

Leena Forma, Marja Jylhä, Mari Aaltonen,
Jani Raitanen ja Pekka Rissanen

Vanhuuden viimeiset vuodet

Vanhuuden viimeiset vuodet

Leena Forma, Marja Jylhä, Mari Aaltonen,
Jani Raitanen ja Pekka Rissanen

Vanhuuden viimeiset vuodet

– pitkäaikaishoito ja siirtymät
hoitopaikkojen välillä

KAKS—KUNNALLISALAN KEHITTÄMISSÄÄTIÖ

Kunnallissalan kehittämissäätiön
Tutkimusjulkaisu-sarjan julkaisu nro 69
© Pole-Kuntatieto Oy ja kirjoittajat

Vammalan Kirjapaino Oy, Sastamala 2012
ISBN 978-952-5801-59-0 (nid.)
ISBN 978-952-5801-60-6 (PDF)
ISSN 1235-6956

Sisällys

ESIPUHE	7
TULOSTEN TIIVISTELMÄ	9
1 JOHDANTO	10
2 VIIMEISIIN ELINVUOSIIN KESKITTYVÄ HOIDON TARVE	11
3 TUTKIMUSKOhteET	15
4 PITKÄAIKAISHOIDON KÄYTTÖ JA KUSTANNUKSET VUOSINA 1998–2008	17
4.1 Viimeisinä vuosina pitkäaikaishoidossa olevien osuus	17
4.2 Kasvava hoitopäivien määrä	18
4.3 Kustannusten arvioiminen	19
5 Viimeisen elinvuoden hoitopaikat	24
5.1 Kotona viimeisen elinvuoden alkaessa	24
5.2 Yleisin kuolinpaikka: terveyskeskus	27
5.3 Vanhainkodissa elämän loppuun saakka useammin kuin tehostetussa palvelu- asumisessa	29

6	ELÄMÄN LOPPUVAIHEEN HOITOPAIKOISSA VAIN VÄHÄN MUUTOKSIA	32
7	JOHTOPÄÄTÖKSET	35
	7.1 Kustannustekijät	37
	7.2 Palveluiden parantaminen	38
	Lähteet	39
	Liitteet	42

Esipuhe

Vanhuusiän sosiaali- ja terveystalvelut ovat vilkkaan keskustelun kohteena ja ainakin ennen vaaleja myös politiikan keskiössä. Onko sitä kuitenkaan ymmärretty riittävästi, miten laaja yhteiskunnallinen muutos väestön vanhenemisesta seuraa?

Vuoteen 2018 mennessä yli 85-vuotiaiden ihmisten määrä Suomessa kasvaa neljänneksellä ja yli 90-vuotiaiden määrä kolmanneksella. Näiden ikäryhmien toimintakyky ei ole tutkimusten mukaan kuitenkaan viime aikoina parantunut. Iäkkäiden suomalaisten hoito, hoiva ja elämän laatu haastavat meitä.

Vaikka useimmat vanhat ihmiset asuvat omassa kodissaan, monet tarvitsevat viimeisinä elinvuosinaan ympärivuorokautista apua ja hoivaa. Miten se pitäisi järjestää?

Kun kunto huononee, muuttaako vanha ihminen vai liikkuvatko palvelut? Mitä tapahtuu, kun vanhainkoteja korvataan palveluasumisella? Mitä hoito todella maksaa ja kuka sen maksaa?

Tampereen yliopiston terveystieteiden yksikössä on jo useiden vuosien ajan tutkittu sitä, miten vanhat ihmiset käyttävät sosiaali- ja terveystalveluja viimeisinä elinvuosinaan. Pitkäaikaishoitopalvelujen käyttöä tutkittiin aiemmissa hankkeissa kokonaisuutena. Pitkäaikaishoidon järjestämistavassa tapahtuneiden muutosten vuoksi tutkimme myös sitä, mitä muutoksia oli tapahtunut eri palvelumuotojen käytössä.

Tässä tutkimuksessa analysoimme erikseen kuntien ja yksityisten yritysten tuottamaa vanhainkotihoitoa ja tehostettua palveluasumista. Lisäksi tutkimme terveyskeskusten vuodeosastojen tuottamaa pitkäaikaishoitoa.

Monet vanhat ihmiset siirtyvät viimeisinä elinvuosinaan useita kertoja kodin ja hoitopaikan tai eri hoitopaikkojen välillä. Voisiko pitkäaikaishoito kuitenkin olla nimensä mukaisesti pitkäaikaista hoitoa, jolloin varsinaisesta paikasta ei tarvitsisi siirtyä muualle elämän lähestyessä loppuaan? Onko eri tavoin järjestetyissä ja tuotetuissa pitkäaikaishoitopalveluissa eroja, kun verrataan sitä, kuinka paljon ja millä tavalla niissä olevat vanhukset siirtyvät paikasta toiseen?

Selvitimme myös, ovatko pitkäaikaishoidon käyttö, kustannukset ja siirtymien määrä kahtena viimeisenä elinvuotena muuttuneet viimeisen vuosikymmenen aikana.

Tutkimus on osa Tampereen yliopiston Julkisrahoitteiset palvelut sekä julkisen ja yksityisen sektorin rajapinta -tutkimusohjelmaa, ja sen on rahoittanut Kunnallissalan kehittämissäätiö.

Tampereella lokakuussa 2012

Pekka Rissanen

terveystaloustieteen professori

Gerontologian tutkimuskeskus ja terveystieteiden yksikkö

Tampereen yliopisto

Tulosten tiivistelmä

Pitkäaikaishoidon käyttö kahtena viimeisenä elinvuotena lisääntyi yli 70-vuotiaiden ryhmässä vuodesta 1998 vuoteen 2008. Sekä pitkäaikaishoitoa käyttäneiden osuus että hoitopäivien määrä käyttäjää kohti lisääntyivät. Keskimääräinen kuolinikä nousi tutkimusjakson aikana, mutta käyttö kasvoi myös, kun iän vaikutus vakioitiin.

Pitkäaikaishoidon kustannukset kahtena viimeisenä elinvuotena palvelun käyttäjää kohti pienenevät vuodesta 2002 vuoteen 2008. Kustannusten laskeminen sisältää kuitenkin epävarmuutta. Vertailtavien palvelujen yksikkökustannukset eivät välttämättä sisällä samoja kustannuseriä.

Pitkäaikaishoidon järjestämistapa muuttui vuodesta 2002 vuoteen 2008. Vanhainkotihoidon käyttö väheni, ja tehostetun palveluasumisen käyttö lisääntyi. Tähän on saattanut kannustaa se, että tehostettu palveluasuminen on kunnalle vanhainkotihoitoa halvempaa. Tehostettu palveluasuminen ei kuitenkaan aina ole kokonaisuutena tai asiakkaan näkökulmasta halvempaa, kun kaikki kustannuserät otetaan huomioon.

Terveyskeskusten vuodeosastot olivat koko tutkimusjakson ajan yleisin vanhojen ihmisten kuolinpaikka: puolet yli 70-vuotiaista kuoli terveyskeskuksen vuodeosastolla.

Vanhaa ihmistä ei useinkaan hoidettu pitkäaikaishoidossa kuolemaan saakka. Siirtymiä hoitopaikkojen ja kodin välillä oli paljon, ja siirtymien määrä kasvoi, kun kuolema lähestyi. Tehostetun palveluasumisen piirissä olleilla oli enemmän siirtymiä kuin vanhainkodissa asuneilla. Siirtymiä kokeneita oli enemmän yksityisessä kuin julkisessa pitkäaikaishoidossa.

1 Johdanto

Väestö vanhenee nopeasti ja vanhuusikä pitenee. Vuodesta 1990 vuoteen 2010 eli 20 vuoden aikana 80-vuotiaiden elinajanodote Suomessa kasvoi 7,5 vuodesta 9,4 vuoteen naisilla ja 6,1 vuodesta 7,6 vuoteen miehillä (Tilastokeskus 2012). Kehityksen odotetaan lisäävän sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttöä ja kustannuksia. Vielä ei kuitenkaan tarkalleen tiedetä, kuinka paljon kasvua on ollut ja miten se vaihtelee eri palveluiden välillä.

Sosiaali- ja terveydenhuollon raskaimpia palveluita tarvitaan eniten elämän viimeisinä vuosina ja kuukausina. Näin on siitä riippumatta, missä iässä kuolema kohdataan. Viimeisten elinvuosien hoidossa on kyse sekä ihmisen elämän laadusta että palvelujen järjestämisestä ja kustannuksista. On havaittu, että mitä vanhempana ihminen kuolee, sitä pienemmät ovat viimeisten vaiheiden terveydenhuoltokustannukset, mutta sitä suuremmat ovat pitkäaikaishoitokustannukset [1–3].

Tässä raportissa kuvataan vanhojen ihmisten pitkäaikaishoidon käyttöä, kustannuksia ja hoitopolkuja kahtena viimeisenä elinvuotena vuodesta 1998 vuoteen 2008. Palvelujen käytön kehityssuuntia on erityisen tärkeää tutkia aikana, jolloin väestö vanhenee ja sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenne muuttuu.

2 Viimeisiin elinvuosiin keskittyvä hoidon tarve

Suomessa vanhuspolitiikka suosii vanhojen ihmisten asumista kotona. Vaikka vanhojen ihmisten määrä on kasvanut nopeasti, kotihoitoon saatavuus on kuitenkin heikentynyt 1990-luvulta, ja se keskittyy vain niihin, joilla on suurin tarve [4]. Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksen [5] mukaan vanhojen ihmisten hoidossa pitäisi vähentää laitoshoidon osuutta.

Pitkäaikaishoidossa olevien osuus 75 vuotta täyttäneistä on pysynyt samalla tasolla (noin 10 %) vuodesta 2000. Hoidon painopiste on kuitenkin muuttunut: vanhainkotihoito on vähentynyt, ja avohoidoksi lasketun tehostetun palveluasumisen käyttö on lisääntynyt. [6] Näin on tapahtunut koko 75 vuotta täyttäneiden ryhmässä. Sitä ei kuitenkaan tiedetä, millaisia muutoksia on tapahtunut viimeisten elinvuosien pitkäaikaishoidon käytössä kokonaisuutena ja eri hoitomuotojen suhteellisissa osuuksissa.

Viimeiset elinvuodet ovat vanhojen ihmisten sosiaali- ja terveystalvelujen käytön kannalta selvästi erilaisia kuin aikaisemmat vuodet. Palvelujen käyttö ei lisäännv vain iän myötä, niin kuin yleisesti saatetaan olettaa, vaan käyttö lisääntyy nimenomaan kuoleman lähestyessä. Taustalla on yhtäältä ikään ja toisaalta kuoleman läheisyyteen liittyvä sairastavuus ja toimintakyvyn heikkeneminen. Useat tutkimukset osoittavat, että iän karttuessa ter-

veydenhuoltomenot kasvavat jopa nelinkertaisiksi ikävuodesta 65 ikävuoteen 97 [3, 7, 8].

Viimeistä elinvuottaan elävien terveydenhuoltokustannukset ovat moninkertaiset samanikäisiin pidempään eläneisiin verrattuna [3, 8]. Sveitsiläisen tutkimuksen mukaan juuri jäljellä oleva elinaika, ei kalenteri-ikä, määrittää terveydenhuoltokustannuksia yli 65-vuotiailla [9]. Näitä tuloksia on tulkittu niin, että väestön ikääntyminen ei kasvata terveydenhuoltomenoja niin paljon kuin aikaisemmin on oletettu, koska eliniän pidentyessäkin palvelujen käyttö keskittyy vain viimeisiin elinvuosiin.

Iän ja kuoleman läheisyyden merkitys on erilainen akuuttisairaaloiden, pitkäaikaishoidon ja kotihoidon käytössä ja kustannuksissa. Sairaalahoidtoa ja sen kustannuksia on tutkittu paljon, mutta pitkäaikaishoidosta tiedetään vähemmän. Aikaisemmin olemme havainneet, että sairaalan käyttö lisääntyy vasta aivan viimeisinä elinkuukausina, mutta pitkäaikaishoidon käyttö kasvaa jatkuvasti ainakin kahden viimeisen elinvuoden ajan, todennäköisesti jo aikaisemmin. [10]

Kun ihmiset elävät yhä vanhemmiksi, keskimääräinen kuolinikä siirtyy ja viimeiset elinvuodetkin sijoittuvat yhä korkeampaan ikään. Alle 80-vuotiaiden toimintakyvyn on havaittu parantuneen viime vuosikymmeninä [11, 12]. Voidaan olettaa, että vanhukset eivät tarvitse niin paljon hoitoa ja apua kuin aiemmin eläneet vastaavan ikäiset. Kaikkein vanhimpien eli yli 90-vuotiaiden toimintakyky ei kuitenkaan ole parantunut [13]. Heidän määränsä kasvaa erityisen nopeasti.

Yksi tärkeimmistä pitkäaikaishoitoon johtavista syistä on dementia [14, 15]. Dementoivat sairaudet ovat kuolinsyynä jopa kaksinkertaistuneet vuosien 1989–2009 aikana [16]. Vaikka osa kasvusta johtunee muuttuneista diagnostikäytännöistä, pitkäikäisyyden yleistyessä myös dementiaa sairastavien määrä ja sitä kautta pitkäaikaishoidon tarve ja käyttö kasvavat. Vaikka palveluja käyttävien osuus ikäryhmästä ei kasvaisikaan, palveluja käyttävien absoluuttinen määrä kuitenkin kasvaa, kun vanhoja ihmisiä on yhä enemmän.

Hoitopäivien kokonaismäärän ja hoitomuodon lisäksi hoitopolut eli erilaisten hoitajaksojen ketjut vaikuttavat sekä palvelujen tuottajiin että ikäihmisiin itseensä. Jos henkilöllä on paljon hoitopaikkavaihtoksia, ne eivät yleensä ole hyväksi eivätkä ne paranna viimeisten elinvuosien hyvinvointia.

Hoitopoluista on kuitenkin hyvin vähän järjestelmällistä yksilötason tutkimusta. Tutkimusryhmämme on rekisteriaineistojen perusteella osoittanut, että viimeisten elinvuosien aikana monia vanhoja ihmisiä hoidetaan useissa eri paikoissa ja monet joutuvat siirtymään useita kertoja hoitopaikkojen tai hoitopaikkojen ja kodin välillä [17]. Samanlainen tulos on saatu Hollannissa [18]. Siirtymien määrä jopa lisääntyy, kun kuolema lähestyy. Ei tiedetä, onko kaikissa pitkäaikaishoitopaikoissa ja varsinkaan tehostetussa palveluasumisessa mahdollista hoitaa asiakkaita heidän kuolemaansa saakka. Aikaisemmin olemme havainneet, että erityisesti yksityisen pitkäaikaishoidon käyttö väheni viimeisinä elinkuukausina [19].

Mitä on pitkäaikaishoito?

Pitkäaikaishoidolla tarkoitetaan lääketieteellistä ja ei-lääketieteellistä hoitoa ihmisille, joilla on krooninen sairaus tai toimintakyvyn vaje. Pääpaino pitkäaikaishoidossa on päivittäisissä toiminnoissa auttamisessa. Pitkäaikaishoito voidaan järjestää laitos- tai avopalveluna. Myös omaishoito luetaan usein pitkäaikaishoidon määritelmään.

