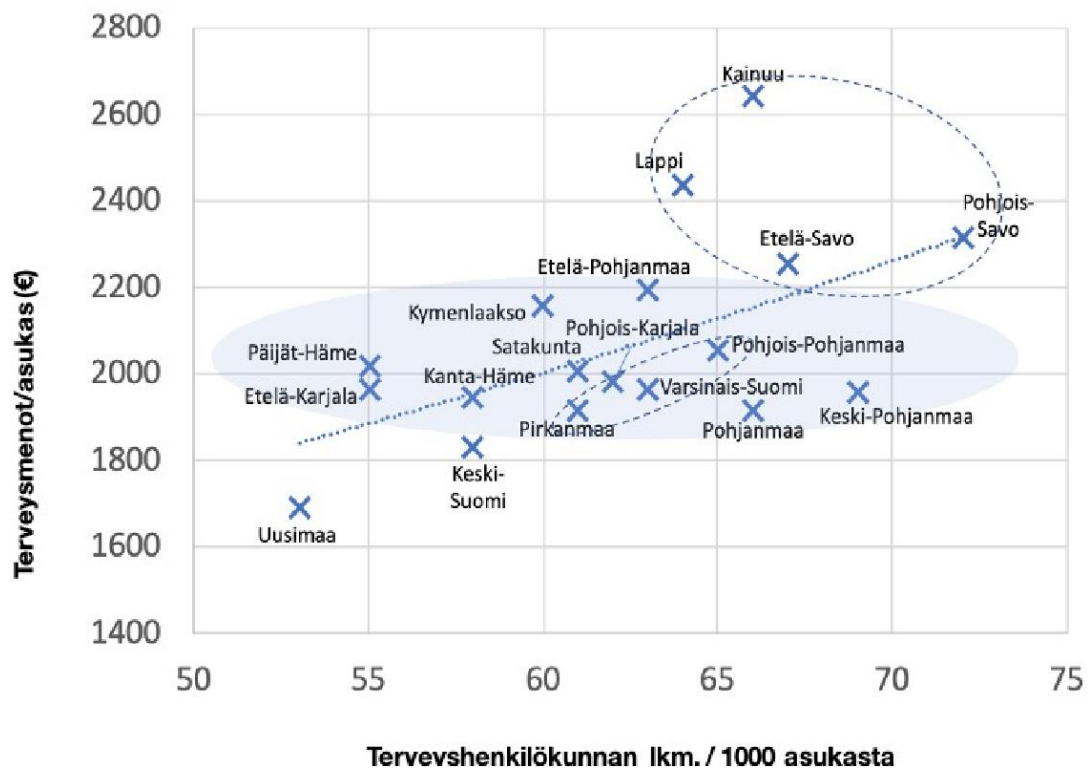
Tämä palkkatason alhaisuus on todennäköisesti suurin selittäjä, mutta osa selitysvaimasta saattaa johtua myös siitä, että Suomen henkilöstörakenne on painottunut hoito- ja avustajahenkilökuntaan.

Onko niin, että vierastyövoiman palkkaamisen avulla Ranska, Saksa, Sveitsi ja Itävalta ovat voineet kasvattaa työvoimaansa niin, että vaikutukset BKT-osuuteen ovat jääneet hyvin maltillisiksi, jopa laskeneet?

Islannin ja Irlannin suuret muutokset ovat puolestaan todennäköisesti sidoksissa näiden maiden merkittäviin talouspoliittisiin vaikeuksiin kyseisellä ajanjaksolla. Suomi on ilmeisesti tiukan kehysbudjetointikäytäntönsä ja uudistumishitaautensa myötä pysynyt tässä tarkastelussa jokseenkin paikoillaan.

Täydennykseksi edellä olevaan kansainväliseen vertailuun jatketaan tilanteen tarkastelua Suomessa maakunnittain.

Kuvassa 46 tarkastellaan ensin terveystyöntekijöiden asukaslukuun suhteutettua määrää maakunnittain terveysmenoihin.



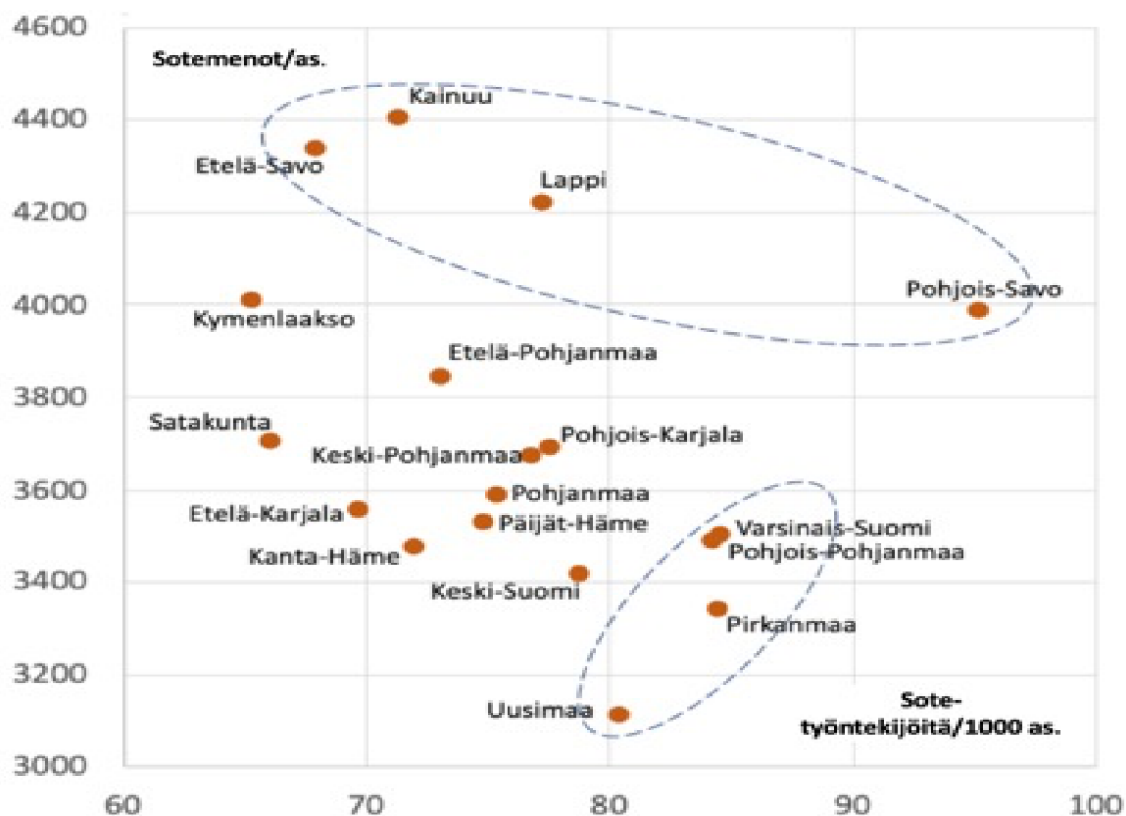
Kuva 46. Terveystyövoiman määrä vs. terveysmenot maakunnittain 2019

Myös tämän analyysin sanoma näyttäisi ainakin osittain tukevan edellä esitettyä kansainvälistä tilannekatsausta. Eksponentiaalinen trendiviiva on toki nouseva, mutta se johtuu neljästä poikkeavan kalliista maakunnasta (pilkkuviiva soikion sisällä) ja kahdesta suhteellisen halvasta maakunnasta. 12 maakuntaa sijoittuu sen sijaan 2000 euron molemmin puolin, eikä työntekijöiden lukumäärä näytä ratkaisevalta tekijältä (vaaleansininen soikiokuvio).

”Poikkeavien maakuntien” erityispiirteisiin törmätään myös jäljempänä esitettävissä analyyseissa.

Keskeinen selittävä tekijä Lapin ja Kainuun sijoitukseen lienee hajanainen asutus. Toinen pilkkuviivoitettu soikio pitää sisällään kolme yliopistosairaalammaakuntaa. Etelä-Savon väestöpohja 133 000 asukasta ei riitä edes yhteen akuuttisairaalaan, joten kahden keskussairaalan järjestelmä on osoitus keskushallinnon heikkoudesta tehdä optimoivia ratkaisuja asioista, joista ei aluepoliittisten intressien vuoksi pystytä edes kunnolla keskustelemaan.

Kokonaiskuva muuttuu huomattavasti, kun vertaillaan koko maakunta-kohtaisten sote-sektorin asukaskohtaisia menoja koko sote-sektorin työn-tekijämääriin. **Kuva 47**



Kuva 47. Sote-työvoiman määrä vs. sote-menot maakunnittain 2019.

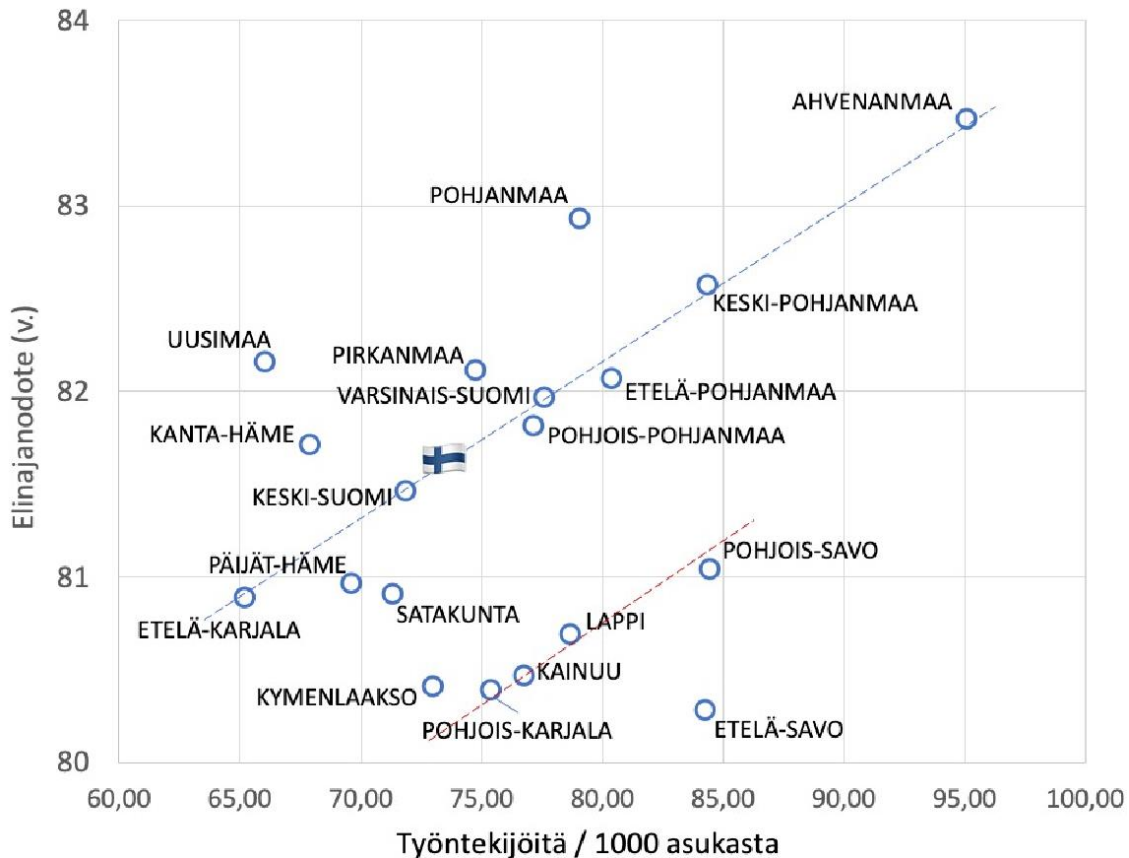
Selvää trendiä ei nouse tässäkään näkyville, mutta sen sijaan kolmen maakunnan eli Kainuun, Lapin ja Etelä-Savon rypäs erottuu kalliina, kumppaninaan Pohjois-Savo. Mutta Pohjois-Savolla on huomattavasti suurempi työntekijämäärä. Kustannuksiltaan suhteellisesti edullisen nelikon muodostavat muut neljä yliopistosairaalamaakuntaa.