Pitkäaikaishoitoa rahoittavat kunta ja asiakkaat. Pitkäaikaisessa laitoshoidossa asiakkaalta peritään maksukyvyyn mukaan kuukausimaksu, joka perustuu asiakasmaksulakiin. Maksu on 85 % nettotuloista, mutta asiakkaalle on jätävä omaan käyttöön vähintään 99 euroa kuukaudessa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012). Vanhainkotipalveluiden kustannuksista noin viidesosa rahoitetaan asiakasmaksuilla [20].

Palveluasumisesta maksetaan kunnan tai muun palvelun järjestäjän hinnaston mukaan. Palveluasumisen maksuista ei ole säädetty asiakasmaksulaissa, ja maksukäytännöt ovat kirjavien. Ikähoiva-työryhmä ehdotti, että kunnan järjestämisvastuulla oleviin asumispalveluihin säädetäisiin valtakunnallisesti yhdenmukaiset asiakasmaksujen määräytymisperusteet [21]. ENEPRI:n (European Network of Economic Policy Research Institutes) Suomen maaraportin [22] mukaan Kansaneläkelaitos ei rahoita pitkäaikaishoitoa, mutta Kelan raportin mukaan 16 816 palvelutalossa tai asumispalveluyksikössä asuvaa henkilöä sai eläkkeensaajan asumistukea vuonna 2008 [23].

Tässä raportissa pitkäaikaishoitona tarkastellaan terveyskeskuksen vuodeosastoa, vanhainkotiä ja tehostettua palveluasumista sekä näiden muodostamaa kokonaisuutta.

Terveyskeskuksen vuodeosastohoito on perusterveydenhuollon vuodeosastohoitoa, jota on sekä lyhyt- että pitkäaikaista. Vanhainkodeissa tarjotaan pääasiassa pitkäaikaishoittoa, mutta myös lyhyempiä hoitojaksoja esimerkiksi omaishoitajan loman ajaksi. Tehostetussa palveluasumisessa asiakkaat asuvat omissa asunnoissaan ja voivat hankkia palveluja tarpeidensa mukaan. Tehostetussa palveluasumisessa on henkilökuntaa paikalla koko vuorokauden ajan toisin kuin tavallisessa palveluasumisessa.

Hoito terveyskeskuksen vuodeosastolla laskettiin tässä pitkäaikaishoidoksi, jos henkilö oli ollut siellä vähintään 90 päivän yhtenäisen hoitojakson ajan. Tätä määritelmää käytettiin, kun tarkasteltiin pitkäaikaishoidon käyttöä ja kustannuksia. Kun tarkasteltiin siirtymien määriä, tätä aikarajaa ei käytetty, vaan lyhyemmätkin käynnit terveyskeskuksen vuodeosastolla otettiin mukaan. Tavallinen palveluasuminen määriteltiin tässä tutkimuksessa kodiksi.

Tulokset pitkäaikaishoidon käytöstä ja kustannuksista sisältävät sekä julkisen että yksityisen vanhainkodin ja tehostetun palveluasumisen. Sen sijaan siirtymiä tarkasteltaessa julkinen ja yksityinen vanhainkoti samoin kuin julkinen ja yksityinen tehostettu palveluasuminen esitetään erikseen. Kolmannen sektorin tuottamat palvelut ovat mukana yksityisessä hoidossa.

3 Tutkimuskohteet

A nalysoimme vanhojen ihmisten pitkäaikaishoidon käyttöä, kustannuksia ja hoitopolkuja.

Kysyimme:

- Muuttuivatko viimeisten elinvuosien aikainen pitkäaikaishoidon käyttö ja kustannukset vuodesta 1998 vuoteen 2008?
 - Miten pitkäaikaishoitoa käyttäneiden osuus, hoitopäivien määrä käyttäjää kohti sekä kustannukset muuttuivat?
 - Miten vanhainkodin, tehostetun palveluasumisen ja terveyskeskuksen vuodeosastohoidon käytön suhde muuttui?
- Onko pitkäaikaishoidon järjestämistavalla yhteyttä viimeisen elinvuoden hoitoketjuun? Tässä kysymyksessä keskityttiin julkiseen ja yksityiseen vanhainkotiin sekä julkiseen ja yksityiseen tehostettuun palveluasumiseen.
 - Missä määrin vanhoja ihmisiä hoidetaan kuolemaan saakka (esim. koko viimeisen elinvuoden) samassa pitkäaikaishoitopaikassa?
 - Onko hoitopaikkojen välillä eroja siinä, ollaanko hoitopaikassa elämän loppuun saakka vai siirrytäänkö sieltä muualle?

Tutkimusaineisto sisältää 316 639 henkilöä, jotka kuolivat vuosina 1998–2008. Keskimääräinen kuolinikä oli 83 vuotta, ja se nousi 11 vuoden tutki-

musaikana reilulla vuodella. Naisten osuus oli hieman alle 60 %, ja se väheni tutkimusaikana yhdellä prosenttiyksiköllä. Tutkimusaineisto ja -menetelmät esitellään tarkemmin liitteessä 1.

Raportissa käytetään kahdenlaista aikamäärettä, yksilön kuolemaa edeltävä aika (24 kk, 12 kk, 6 kk ja 3 kk ennen kuolemaa sekä kuolinhetki) ja kuolinvuotta (1998–2008).

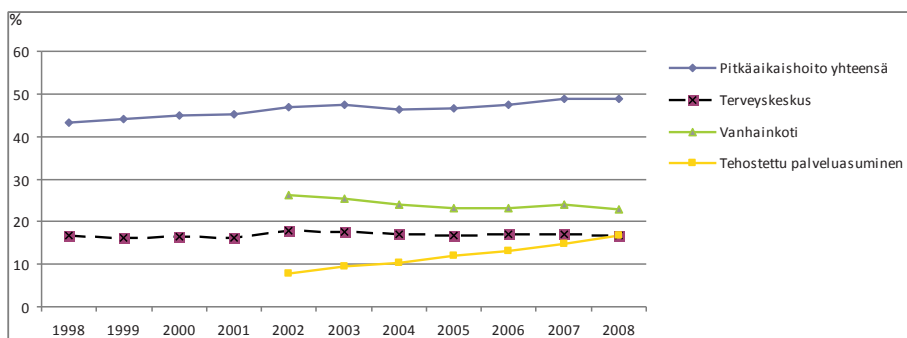
4 Pitkäaikaishoidon käyttö ja kustannukset vuosina 1998–2008

4.1 Viimeisinä vuosina pitkäaikaishoidossa olevien osuus

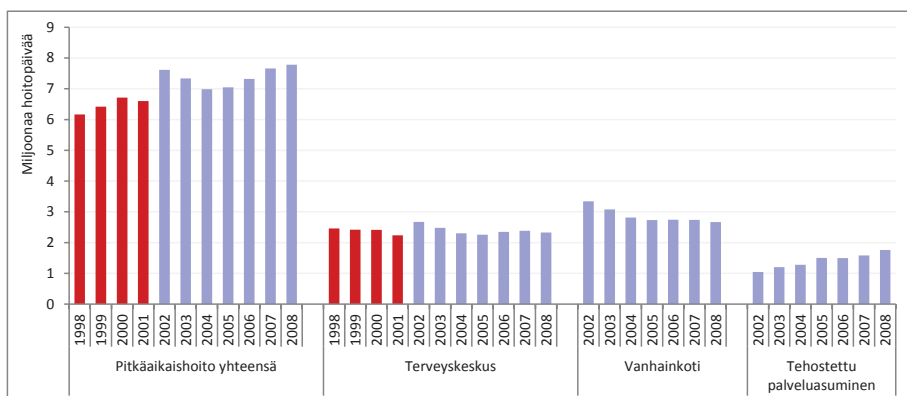
Pitkäaikaishoitoa vähintään kerran kahtena viimeisenä elinvuotenaan käyttäneiden osuus kasvoi vuosien 1998–2008 aikana 43 prosentista 49 prosenttiin (Kuva 1). Terveyskeskuksen vuodeosastolla hoidettujen osuus pysyi noin 17 prosentissa koko tutkimusajan.

Vuosien 2002–2008 aikana kuolleiden vanhainkodin ja tehostetun palveluasumisen käyttöä tarkasteltiin erikseen ($N = 241\,061$). Tuona aikana vanhainkotihoitossa olleiden osuus väheni 26 prosentista 23 prosenttiin, kun taas tehostetussa palveluasumisessa olleiden osuus kaksinkertaistui (8–17 %).

Pitkäaikaishoitopäivien kokonaismäärä kasvoi vuodesta 1998 vuoteen 2008 yli 1,6 miljoonalla hoitopäivällä (Kuva 2). Erityisen nopeasti lisääntyivät tehostetussa palveluasumisessa vietetyt päivät. Sen sijaan terveyskeskuksen vuodeosastolla vietettyjen hoitopäivien määrä ei tutkimusaikana juuri muuttunut, ja vanhainkotipäivien määrä väheni.



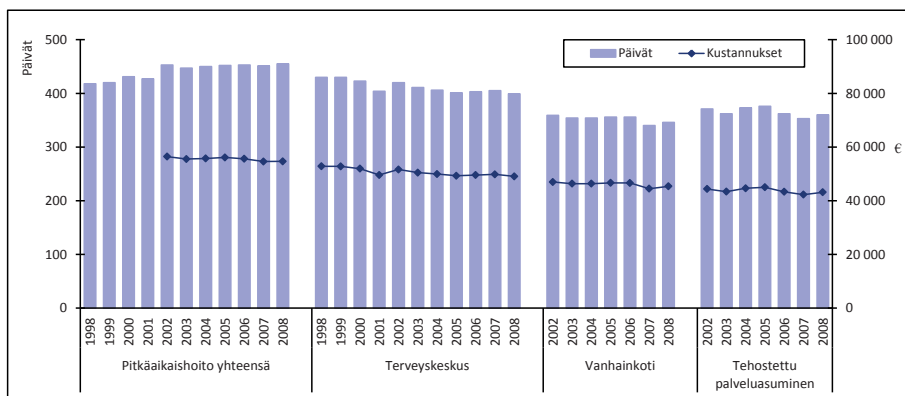
Kuva 1. Pitkääikaishoitoa kahtena viimeisenä elinvuotena käyttäneiden osuus vuosien 1998–2008 aikana kuolleilla (N = 316 639).



Kuva 2. Kahden viimeisen elinvuoden pitkääikaishoitopäivien kokonaismäärä. Vuosina 1999–2001 kuolleiden hoitopäivien kokonaismäärä on laskettu 40 % otoksen perusteella. Pitkääikaishoidossa vietetyt hoitopäivät yhteensä sekä terveyskeskuksessa vietetyt hoitopäivät olivat saatavilla myös niiltä henkilöiltä, jotka kuolivat vuosina 1998–2001 (punaiset pylväät).

4.2 Kasvava hoitopäivien määrä

Hoitopäivien kokonaismäärä palvelun käyttäjää kohti kasvoi pitkäaikaishoidossa tutkimusaikana 37 päivällä (Kuva 3). Hoitopäivien määrä käyttäjää kohti kuitenkin väheni terveyskeskuksessa 31 päivällä, vanhainkodissa 13 päivällä ja tehostetussa palveluasumisessa 11 päivällä. Miksi sitten pitkäaikaishoitopäivien kokonaismäärä kasvoi, vaikka hoitopäivien määrä eri hoitopaikoissa väheni? Tämä johtui pääasiassa tehostetun palveluasumisen osuuden kasvusta ja vanhainkotihoiton osuuden vähenemisestä, sillä palveluasumisessa vietetään pidempiä aikoja kuin vanhainkodissa.



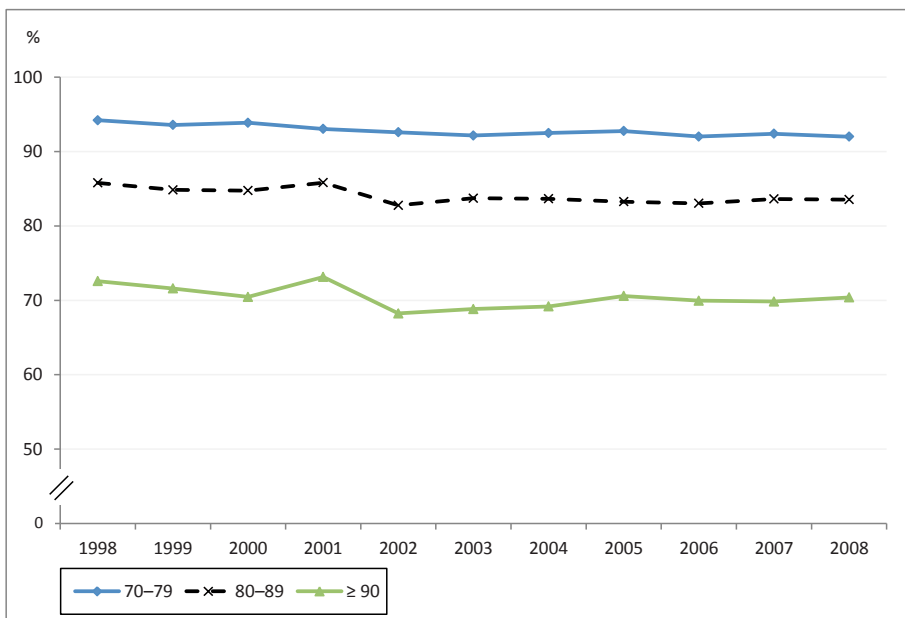
Kuva 3. Hoitopäivät ja kustannukset vuoden 2008 hinnoin palvelun käyttäjää kohti, keskiarvot kuolinvuosittain. (Terveyskeskuksen keskiarvoja suurentaa tässä vertailussa se, että siellä hoitopäivien vähimmäismäärä oli 90, mutta muissa palveluissa 1).

Pitkäaikaishoidossa vietetyn ajan pidentyminen näkyy kotona vietetyn ajan lyhenemisenä. Tässä kodilla tarkoitetaan yksityistä kotia tai tavallista palveluasumista, jossa ei ole henkilökuntaa paikalla koko vuorokauden ajan. Niiden osuus, jotka olivat kotona vähintään yhden päivän kahtena viimeisenä elinvuotenaan, väheni tutkimusaikana hieman. Tämä oli vuonna 1998 kuolleista 87 % ja vuonna 2008 kuolleista 84 %.

Kotona olleiden osuus väheni samalla tavalla kaikissa ikäryhmissä (Kuva 4). Myös kotona vietettyjen päivien määrä kahtena viimeisenä elinvuotena väheni tutkimusaikana: mediaani oli vuonna 1998 kuolleilla 648 (keskiarvo 511) ja vuonna 2008 kuolleilla 637 (476). Kaikkiaan 13–16 % vietti viimeiset kaksi elinvuottaan kokonaan samassa hoitopaikassa tai eri hoitopaikoissa, joko pitkäaikaishoidossa tai jonkin tyyppisessä sairaalassa.

4.3 Kustannusten arvioiminen

Pitkäaikaishoidon kustannuslaskelmat ovat epävarmoja, koska kustannuksia on vaikea laskea. Siksi on myös vaikeaa vertailla keskenään eri hoitomuotojen kustannuksia. Raporteissa Terveystieteiden tutkimuskeskuksen yksikkökustannukset Suomessa vuonna 2006 [24] ja Sosiaalihuollon yksikkökustannukset Suomessa vuonna 2007 [25] esitetään eri hoitomuotojen yksikkökustannuksia, mutta kuten seuraavasta vertailusta ilmenee, raportit päättyvät jonkin verran erilaiseen tulokseen.



Kuva 4. Kotona vähintään yhden päivän kahtena viimeisenä elinvuotena olleet kuolinvuosittain ja ikäryhmittäin (N = 316 639).

Taulukko 1.

Pitkääikäishoitomuotojen yksikkökustannusten sisältämät kustannuserät tässä tutkimuksessa.

	Terveyskeskus	Vanhainkoti	Tehostettu palveluasuminen
Hallinto	X	X	
Kiinteistö	X	X	
Tarvikkeet	X	X	X
Fysioterapia + muu	X	X	
Ateriat	X	X	X
Palvelut			
Siivous	X	X	
Pyykki	X	X	
Turvapuhelin tms.			
Lääkkeenjako	X	X	
Hoitohenkilökunta	X	X	X
Lääkkeet	X	X	X ^a
Asuminen	X	X	X ^b

^a Tehostetun palveluasumisen lääkekustannukset on arvioitu rekisteriaineiston perusteella. Se sisältää kahta viimeistä elinvuotta elävien avohoidon reseptilääkkeiden kustannukset.

^b Tehostetun palveluasumisen asumiskustannukset tehostetussa palveluasumisessa on arvioitu Kelan Asumistukitilaston (2008) perusteella (314 €/kk)
Lähde: Vanhuspalvelujen Kuusikko-työryhmä (2009)

Tässä raportissa kustannuslaskelmat pohjautuvat Terveystieteiden yksikkökustannuksiin Suomessa vuonna 2006 [24]. Tehostetun palveluasumisen yksikkökustannuksiin lisäsimme arvion asumiskustannuksista Kelan asumistukitilaston [23] ja lääkekustannuksista rekisteriaineiston perusteella.

On oletettavaa, että eri palvelujen yksikkökustannukset eivät sisällä kaikkia samoja kustannuseriä. Vanhainkotipäivän yksikkökustannus sisältää mm. asumisen, ruoan, hoidon ja lääkkeet (Taulukko 2). Tehostetun palveluasumisen yksikkökustannus sisältää keskiarvon asukkaiden käyttämien palvelujen kustannuksista, mutta osa palveluista saattaa jäädä laskelmien ulkopuolelle. Stakesin raportoima tehostetun palveluasumisen yksikkökustannus ei sisällä asumisen ja lääkkeiden kustannuksia, joten olemme arvioineet kustannukset tätä raporttia varten. Raporteissa esitetään yksikkökustannukset maksajasta riippumatta.

Tehostetun palveluasumisen asiakkaan on mahdollista saada Kelan asumistukea (tulonsiirto). Tehostetun palveluasumisen kustannukset näyttävät epäselviltä, mutta Hujanen ym. [24] pitävät raportoimiaan Kuusikko-kuntien tietoihin perustuvia yksikkökustannuksia luotettavimpina saatavilla olevina, koska Kuusikko-työryhmässä palvelujen sisältöä ja laskentaperusteita on arvioitu yksityiskohtaisesti.

Taulukko 2.

Hoitopäivien yksikkökustannukset eri raporteissa.

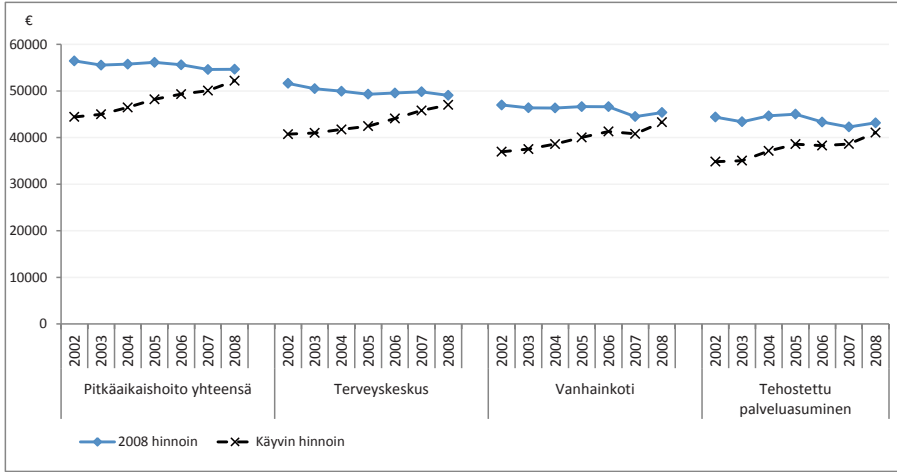
<i>Terveystenhuollon yksikkökustannukset Suomessa</i>	<i>Vuonna 2006</i>	<i>Vuoden 2008 hinnoin</i>
Vanhainkoti, koko maa	120,0 e	131,0 e
Tehostettu palveluasuminen, Kuusikko-kunnat	91,6 e	100,0 e
+ asumismenot 9,6 e ^a + lääkkeet 8,5 e ^b	109,7 e	119,8 e
Terveyskeskuksen vuodeosasto, pitkäaikainen hoito (perustuu Helsingin, Espoon ja Turun tietoihin)	112,6 e	122,9 e
Terveyskeskuksen lyhyt- ja pitkäaikainen hoito	141,2 e	154,1 e
<i>Sosiaalihuollon yksikkökustannukset Suomessa</i>	<i>Vuonna 2007</i>	
Perustuu pääosin Kuusikko-kuntien tietoihin.		
Vanhainkoti, Kuusikko-kunnat	146,9 e	155,2 e
Vanhainkoti, koko maa	122,7 e	129,6 e
Tehostettu palveluasuminen	92,7 e	97,9 e
Terveyskeskuksen vuodeosasto (ei erikseen pitkäaikaista hoitoa)	204,0 e	215,5 e

^a Asumiskustannukset tehostetussa palveluasumisessa on arvioitu Kelan asumistukitilaston [23] perusteella vuoden 2006 hinnoin (288 e/kk).

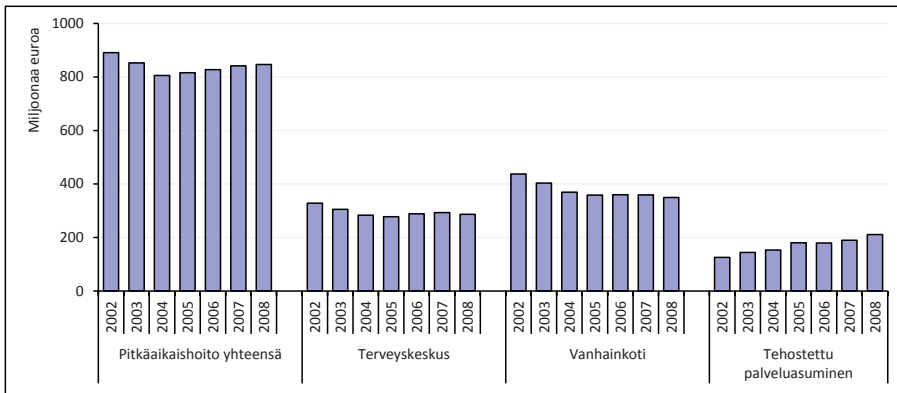
^b Lääkekustannukset on arvioitu rekisteriaineiston perusteella vuoden 2006 hinnoin. Se sisältää kahta viimeistä elinvuotta elävien avohoidon reseptilääkkeiden kustannukset.

Pitkäaikaishoidon, terveyskeskuksen ja tehostetun palveluasumisen kustannukset palvelun käyttäjää kohti pienenevät tutkimusaikana (Kuva 3). Vanhainkotihoitoon kustannusten pieneminen ei ollut tilastollisesti merkitsevää. Kustannukset pienenevät, kun ne laskettiin kiintein, vuoden 2008, hinnoin. Kuvassa 5 pitkäaikaishoidon kustannukset esitetään vuoden 2008 ja käyvin hinnoin. Kuvasta näkyy, miten kustannukset näyttävät kasvavan, kun inflaatiota ei oteta huomioon.

Kahden viimeisen elinvuoden pitkäaikaishoitokustannukset pienenevät vuodesta 2002 vuoteen 2008 pitkäaikaishoidossa kokonaisuutena, terveyskeskuksessa ja vanhainkodissa, mutta kasvoivat tehostetussa palveluasumisessa (Kuva 6). Kokonaiskustannuksiin vaikuttaa merkittävästi palveluja käyttäneiden määrän lisääntyminen, mikä selittää myös tehostetun palveluasumisen kokonaiskustannusten kasvun. Myös muutos kuolleiden mää-



Kuva 5. Pitkääikaishoidon kustannukset palvelun käyttäjää kohti. Keskiarvot kuolinvuosittain vuoden 2008 ja käyvin hinnoin. Käyvät hinnat on laskettu käyttäen julkisten menojen hintaindeksiä terveydenhuollon tehtäväalueella (Tilastokeskus).



Kuva 6. Kahden viimeisen elinvuoden pitkääikaishoidon kokonaiskustannukset kuolinvuosittain vuoden 2008 hinnoin.

rässä vaikuttaa kokonaiskustannuksiin, ja kuvassa 6 vuosina 2004 ja 2005 näkyvä notkahdus selittyy kuolleiden muihin vuosiin verrattuna pienemmällä määrällä. Kyseessä ei ole vähäisempi kuolleisuus noina vuosina, vaan riskissä ollut väestöryhmä oli pienempi.

5 Viimeisen elinvuoden hoitopaikat

Samassa pitkäaikaishoitopaikassa pysymistä ja siirtymiä paikasta toiseen tarkasteltiin vuosina 2002–2008 kuolleiden osalta (N = 241 061). Tässä luvussa kuvataan yhteenlaskettuja lukuja näiltä vuosilta, ja luvussa 6 siirtymien määrän kehitystä vuosina 2002–2008.

5.1 Kotona viimeisen elinvuoden alkaessa

Suurin osa yli 70-vuotiaista asui kotona vuotta ennen kuolemaa. Kotona olevien määrä väheni tasaisesti 12 kuukaudesta ennen kuolemaa 3 kuukauteen ennen kuolemaa, mutta aivan kuolemaa edeltävänä aikana se väheni jyrkästi (Taulukko 3, Kuva 7).

Pitkäaikaishoitopaikoissa olevien osuus kasvoi ensin hieman, mutta väheni viimeisen kolmen kuukauden aikana. Pitkäaikaishoitopaikat eivät erotu hyvin kuvassa 7, koska niiden osuus on pienempi kuin muiden paikkojen. Tämän vuoksi ne esitetään erikseen kuvassa 8. Kuvat 7 ja 8 esitetään kymmenvuotisikäryhmittäin liitteessä 2.

Taulukko 3.

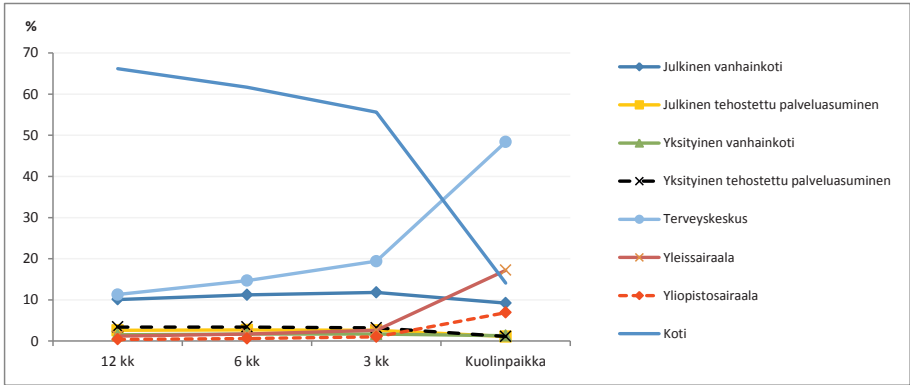
Eri hoitopaikoissa ja kotona olleiden prosenttiosuudet 12 kk, 6 kk ja 3 kk ennen kuolemaa sekä kuolinpäivänä (N = 241 061).

	12 kk %	6 kk %	3 kk %	Kuolinpaikka %
Julkinen pitkäaikaishoito				
Vanhainkoti	10.1	11.2	11.8	9.2
Tehostettu palveluasuminen	2.6	2.7	2.6	1.1
Muu ^a	0.3	0.3	0.3	0.1
Yhteensä	13.0	14.2	14.7	10.4
Muu julkinen sosiaalihuolto ^b	1.3	0.8	0.6	0.2
Yksityinen pitkäaikaishoito				
Vanhainkoti	1.5	1.7	1.7	1.3
Tehostettu palveluasuminen	3.4	3.4	3.2	1.1
Muu ^a	0.5	0.5	0.5	0.2
Yhteensä	5.4	5.6	5.4	2.6
Muu yksityinen sosiaalihuolto ^b	1.2	0.8	0.6	0.2
Terveyskeskus	11.3	14.7	19.4	48.4
Yleissairaala	1.2	1.7	2.6	17.2
Yliopistollinen sairaala	0.4	0.6	1.0	6.9
Koti	66.2	61.7	55.6	14.1
Yhteensä	100.0	100.0	100.0	100.0

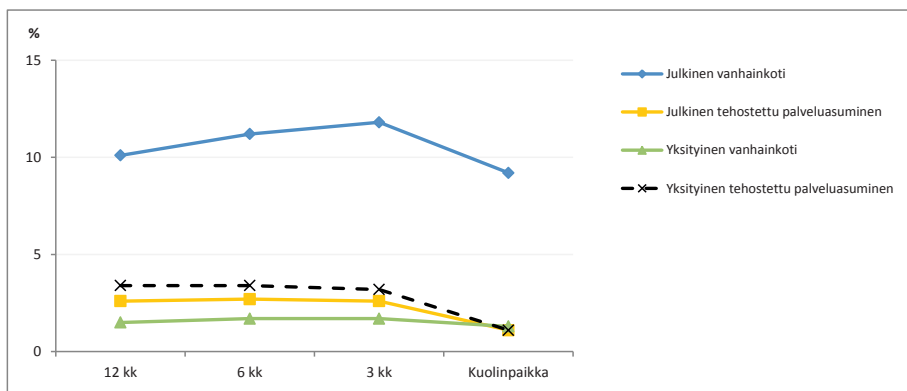
^a Muu julkinen ja yksityinen pitkäaikaishoito tarkoittaa hoitoa kehitysvamma- tai päihdeyksiköissä tai psykiatrisissa yksiköissä, jotka ovat sosiaalihuollon hoitoilmoitusrekisterissä. Nämä sisältyvät tässä raportissa pitkäaikaishoitoon kokonaisuudessa.

^b Muu julkinen ja yksityinen sosiaalihuolto tarkoittaa hoitoa tai asumista kuntoutuslaitoksessa tai ei-ympäri vuorokautisessa asumispalveluyksikössä, joka on sosiaalihuollon hoitoilmoitusrekisterissä.

Tätä ei käsitellä muualla tässä raportissa, koska sitä ei pidetä pitkäaikaishoitona.