Jos verrataan kansainväliseen mittakaavaan, niin Pohjois-Savossa näyttäisi olevan maailman mittakaavassakin paljon työväkeä, kun taas Kymenlaakso, Satakunta ja Etelä-Savo ovat eurooppalaista keskitasoa, mutta niistä Etelä-Savo on verraten kallis.

11.4 Voidaanko työntekijärakenteen vaikuttavuutta parantaa rakenteella ja laadulla määrän lisäämisen sijaan?

Terveystalouden tuloksen mittaamisesta käydään jatkuvasti keskustelua. Yleensä mittarit keskittyvät jonkun yksikön ominaisuuksien mittaamiseen. Kokonaisuutta on vaikeampi mitata. Tätä työtä tehdessä kokonaisuuden arviointi on ollut tavoitteena. Lähtökohtaisesti sen täytyy olla tilastollisesti luotettava. Siksi tarvitaan noin 100 000 asukkaan väestöpohja. Tarvittava tuloksen luotettavuus saavutetaan väkimmäisissä piireissä.

Kuvasta 48 näkyy, että samansuuruisella terveydenhuollon työntekijämäärällä alueilla on erilainen elinajanodote.



Kuva 48. Maakunnan elinajan odote vuosina alueen 1 000 terveydenhuollon työntekijää kohti

Haasteen jatkosuunnittelulle ja -selvittelylle näiden kahden ryppään (ylempi ja alempi vinoviiva) syy-seuraussuhteiden jatkoselvittelyn lisäksi askarruttaa se tosiasia, että samansuuruisella työvoimapanoksella Lapin elinajanodote on yli kaksi vuotta alhaisempi kuin Pohjanmaan ja Etelä-Savon elinajanodote on 2,5 vuotta alhaisempi kuin Keski-Pohjanmaan. Selitys ja vaikuttamiskeinot löytyvät muualta.

Miksi muut yliopistosairaalapiirit ja Etelä-Pohjanmaa eivät voisi tulla toimeen likipitään Uudenmaan kaltaisella työvoimapanoksella?

Taustalla on mittarin ominaisuus, sillä elinajanodotteeseen vaikuttavat myös väestön geneettiset ja sosioekonomiset ominaisuudet.

Tämä nostaa esille uusia vaihtoehtoja. Saavutetaanko elinajan lisäys hoitavalla lääketieteellä vai parantamalla väestön terveyttä ja terveyskäyttäytymistä kaiken ikää. Suomessa Pohjois-Karjala-projekti oli varhainen esimerkki tällaisesta ajattelusta.

Elinajan lisääntymiseen vaikuttavat yhdessä primaari-, sekundaari- ja tertiääri preventio. Niiden yhdistelmän optimoinnista on kyse. Se toteutuu aina juuri ja vain kansalaiskohtaisesti, joten eniten apua tarvitsevat kansalaiset pitää osata tunnistaa ja näihin kansalaisiin on pyrittävä vaikuttamaan eniten. Piirejä, maakuntia tai seutukuntia ei voi hoitaa. Tilastotiedon valossa voidaan tuotannon ohjausta hallita ja kohdentaa, mutta lopulta vain yksilöön vaikutetaan.

Englannin NHS arvio, että 10 % kustannussäästö on saavutettavissa terveillä elintavoilla ja siitä seuraavana tautien ilmenemisen vähenemisenä. Toimenpiteet, joilla parannetaan taajaman yhteisöllisyyttä parantavat myös väestön terveyttä. Mitä tällaiset toimenpiteet voisivat olla? NHS:n mukaan kylätalot, koulujen iltakäyttö ja voimistelusalien avaaminen väestön kuntoiluun, asukkaiden yhdessä huoltamat istutukset, musiikin kuuntelu ja muut harrastukset esitetään keinoina lisätä yhteisöllisyyttä. Boråsin sosiaaliviranomainen on järjestänyt maahanmuuttajille ja ikääntyneille viikoittaisen kahvihetken ja yhteisiä musiikin kuuntelutilaisuuksia. Toimenpiteillä saadaan vähennettyä yksinäisyyttä ja pidettyä erillisryhmä aktiivisena. Primaaripreventiota voidaan siis ylläpitää elämän loppuun saakka.

Mutta kuka tästä huolehtisi maan kattavasti?

11.5 Maakuntien väliset elinajanodotteen erot suhteessa työvoimaan ja rahoitusmuutoksiin

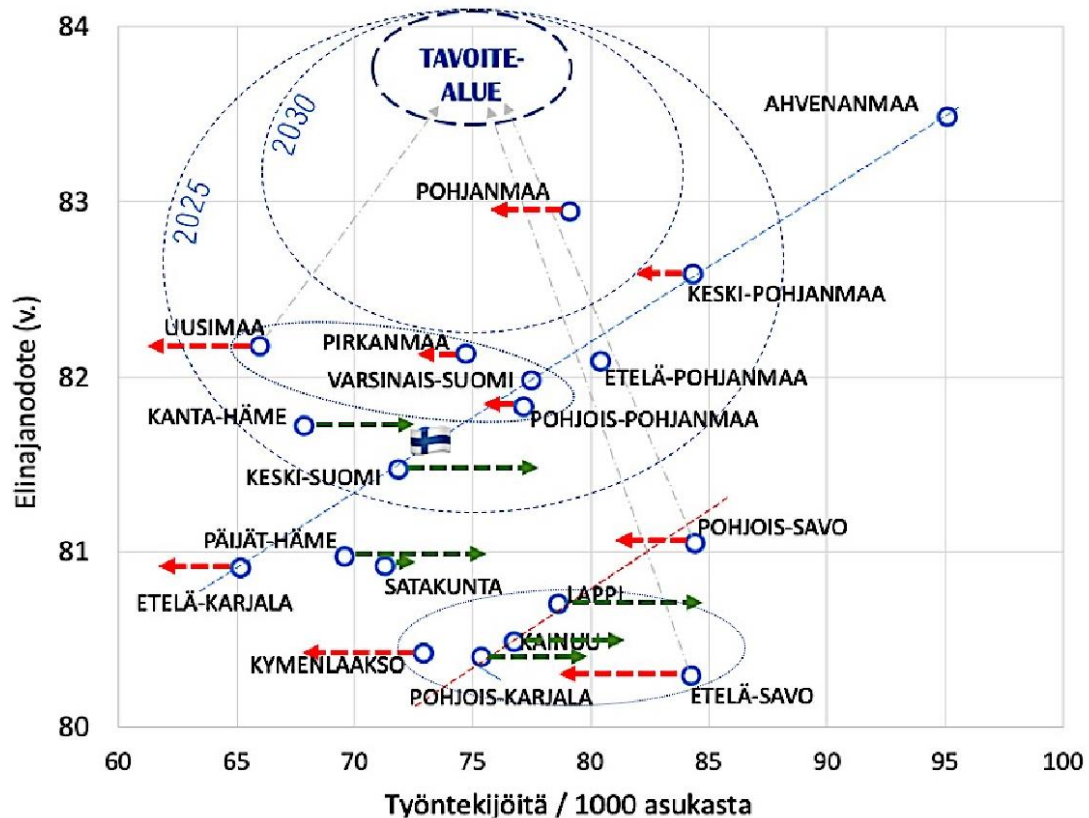
Pohdintaa jatketaan täydentämällä edellistä kuvaa 47 lisäämällä kuvaan tavoitealue (sininen rengas kuvan yläosassa). **Kuva 49.**

Sinnehän olemme pyrkimässä, pidemmän ja terveitä vuosia sisältävän ideaalin saavuttamiseen kohtuullisella työntekijämäärällä. Tavoitteeseen pääsy merkitsisi huomattavaa kaventumista sukupuolten elinajanodotteen eroissa sukupuolten välillä. Samalla kansalaisten yhdenvertaisuus paranisi. Kaikkien maakuntien pitää siis edetä kohti tavoitealuetta, mahdollisimman hyvään asemaan ja ennen pitkää tavoitealueelle – ehkä vielä siitäkin parempaan. Tavoitealueella on sisäkkäisiä kehiä, joihin liittyy vuosiluku. Vuosiluku tarkoittaa sitä, mihin vuoteen mennessä maakunnan pitäisi saavuttaa tavoitealueen kukin kehä. Keskellä kuvaa on Suomen lippu osoittamassa valtakunnallista keskiarvoa.

Kun maakuntien välillä on huomattavia eroja, muodostaa tavoitteen saavuttaminen hyvin erilaisen haasteen eri maakunnille. Etelä-Savolla ja Pohjanmaalla on kyllä sama suunta, mutta hyvin kaukana toisistaan olevat lähtökohdat. Ne eivät tasoitu itsestään tai pelkän Etelä-Savon voimin. Toisaalta se, jolla nyt menee huonosti, voi helpommin parantaa suoritusta.

Etelä-Karjala on optimoinut työvoiman käyttöä ja palvelurakennetta, mutta sekin tarvitsee tukea elinajanodote-eron kaventamiseksi parhaiden maakuntien väestöihin verrattuna.

Yliopistollisten sairaaloiden sijaintimaakunnat ovat lähellä toisiaan, oman soikionsa sisällä, mutta yksi on joukosta poissa: Pohjois-Savo. Pohjois-Savossa on eliniän odote samaa kuin Lapissa, Kainuussa, Kymenlaaksossa, Pohjois-Karjalassa ja Etelä-Savossa.



Kuva 49. Maakuntien mahdollisuudet ja edellytykset päästä kansalliseen elinajanodotetavoitteeseen

Kuvaan on piirretty myös viistosti ylöspäin etenevät katkoviivat. Ne opettavat, että Etelä-Savolle ei ole oikea suunta pyrkiä ja edetä kohti Ahvenanmaata. Sinne pyrkiminen on juuri yksi selvimmistä virheellisistä illuusioista. Suomella ei ole mahdollista rahoittaa Ahvenanmaan käytössä olevaa henkilöstömäärää koko väestölleen.

Kuvaan on vielä piirretty lisäke: nyt hyväksytyn lain mukanaan tuomat rahoitusmuutokset. Niitä kuvaavat vaakasuorat nuolet ovat vailla skaalaa, mutta nuolien pituudet kertovat muutoksen suuruusluokan kussakin maakunnassa. Vihreä nuoli tarkoittaa rahoituksen lisäämistä ja punainen sen leikkaamista.

Tästä nyt esillä olevasta näkökulmasta tarkastellen THL:n laatima uusi rahoitusmalli tuntuu kummalliselta. Monet nuolet osoittavat kohti 75 työntekijän/asukas keskikohtaa. Mutta ovatko Uusimaa, Etelä-Karjala ja Kymenlaakso niitä maakuntia, joiden rahoitusta pitää karsia?

Selviääkö Etelä-Savokaan pisimmästä taipaleestaan kohti tavoitealuetta, jos sen rahoitusta heti alkuun leikataan? Varsinkin, kun kumppanit eli Pohjois-Karjala, Lappi ja Kainuu saavat lisärahoitusta?

Perustavan laatuinen avainkysymys on kuitenkin se, osaavatko ja pystyvätkö maakunnat itsenäisinä taivaltamaan kohti optimia vai tarvitsevatko ohjaavaa kättä. Niiden on nimittäin päästävä kehälle, jossa on merkintä 2025 jo neljän vuoden kuluessa ja sisemmälle kehälle (2030) viimeistään kymmenessä vuodessa.

Tavoitealue tarkoittaa vuotta 2036 ja se voi olla hieman utopistinen kaikille tavoitettavaksi, mutta keskiarvon eli Suomen lipun sijaintina tuolloin erittäin kelvollinen.

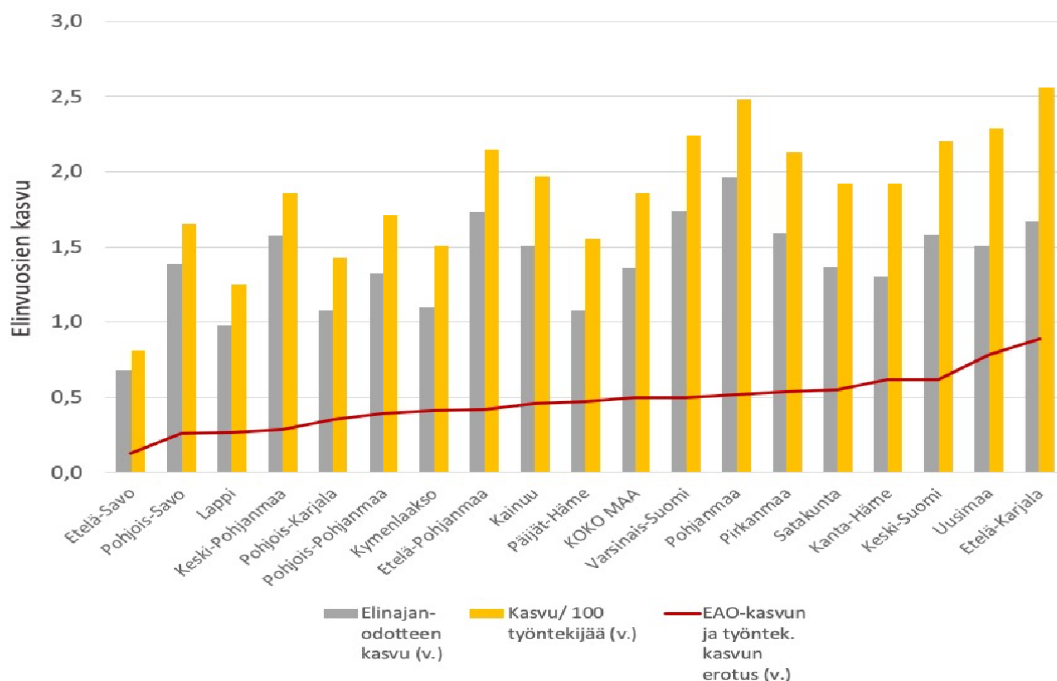
Tämä kuva sisältää osaltaan tämän julkaisumme keskeisen ytimen. Toteuttamistavan ymmärtämiseksi analyysia on tarpeen kuitenkin pohtia vielä astetta pidemmälle.

11.6 Voidaanko palvelujärjestelmän vaikuttavuutta arvioida suuntaa antavasti?

Edellä tarkastelimme elinikää ja sen työvoiman määrää, millä elinikä on saavutettu. Näin saatiin otettua ensiaskeleet panos-tuotos mittarille: "elinvuosia työvuosilla". Näin voitiin rakentaa elinajanodotteen ja työntekijöiden määrän välille tilastomatriisi, jolla voitiin suuntaa antavasti arvioida palvelujärjestelmän vaikuttavuutta.

Maakunnallinen väestö ja työntekijämäärä on otettu Tilastokeskuksen työssäkäyntitilastosta. Elinajanodote on tätä raporttia varten laskettu Tilastokeskuksessa.

Pohjan tarkastelun jatkamiselle antaa seuraava taulukon 31 luvuista laadittu **kuva 50**.



Kuva 50. Maakuntien henkilöstön toiminnan 'vaikuttavuusarvio'

Tulokset antavat paljon ajattelemisen aihetta.

Odottaisi maakuntien olevan järjestyksessä muuttotappion tai -voiton mukaan. Osittain näin onkin, mutta logiikka ei kulje koko kuvan läpi. Elinajanodote Etelä-Karjalan maakunnassa on alhainen, mutta pieni työntekijöiden määrä nostaa maakunnan parhaaksi. Etelä-Karjala on myös pystynyt parantamaan elinajan odotetta. Pohjois-Savossa lähinnä yliopistosairaalaista aiheutuva suhteessa korkea työntekijämäärä aiheuttaa puolestaan tällä tavalla laskien matalan sijoituksen. Yliopistosairaalan vaikutuksenhan ei pidäkään kohdentua vain omaan maakuntaan.

Tarvitaan määrätietoista kansallista kunta- ja maakuntahallinnon ohittavaa sitovaa substanssiosaamiseen perustuvaa johtamista kaikkien keskitason alle jääneiden kansalaistemme turvaksi. Tähän tarvitaan uusi, parhaiden käytäntöjen tutkimus- ja ohjausryhmä, jollaista maassamme ei nyt ole. Tällöin yhdenvertaisuutta pystyttäisiin asteittain valtion ohjauksessa parantamaan.

Uudistamisen toteutus voidaan ja pitää tehdä valtakunnallisesti osajien laatimien optimoitujen kustannus- ja tuotantolaskelmien pohjalta. Tällaisesta johtamisesta, ohjeiden laatimisesta ja niiden jalkauttamisesta sekä tulostavoitteiden saavuttamisesta pitää myös palkita. Yllä oleva graafi viittaa siihen, että Etelä-Karjalan vaikuttavuus on ollut parasta ja Etelä-Savon heikointa. Tuloserojen kavennustyö voidaan aloittaa heti.

Vaikka tämä pohdinta on tässä vaiheessa vielä vain tämän julkaisun tekijöiden 'ajatuskoe' tai hypoteesi, kannattaa sen sanoma ottaa vakavasti.

Miten muuten kuin kansallisen ohjaustyön avulla voimme tulevaisuudessa turvata, että kaikkien maakuntien vaikuttavuus on jatkossa korkealla tasolla ja kohdistuu erityisesti myös miesten elinajanodotteeseen? Kaikki maakunnat tuskin pystyvät vastaamaan tähän haasteeseen omin eväin riittävän yhdenvertaisesti ilman kansallista johtamista ja tukea.

12 Palvelujen tarve ja kustannukset

Suuren ikäluokan poistumisen palvelutarpeesta ja sen kustannuksista käydään julkista keskustelua. Keskustelussa ennakoitaan ikääntymisestä syntyvää kustannusten kasvua ja vaaditaan Ruotsin tasoon vedoten noin yhden miljardin euron suruista lisärahoitusta palvelujärjestelmään. Perusero Ruotsiin johtuu palkkatasosta, joka on Suomessa matalampi. Ruotsin tason saavuttaminen on helposti tehty nostamalla hoitohenkilökunnan palkat Ruotsin tasolle.

Toisaalta julkinen talous on tulevana vuosina poikkeuksellisen kireä, joten kunta- ja sosiaalisektori joutuu myös miettimään toimintansa tarkoituksenmukaisuutta ja taloudellisuutta.

Suuren ikäluokan poistumisen lisätarpeesta on ollut erilaisia arvioita. Osassa maata väkiluku vähenee ja aiheuttaa resurssien uudelleenjärjestelyn. Useissa arvioissa puhutaan miljardin euron lisätarpeesta. Kuolemien määrän kasvun perusteella arvioituna summa on 300 miljoonan euron suuruusluokkaa. Jos soten kustannukset ovat noin 20 miljardia euroa, on kysymys noin 1,5 % lisätarpeesta. Tarve kohdistuu maantieteellisesti eri tavalla, pääosin suuriin kasvaviin asutuskeskuksiin.

Valtakunnallinen lähtökohta voisi olla, että soten tehtävät on hoidettava mahdollisuuksien mukaan nykyisellä rahoituksella järjestämällä uudelleen toimintaa. Seuraavassa on näkökohtia tähän keskusteluun.

Keskustelussa ei huomioida, että määrällisesti olemme hoitopaikkojen määrän suhteessa edellä Ruotsin tasoa. Kuten seuraavasta ilmenee, Suomessa on enemmän ympärivuorokautisia hoitopaikkoja (8,3 %:lle yli 75-vuotiaista) kuin Ruotsissa. Siellä taso on 7 %.

Tämä ero, 1,3 % yksikköä, on sen suuruinen sisäinen reservi, joka riittäisi suuren ikäluokan poistumisen lisätarpeeksi, mutta reservi sijaitsee maantieteellisesti väärässä paikassa eli haja-asutusalueella, kun tarve on kaupunkikeskuksissa.

12.1 Suomen nykyiset sote-resurssit verrattuna OECD- tasoon

Suomi ei voi olla erillinen saareke, vaan sen on seurattava omaleimaisesti kansainvälistä kehitystä. Siksi myös terveydenhuoltojärjestelmän resursseja arvioitaessa on syytä tuntea muiden maiden tilanne ja suhteuttaa oma järjestelmä muiden vastaavien maiden tilanteeseen.

Kansanvälisesti merkittäviä terveydenhuollon tilastotuottajia ovat EU:n EUROS-TAT Database Health, OECD:n Health Data ja WHO Health for All Database. Näistä jokaisella on oma profiilinsa. Eurostat-terveystilasto on muodosteilla oleva laaja kokoamatiedosto. WHO-Euro sisältää tautikohtaista tietoa. OECD on ajantasaisin ja luotettavin rakenteiden vertailuun ja siksi käytämme sitä seuraavassa. **Taulukko 29.**

Tarkastelussa on kolme saraketta, joissa maat on laskevassa järjestyksessä. Ensimmäinen sarake on soten bkt-osuus. Suomen sijoitus keskivaiheille vastaa maamme ekonomista asemaa. Sijoitus kansanterveysjärjestelmää rakennettaessa 1970-luvulla oli 7 % tasoa. Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilökunnan määrässä sijoitumme neljänneksi. Saavutus on hyvä ja Ruotsia edellä.

Jakamalla henkilömäärä 1000 asukasta kohti bkt-osuudella saadaan indeksi, joka kuvaa henkilökuntaa suhteellista rahoitusyksikköä kohti. Luku kuvaa työpanosta rahalla. Suomen korkea sijoitus viittaa matalaan palkkatasoon. Suomen henkilökunta onkin palkkakuopassa.