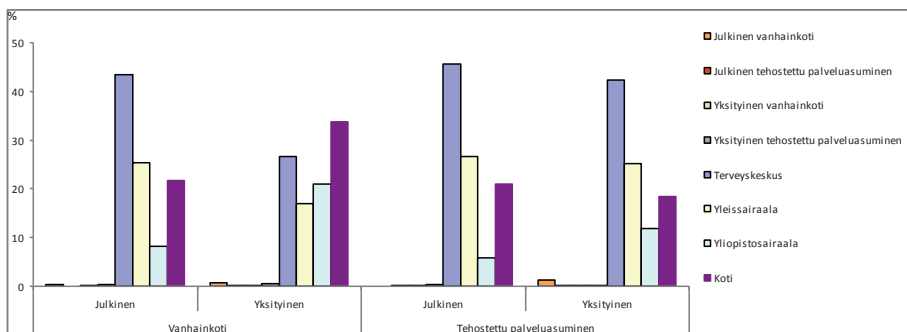


Kuva 7. Eri hoitopaikoissa ja kotona olleiden prosenttiosuudet 12 kk, 6 kk ja 3 kk ennen kuolemaa sekä kuolinpäivänä (N = 241 061).



Kuva 8. Vanhainkodissa ja tehostetussa palveluasumisessa olleiden prosenttiosuudet 12 kk, 6 kk ja 3 kk ennen kuolemaa sekä kuolinpäivänä (N = 241 061).

Niistä, jotka olivat vuotta ennen kuolemaa vanhainkodissa tai tehostetussa palveluasumisessa, vain harva siirtyi muuhun pitkäaikaishoitopaikkaan (Kuva 9). Pitkäaikaishoitopaikasta siirryttiin ensimmäisenä yleisimmin terveyskeskuksen vuodeosastolle. Yksityisestä vanhainkodista siirryttiin useimmin kotiin. Noin viidennes muistakin pitkäaikaishoitopaikoista siirryneistä siirtyi kotiin. Myös yleissairaalaan siirryttiin melko usein. Yliopistosairaalaan siirryttiin useammin yksityisestä kuin julkisesta vanhainkodista tai tehostetusta palveluasumisesta. Tämä saattaa johtua siitä, että yksityiset palvelut sijaitsevat useammin suurissa kaupungeissa ja lähellä yliopistosairaala.



Kuva 9. Vanhainkodissa tai tehostetussa palveluasumisessa 12 kk ennen kuolemaa olleiden ensimmäisen siirtymän kohde.

Neljä yleisintä paikkaa, jonne siirryttiin, kuvataan kuolinvuosittain liitteessä 3. Ensimmäisen siirtymän kohteissa tapahtui joitain muutoksia vuodesta 2002 vuoteen 2008, erityisesti kun lähtöpaikkana oli vanhainkoti. Siirtyminen julkisesta vanhainkodista terveyskeskukseen vähentyi, ja siirtyminen yksityisestä vanhainkodista kotiin yleistyi huomattavasti. Saattaa olla, että yksityisessä vanhainkodissa saatu jaksottaishoito on lisääntynyt, mihin lienee vaikuttanut omaishoidon yleistyminen.

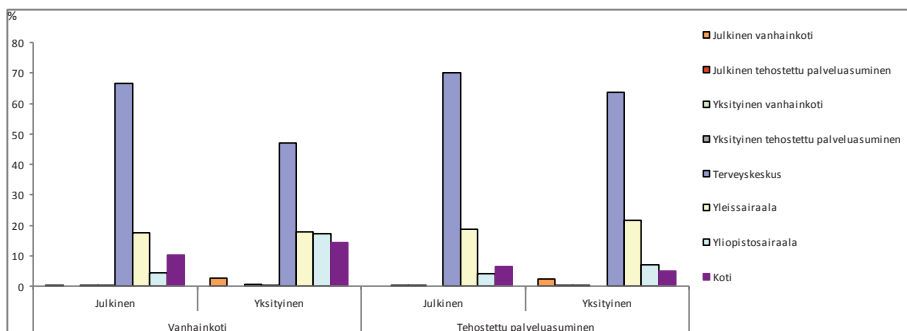
Jaksottaishoito

Jaksottais- eli intervallihoidolla tarkoitetaan kotona asuvan henkilön toistuvia suunniteltuja hoitojaksoja esimerkiksi pitkäaikaishoitopaikassa. Tarkoituksena on muun muassa helpottaa omaishoitajan jaksamista. Tarkastelemillamme henkilöillä oli vähintään kaksi samanlaisena toistuvaa hoitojaksoa, joiden välisenä aikana he olivat kotona.

Kotiin siirtymisen yleisyyttä saattaa selittää jaksottaishoito. Samanlaisena toistuvat hoitojaksot olivat yleisemmin kahden kuin yhden viikon pituisia hoitojaksoja. 30 prosentilla henkilöistä, jotka olivat 12 kuukautta ennen kuolemaa julkisessa vanhainkodissa ja siirtyivät sieltä kotiin, oli vähintään kaksi toistuvaa kahden viikon hoitojaksoa. Yksityisessä vanhainkodissa 12 kuukautta ennen kuolemaa olleilla näitä oli 23 prosentilla, julkisessa tehostetussa palveluasumisessa 22 prosentilla ja yksityisessä tehostetussa palveluasumisessa 17 prosentilla. Tutkimusaikana ei tapahtunut muutosta jaksottaishoidon yleisyydessä.

5.2 Yleisin kuolinpaikka: terveyskeskus

Lähes puolet vanhoista ihmisistä kuoli terveyskeskuksen vuodeosastolla (Taulukko 3, Kuva 7). Toiseksi yleisin kuolinpaikka oli yleissairaala ja kolmanneksi koti. Alle 10 % kuoli julkisessa vanhainkodissa ja vain kaksi sadasta tehostetussa palveluasumisessa, yksi julkisessa ja yksi yksityisessä.



Kuva 10. Viimeinen siirtymä. Kuolinpaikka, kun viimeistä edellinen paikka oli vanhainkoti tai tehostettu palveluasuminen ja viimeisen vuoden aikana oli vähintään yksi siirtymä (N = 18 267).

Viimeistä siirtymää eli siirtymistä vanhainkodista tai tehostetusta palveluasumisesta kuolinpaikkaan käsitellään kuvassa 10. Suurempi osa julkisten kuin yksityisten vanhainkotien ja tehostetun palveluasumisen asiakkaista siirtyi terveyskeskukseen. Tehostetusta palveluasumisesta siirryttiin useammin terveyskeskukseen kuin vanhainkodista. Yleissairaalaan siirtyminen oli lähes yhtä yleistä, ja kaikista pitkäaikaishoitopaikoista noin joka viides henkilö siirtyi sinne.

Viimeisen hoitojakson pituus vaihteli paljon hoitopaikan mukaan. Noin puolet terveyskeskuksessa kuolleista oli siellä ennen kuolemaansa 2–3 viikkoa (Taulukko 4).

Yleissairaalassa tai yliopistosairaalassa kuolleet olivat kuolinpaikassaan vain muutamia päiviä. Jos kuolinpaikka oli koti, siellä oltiin useita viikkoja ennen kuolemaa, vanhainkodista siirryttäessä pidempiä aikoja kuin tehostetusta palveluasumisesta siirryttäessä.

Taulukko 4.

Siirtymät viimeistä edellisestä hoitopaikasta kuolinpaikkaan (neljä yleisintä kuolinpaikkaa) niiden joukossa, joilla oli vähintään yksi siirtymä viimeisenä elinvuotena. Siirtyneiden osuus sekä kuolinpaikassa vietettyjen päivien mediaani ja keskiarvo.

		Kuolinpaikka			
Viimeistä edellinen hoitopaikka		Terveyskeskus	Yleissairaala	Yliopistosairaala	Koti ^a
Julkinen	%	67	18	4	10
vanhainkoti	Mediaani	17	4	3	22
N = 9 760	Keskiarvo	52	9	6	68
Yksityinen	%	47	18	17	14
vanhainkoti	Mediaani	17	4	5	30
N = 1 037	Keskiarvo	50	10	7	79
Julkinen tehostettu palveluasuminen	%	70	19	4	6
	Mediaani	19	4	5	16
N = 3 399	Keskiarvo	52	7	8	51
Yksityinen tehostettu palveluasuminen	%	64	21	7	5
	Mediaani	22	5	5	15
N = 4 071	Keskiarvo	54	10	8	59

^a Kotiin siirtymisen yleisyys saattaa johtua osittain jaksotushoidosta. Taustalla voi olla myös rekisteröintivirhe tilanteissa, joissa hoitojakso jatkuu vuodenvaihteen yli, mutta jatkoa ei ole kirjattu hoitoilmoitusrekisteriin.

5.3 Vanhainkodissa elämän loppuun saakka useammin kuin tehostetussa palveluasumisessa

Noin kuusi prosenttia yli 70-vuotiaista oli koko viimeisen elinvuotensa samassa pitkäaikaishoitopaikassa, eikä heillä ollut yhtään siirtymää välillä muualle: 4,6 % oli julkisessa vanhainkodissa, 0,6 % yksityisessä vanhainkodissa, 0,4 % julkisessa tehostetussa palveluasumisessa ja 0,4 % yksityisessä tehostetussa palveluasumisessa. 2,8 % kävi välillä jossain muualla, mutta palasi samaan hoitopaikkaan.

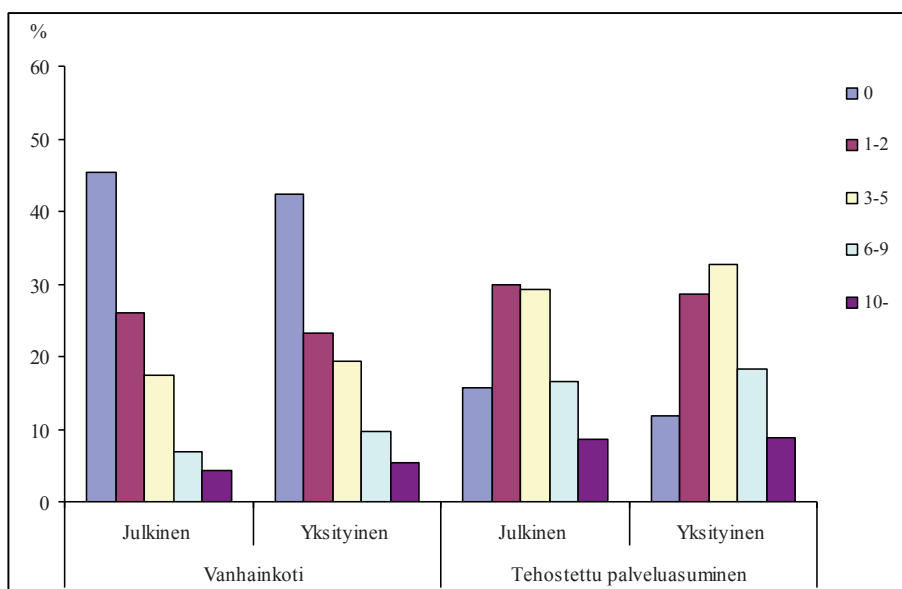
Pitkäaikaishoitopaikoissa olevien osuus väheni kolmen viimeisen elin-kuukauden aikana (Taulukko 3, Kuva 7). Yksityisessä pitkäaikaishoidossa tapahtui suurempi muutos viimeisenä elinvuotena: se väheni puoleen, kun julkisen pitkäaikaishoidon käyttö väheni 20 %.

Vuotta ennen kuolemaa julkisessa vanhainkodissa olleista 45 % ja yksityisessä vanhainkodissa olleista 42 % pysyi samassa paikassa elämänsä lop-

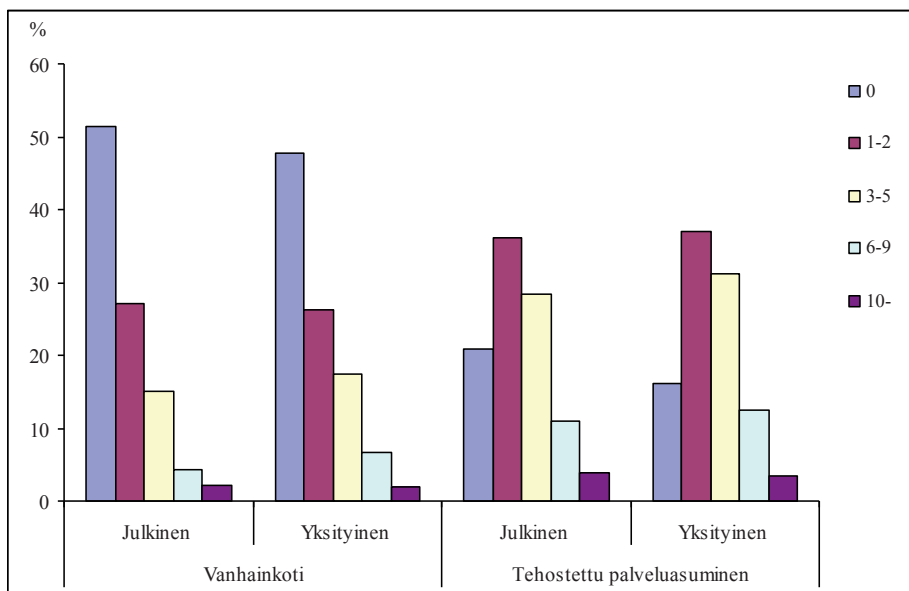
puun asti (Kuva 11). Yksityisessä vanhainkodissa siirtymiä kokeneita oli enemmän, ja siirtymien määrä oli suurempi kuin julkisessa vanhainkodissa asuneiden joukossa. Siirtymien mediaani niillä, joilla oli vähintään yksi siirtymä, oli 3 (keskiarvo julkisessa 4,2, yksityisessä 4,5).

Niillä, jotka vuotta ennen kuolemaansa asuivat tehostetussa palveluasumisessa, oli selvästi enemmän siirtymiä kuin vanhainkodissa asuneilla (Kuva 11). Yksityisessä tehostetussa palveluasumisessa siirtymiä kokeneita oli enemmän (88 %) kuin julkisessa palveluasumisessa (84 %), mutta siirtymien määrissä ei ollut eroja niillä, joilla oli vähintään yksi siirtymä (sekä yksityisessä että julkisessa palveluasumisessa mediaani oli 4 ja keskiarvo 4,8).