Sosiaali ja terveydenhuollon bkt-osuus %, henkilökunta (HK) 1000 asukasta kohti ja henkilökunta bkt-% kohti (2019 tai lähin vuosi) LASKEVASTI LUOKITELTUNA						
	Maa	Bkt %	Maa	HK/1000 asukasta	Maa	HK 1000 asukasta /Bkt %
1	United States	16,8	Norway	107,0	Luxembourg	14,7
2	Germany	11,7	Denmark	90,3	Norway	10,2
3	Switzerland	11,3	Switzerland	82,7	Denmark	9,1
4	France	11,1	FINLAND	80,1	FINLAND	8,7
5	Japan	11,0	Luxembourg	78,9	Ireland	8,0
6	Sweden	10,9	Sweden	78,5	Iceland	7,6
7	Canada	10,8	Germany	72,9	Switzerland	7,3
8	Belgium	10,7	Australia	68,0	Australia	7,2
9	Norway	10,5	United States	66,1	Sweden	7,2
10	Austria	10,4	Japan	66,0	Israel	6,8
11	Netherlands	10,2	Iceland	65,5	Germany	6,2
12	United Kingdom	10,2	Netherlands	63,1	Netherlands	6,2
13	Denmark	10,0	United Kingdom	60,7	New Zealand	6,2
14	Portugal	9,5	Canada	58,9	Japan	6,0
15	Australia	9,4	France	58,1	United Kingdom	6,0
16	Chile	9,3	Belgium	56,3	Canada	5,4
17	FINLAND	9,2	New Zealand	56,0	Latvia	5,3
18	Spain	9,1	Ireland	53,7	Belgium	5,3
19	New Zealand	9,1	Austria	53,5	France	5,2
20	Italy	8,7	Israel	50,4	Korea	5,2
21	Iceland	8,6	Korea	42,7	Hungary	5,1
22	Slovenia	8,5	Portugal	40,2	Austria	5,1
23	Korea	8,2	Latvia	35,6	Estonia	4,5
24	Greece	7,8	Czech Republic	34,0	Czech Republic	4,3
25	Czech Republic	7,8	Italy	33,5	Portugal	4,2
26	Colombia	7,7	Hungary	32,6	Turkey	4,2
27	Israel	7,5	Spain	32,4	Poland	4,0
28	Costa Rica	7,3	Slovenia	32,2	United States	3,9
29	Lithuania	7,0	Estonia	30,2	Italy	3,9
30	Slovak Republic	7,0	Chile	26,5	Slovenia	3,8
31	Estonia	6,7	Lithuania	26,3	Lithuania	3,8
32	Latvia	6,7	Poland	25,7	Slovak Republic	3,7
33	Ireland	6,7	Slovak Republic	25,7	Spain	3,5
34	Poland	6,5	Greece	24,9	Greece	3,2
35	Hungary	6,4	Colombia	18,5	Chile	2,8
36	Mexico	5,4	Costa Rica	18,3	Costa Rica	2,5
37	Luxembourg	5,4	Turkey	18,1	Colombia	2,4
38	Turkey	4,3	Mexico	9,2	Mexico	1,7

Taulukko 29. Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon voimavarat (bkt-osuus ja henkilökunnan määrä) OECD-maiden vertailussa.

13 Vanhustenhoidon uudistaminen ei VÄLTTÄMÄTTÄ aiheuta merkittävää lisävoimavarojen tarvetta

Julkisuudessa esiintyy lähes viikoittain kannanottoja, joissa päivitetään suuren ikäluokan poistumisen aiheuttamia ongelmia ja kustannuksia. Siksi seuraavassa tarkastellaan lähemmin seuraavan 2040-luvun palvelutarvetta.

Tarkastelua on jo tehty Kunnallissalan kehittämissäätöön julkaisussa Pyramidista palveluverkkoon (viite). Siellä tarkemmin esitetyin perustein voidaan pitää yhden kuoleman tarvitsevan noin kahdeksan kuukautta hoiva-aikaa.

Aluksi pyrimme hahmottamaan tarpeen suuruusluokkaa. Vaikka suuret ikäluokat syntyivät pääosin kolmena vuotena 1946–1948, jakaantuu heidän kuolemisensa useille vuosille ja huippu on vuoden 2040 kohdalla. Seuraavan taulukon tiedot perustuvat tekijöiden aikaisempaan julkaisuun (Pyramidista palveluverkkoon), jossa on tarkasteltu elämän kahden viimeisen vuoden ajan jakautumista terveeseen ja sairaana olemiseen aikaan. Tarkastelut ovat luonnollisesti karkeita, mutta ilmiön suuruuden hahmottamiseen riittäviä. Taulukosta nähdään, että kuolemat kasvavat noin 10 000. Viimeinen elämän vuosi jakaantuu kahteen osaan: aikaan, jossa tarvitaan normaaleja ikääntymisen tukipalveluita ja elämän päättymiseen, jolloin avun tarve on suurempaa ja usein ympärivuorokautista.

Taulukosta 30 nähdään, että näin ajateltuna suuren ikäluokan elämän päättymisen lisätarve olisi noin 5 200 sairausvuotta vuonna 2040 ja alle 300 miljoonaa euroa vuositasolla. Summa on pienempi kuin ikään perustuneissa arvioissa, joissa hoitotarve arvioidaan nykyisen ikäryhmäkohtaisen käytön perusteella huomioiden sitä, että terve elinikä kasvaa ja hoitoprosessia voidaan kehittää.

Suuren ikäluokan poistuminen koskee erityisesti suuria asutuskeskuksia, joissa asukasmäärää vastaavat vanhusten palvelut ovat rakentamatta. Vastaavasti osassa tyhjenevää Suomea on ylikapasiteettia, joka ei ole siirrettävissä. Tällaisen murroksen ohjaaminen vaatii kansallista johtamista, eikä ole pelkästään maakuntatasoisesti hallittavissa.

Vuosi	Kuolleeiden määrän muutos-ennuste 2019->2040	Hoito-vuoden laskennallinen keskihinta (€)	Terve-aika (vrk)	Sairaus-aika (vrk)	Sairaus-vuosia	Elämän päättymisen kokonais-kustannus M€
2019	53 831	62 000	200	160	23 925	1 205
2040	65 564	62 000	200	160	29 140	1 468
Erotus 2019-40	11 733	62 000	200	160	5 215	262

Taulukko 30. Karkea arvio suureten ikäluokkien poistumiseen liittyvästä hoitokustannusten kasvusta vuodesta 2019 vuoteen 2040

Suuren ikäluokan poistumisen aiheuttama vanhusten lisääntynyt palvelutarve on alueellinen. Suuren ikäluokan muuttoliike suuntautui asutuskeskuksiin. Näiden vanhuspalvelujen kehittämistarpeeseen pitäisi tarttua nyt heti. Useissa kaupungeissa on vielä käytössä vanhentunut hoito-ote ja huonot tilat. Kuntoutuksessa on puutteita.

Näiden kuvassa 20 esiteltyjen kaupunkienkin on kuitenkin edelleen mahdollisuus selvittää kohtuullisin kustannuksin, mutta vain, jos hoito modernisoidaan.

13.1 Uudistettu hoitoprosessi

Tämä merkitsee uutta prosessia seuraavasti:

1. Kuntoutus kytketään hoitoprosessiin mukaan heti.
2. Päätös pysyvistä hoidosta tehdään vasta kuntoutusjakson jälkeen riippumattoman SAS-ryhmän toimesta (= selvittä-arvioitsijoita). (Pitää välttää sitä, että tuottajayksiköihin jää 'pysyviä potilaita').
3. Palvelurakennukset modernisoidaan siten, että ikääntyneellä on mahdollisuus normaaliin elämään.
4. Palvelurakennuksessa on oltava yhteiset aulatilat, ruokasali, musiikin kuuntelumahdollisuus ja hiljainen huone.
5. Ihmisoikeuksiin kuuluva tunnin ulkoiluoikeus on otettava käyttöön. Tarvitessa on tehtävä suljettu sisäpiha, jonne on vapaa pääsy.

13.2 Ohjaako hyvinvointialuemalli Suomen terveydenhuoltoa viisaasti?

Nyt voimaan säädettyä maakunta-hyvinvointialuemallia on perusteltu sillä, että sitä aletaan ohjata tarveperustaisella rahoituksella. Sen heikko kohta on siinä, että kunkin maakunnan nykyisin voimassa oleva tuotantomalli otetaan lähtökohdaksi ja sitä on määrä muuttaa rahoituksen lisäämisen tai vähentämisen avulla.

Lisääntymisen ja vähentämisen määrä on puolestaan laskettu odotettavissa olevaan väestömuutokseen perustuen, kuitenkin siten, että valtakunnallinen 'keskitarve' otetaan lähtökohdaksi.

Tällainen menettely ei ota huomioon sitä, että eri maakunnissa on erilaisia väistämättömiä perusteita muuttaa lähtökohtana nykyistä palvelurakennetta hyvinkin radikaalisti.

Selvityksemme osoittaa, että runsas rahan määrä (eli rahoituksen lisääminen) ei ole ohjannut esimerkiksi Etelä-Savon tilannetta hyvälle tolalle, vaikka sillä alueella rahaa on ollut käytössä suhdevertailussa runsaasti jo pidemmän aikaa.

Suosittellemme kuvassa 49 esitettyä toimintamallia ja tavoitetta kaikkien maakuntien ohjenuoraksi.

14 Palvelujen tuotanto kokonaisuutena

14.1 Tulevaisuuden palvelurakenne on valtakunnan kattava verkko

Tehdessämme laatua koskevia reunamerkintöjä esille nousi kaksi asiaa: kuntoutuksen puute ja/tai tuloksiltaan liian epätasainen hoito sydänsairaille, keinonivel-leikkausta tarvitseville tai perusterveyspalvelujen tarvitsijoille ja muistisairaille. Palveluverkko on ollut päällekkäinen ja väestöön suhteutettuna epätasainen. Ongelmat ovat niin kattavia, että vaativat koko rakenteen uudistamista.

Uudistusyritysten jälkeen eduskunnassa keväällä 2021 käsittelyssä oleva sote-uudistuksen puitelaki hyväksyttiin. Uudistuksen todellinen sisältö on edelleen monelta osin auki.

Seuraavassa on pohdinta, joka voisi avata jatkokeskustelua.

Palvelutuotanto muodostuu jo nyt erilaisista palvelutuotanto-kokonaisuuksista, joista todennäköisimpiä pidemmän aikajänteen pysyvämpiä ratkaisuja ovat (1) *yliopistolliset opetussairaalat* ja (2) *täyden päivystyksen keskussairaalat*, mutta muilta osin terveydenhuollon palvelutuotanto kehittyy jatkuvasti, joten erilaisten hallinto- tai piirirakennelmien kanssa kannattaa olla hyvin varovainen. Seuraavassa esimerkkejä nykytilanteesta tältä osin:

- muut keskussairaalat
- ortopediset sairaalat (Coxa, Orton, Pohjola-sairaalat ym.)
- silmäsairaalat, (Valo, Helsinki, Coronaria, Medilaser ym.)
- sydänsairaalat (Tampereen Sydänsairaala, Nova Sydänsairaala)
- syöpäsairaalat (Docrates, Orton-HYKSiin)
- public - private partnership-sairaalat (Harjun Terveys Oy, Jokilaakson terveys Oy, ym.)
- kaupunginsairaaloiden muuttunut tarjonta
- ulkoistetut sairaalat (Mehiläinen Länsi-Pohja)
- laboratoriot (FimLab, HUSLab, VITA ym.)
- magneettikuvaus (Synlab, Unilabs, Kareliamagneetti ym.)
- kuntoutussairaala

Perinteinen tuotantomalli tyydytti tarvetta, jota on pitkään nimitetty erikois-sairaanhoidoksi. Sen nimikin jo osoittaa, että tuotanto ja hallinto ovat dominoineet lainsäädäntöä ja toimintakenttää.

Jatkossa kansalaisten tarpeisiin vastaamiseen vaikuttavasti ja yhdenvertaisesti pitää olla ohjenuora. (3) Niinpä koko tämä monipuolistuva ja laajeneva palvelutarjonta muodostaa tulevan valtakunnallisen *terveyspalvelutarjottimen*.

Työntekijän kustannuksena käytettiin 50 000 euroa/vuosi. Tarkastelu tehtiin luokittelemalla kunnat mukaan 8 kokoluokkaan väestömäärän mukaan.

Tämä laskelma suoritettiin jo edellä taulukossa 21. Tässä **taulukossa 31** jatketaan sen pohdintaa, miten maakuntaitsehallintoon nojaava uusi itsehallintomalli selviää tästä haasteesta.

Kunnan ja kuntatyöntekijöiden määrän välinen suhde 2018							
Kuntaluokat asukasmäärien perusteella 2018	Kuntien lkm	Väestön määrä eri kunta- luokissa (%)	Työssä- kävijät (lkm)	Kunta- työntekijät (lkm)	Kunta- työn- tekijöiden %-osuus	Alitus (-) tai ylitys keskitasoon (24%), lkm	Kustannus- vaikutus (M €)
yli 50 000	21	51 %	1 487 767	303 364	20	-53 560	-2 678
yli 20 000	34	17 %	350 659	83 397	24	-761	-38
yli 15 000	19	6 %	131 812	30 546	23	-1 089	-54
yli 10 000	20	4 %	87 945	23 199	26	2 092	105
yli 5 000	75	9 %	186 174	47 343	25	2 661	133
yli 3 000	50	3 %	60 434	16 111	27	1 607	80
yli 1 500	59	9 %	160 894	42 535	26	3 920	196
alle 1 500	28	0 %	7 811	2 477	32	602	30
Kaikki yhteensä	306	100 %	2 473 496	548 972	22	-44 667	-2 233
Alle 10 000 asukkaan kunnissa	212	22 %	415 313	108 466	26,1	8 791	440

Taulukko 31. Kuntakoon vaikutus kunnan oman työvoiman osuuteen kokonaistyössäkävijöistä.

Taulukosta nähdään, että kuntakoon kasvaessa kunnan palvelutuotannon (sote, opetus ja hallinto) prosenttiosuus pienenee. Mitä pienempi kunta, sen tärkeämpiä sen elinvoimalle ja kuntataloudelle ovat olleet kuntatyöntekijät yleisesti, ja sote-työntekijät erityisesti.

Kun on varmistumassa, että pienimmät kunnat eivät saa edustajaansa edes perustettaviin hyvinvointialueiden valtuustoihin, kuka puhuu niiden puolesta ja ajaa niiden asiaa reaali maailmassa?

Taulukosta havaitaan, että puolet väestöstämme asuu alle 50 000 asukkaan kunnissa, mutta 28:ssa alle 1500 asukkaan kunnassa vain alle prosentti. Pidetäänkö heistäkin huolta?

Taulukko näyttää myös sen, että siirryttäessä sote-alueille, voidaan olettaa joiltakin osin sote-kustannusten alenemista, koska suuremmilla väestöpohjilla on kuntasektorin osuus työssäkäyvien määrästä pienempi. Koko maassa tehtävässä sote-organisaatioiden keskittämisessä saatava säästöpotentiaali liikkunee noin 150–200 miljoonan euron tasossa. Rakennemuutos ja päällekkäisyyksien poiston pitäisi tapahtua alueellisesti sotea muodostettaessa. Mutta onko lainkaan realistista olettaa, että työvoiman käyttö muuttuu rationaalisemmaksi, kun useimmat tahot esittävät työvoiman määrän lisäämistä keinoksi ratkaista lisääntyvät terveysongelmamme.

Syntyvätkö tarvittavat päätökset edellä esille nostetuista syistä?

Toteutuuko muutos, kun eri kunnissa nyt olevista työpaikoista pyritään pitämään kynsin hampain kiinni? Tyytyvätkö kunnat nurisematta uuden poliittisesti valitun maakuntavaltuuston itsehallintovaltaan vai syntykö eripuraa ja välien rikkoutumista, jos tavoitellaan työpaikkojen ja palvelujen keskittämistä keskuskaupunkiin?

Vaikuttavuusperustaiset rakennemuutokset olisivat kaikkien edun mukaisia, mutta ne olisi osattava tehdä niin, että yhdenvertaisuus esim. elinajanodotteiden kehittymisen osalta paranee. Tällainen osaaminen ei ole käytössä. Nyt vallitseva trendi näyttää päinvastaiselta

Mahdolliset erimielisyydet pitäisi osata ratkaista tulevaisuudessa valtakunnallisilla päätöksellä nyt lakeihin kirjattua menettelyä paremmin niin, että kansalaiset ja heidän yhdenvertaisuutensa on keskiössä.

14.3 Palvelutuotannon uudistaminen jatkuu

Kuntasektorin rahoituskriisi lopulta laukaisi sen, että kuntavetoisesta järjestämisestä ja rahoittamisesta luovuttiin. Toiminta joudutaan siis nyt järjestämään uudelleen, haluttiin sitä tai ei.

Hallintokoneistoa uudistetaan nyt kuumeisesti, mutta oleellistahan ei ole hallintokoneiston laajuus, vaan se, paranevatko yhdenvertaisen vaikuttavuustuloksen tekemisen mahdollisuudet. Uusia avauksia ja ratkaisuja pitää hakea.

Tässä joitakin (osittain pidemmällekin katsovia) esimerkkiehdotuksia tulevista kehittämismahdollisuuksista:

- Oulun ja Kuopion yliopistosairaalat yhdistetään kahden paikkakunnan sairaala-allianssiksi ja perustetaan hyvinkin HYKS:n vahvuinen kansainväliset mitat täyttävä "Suomen Pohjoisen ulottuvuuden" yliopistosairaala. (2022–24)
- Suomi jaetaan kolmeen 'epähallinnolliseen' palveluvyöhykkeeseen. Keski-vyöhykkeelle perustetaan kuuden tai seitsemän keskussairaalan tuotanto-allianssi (Vaasa, Seinäjoki, Nova, Mikkeli-Savonlinna ja Lappeenranta) sekä mahdollisesti Sata. Tästä allianssista voitaisiin muodostaa keskeinen lääkärien erikoistumiskoulutuskumppani kaikille yo-sairaaloille. (2022–24)
- Mikkelin ja Savonlinnan keskussairaalat yhdistetään (yhteinen henkilökunta!) ja samalla siitä kehitetään maan johtava kesäsairaala, joka pystyy vastaamaan Suomen suurimpaan 'mökkiläiskysyntään' kesän aikana, mutta joka saa sitä kautta myös ympärivuotisia asiakkaita hyvän hoitonsa vuoksi (2023->). Public-private-partnership- ratkaisu sekä allianssimalli saattavat tällöin myös tulla kysymykseen.
- Suomesta kehitetään maailman johtava DIGIHEALTH-keskus määrätietoisin investoinnein ja kansainvälisen yhteistyön avulla, mutta Suomen johdolla. (2021->).

15 Vaikuttavuustuloksen tekemisen mahdollisuudet

Terveysthuollon ratkaiseva kysymys on, saavutetaanko vaikuttavuutta ja arvopohjainen ratkaisu? Istuva hallitus asetti tavoitteekseen alussa esitellyn luettelon, jonka mukaan pitäisi toimia, mutta jonka näyttää epävarmalta. Voidaanko tässä julkaisussa esitellyltä pohjalta ottaa kantaa siihen, mitä pitäisi siis vielä muuttaa tai kehittää?

1. Hyvinvointi- ja terveyserojen kaventaminen
Paras yleismittari on elinajanodotteen avulla todeta, että sukupuolten välinen yhdenvertaisuus ja yhdenvertaisuus maan eri alueiden välillä lisääntyy. Lisäksi maamme aseman pitää kansainvälisessä vertailussa parantua.
2. Yhdenvertaisten ja laadukkaiden sosiaali- ja terveystalvelujen turvaaminen kaikille suomalaisille
Selkein näyttö tästä saadaan, kun laatumittarien avulla voidaan osoittaa, että vaikuttavuustuloksien keskiarvo ja mediaani ovat nousseet sekä ääriarajat kaventuneet.
3. Talveluiden saatavuuden ja saavutettavuuden parantaminen erityisesti perustasolla
Näitä seurataan ns. hoitotakuulainsäädännön perusteella. Nyt on vain joitakin esimerkkejä siitä, miten takaisin lainmukaiseen tilanteeseen on päästy. Sanktioita pitäisi kiristää ja kannusteita lisätä. Näin hallitus voi osoittaa aikonsa halunsa päästä tuloksiin tässä asiassa.
4. Ammattitaitoisen työvoiman saannin turvaaminen
Tämän turvaamiseksi ei ole esitetty uskottavaa kokonaisohjelmaa. Ei ole yksimielisyyttä edes siitä minkälainen ja minkä määräinen työvoima on tarpeen. Jos jokainen hyvinvointialue päättää tämän itse ilman kokoavaa, parhaaseen ohjausosaamiseen perustuvaa ja velvoittavaa suunnitelmaa, epäonnistutaan taas optimin tavoittamisessa. Tavoitteet jäävät saavuttamatta. Nythän kansallisen tuotantoverkon hallintaan liittyvä, oikein mitoitettu ja osaava työvoiman ohjausmekanismi puuttuu kokonaan.
5. Kustannusten kasvun hillitseminen
Tämä vaatii lähtökohdakseen rahanarvoon sidotun kustannustavoitteen kirjaamista, jota ei ole suoritettu. Terveysthuollon kehysten suuruus BKT:sta on nostettava keskeiseksi poliittiseksi ratkaisuksi. Kustannusten hillitseminen edellyttää vaikuttavuuden systemaattista seuranta, palveluiden optimointia ja käytettyjen hoitojen priorisointia.

15.1 Johtopäätökset tarvittavista toimenpiteistä

Edellä esitellyn kokonaisuuden avulla avautuu näköala siihen, mitä kaikkea on tehtävä tai parannettava, jotta elinajanodotteen pidentäminen ja yhdenvertaistaminen valtimonkovettumatautiin osalta lähtisi käyntiin. Ei kuitenkaan riitä, että rajoitetaan vain yhteen sairaustyyppiin, vaikka se olisikin kansantauti. Vastaavalla tavalla pitää toimia koko elinajan pituuteen vaikuttavassa kentässä.

Kun katsotaan Suomen asemaa kansainvälisessä vertailussa kuvassa 44, ei löydy yhtään maata, jota Suomen kannattaisi lähteä peesaamaan. Mutta nykyinen rapakunto pitää kääntää "palkintopallisijaksi" asemointia menettämättä.

BKT-osuus voidaan nostaa 10 %:iin pitkällä tähtäimellä, mutta se rahoitustaso riittää, kunhan kaikki muut korjaustoimenpiteet toteutetaan joutuisasti ja rahan tehottomasta hukkakäytöstä luovutaan ja keskitytään vihdoin arvopohjaiseen toimintaan. Poliittisten päättäjien on myönnettävä, että he eivät tätä päätöstä pysty itse ratkaisemaan. Heidän on pyydettävä käyttöönsä eri vaihtoehdot, sillä samalla rahamäärällä saa taitavasti ja osaavasti toimien kymmeniä prosenttiyksikköjä paremman tuloksen kuin taitamattomasti toimien. BKT-osuuden kasvu tulee suurelta osalta merkitsemään palkkauksen kasvua. Se auttaa henkilöstön saatavuuteen, mutta palkoista riippumattomat toimintakustannukset eivät muutu vastaavassa suhteessa.

Nyt meillä on takanamme parinkymmenen vuoden taitamaton jakso.

Hyvinvointipolitiikka ei keskity vain elämänkaaren pidentämiseen, myös elämän hyvällä laadulla on suuri merkitys. Ongelmana on ollut, miten kaikille iäkkäille pystytään lisäämään laatua silloinkin, kun omat voimat eivät enää riitä. Tähänkin esitämme ratkaisumallin.

Tässä julkaisussa esitetyin perustein teemme siis vaikuttavuustulostavoitteen asettamiselle ja sen seurannalle oman ehdotuksemme. Ehdotamme, että tavoitteisiin on lisättävä seurattavissa olevat mittarit tai reunaehdot.