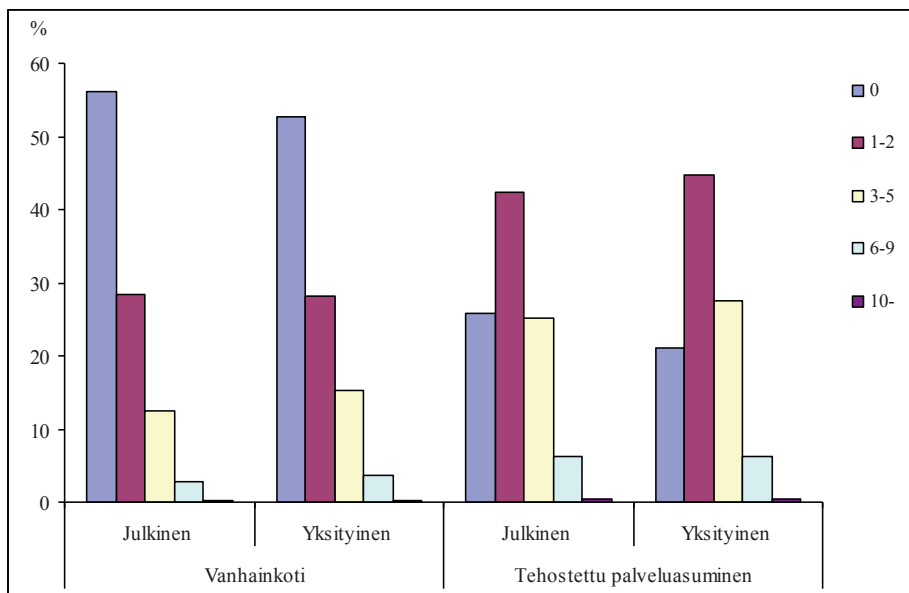
Siirtymien erot hoitomuotojen välillä olivat samansuuntaiset myös kuuden ja kolmen viimeisen elinkuukauden aikana (Kuva 12 ja 13). Siirtymien määrät eri hoitopaikoissa 12 kuukautta ennen kuolemaa olleilta esitetään ikäryhmittäin liitteessä 4.



Kuva 11. Siirtymien määrän jakauma henkilöillä, jotka olivat 12 kk ennen kuolemaa pitkäaikaishoitopaikassa.



Kuva 12. Siirtymien määrän jakauma henkilöillä, jotka olivat 6 kk ennen kuolemaa pitkäaikaishoitopaikassa.

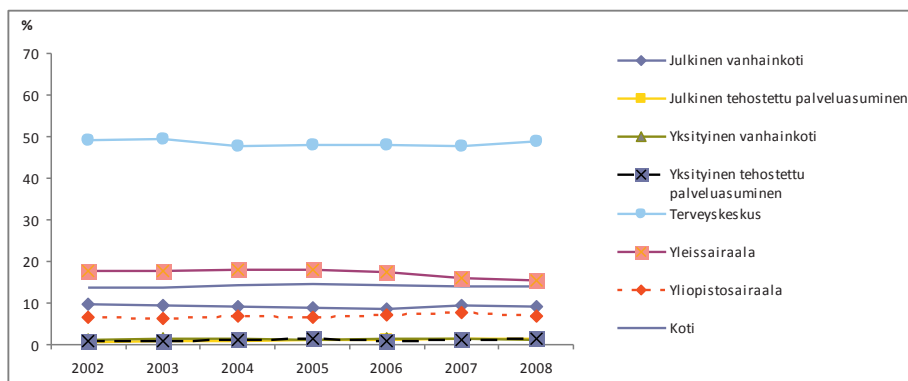


Kuva 13. Siirtymien määrän jakauma henkilöillä, jotka olivat 3 kk ennen kuolemaa pitkäaikaishoitopaikassa.

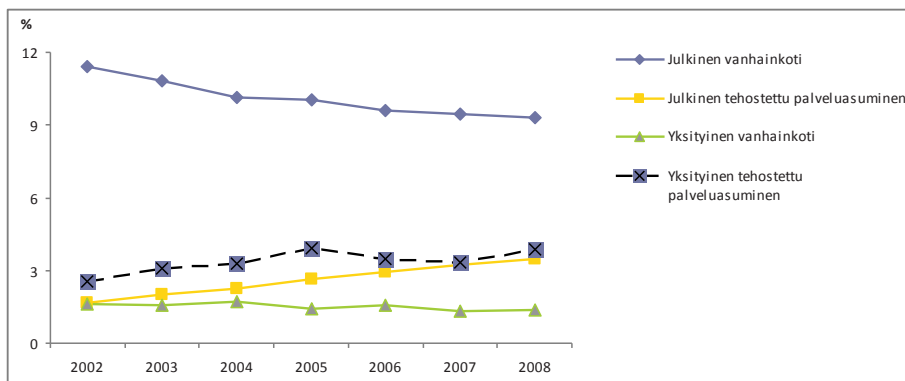
6 Elämän loppuvaiheen hoitopaikoissa vain vähän muutoksia

Kuolinpaikoissa ei tapahtunut suurta muutosta tutkimusaikana (Kuva 14). Yleissairaalassa kuoleminen oli hieman harvinaisempaa vuosina 2007 ja 2008 kuin aikaisemmin, ja vanhainkodissa ja terveyskeskuksen vuodeosastolla kuoleminen oli yleisempää.

Julkisessa vanhainkodissa vuotta ennen kuolemaa olleiden osuus väheni tutkimusaikana (Kuva 15). Myös yksityisessä vanhainkodissa olleiden



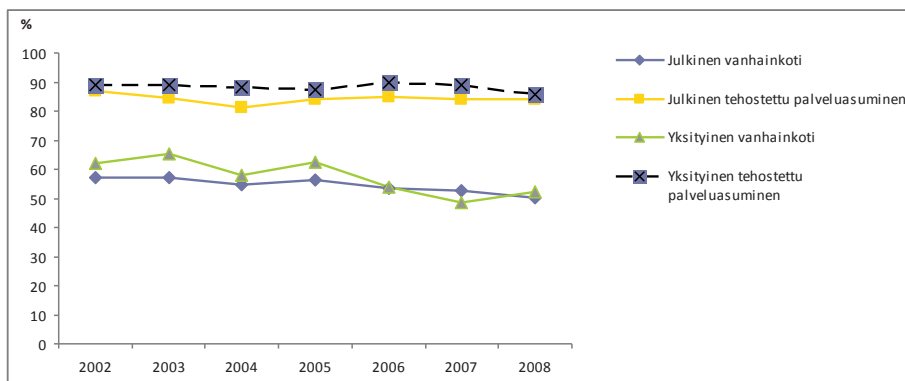
Kuva 14. Kuolinpaikka vuosina 2002–2008 (N = 241 061).



Kuva 15. Eri pitkäaikaishoitopaikoissa vuotta ennen kuolemaa olleet kuolinvuosittain (N = 241 061).

osuus väheni hieman. Sekä julkisen että yksityisen tehostetun palveluasumisen piirissä olleiden osuus kasvoi. Tutkimusjakson alussa yksityinen tehostettu palveluasuminen oli julkista yleisempi asuinpaikka viimeisen elinvuoden alkaessa, mutta vuonna 2008 ne olivat samalla tasolla.

Koko tutkimusjoukossa niiden osuus, joilla oli vähintään yksi siirtymä viimeisen elinvuoden aikana, pysyi samana koko tutkimusajan (vaihteluväli 80–81 %). Vuotta ennen kuolemaa julkisessa tai yksityisessä vanhainkodissa asuneilla siirtymiä kokeneiden määrä väheni (Kuva 16). Tehostetussa palveluasumisessa olleilla siirtyneiden osuus pysyi samana.



Kuva 16. Vähintään yhden siirtymän kokeneiden osuus kuolinvuosittain. Lähtöpaikka 12 kuukautta ennen kuolemaa (N = 18 267).

Niiden joukossa, joilla oli siirtymiä viimeisen elinvuoden aikana, siirtymien mediaani pysyi lähtöpaikasta riippumatta kolmena vuodesta 2002 vuoteen 2008. Siirtymien määrä kasvoi hieman julkisesta vanhainkodista, mutta pysyi samana muista hoitopaikoista.

7 Johtopäätökset

Tutkimuksemme osoitti, että yli 70-vuotiaiden kahden viimeisen elinvuoden pitkäaikaishoidon käyttö yleistyi vuodesta 1998 vuoteen 2008 ja pitkäaikaishoidon rakenne muuttui. Tehostettu palveluasuminen yleistyi, kun taas vanhainkotihoito väheni. Osa pitkäaikaishoidon käytön yleistymisestä selittyy sillä, että eliniän pidentyessä keskimääräinen kuolinikä kasvoi. Viimeisiä elinvuosiaan elävät olivat tutkimuskauden lopussa vanhempia ja tarvitsivat enemmän ympärivuorokautista hoitoa. Muutokset pitkäaikaishoidon käytössä näkyivät kuitenkin myös ikävakioiduissa analyyseissa [26], eikä siis ole todennäköistä, että ne selittyisivät tutkimusjoukon iän kasvulla.

Vanhainkotihoitoon väheneminen ja tehostetun palveluasumisen yleistyminen tutkimusaikana antavat kuvan siitä, että vanhainkotihoitoa on korvattu tehostetulla palveluasumisella. Tämä toteuttaa ainakin muodollisesti ikäihmisten palvelun laatusuositusta, jonka mukaan laitoshoidon tulisi vähentää ja koti- ja asumispalveluja lisätä [5]. Kuitenkin näyttää siltä, että tehostettu palveluasuminen ei korvaa vanhainkotihoitoa ainakaan siinä mielessä, että se voisi taata vanhalle ihmiselle hoitoa loppuun asti: siirtymiä oli palveluasumisen piirissä olevilla huomattavasti enemmän kuin vanhainkotihoitossa.

Näyttää myös siltä, että yksityisistä pitkäaikaishoitopaikoista siirryttiin yleisemmin muualle kuin julkisista. Aikaisemman tutkimuksemme perus-

teella tiedämme, että nuoremmilla vanhoilla on tavallisesti enemmän siirtymiä kuin kaikkein vanhimmilla [17]. Eri hoitopaikoissa olevien henkilöiden erilainen ikäjakauma voisi siten periaatteessa selittää eroja siirtymien määrässä, mutta tutkimuksessamme tehostettua palveluasumista käyttäneiden ikä ei eronnut kaikkien pitkäaikaishoitoa käyttäneiden iästä.

Useat siirtymiset eivät voi olla hyväksi ainakaan kaikkein vanhimmille eivätkä varsinkaan muistisairautta sairastaville. Joskus siirtymiset ovat toki perusteltuja vaikkapa akuutin sairauden tutkimisen ja hoidon vuoksi tai suunnitellun jaksottaishoidon vuoksi. Siirtymät osoittavat kuitenkin myös sitä, että vanhan ihmisen tarpeiden muuttuessa tilanne ratkaistaan siirtämällä hänet toiseen paikkaan eikä lisäämällä hänen palvelujaan nykyisessä paikassa.

Vaikka sairaala- ja pitkäaikaishoito on elämän loppuvaiheessa yleistä, koti oli kuitenkin kaikkein yleisin olinpaikka viimeisenä elinvuotena. Vasta kolmen viimeisen elinkuukauden aikana kotona olleiden osuus väheni merkittävästi. Harvinaista olikin sellainen pitkäaikaishoito, jossa oltiin koko viimeinen elinvuosi eikä sieltä siirrytty mihinkään toiseen paikkaan. Vain 6 % tutkimusaikana kuolleista vanhoista ihmisistä vietti viimeisen elinvuotensa tällaisessa hoidossa.

Tässä tutkimuksessa ei tutkittu kotihoitoa ja sen käytön muutosta. Kotihoito on tärkeä pitkäaikaishoidon osa, vaikkakaan tutkittua tietoa ei ole siitä, että kotihoitoa lisäämällä olisi voitu vähentää laitoshoidon määrää. Toinen tärkeä tämän tutkimuksen ulkopuolelle jäänyt hoitomuoto on omaishoito, joka saattaa myöhentää pitkäaikaishoitoon siirtymistä.

Tehostetun palveluasumisen käyttö vanhuusiässä on lisääntynyt, mutta kuolinpaikkana tehostettu palveluasuminen pysyi koko tutkimusajan hyvin harvinaisena. On syytä pohtia, kuinka voitaisiin parantaa tehostetun palveluasumisen mahdollisuuksia hoitaa vanhaa ihmistä hänen elämänsä loppuun saakka, ja toisaalta, missä määrin sairaaloiden tulisi varautua siihen, että niihin tulee yhä enemmän elämänsä viimeisessä vaiheessa olevia vanhoja ihmisiä.

Terveyskeskuksen vuodeosastoilla on merkittävä rooli vanhojen ihmisten viimeisten elinvuosien hoidossa. Terveyskeskuksessa hoidettujen osuudessa ei tapahtunut tutkimusaikana muutosta, ja koko tutkimusajan peräti puolet vanhoista ihmisistä kuoli terveyskeskuksessa. Ikäihmisten palvelu-

jen laatusuosituksessa [5] todetaan, että ”sellainen pitkäaikainen hoito terveyskeskusten vuodeosastoilla, joka ei ole lääketieteellisesti perusteltua, on korvattava muilla vaihtoehtoilla”. Tässä tutkimuksessa ei ole tietoa hoidon lääketieteellisestä perustelusta, mutta selvää on, että terveyskeskuksissa tarvitaan palliatiivisen hoidon¹ ja saattohoidon osaamista.

7.1 Kustannustekijät

Kahden viimeisen elinvuoden pitkäaikaishoidon kiinteähintaiset kustannukset palvelun käyttäjää kohti pienenevät tutkimusajana. Myös pitkäaikaishoidon kokonaiskustannukset olivat laskusuunnassa, mutta tehostetun palveluasumisen kokonaiskustannukset kasvoivat. Kustannukset laskettiin vuoden 2008 hinnoin, eli hintana käytettiin sen vuoden yksikkökustannuksia kaikkina tutkimusvuosina. Kustannuksissa on kuitenkin saattanut tapahtua tutkimusajana joitakin muutoksia, joita laskelmamme eivät ota huomioon. Ensimmäisten tutkimusvuosien osalta kustannukset saattavat olla yliarvioituja.

Tehostetun palveluasumisen yksikkökustannukset ovat hieman pienemmät kuin vanhainkotihoitoon. Täysin selvää ei ole, kattaako käytetty yksikkökustannus kaikki tehostetun palveluasumisen menot, erityisesti ne, jotka asiakkaat itse maksavat. Palveluasuminen voidaan hinnoitella eri tavoin: joko paketteina, jotka sisältävät asumisen ja palvelut, tai siten, että asiakas maksaa erikseen asumisesta ja kaikista ostamistaan palveluista. Kansaneläkelaitos voi maksaa asumistukea tehostetussa palveluasumisessa asuville. Palveluasumisen yleistymisen myötä pitkäaikaishoidon rahoitusvastuuta on siirtynyt kunnilta kotitalouksille ja Kelalle. Laskimme tehostetun palveluasumisen kustannuksiin mukaan asumisen ja lääkkeiden kustannukset, ja tällöin ero tehostetun palveluasumisen ja muiden pitkäaikaishoitomuotojen välillä ei ollutkaan enää kovin suuri.

Tässä tutkimuksessa käytimme kustannuksia laskettaessa samoja yksikkökustannuksia julkisesti ja yksityisesti tuotetuille hoitopäiville. Eri sektorien tuotantokustannukset saattavat kuitenkin erota toisistaan. Aikaisem-

¹ Palliatiivinen hoito on parantumattomasti sairaiden ja kuolevien ihmisten kokonaisvaltaista hoitoa, jolla tavoitellaan mahdollisimman hyvää elämän loppuvaihetta.

min on saatu ristiriitaisia tuloksia siitä, kumman sektorin tuottamat vanhusten palvelut ovat edullisempia. KILPA-hankkeessa havaittiin, että yritysten ja järjestöjen tuottama tehostettu palveluasuminen oli kalliimpaa kuin kunnallinen palveluasuminen [27]. Kangasharju ja muut [28] puolestaan raportoivat, että yksityisten vanhuspalvelujen yksikkökustannukset olivat matalammat kuin julkisten palvelujen. Kummassakin tutkimuksessa oli vakioitu asiakkaiden toimintakyky tai hoitoisuus.