Näin varmistetaan, että muutos- ja vaikuttavuusteot (mukaan lukien raha) kohdennetaan oikeudenmukaisesti koko maassa siihen väestöön, niihin ihmisiin, jotka ovat eriarvoisessa asemassa eikä hallinnon rakenteisiin. Tarvittava lisärahoitus on hyvinkin kohtuullinen, mutta tarvittavat johtamisen ja toimintatavan muutokset ovat perustavanlaatuisia – ja vielä suurelta osin tekemättä.

Käsitlemmekin seuraavaksi tämän vuoksi kutakin kohtaa erikseen.

15.2 Miten elinajanodotteiden eroja voidaan kaventaa?

Käytettävissämme on suhteellisen pätevää tietoa siitä, mitkä tekijät vaikuttavat elinajanodotteeseen.

Suomen ongelmista on hyvä yhteenveto OECD:n maaraportista vuodelta 2019. (Health at Glance 2020). Raportin mukaan Suomi sijoittuu yleensä lähelle keski-aluetta, mutta yli 40 % kuolemista voidaan selittää käyttäytymisestä liittyvillä riskitekijöillä (ravinto, tupakka, alkoholi ja liikunnan puute) **Kuva 52**.

Yhtenä keskeisenä elinajanodotetta säätelevänä tekijänä on pidetty perimää, jonka vaikutusta on pitkään pidetty 15–30 %:n suuruisena, mutta tämä suurusluokka on kyseenalaistettu laajojen seurantamateriaalien perusteella, joiden arvio on päätyntä n. 7 %:n suurusluokkaan.

Tämän raportin tekijöiden käytössä oleva aineisto viittaa siihen, että eliniän odotteessa maakunnittain on olemassa keskustaupunki-periferia ilmiö. Onko taustalla periferian raskaampi ja sirpaleisempi hallintorakenne?

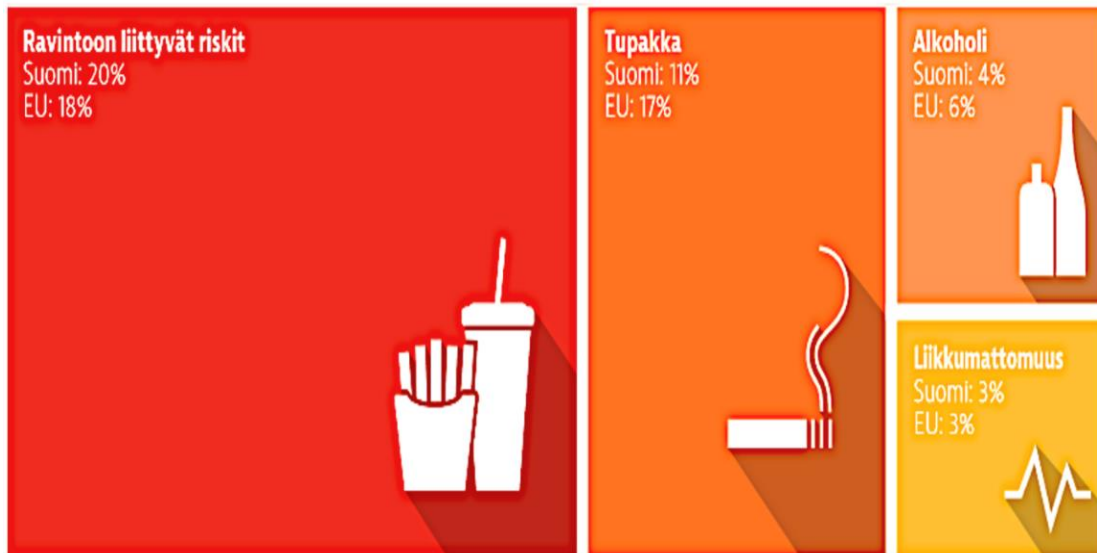
Sosiaalisten valintojen, asumisen, liikenteen ja ympäristösaasteiden sekä epidemioiden merkitys on myös hyvä pitää mielessä. Onpa väitetty, että puolison valinnalla on myös merkittävä vaikutus.

Yhtä kaikki, parempaa tulosta haettaessa kannattaa keskittyä niihin keinoihin, jotka ovat käytettävissä primaari-, sekundaari- tai tertiääriprevention avulla. Tällöin avainasemassa on vaikuttavuusoptimointi eli se, että kaikki kansalaiset voisivat mahdollisimman yhdenvertaisesti käyttää vaikuttavia palveluja koko valtakunnan kattavalta palvelutarjottimelta (ja tarvittaessa EU:n piiristä).

Tämän toteuttamiseksi tarvitaan nykyiseen ja nyt lailla säädettyyn verrattuna toisenlaista tilanteen haltuunottoa ja johtamista.

Suomella on kokemusta kansanterveyden parantamisesta. Pohjois-Karjala-projekti on klassiseksi muodostunut esimerkki, joka aiheutti vastaavaa kehitystä kautta maan. Tupakointi on vähentynyt ja ruokailutottumukset ovat muuttuneet terveellisempään suuntaan. Merkittäviä kansanterveydellisiä vaikutuksia on rokotusohjelmilla sekä tapaturma- ja itsemurhakuolleisuuden vähenemisellä. Lääketieteen kehitys on tuottanut kansanterveydellisiä hyötyjä, josta esimerkkinä on sydäninfarktin hoidon radikaali tehostuminen.

Kansanterveyttä voidaan nykyisillä menetelmillä parantaa tiettyyn rajaan asti. Tämä parantamispotentiaali pitäisi pystyä hyödyntämään mahdollisimman pitkälle. Sitä ei ole vielä tehty.



Kuva 52. Kuvakaappaus OECD:n Suomi maaraaportista

Alkoholin käyttö, liikkumattomuus ja ylipaino ovat merkittäviä tekijöitä, joihin pitäisi pystyä vaikuttamaan. Psykiatrisesta oireilusta ja sairastavuudesta on tullut nykyajan huolestuttava ilmiö. Tämän takana lieenee nykyaikaan liittyviä tekijöitä, joiden syyn ja seurauksen mekanismia voi arvailla.

Keskiarvoa voidaan tehokkaimmin parantaa ja mediaaniväliä kaventaa vain, kun puututaan huonoimmin pärjääviin. Näin on myös kansanterveyden tulosten kannalta. Keskeisintä on vaikuttava ennakointi, mutta keskeistä on myös löytää syrjäytyneet, heikosti koulutetut, psyykkisten ja somaattisten sairauksien runtelemat henkilöt. He jäävät usein marginaaliin myös hoitojärjestelmissä, vaikka avun tarve on suurin.

Keskeisimmät tehtävät ovat:

- Kattavan omalääkäritoiminnan toteuttaminen (2022–2024à).
- Kattavan terveysdigipalvelun toteuttaminen kaikille kansalaisille, [kuten jo nyt on verotus, henkikirjoitus ja eResepti.] Duodecimin kehittämispohjalta toteuttaen = *eTerveys*hyötyarvio (2021 à)
- Heikoimman elinajanodotteen vaarassa olijat tunnistetaan ja heitä koskeva tukiohjelma (esim. verenpaineen tai LDL-kolesterolin osalta) käynnistetään viimeistään vuonna 2026. Vastaava lihavuuden ja ylipainon digihallintaan perustuva tukiohjelma käynnistetään jo vuonna 2024.

15.3 Miten turvataan yhdenvertaisten ja laadukkaiden sosiaali- ja terveyspalvelujen saatavuus ja saavutettavuus kaikille suomalaisille?

Yhdenvertaisuuden ja laadun parantamistavoitteiden nostaminen avoimesti ja keskeisesti esille on ollut yksi tämän viimeisen valmisteluvaiheen parhaista teois-

ta. Niiden osalta Suomen tilanne on viimeisten parinkymmenen vuoden aikana vähä vähältä rapautunut.

Tämän rapautumisen korjausliikkeelle on kuitenkin hyvät edellytykset vertaisseelvitys ja -johtamistoiminnan avulla. Vertaisselevitystietokanta on laadittu ja yhteneväisiä tietojen käsittelysääntöjä kiitettävästi parannettu kehityspolussa, joka ulottuu Sitran MAISEMA-hankkeesta DigiFinlandin ja sen yhteistyökumppaneiden TIETOPAKETTI-tuotekokonaisuuteen.

Tämän hallituskauden aikana sen hyötykäyttö ja kehittäminen on valitettavasti keskeytetty, koska on päätetty tukeutua jokseenkin yksinomaan THL:n tarvehyötymalliin ja sen mukaiseen rahoitusuudistukseen ja uskottu sen ratkaisuvoimaan. Kuten olemme todenneet, sen ratkaisuvoima on heikko ja osin ristiriitainen.

Näin ollen tietopakettikokonaisuus on jälleen otettava käyttöön ja laajennettava kattavasti koskemaan koko maata. Myös tämän johtaminen pitää järjestää. Toisaiseksi sitä ei ole valtionhallinnosta löytynyt.

Aivan keskeistä on se, että alussa mainittu Minna Harjulan tiivistämä kysymys siitä, millaisia tulkintoja yksilön oikeuksista ja velvollisuuksista nyt uudistettu sotejärjestelmä käytännössä jatkossa luo ja ylläpitää, on jätetty ratkaisematta tai ratkaistu yhdenvertaisuutta loukaten.

Keskeisimmät tehtävät ovat:

- Kattavan ja osaavan ohjausturvan takaaminen kaikille kansalaisille. Parhaiten tämä voidaan toteuttaa juuri edellä esitettyjen keinojen eli kattavan digipalvelun ja omalääkäripalvelun avulla. (2022à)
- Antaa koko nyt jo olemassa oleva perustason lääkärin tuottajaryhmä kansalaisten käyttöön. Tämä tarkoittaa käytännössä sitä, että tulevaisuudessa kansalaisen pitää voida valita terveyskeskuslääkäri, työterveyslääkäri tai yksityislääkäri ohjauslääkäriksi. Valtion rahoitusjärjestelmää muutetaan niin, että valtio rahoittaa kaikkia heitä valinnan jälkeen samansuuruisesti, yhteneväisillä säännöillä tähän valintaan liittyvien palveluiden toteuttamisesta. Tämä muutos on tulevaisuuden kokonaisrahoituksen kurissa pitämiseksi välttämätöntä. (2022–2024).
- Lisäksi ohjauslääkärin on verkostoiduttava niin monen kollegansa ja heidän hoitajiensa kanssa sellaiseksi yhteistyöryhmäksi, että puhelin- ja digipalvelu toimii aina ympäri vuorokauden kaikkina vuoden viikonpäivinä. Ensiohjeet ja -ohjannan saa siis aina välittömästi. Seuraavana arkipäivänä oman ohjauslääkärin velvollisuus on ottaa tilanteen hallinta vastuulleen.
- Koko maan laajuisen palvelujentuotantotarjottimen (= valtakunnan kattava palveluverkko) avaaminen kaikille kansalaisille ohjauslääkärin avulla käytettäväksi 2024à.
- Parhaiden käytäntöjen saaminen yleiseksi käytännöksi kaikkialla.

15.4 Miten suurten ikäluokkien hoivatarpeesta selvittää?

Väestöennusteesta voidaan nähdä, että lisääntyvä palvelutarve keskittyy 1950–2000 rakennettuihin suurten asutuskeskusten lähiöihin. Nämä taajamat eivät ole vielä rakentaneet vanhuspalvelujaan väestön tarvetta vastaaviksi. Maassa on alueellisesti sekä liikaa paikkoja että pulaa kapasiteetista.