Tässä tutkimuksessa emme voineet ottaa huomioon mahdollisia eroja eri hoitomuotojen asiakkaiden kunnossa. Pitkäaikaishoitopaikoissa saattaa olla kunnoltaan hyvin erilaisia asiakkaita. KILPA-hankkeesta on raportoitu, että yksityisen palveluasumisen asiakkaat ovat melko yhdenmukaisia ryhmiä, kun taas kunnallisessa palveluasumisessa asiakkaiden tarpeet vaihtelevat enemmän [27].

Myös eri hoitomuotojen välillä on havaittu eroja: palveluasunnoissa asuvien hoito on vaatinut vähemmän voimavaroja (henkilökunnan käyttämää aikaa) kuin vanhainkotasukkaiden hoito. Terveyskeskuksen vuodeosaston asiakkaiden hoito vaati kaikkein eniten voimavaroja [29]. Pitkäaikaishoidossa olevien vanhojen ihmisten on havaittu olevan yhä huonompikuntoisia. Asiakkaiden hoidon vaativuus kasvoi terveyskeskuksissa 5 %, palveluasumisessa 12 % ja vanhainkodeissa 8 % vuodesta 2000 vuoteen 2004 [29].

7.2 Palveluiden parantaminen

Näyttää siltä, että tulevaisuudessa pitkäaikaishoidon tarve ja käyttö kasvavat. Tämä on seurausta siitä, että viimeisiä elinvuosiaan elävät ovat yhä vanhempia ja heitä on myös lukumääräisesti enemmän kuin ennen.

Vanhojen ihmisten hoitoa heidän viimeisinä elinvuosinaan on pohdittava vakavasti: palveluja on järjestettävä uudelleen, ja viimeisiä elinvuosiaan eläviä on opetettava hoitamaan niin, että heidän ei tarvitse toistuvasti siirtyä paikasta toiseen.

Siirtymien taustalla olevia tekijöitä ei tunneta. Ei esimerkiksi tiedetä, kuinka usein siirtyminen on vanhan ihmisen itsensä tai hänen omaisensa toive. Tämä tutkimus kuitenkin osoittaa, että siirtymät ovat vahvasti yhteydessä pitkäaikaishoidon järjestämistapaan.

Lähteet

- [1] Häkkinen, U., Martikainen, P., Noro, A., Nihtilä, E., Peltola, M. (2008). Aging, health expenditure, proximity to death, and income in Finland. *Health.Econ.Policy.Law*;3:165–195.
- [2] Werblow, A., Felder, S., Zweifel, P. (2007). Population ageing and health care expenditure: a school of 'red herrings'? *Health Econ*;16:1109–1126.
- [3] Hoover, DR., Crystal, S., Kumar, R., Sambamoorthi, U., Cantor, JC. (2002). Medical expenditures during the last year of life: findings from the 1992–1996 Medicare current beneficiary survey. *Health Serv.Res.*;37:1625–1642.
- [4] Vaarama, M. (2004). Ikääntyneiden toimintakyky ja hoivapalvelut – nykytila ja vuosi 2015. Teoksessa: Kautto, M. (toim.) Ikääntyminen voimavarana. Tulevaisuuslonteon liiteraportti 5. Helsinki: Valtioneuvoston kanslia, 132–198.
- [5] Sosiaali- ja terveysministeriö, Suomen Kuntaliitto (2008). Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 3.
- [6] Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (2010). Sosiaalihuollon laitos- ja asumispalvelut 2009. Suomen virallinen tilasto. Sosiaaliturva. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.
- [7] Scitovsky, AA. (1988). Medical care in the last twelve months of life: the relation between age, functional status, and medical care expenditures. *Milbank, Q.*;66:640–660.
- [8] Yang, Z., Norton, EC., Stearns, SC. (2003). Longevity and health care expenditures: the real reasons older people spend more. *J.Gerontol.B Psychol.Sci.Soc. Sci.*;58:2–10.
- [9] Zweifel, P., Felder, S., Meiers, M. (1999). Ageing of population and health care expenditure: a red herring? *Health Econ*;8:485–496.

- [10] Forma, L., Rissanen, P., Aaltonen, M., Raitanen, J., Jylhä, M. (2009). Age and closeness of death as determinants of health and social care utilization: a case-control study. *Eur.J.Public Health*;19:313–318.
- [11] Sulander, T., Puska, P., Nissinen, A., Reunanen, A., Uutela, A. (2007). 75–84-vuotiaiden suomalaisten toiminnanvajeiden muutokset 1993–2005. *Suomen lääkäri-lehti*;62:29–33.
- [12] Martelin, T., Sainio, P., Koskinen, S. (2004). Ikääntyvän väestön toimintakyvyn kehitys. Teoksessa Kautto, M. (toim.) *Ikääntyminen voimavarana. Tulevaisuusse-lonteon liiteraportti 5*. Helsinki: Valtioneuvoston kanslia, 117–131.
- [13] Sarkeala, T., Nummi, T., Vuorisalmi, M., Hervonen, A., Jylhä, M. (2011). Disability trends among nonagerians in 2001-2007: Vitality 90+ Study. *Eur J Ageing*;8:87–94.
- [14] Forma, L., Rissanen, P., Aaltonen, M., Raitanen, J., Jylhä, M. (2011). Dementia as a determinant of social and health service use in the last two years of life 1996-2003. *BMC Geriatr*;11:14.
- [15] Nihtilä, EK., Martikainen, PT., Koskinen, SV., Reunanen, AR., Noro, AM., Häk-kinen, UT. (2008). Chronic conditions and the risk of long-term institutionaliza-tion among older people. *Eur.J.Public Health*;18:77–84.
- [16] Tilastokeskus (2010). Kuolemansyyt 2009. Dementiakuolemien määrä yli kaksin-kertaistunut 20 vuodessa. Tilastokeskus.
- [17] Aaltonen, M., Forma, L., Rissanen, P., Raitanen, J., Jylhä, M. (2010). Transitions in health and social service system at the end of life. *Eur J Ageing*;7:91–100.
- [18] Klinkenberg, M., Visser, G., van Groenou, MI., van der Wal, G., Deeg, DJ., Wil-lems, DL. (2005). The last 3 months of life: care, transitions and the place of death of older people. *Health.Soc.Care.Community*;13:420–430.
- [19] Forma, L., Rissanen, P., Noro, A., Raitanen, J., Jylhä, M. (2007). Health and social service use among old people in the last 2 years of life. *Eur J Ageing*;4:145–154.
- [20] STAKES (2007). Ikääntyneiden sosiaali- ja terveyspalvelut 2005. Suomen viralli-nen tilasto. Sosiaaliturva. Helsinki: STAKES.
- [21] Ikähoiva-työryhmä (2010). Hoitoa ja huolenpitoa ympäri vuorokauden. Ikä-hoiva-työryhmän muistio. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 28.
- [22] Johansson, E. (2010). The long-term care system for the elderly in Finland. ENEP-RI Research Report no. 76 ed. European Network of Economic Policy Research Institutes.
- [23] Kansaneläkelaitos (2009). Kelan asumistukitilasto 2008. Suomen virallinen tilas-to. Sosiaaliturva. Helsinki: Kansaneläkelaitos.
- [24] Hujanen, T., Kapiainen, S., Tuominen, U., Pekurinen, M. (2008). Terveystenhuol-lon yksikkökustannukset Suomessa vuonna 2006. Helsinki: STAKES.
- [25] Väisänen, A., Hujanen, T. (2010). Sosiaalihuollon yksikkökustannukset Suomessa vuonna 2007. Helsinki: Terveysten ja hyvinvoinnin laitos.
- [26] Forma, L., Jylhä, M., Aaltonen, M., Raitanen, J., Rissanen, P. (2012). Use and costs of long-term care in the last two years of life 1998–2008. Manuscript.

- [27] Sinervo, T., Noro, A., Tynkkynen, L., Sulander, J., Taimio, H., Finne-Soveri, H., Lilja, R., Syrjä, V. (2010). Yksityinen vai kunnallinen palveluasuminen? Kustannukset, asiakasrakenne, hoidon laatu ja henkilöstön hyvinvointi. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- [28] Kangasharju, A., Mikkola, T., Mänttari, T., Tyni, T., Valt, M. (2010). Vaikuttavuuden huomioon ottava tuottavuus vanhuspalveluissa. Helsinki: Valtion taloudellinen tutkimuskeskus.
- [29] Noro, A. (2005). Asiakasrakenne pitkäaikaisessa laitoshoidossa. Teoksessa Noro, A., Finne-Soveri, H., Björgren, M., Vähäkangas, P. (toim.). Ikääntyneiden laitoshoidon laatu ja tuottavuus. RAI-järjestelmä vertailukehittämisessä. STAKES, 48–60.

Liitteet

Liite 1.

Tutkimusaineisto ja -menetelmät

Tutkimusjoukko (Liitetaulukko 1) poimittiin Tilastokeskuksen kuolinsyyrekisteristä. Siihen kuuluu vuosina 1998 sekä 2002–2008 kaikki 70-vuotiaana tai vanhempana kuolleet suomalaiset ja 40 %:n satunnaisotos 70-vuotiaana tai vanhempana kuolleista suomalaisista vuosilta 1999–2001. Pitkäaikaishoidon käyttöä tarkasteltiin kahtena viimeisenä elinvuotena, siten vuodesta 1996 lähtien.

Liitetaulukko 1.

Tutkimusjoukko.

<i>Kuolinvuosi</i>	<i>N</i>	<i>Keski-ikä</i>	<i>Naisten osuus (%)</i>
1998	34 116	81.9	59.2
1999 ^a	13 896	82.1	59.2
2000 ^a	13 849	82.2	59.9
2001 ^a	13 717	82.3	58.8
2002	35 821	82.3	59.1
2003	34 545	82.7	59.7
2004	33 471	82.5	58.0
2005	33 400	82.7	57.8
2006	34 123	82.8	57.1
2007	34 750	83.0	57.2
2008	34 951	83.1	58.1
Total	316 639		

^a 40 % kuolleista.

Sosiaali- ja terveystietojen käyttötiedot poimittiin Terveystietojärjestelmän ja hyvinvoinnin laitoksen terveydenhuollon ja sosiaalihoitoilmoitusrekistereistä. Hoitopäivien määrä erityyppisissä pitkäaikaishoitolaitoksissa laskettiin saapumis- ja lähtöpäivien mukaan. Hoitopäivä muodostui, kun henkilö oli vähintään yhden yön hoitopaikassa. Kuolinpaikka määriteltiin kui-

tenkin niin, että henkilö oli kirjattu potilaaksi tai asiakkaaksi hoitopaikkaan.

Siirtymällä tarkoitetaan siirtymiä kodin ja hoitopaikan tai kahden hoitopaikan välillä. Tässä tarkoitettuja hoitopaikkoja olivat erilaiset sairaalat ja pitkäaikaishoitopaikat. Hoitopaikasta toiseen tapahtunut siirtymä määriteltiin hoitoilmoitusrekistereihin kirjatun palveluntuottajan koodin muuttamisen perusteella. Siirtymä edellytti sitä, että henkilö oli paikassa, johon siirryttiin vähintään yhdeksi yöksi, paitsi kun kyse oli kuolinpaikkaan siirtymästä.

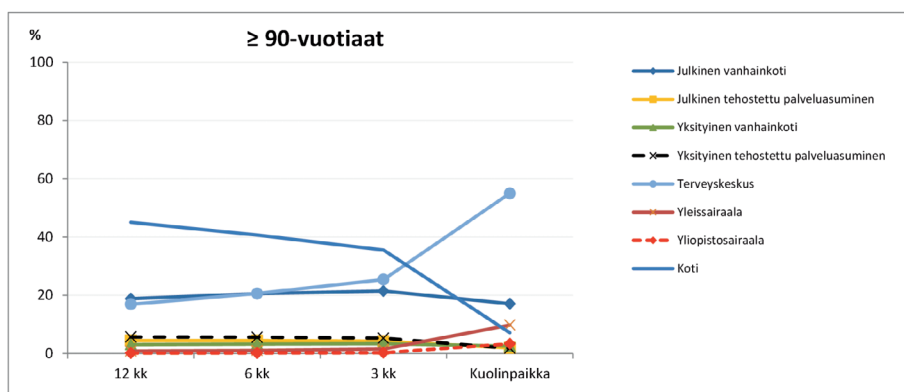
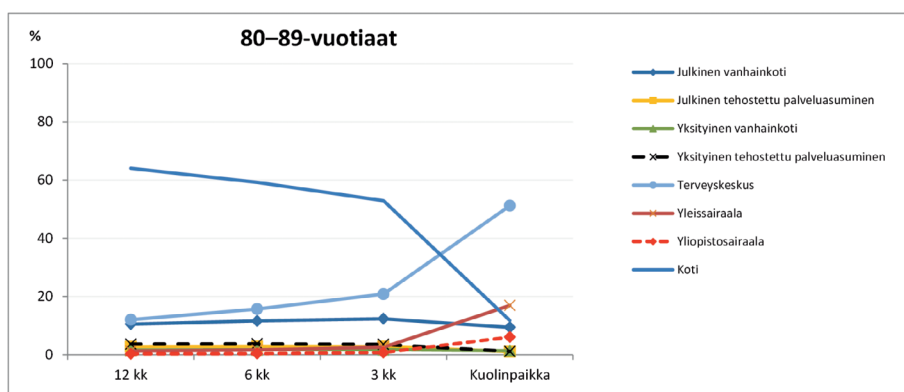
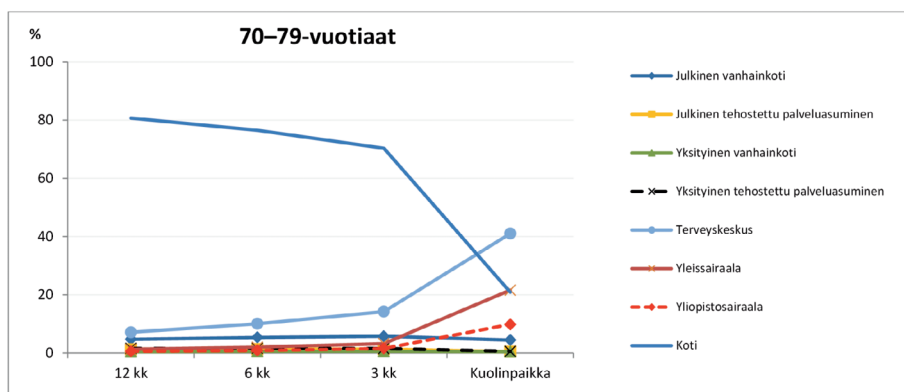
Vanhainkoti ja tehostettu palveluasuminen tunnistettiin sosiaalihuollon hoitoilmoitusrekisterissä olevan palvelualakoodin avulla. Ennen vuotta 2000 palvelualakoodi näille molemmille palveluille oli 3 eli vanhusten hoito, mutta siitä lähtien 31 vanhainkodille ja 32 tehostetulle palveluasumiselle. Nämä voidaan raportoida erikseen vain vuosina 2002–2008 kuolleille.