Alueellisuus sekä yli- että alitarpeessa tasoittuu, jos otetaan käyttöön terveydenhuollossa perusyksikön minimiväestöpohja, joka on noin 30 000–50 000 asukasta. Tämä on periaatteessa mahdollista uuden sote-alueen puitteissa, mutta ajatus siitä, että vanhuksia voitaisiin noin vain siirrellä kunnasta toiseen, ei taida olla realistinen. Kuntakeskuksien taistelu eloonjäämisestä on estänyt vanhushuollon optimointia.

Vanhustenhuollon rakennuskanta ja sen vaatimukset syntyivät tilanteesta, jossa mallina oli kunnalliskotien ahtaat tilat. Hoitokäsitys perustui levon tarpeeseen. Suurin osa nykyisistä vanhainkodeista on rakennettu tällä konseptilla.

Ajatus väljästä olohuoneesta ja yksiön tapaisesta ikääntymisen loppuvaiheen asuinpaikasta ei ole lyönyt läpi suljettuun hoitokulttuuriin. Ruotsissa luovuttaessa ahtaasta rakennuskannasta pääargumettina oli, että ahtaus tekee vuoteeseen sidottuja vanhuksia, joiden hoitaminen tulee kalliimmaksi, koska he vaativat enemmän henkilökuntaa. Voidaankin karkeasti todeta, että vanhusten rakennuskanta on meillä huonosti tarkoitukseen sopivaa ja vaatii rohkeita uudistuksia. Esimerkkinä onnistuneesta ratkaisusta on toki eri puolilla maata. Niitä tulisi käyttää tulevien päätösten valtakunnallisen ohjauksen pohjana.

Monessa maassa kuntoutuksella on pakollinen asema hoitoketjussa. Esimerkiksi sijoitusta pysyvään hoitopaikkaan ei saa tehdä ilman kuntoutuslaitoksen hoitojaksoa, eikä vuodeosastolla saa kriisin jälkeen olla 10 vuorokautta kauempaa ilman että kuntoutus on kytketty mukaan. Kotiutuksesta päätettäessä suunnitellaan kuntoutuksen jatko. Tämä suuri hoidon inhimillistämisprosessi on vielä Suomessa tekemättä.

Useissa maissa on vanhuksen asunnon minimimitat lainsäädännössä. Tilaa on normaalin yksiön verran, noin 42–45 m² paikkaa kohti ja lisäksi yleistilat kuten, ravintola, juhlasali, kuntosalit, seurustelutilat jne. Tällöin vanhusten palvelukeskus palvele myös ympäröivää väestöä kulttuurikeskuksena.

Ihmisoikeuksiin kuuluva oikeus tunnin päivittäiseen ulkoiluun ei ole suomalaisissa vanhainkodeissa mahdollinen.

Viimeisen käytettävissä olevan OECD-tiedon mukaan Suomessa on kodin ulkopuolisissa palveluissa 7,5 % yli 75-vuotiaista. Luku on korkea. Muutoksiin on siis ripeästi ryhdyttävä.

Keskeisimmät tehtävät ovat:

- Käsittää, miten tyhjenevän maaseudun murros ratkaistaan, kun osassa maaseutua vanhuksia ei enää riitä nykyiseen laitospaasiteettiin. Vastaa-

vasti suuria asutuskeskuksia on tuettava ratkaisujen tekemisessä ja löytämisessä.

- Kansalliset kuntoutuskäytännöt on vahvistettava sitoviksi, yhtenäisiksi ja iäkkäiden tarpeisiin perustuviksi, eikä jäykin tuottajakeskeisin hoitajamitoituksin.
- Useissa maissa vanhuksen asunnon minimimitat on sisällytettävä lainsäädäntöön. Tähän perusrakenteeseen pitää aikataulutetusti siirtyä kautta maan myös meillä.

15.5 Miten ammattitaitoisen työvoiman saanti turvataan?

Keskeisin avainkysymys on se, paljonko terveystyövoimaa Suomessa tarvitaan esim. vuonna 2035.

Tämän julkaisun tiedot osoittavat vastaan sanomattomasti, että eri maakunnissa työvoiman kokonaismäärissä on äärimmillään jopa 45 %:n ero (mikäli Ahvenanmaa on mukana verrokkina). Kanta-Suomessakin ero on 30 %. Erot ovat liian suuret, kun samaan aikaan henkilöstörakenteet (ja sen myötä niiden palvelukyky) eroavat toisistaan ratkaisevalla tavalla, kuten kuvat 36–38 osoittavat.

Optimoinnin tekeminen on mahdollista ja se on välttämätön. Kuten kuva 46 osoittaa rahoituksella ei ole tähän saakka ollut johdonmukaista ohjausvaikutusta henkilökunnan optimoimiseen. Nyt päätetty rahoitusmuutosmalli ei liioin tue sitä. Kyseessä on osaamisvajeesta, joka koskee sekä henkilöstön mitoitus- ja rakennetta että rahoituksen ja palkkauksen kannustavuutta.

Kun nämä kysymykset on suunnitelmallisesti ratkaistu, pystytään tarvittava henkilöstö suunnitelmallisesti rekrytoimaan, koska henkilöstön kokonaismäärää ei ole tarpeen kasvattaa.

Lääkärien kokonaismääränkin kasvattaminen jää maltilliseksi ja pystytään nykyisin suunnitelmin tyydyttämään, kunhan silläkin sektorilla toteutetaan työn mielekkyyden, tavoitteellisuuden, kannustavuuden ja vaikuttavuuden remontti. Yhtenä keskeisenä asiana jo edellä mainittu omalääkärijärjestelmän totuttaminen.

Vastaavat toimenpiteet pitää suorittaa myös hoitohenkilökuntaa koskevinä. On hyvä, että palkkaharmonisointi nyt tehdään. Se kasvattanee menoja n. 0,5 miljardia, joka tarkoittaa n. 0.2 %:n muutosta BKT-prosentissa. (Ks. kuva 44). Myös hoitohenkilökunta on saatava mukaan vaikuttavuustalkoisiin. Tosiasia kuitenkin on, että hoitajan työtä ei ammattina koeta yhtä houkuttelevaksi kuin menneinä vuosina, jonka vuoksi tietyn suuruinen vierastyövoiman rekrytointi näyttäisi olevan edessä. Silloinkin panostaminen laatuun on ensiarvoisen tärkeää.

Kaikkea sitä, mitä edellä on sanottu, ei voida menestyksellisesti suorittaa eri maakunnissa ilman määrätietoista valtiollista ohjausta. Kansalaiskeskeiseen arvoperustaiseen terveydenhuoltoon siirtyminen vaatii tällaista ohjausta ja johtamista, jotta työvoimapolitiikka onnistuu ja ammattitaitoisen työvoiman saanti ja sijoittuminen saadaan optimoitua.

Keskeisimmät tehtävät ovat:

- Lähtökohdaksi on vahvistettava mahdollisimman suuressa yhteisymmärryksessä (konsensus) valtakunnallisen johdon toimesta se, kuinka suureen ja minkä rakenteen mukaiseen työvoimaan eri maakunnissa siirytään sovitun ylimenoajan puitteissa. Maakunnat ovat siis tässä yhteistyökumppani, eivät itsenäinen päätöksentekijä. 2023
- Tämän perusteella laaditaan valtakunnan kattava koulutus- ja rekrytointisuunnitelma. 2022–2025
- Erittäin keskeisenä kolmantena asiana on kannustavasta, mutta kokonaisvoimavaroihin sopeutetusta työehtoraamasta sopiminen yhteistyönä työntekijäjärjestöjen kanssa. 2024

15.6 Miten kustannusten kasvua hillitään ja hallitaan?

Kuten edellä on todettu, terveydenhuollon kokonaiskustannusrasite ei ole kansantaloudellinen kärkiongelma. Ongelma on se, että rahalle ei saada oikeanlaista vastiketta.

Kustannusten hallinnan ja hillinnän perusedellytykset on selvitetty jo edellisissä asiakohdissa.

Oikeaan rakenteeseen pyrkiminen on peruslähtökohta, jolla siirrytään kohti arvopohjaista kokonaisratkaisua nykyisen hajanaisen ja epätarkoituksenmukaisen toimintatavan sijaan.

Arvopohjaisuushan tarkoittaa toiminnan terveysvaikuttavuuden maksimin jatkuvaa tavoittelua rinnan kustannusten optimoinnin kanssa. Se vaatii monipuolisen osaamisen arvostamista ja käyttöönottoa poliittisten näkemysten dominanssin sijaan.

Hyvä esimerkki edellä sanottuun liittyvästä ongelmasta on sosiaali- ja terveysministeriö, jonka johtamisessa poliittiset näkemykset ovat ottaneet hallitsevan otteen työnteon johtamisesta, jolloin osaaminen tason ja taidon aliarvostuksen seurauksena ministeriön kyvykkyys on rapautunut ja työilmapiiri heikentynyt.

Tämä on heijastunut kansalliseen johtamiseen, jonka tasoa on välttämättä nostettava.

Kustannusten hallinta ja hillintä erillisenä pyrkimyksenä ei voi olla terveyspolitiikan ytimenä. Se on kytkettävä yhteen terveys- ja hyvinvointitulosten saavuttamisen kanssa. On vaikea kuvitella, että tulevaisuuden terveydenhuollon rahoittaminen kestäväällä ja oikeudenmukaisella tavalla onnistuisi ilman selkeää ja avointa priorisointia. Uhkana on, että terveydenhuollon toteutus muuttuu entistäkin sattumanvaraisemmaksi, jos priorisointia ei toteuteta. Priorisoinnin on perustuttava potilaan hoidosta saamaan hyötyyn. Tämä puolestaan vaatii hyvää tietopohjaa ja vaikuttavuuden ja kustannusvaikuttavuuden järjestelmällistä arviointia. Terveydenhuollon Big-data tarjoaa hyviä mahdollisuuksia. Edellytyksenä on analysointikyky ja kyky tehdä päätöksiä.

Kustannusten hallinnan valmistelutyö on syytä käynnistää viipymättä.

Keskeisimmät tehtävät ovat:

- Siirtyä hallituskausien mittaisesta jatkuvasti suuntaa vaihtavasta kehityksestä selontekomenettelyn avustamana konsensustyyppiseen pitkäjänteisempään vaikuttavuus- ja arvopohjaiseen johtamiseen substanssiosaamista arvostaen.
- Sellaisen tavoitekehyksen vahvistaminen, joka tähtää vuoteen 2035–6 mennessä miesten keskimääräinen elinajanodotteen nostamiseen 83 vuoden mittaiseksi ja naisten 85 vuoden mittaiseksi. Tällöin sukupuolten välinen ero samalla kaventuu voimakkaasti. (2021)
- Vakiinnuttaa Suomen terveystalouden enintään kymmeneen prosenttiin BKT:sta seuraavan kymmenen vuoden ajaksi.
- Kehittää nykyisistä vaikuttavuuden arviointijärjestelmistä laaja valtakunnallinen tietopankki ja analysointijärjestelmä. Terveystalouteen tarvitaan myös elin, joka kykenee antamaan suosituksia vahvempia määräyksiä prioriteeteista. Nykyinen Terveystalouden palveluvalikoimaneuvosto on hyvä alku.
- Toteuttaa valtion rahoitukseen perustuva kokonaisrahoituksen rakenneuudistus, jossa erillisestä Kela-rahoituksesta luovutaan, eikä maakunnille anneta itsenäistä rahoitusvaltaa vaan niiden tehtäväksi vahvistetaan em. kansallisen arvopohjaisen ratkaisun tukeminen.
- Toteuttaa edellä kohdissa 14.2–14.4 esitetyt rakenneuudistukset. Erityisen keskeistä on se, että esim. erikoissairaanhoidon poliklinikkakäynneistä vähintään kolmannes muutetaan digipalveluksi ja hoivapalvelujen rakenne kaltaistetaan kautta maan, sillä juuri näiden kahden suuren menokohdan suuruusluokka ei ole kohdallaan.
- Toteuttaa kaikkien kansalaisten lääkityksen optimointi digityökalujen avulla kattavasti. 2024.

16 Palvelujen tuotantoverkon ohjausvastuu

Aikaisemmissa julkaisuissamme olemme jo kiinnittäneet huomion siihen, että käytettävissä on itse asiassa koko maan kattava palvelutuotantoverkko, jonka kapasiteetti riittää, mutta jonka rakenne on monilta osin epätaloudellinen ja epävaikuttava, koska sitä ei ole kymmeniin vuosiin ohjattu tai korjattu kansallisesti järkevästi, yhdenmukaisesti eikä kustannustehokkaasti.

Niissä kannanotoissamme olemme mekin tukeutuneet piirimalliajatteluun maan kokonaiskattavuuden ja kansalaiskeskeisyyden sijasta.

Nyt tätä vanhanaikaiseksi jäävää 'piirimalli-toimintatapaa' on juuri päätetty eduskunnassa jatkaa itsehallinnollisten hyvinvointialue- eli maakuntamalliratkaisujen pohjalta.

Pari tosiasiaa vahvistaa tämän kannan:

- Valtakunnan tasoinen kokonaiskustannusten ja optimoinnin ohjaus saadaan varmoihin ja turvallisiin käsiin. (Ks. esim. kuva 49)
- Digipalvelu tulee jatkossa järjestää kansallisesti yhteneväiseksi, koska se on toimivuuden edellytys.

Tärkeintä on nyt myöntää, että näiden uusimpienkin päätösten perusta murenee, ellei kansallista ohjausta anneta nykyistä selvemmin epäpoliittisten substanssi-osaajien tehtäväksi.

Mitäpä, jos ohjauslääkärien arvo palautettaisiin ja heitä alettaisiin palkita tähän tarkoitukseen kehitetyn vaikuttavuusindeksin perusteella?

Koko tulevaisuuden terveystalouden ohjaava 'nyrkki' tarvitaan tämän lisäksi välttämättä.

17 Tulevaisuus

Edellä olevien, tulevaisuutta muuttavien ratkaisevien päätösten toteutumisen jälkeen on helppo pohtia, miten edellä kuvattu kehitys vaikuttaa Suomen terveydenhuollon palvelujärjestelmään.

Seuraavia seurannaisvaikutuksia on nähtävissä. Niitä kutsutaan 'muutos-trendeiksi', kun ne alkavat toteutua. Osalla näistä trendeistä on kansainvälinen luonne silloin, kun saman sisältöisiä päätöksiä on tehty monessa maassa.

Tällaiset muutostrendit tarvitsevat toteutuakseen juuri oikea-aikaiset ja sitovat päätökset tullakseen voimaan. Jos niiden tekemisestä ei kukaan huolehdi, ei muutostrendejäkään nähdä!

- Lääketiede kehittyy nopeasti ja tuottaa jatkuvasti uusia menetelmiä hoitavan lääketieteen käyttöön. Sama pätee myös elektroniikkaan ja tietojenkäsittelyyn.
- Hoitoprosessit kehittyvät nyt nopeasti, tulokset paranevat, mutta samalla erikoistuminen kasvaa. Samalla näiden rajattujen tapausten hoitoyksikön vaatima väestön määrä kasvaa. Väestöpohjat erikoissairaanhoidon alueella nousevat kohti 300 000 asukasta. Suomen päivystävien sairaaloiden verkko on osa tätä kehitystä. Keskeistä on, että varmistetaan näiden prosessien kattava, yhdenvertainen ja yhdenaikainen käyttöönotto koko maassa.
- Erikoistuminen merkitsee keskittymistä kapeammalle alueelle. Useisiin tauteihin syntyy rutiinimenettelyjä paras hoitopolku-periaatteella. Samalla perustason ja erikoishoidon välinen porrastus poistuu, potilaan pitää saada kaikissa yksiköissä samaan ongelmaan samalaatuinen hoito kautta maan.
- Vanhanaikainen, porrastettu kolmitasoinen järjestelmä purkautuu palveluverkoksi, jossa erikoissairaanhoidon ja perustason välinen etäisyys katoaa. Tämä verkon avulla tapahtuva yhteinen päätöksenteko poistaa osittain nykyisen perustason ja erikoishoidon välisen eron. Sairaala voi toimia verkon osina esimerkiksi lähekkäisissä kuntakeskuksissa. Tämä verkko on valtakunnan kattava ja paras tulos saavutetaan, kun se on kaikkien käytössä.
- Digiverkon rakentaminen tulee muuttamaan lääketieteellistä päätöksen tekoa ja kansalaisten osallistumismahdollisuuksia ja -velvollisuuksia, sillä digikonsultaatioiden avulla sairaaloiden väliset etäisyyserot 'pienenevät'. Arviolta ainakin noin 30 % nykyisistä konsultaatioista siirtyy verkkoon. Lääkäreiden välisissä konsultaatioissa kummallakin osapuolella ja osittain myös potilaalla on samat sairaskertomusten tiedot. Eikä kehitys suinkaan pysähdy tähän. Tulevaisuudessa jokaisella kansalaisella on kumppaninaan henkilökohtainen tietovaranto, joka auttaa häntä elämään pidempään ja terveempänä silloinkin, kun häneen on kohdentunut esim. kehityshäiriö tai vamma. Tämä kehitys ei ole vielä edes kunnolla alkanut. Siihen pitää nyt investoida määrätietoisesti.
- Uusi verkkorakenne muuttaa ammattikuntien välistä työnjakoa. Hoitajien mahdollisuudet auttaa lääkäriä potilaan palvelemisessa kasvavat. Edellytyksenä on, että lääkärin kumppanuus on reaaliaikaisesti saatavissa kontaktina tai diginä sekä kansalaisen että hoitajan suuntaan.

- Väestölle itselleen pystytään antamaan enemmän vastuuta omasta terveydestään kehittyvän tiedonhallinnan avulla. Väestön terveys ja sen edellyttämät terveet elintavat nousevat keskiöön. Alkoholin hallitsematon käyttö, tupakointi, liikkumattomuus ja ylipaino ovat kansantauteja, joiden haittavaikutusten pienentäminen tulee olemaan ehkäisevän terveydenhuollon eräs hyvin keskeinen tehtävä. Myös näiden seuranta tapahtuu diginä ja siksi pitää jatkuvasti ponnistella, että kaikki kansalaiset, myös iäkkäät, pääsevät digihyödyistä osallisiksi. Vertaistuen arvo lisääntyy.
- Kuntoutuksen asema varsinkin ikääntyvillä tulee keskeiseksi. Siitä tulee osa ikääntyneiden normaalia hoitoprosessia. Kuntosalit, jotka ovat avoimia ympäristön asukkaille, kuuluvat osana vanhusten palvelurakennuksien tilaohjelmaa. Tätäkin seurataan diginä, koska se mahdollistaa yhdenvertaisuuden parantumisen.
- Tilojen merkitys vanhainhoidon kustannustekijänä korostuu. Ahtaus estää liikkumista ja lisää vuodepotilaiden määrää. Lisätila on investointi, joka kuoleentuu toimintakykyisinä lisäelinvuosina ja vähempänä hoidon tarpeena.
- Rahoituksen uudelleen järjestäminen on välttämättä edessä. Tämä tulee mullistamaan rakenteita tavoilla, joita emme vielä näe. Tämä kokonaisuus vaatii oman kokonaistarkastelun. Sen tekemiseen on viipymättä ryhdyttävä.

18 Lopuksi

Suomalainen sosiaali- ja terveydenhuolto on historiansa suurimman mullistuksen edessä. Kyse ei ole vain sote-uudistuksesta ja hallintomallista, vaan samanaikaisesti uudistuksen kanssa lääketiede kehittyy voimakkaasti ympäröivän yhteiskunnan myös muuttuessa. Vain osa muutoksista on valtakunnallisilla päätöksillä hallittavissa.

Tehtävien päätösten tulee olla sellaisia, että terveydenhuoltojärjestelmä pysyy laadukkaana myös yllättävissä ”mustien joutsenten” tilanteissa. Yllättävyydestä olemme saaneet esimerkin COVID-19-pandemian muodossa. Tulevaisuudessa voi tapahtua vastaavaa tai taloudellisia tai poliittisia mullistuksia. Kansakunta voi myös köyhtyä tai juuttua pysyvään nollakasvuun. Kaikilla näillä on suuria vaikutuksia sosiaali- ja terveydenhuollon rahoituspohjaan.

Vastaavasti lääketieteen kehitys voi muuttaa toimintaympäristöä ratkaisevasti. Esimerkkinä voi olla mahdollisuus, että ihmisen elinikää pystyttäisiin manipuloi-maan tuottaen pitkälle yli satavuotiaita runsaasti keskuuteemme. Eikä muutoksen tarvitse olla iso kertatapahtuma kuten COVID-19 pandemian tulo, vaan lähes huomaamattomat pienten muutosten sarjat ovat sekä todennäköisiä että seurauksiltaan voimakkaita.

Rajuistakin muutoksista selviäminen edellyttää henkistä ja rakenteellista joustavuutta. Henkilökunnan korkea taso ja kestävä rahoituspohja sisältäen myös priorisointikyvyn antavat hyvät mahdollisuudet selvitä myös tulevaisuudessa.

Kunnallisan kehittämissäätien 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 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 KUNTARAKENTEN 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 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

KOULUTUSVIENTI – KUNTIEN UUSI PALVELUTUOTE? (2020)

35 Olli-Pekka Ryynänen, 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 Ryynänen, Torsti Hyyryläinen & Ryo Umeda

DIGITAALISET ALUSTA EKOSYSTEEMIT JA KUNTIEN ELINVOIMA – TAPAUSTUT-
KIMUS JAPANISTA (2021)

40 Riikka Lämsä, Mia Niemi & Marjaana Seppänen

KOTI SAIRAALANA – ONNISTUNEEN KOTISAIRAALATOIMINNAN EDELLYTYKSET
(2021)

41 Juha Hämäläinen

SOSIAALISESTI KESTÄVÄ YHTEISKUNTA – LÄHTÖKOHTIA, SUUNTAVIIVOJA, REUNA-EHTOJA (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 KÄÄNNESKOHDAT (2021)

Ilmo Parvinen, Olli-Pekka Ryynänen
& Erkki Vauramo

TEESEJÄ SOTEKESKUSTELUUN

Eri puolilla Suomea on useiden vuosien eroja odotettavissa olevassa elinajassa. Myös laatu- ja voimavaravertailut paljastavat suuria eroja alueiden välillä.

Pystyvätkö hyvinvointialueet toimimaan parhaiden käytäntöjen mukaisesti siten, että merkittäviä valtakunnallisia eroja ei jatkossa enää esiinny? Kuinka rakenteita, terveyden tulostavoitteita ja voimavarojen käyttöä kyetään yhdenmukaistamaan Suomessa niin, että terveyseroja saadaan tasoitettua? Näihin kysymyksiin esittävät teesejään Ilmo Parvinen, Olli-Pekka Ryynänen ja Erkki Vauramo.



kaks.fi
KUNNALLISALAN
KEHITTÄMISSÄÄTIÖ