Pitkäaikaishoidon kustannukset laskettiin kertomalla hoitopäivien määrä niiden yksikkökustannuksilla. Yksikkökustannukset ovat nettokustannukset, jotka sisältävät palvelun tuottamisen kokonaiskustannukset. Käytimme vuoden 2008 kustannuksia kaikkina vuosina. Kustannukset muutettiin vuoden 2008 rahan arvoon käyttäen julkisten menojen hintaindeksiä terveydenhuollon tehtäväalueella (Tilastokeskus). Käytimme Stakesin raportoimia [24] yksikkökustannuksia: hoitopäivä maksoi vanhainkodissa 131 euroa, päivä tehostetussa palveluasumisessa 100 euroa ja hoitopäivä pitkäaikaishoidossa terveyskeskuksen vuodeosastolla 122,9 euroa. Tehostetun palveluasumisen kustannuksiin lisäsimme arvion asumis- ja lääkekustannuksista, jolloin päivän kustannukseksi saatiin 119,8 euroa. Terveyskeskuksen pitkäaikaishoidon kustannukset laskettiin koko tutkimusajalle, mutta muiden hoitomuotojen kustannukset voitiin laskea vuosille 2002–2008, jolloin kaikki hoitomuodot voitiin erottaa toisistaan.

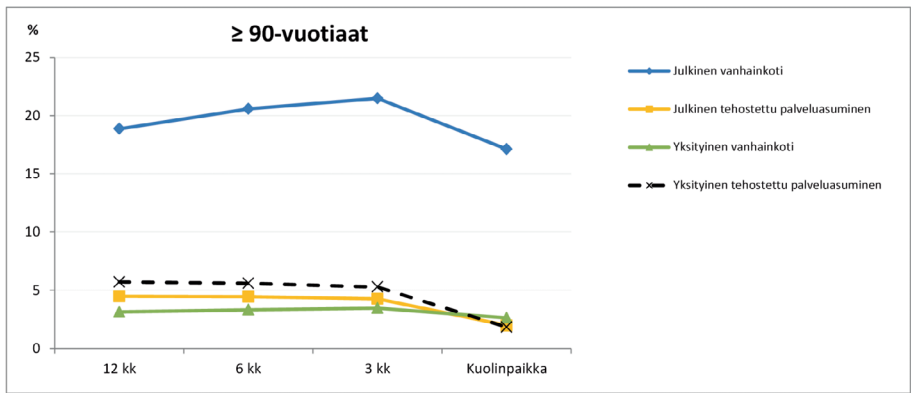
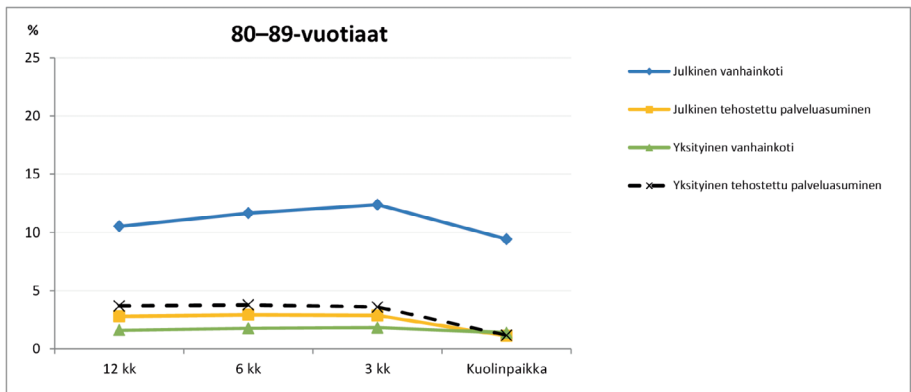
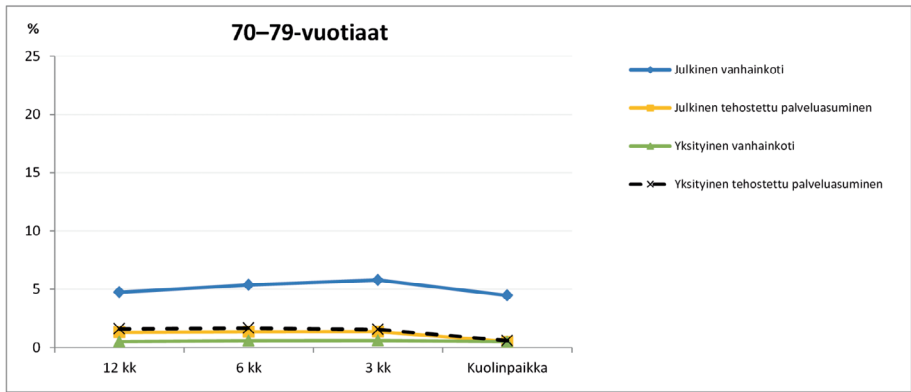
Kategoristen muuttujien analysoinnissa käytettiin khiin neliötestiä. Koska hoitopäivien ja siirtymien määrät eivät noudata normaalijakaumaa, niitä kuvataan mediaaneilla ja kvartiileilla ja niitä testattiin epäparametrisillä menetelmillä, kuten Mann-Whitneyn testillä ja riippumattomien otosten mediaanitestillä. Tilastollisen merkitsevyyden rajana pidettiin 5 % riskitasoa. Aineistoa analysoitiin koko joukkona ja kymmenvuotisikäryhmittäin (70–79, 80–89 ja ≥ 90 vuotta).

Liite 2.

Eri hoitopaikoissa ja kotona olleiden prosenttiosuudet 12 kk, 6 kk ja 3 kk ennen kuolemaa sekä kuolinpäivänä ikäryhmittäin: 70–79-vuotiaat (N = 83 943), 80–89-vuotiaat (N = 110 567), ≥ 90-vuotiaat (N = 46 551).

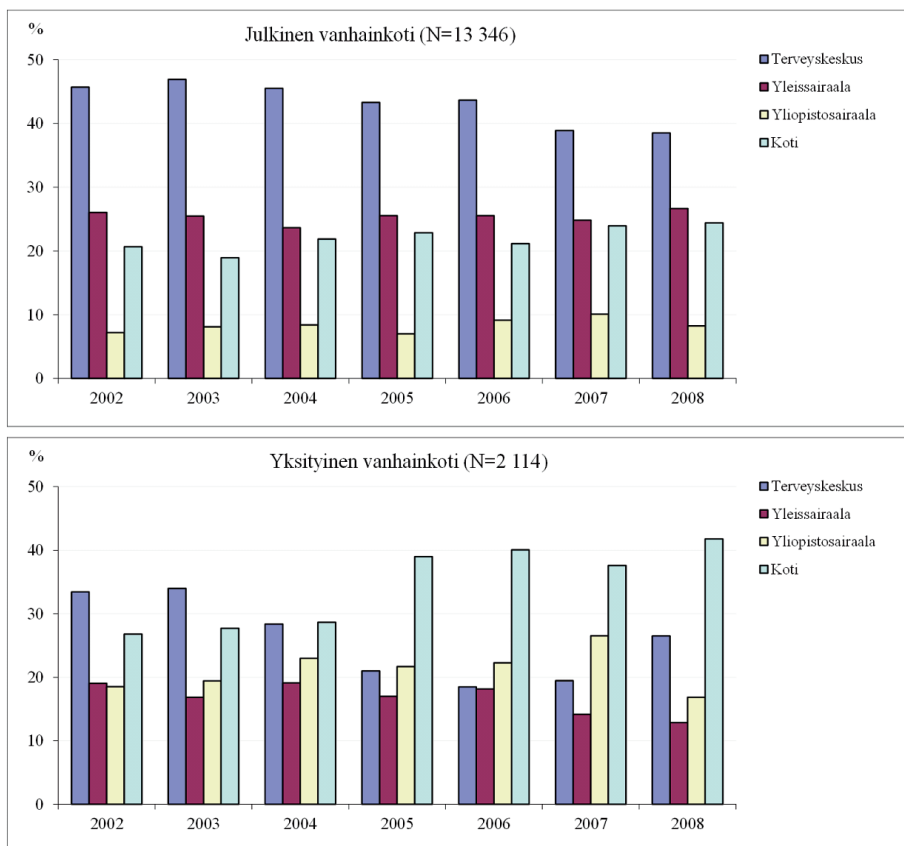


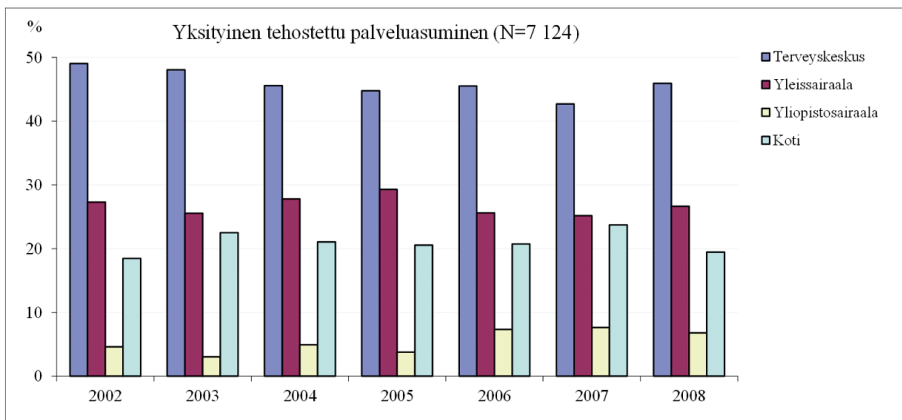
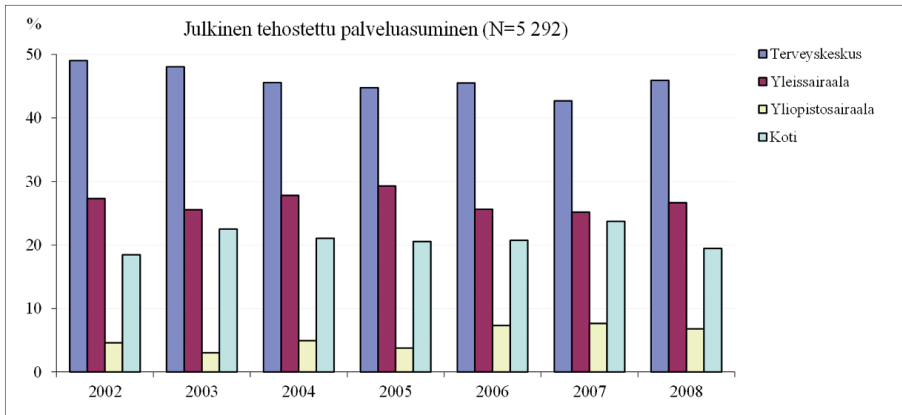
Vanhainkodissa ja tehostetussa palveluasumisessa olleiden prosenttiosuudet 12 kk, 6 kk ja 3 kk ennen kuolemaa sekä kuolinpäivänä: 70–79-vuotiaat (N = 83 943), 80–89-vuotiaat (N = 110 567), ≥ 90 -vuotiaat (N = 46 551).



Liite 3.

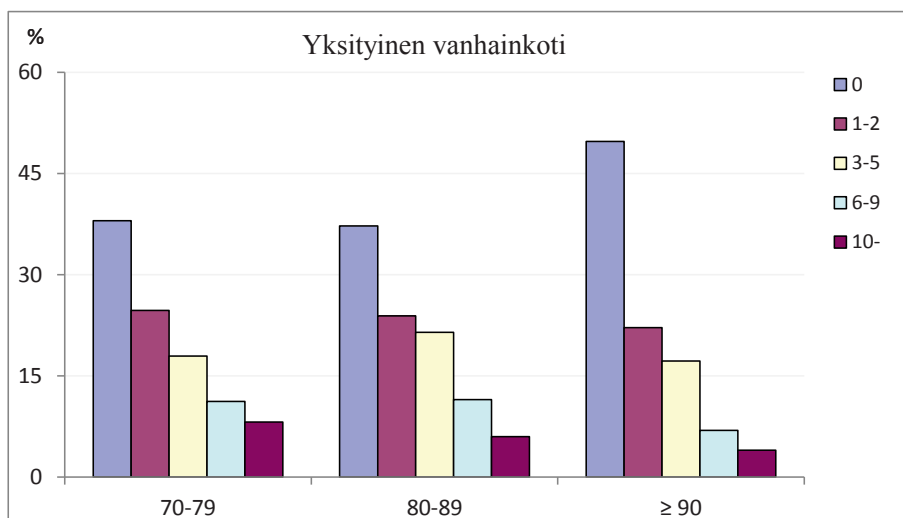
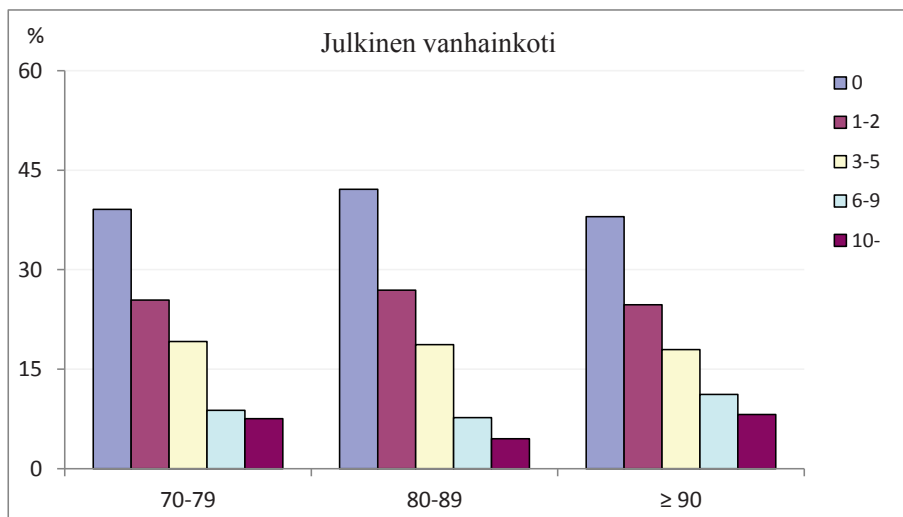
Mihin siirryttiin? Neljä yleisintä ensimmäisen siirtymän kohdetta kuolinvuosittain. Pitkäaikaishoidossa 12 kk ennen kuolemaa olleet, joilla oli vähintään yksi siirtymä.

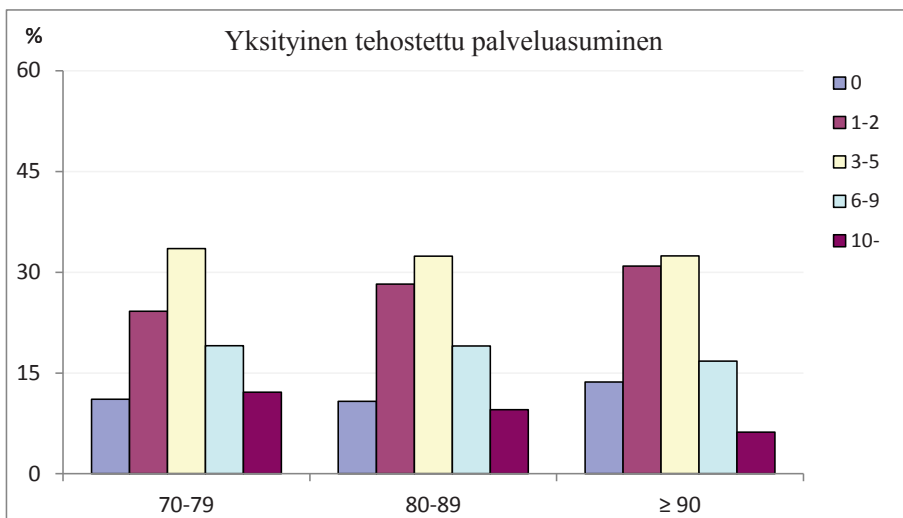
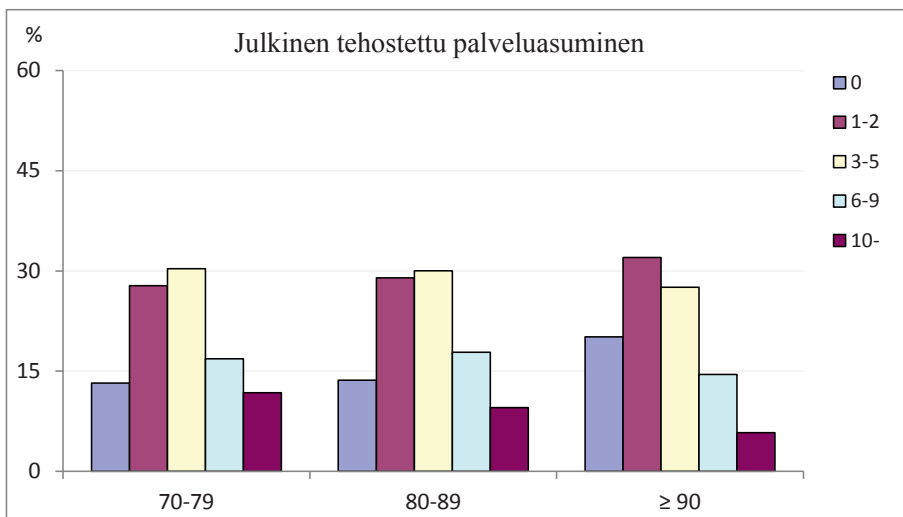




Liite 4.

Siirtymien määrä ikäryhmittäin henkilöillä, jotka olivat 12 kk ennen kuolemaa pitkäaikaishoitopaikassa.





Kunnallisan kehittämässätiön tutkimusjulkaisujen sarjassa ovat ilmestyneet

- 1 Pirjo Mäkinen
KUNTARAKENNESELVITYS (1992)
- 2 HYVINVOINTIYHTEISKUNNAN TULEVAISUUS
Kolme näkökulmaa (1992)
- 3 Maria Lindbom
KUNNAT JA EUROOPPALAINEN ALUEKEHITYS (1994)
- 4 Jukka Jääskeläinen
KUNTA, KÄYTTÄJÄ, MARKKINAVOIMA
Kunnallisen monopolin ohjaus ja johtaminen (1994)
- 5 Torsti Kivistö
KEHITYKSEN MEGATRENDIT JA KUNTIEN TULEVAISUUS
Kohti ihmisläheistä kansalaisyhteiskuntaa (1995)
- 6 Kari Ilmonen–Jouni Kaipainen–Timo Tohmo
KUNTA JA MUSIIKKIJUHLAT (1995)
- 7 Juhani Laurinkari–Pauli Niemelä–Olli Pusa–Sakari Kainulainen
KUNTA VALINTATILANTEESSA
Kuka tuottaa ja rahoittaa palvelut? (1995)
- 8 Pirjo Mäkinen
KUNNALLISEN ITSEHALLINNON JÄLJILLÄ (1995)
- 9 Arvo Myllymäki–Asko Uoti
LEIKKAUKSET KUNTIEN UHKANA
Vaikeutuuko peruspalvelujen järjestäminen? (1995)
- 10 Heikki Helin–Markku Hyypiä–Markku Lankinen
ERILAISET KUNNAT
Kustannuserojen taustat (1996)
- 11 Juhani Laurinkari–Tuula Laukkanen–Antti Miettinen–Olli Pusa
VAIHTOEHDOKSI OSUUSKUNTA
– yhteisö kunnan palvelutuotannossa (1997)
- 12 Jari Hyvärinen–Paavo Okko
EMU – ALUEELLISET VAIKUTUKSET JA KUNTATALOUS (1997)
- 13 Arvo Myllymäki–Juha Salomaa–Virpi Poikkeus
MUUTTUMATON – MUUTTUVA KANSANELÄKELAITOS (1997)

- 14 Petri Böckerman
ALUEET TYÖTTÖMYYDEN KURIMUKSESSA (1998)
- 15 Heikki Helin–Seppo Laakso–Markku Lankinen–Ilkka Susiluoto
MUUTTOLIIKE JA KUNNAT (1998)
- 16 Kari Neilimo
STRATEGIAPROSESSIN KEHITTÄMINEN MAAKUNTATASOLLA
– case Pirkanmaa (1998)
- 17 Hannu Pirkola
RAKENNERAHASTOT
– ohjelmien valmistelu, täytäntöönpano ja valvonta (1998)
- 18 Marja-Liisa Nyholm–Heikki Suominen
PALVELUVERKOSSA YÖTÄPÄIVÄÄ (1999)
- 19 Jarmo J. Hukka–Tapio S. Katko
YKSITYISTÄMINEN VESIHUOLLOSSA? (1999)
- 20 Salme Näsi–Juha Keurulainen
KUNNAN KIRJANPITOUUDISTUS (1999)
- 21 Heikki Heikkilä–Risto Kunelius
JULKISUUSKOE
Kansalaiskeskustelun opetuksia koneistoille (2000)
- 22 Marjaana Kopperi
VASTUU HYVINVOINNISTA (2000)
- 23 Lauri Hautamäki
MAASEUDUN MENESTYJÄT
Yritykset kehityksen vetureina (2000)
- 24 Paavo Okko–Asko Miettälä–Elias Oikarinen
MUUTTOLIIKE PAKOTTAA RAKENNEMUUTOKSEEN (2000)
- 25 Olavi Borg
TIEDON VAJE KUNNISSA (2000)
- 26 Max Arhippainen–Perttu Pyykkönen
KIINTEISTÖVERO KUNNALLISTALOUEDESSA (2000)
- 27 Petri Böckerman
TYÖPAIKKOJEN SYNTYMINEN
JA HÄVIÄMINEN MAAKUNNISSA (2001)
- 28 Aimo Ryynänen
KUNTAYHTEISÖN JOHTAMINEN (2001)

- 29 Ilkka Ruostetsaari–Jari Holttinen
LUOTTAMUSHENKILÖ JA VALTA
Edustuksellisen kunnallisdemokratian mahdollisuudet (2001)
- 30 Terho Pursiainen
KUNTAETIIKKA
Kunnallisen arvokeskustelun kritiikkiä (2001)
- 31 Timo Tohmo–Jari Ritsilä–Tuomo Nenonen–Mika Haapanen
JARRUA MUUTTOLIIKKEELLE (2001)
- 32 Arvo Myllymäki–Eija Tetri
RAHA-AUTOMAATTIYHDISTYS KANSALAISPALVELUJEN RA-
HOITTAJANA (2001)
- 33 Anu Pekki–Tuula Tamminen
LAPSEN EHDOILLA (2002)
- 34 Lauri Hautamäki
TEOLLISTUVA MAASEUTU
– menestyvät yritykset maaseudun voimavarana (2002)
- 35 Pertti Kettunen
KUNTIEN ELOONJÄÄMISEN TAITO (2002)
- 36 MAAKUNTIEN MERKITYS JA TEHTÄVÄT (2003)
- 37 Marko Taipale–Max Arhippainen
ANSIOTULOVÄHENNYS, JAETTAVAT YRITYSTULOT
JA KUNTIEN VEROPOHJA (2003)
- 38 Jukka Lassila–Tarmo Valkonen
HOIVARAHASTO (2003)
- 39 Pekka Kettunen
OSALLISTUA VAI VAIKUTTAA? (2004)
- 40 Arto Ikola–Timo Rothovius–Petri Sahlström
YRITYSTOIMINNAN TUKEMINEN KUNNISSA (2004)
- 41 Päivi Kuosmanen–Pentti Meklin–Tuija Rajala–Maarit Sihvonen
KUNNAT ERIKOISSAIRAANHOIDOSTA SOPIMASSA (2004)
- 42 Pauli Niemelä
SOSIAALINEN PÄÄOMA SUOMEN KUNNISSA (2004)
- 43 Ilkka Ruostetsaari–Jari Holttinen
TARKASTUSLAUTAKUNTA KUNNAN PÄÄTÖKSENTEOSSA (2004)
- 44 Aimo Ryytänen
KUNNAT VALTION VALVONNASSA (2004)

- 45 Antti Peltokorpi–Jaakko Kujala–Paul Lillrank
KESKENERÄISEN POTILAAN KUSTANNUKSET
Menetelmä kunnille terveyspalveluiden tuotannon suunnitteluun ja ohjaukseen (2004)
- 46 Pentti Puoskari
KUNTA JA AMMATTIKORKEAKOULU (2004)
- 47 Timo Nurmi
KUNTIEN ARVOPERHEET (2005)
- 48 Jarna Heinonen–Kaisu Paasio
SISÄINEN YRITTÄJYYS KUNTATYÖSSÄ (2005)
- 49 Soili Keskinen
TUTKIMUS ALAISTAIDOISTA KUNNISSA
(verkkojulkaisu 2005)
- 50 Heikki A. Loikkanen–Ilkka Susiluoto
PALJONKO VERORAHOILLA SAA? (2005)
- 51 Arvo Myllymäki–Päivi Kalliokoski
VALTIO, KUNTA JA EUROOPAN UNIONI
Unionijäsenyyden vaikutus valtion ja kuntien taloudelliseen päätösvaltaan (2006)
- 52 Aini Pehkonen
MAAHANMUUTTAJAN KOTIKUNTA (2006)
- 53 Toivo Pihlajaniemi
KUNTARAKENNE MURROKSESSA
(verkkojulkaisu 2006)
- 54 Satu Nivalainen
PENDELÖINKÖ VAI MUUTANKO?
Työvoiman liikkuvuus kuntien välillä (2006)
- 55 Jouni Kaipainen
KUNTIEN ROSKASOTA (2006)
- 56 Vesa Vesterinen
KUNTA JA YHTIÖITTÄMINEN (2006)
- 57 Maria Solakivi–Matti Virén
KUNTIEN HENKILÖSTÖ, TEHOKKUUS JA KUNTAKOKO (2006)
- 58 Jarmo J. Hukka–Tapio S. Katko
VESIHUOLLON HAAVOITTUVUUS
(verkkojulkaisu 2007)

- 59 Elina Viitanen–Lauri Kokkinen–Anne Konu–Outi Simonen–
Juha V. Virtanen–Juhani Lehto
JOHTAJANA SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLOSSA (2007)
- 60 Jouni Ponnikas–Timo Tiainen–Johanna Hätälä–Jarmo Rusanen
SUOMI JA ALUEET 2030
– toteutunut kehitys, ennakointia ja skenaariot (2010)
- 61 Ritva Pihlaja
KOLMAS SEKTORI JA JULKINEN VALTA (2010)
- 62 Pekka Pietilä–Tapio Katko–Vuokko Kurki
VESI KUNTAYHTEISTYÖN VOITELUAINEENA (2010)
- 63 Pasi Holm–Janne Huovari
KUNNAT VEROUUDISTUKSEN MAKSAJINA? (2011)
- 64 Irene Roivainen–Jari Heinonen–Satu Ylinen
KÖYHÄ BYROKRATIAN RATTAISSA (2011)
- 65 Anu Hakonen–Kiisa Hulkko-Nyman
KUNNASTA HOUKUTTELEVA TYÖPAIKKA? (2011)
- 66 Markku Sotarauta–Toni Saarivirta–Jari Kolehmainen
MIKÄ ESTÄÄ KUNTIEN UUDISTUMISTA? (2012)
- 67 Eero Lehto
VOIKO ÄÄNESTÄMÄLLÄ VAIKUTTAA KUNTAVEROIHIN?
(2012)
- 68 Kirsi Kuusinen–James
TUOKO PALVELUSETELI VALINNANVAPAUTTA? (2012)
- 69 Leena Forma–Marja Jylhä–Mari Aaltonen–Jani Raitanen–
Pekka Rissanen
VANHUUDEN VIIMEISET VUODET
– pitkäaikaishoito ja siirtymät hoitopaikkojen välillä (2012)



KAKS – Kunnallisasian kehittämissäätiö rahoittaa kuntia palvelevaa tutkimus- ja kehittämistoimintaa. Tavoitteena on tukea ja parantaa kuntien ja niiden organisaatioiden toimintamahdollisuuksia.

Rahoitamme hankkeita ja tutkimuksia, joiden arvioimme olevan kuntien tulevaisuuden kannalta keskeisimpiä. Tuloksien tulee olla sovellettavissa käytäntöön. Rahoitettavilta hankkeilta edellytetään ennakkoluulotonta ja uutta uraa luovaa otetta.

Säätiöllä on *Polemiikki*-niminen asiakaslehti ja kaksi julkaisusarjaa:

Polemia-sarja, jossa käsitellään kunnille tärkeitä strategisia kysymyksiä ajattelua herättävällä tavalla.

Tutkimusjulkaisut-sarja, jossa julkaistaan osa säätiön rahoittamista tutkimuksista. Pääosa säätiön rahoittamista tutkimuksista julkaistaan tekijätahon omissa julkaisusarjoissa.

Toimintamme ja julkaisumme esitellään tarkasti kotisivuillamme www.kaks.fi.

Vuonna 1990 perustettu itsenäinen säätiö rahoittaa toimintansa sijoitus-tuotoilla.

Osoite	Fredrikinkatu 61 A 00100 Helsinki
Asiamies	Antti Mykkänen, antti.mykkanen@kaks.fi , p. 0400 570 087
Tutkimusasiamies	Veli Pelkonen, veli.pelkonen@kaks.fi , p. 0400 815 527
Taloudenhoitaja	Anja Kirves, anja.kirves@kaks.fi , p. 0400 722 682
Tutustu kotisivuihimme (www.kaks.fi)!	

Leena Forma, Marja Jylhä, Mari Aaltonen,
Jani Raitanen ja Pekka Rissanen

Vanhuuden viimeiset vuodet

Kun elinikä pitenee, elämän viimeisinä vuosina tarvitaan usein kokopäiväistä hoitoa ja hoivaa. Mutta kykenevätkö pitkäaikaishoitopaikat eli julkiset ja yksityiset vanhainkodit ja tehostettu palveluasuminen hoitamaan vanhaa ihmistä hänen elämänsä loppuun saakka?

Raportissa tarkastellaan pitkäaikaishoidon käyttöä, hoitopaikasta toiseen siirtymistä ja hoidon kustannuksia kahden viimeisen elinvuoden aikana vuosina 1998–2008. Tutkimus tehtiin Tampereen yliopiston terveystieteiden yksikössä ja Gerontologian tutkimuskeskuksessa.



kaks.fi
KUNNALLISALAN
KEHITTÄMISSÄÄTIÖ



9 789525 801606