



Ikääntyneiden sosiaali- ja terveyspalveluiden tarve ja käyttö eroavat tulotason mukaan

SUOMEN SOSIAALINEN TILA 1/2018

Pääviestit

- Kolme neljästä 65 vuotta täyttäneestä tarvitsee terveyskeskuslääkärin palveluita, pienituloisista suurempi-tuloisia useammat.
- Useampi kuin joka kymmenes alimpaan tuloviidennekseen kuuluvasta ikääntyneestä jättää käymättä lääkärisä heikon taloudellisen tilanteen vuoksi.
- Tuloista riippumatta suurin osa ikääntyneistä käyttää terveyskeskuslääkärin palveluita, mutta suurituloiset käyttävät huomattavasti pienituloisia useammin myös yksityislääkäreiden palveluita.
- Suun terveyteen liittyvä palveluiden käyttö jakautuu voimakkaasti tulojen mukaan.
- Alimpaan tuloviidennekseen kuuluvat ikääntyneet tarvitsevat kotipalvelua ja kotisairaanhoidoa huomattavasti ylempiä tuloryhmiä useammin. Kumpaakaan palvelua ei kuitenkaan koeta saatavan riittävästi.
- Pienituloisimmista ikääntyneistä useampi kuin joka kymmenes on tarvinnut toimeentulotukea, mutta suurin osa heistä ei ole kokenut saavansa sitä riittävästi tai ei ole saanut lainkaan.

Ikääntyneiden osuus Suomen väestöstä kasvaa merkittävästi. Maassamme on jo yli miljoona 65 vuotta täyttänyttä kansalaista, ja Tilastokeskuksen väestöennusteen mukaan vuonna 2030 heitä on noin 1,5 miljoonaa. Vaikka ikääntyneiden toimintakyky ja terveys ovat kohentuneet aiempaan verrattuna, niin monet sairaudet ja toimintakyvyn rajoitteet lisääntyvät iän myötä. Ikääntyneiden määrän kasvu lisää siten palveluiden tarvetta. Tässä raportissa kuvataan 65 vuotta täytäneen väestön sosiaali- ja terveyspalveluiden tarvetta ja kokemuksia palveluiden saannista tuloviidenneksittäin. Tarkastelussa ovat mukana terveyskeskuslääkärin palvelu, hammashoito, mielenterveyspalvelut, kotipalvelu, kotisairaanhoido, omaishoidon tuki sekä toimeentulotuki. Lisäksi tarkastellaan lääkäri- ja hammaslääkäripalveluiden käytön jakautumista terveyskeskuspalveluihin ja yksityisiin palveluihin tuloviidenneksittäin.

IKÄÄNTYNEIDEN TERVEYSPALVELUIDEN ITSE ILMOITETUSSA TARPEESSA ON TULORYHMITÄISIÄ EROJA

Taulukossa 1 esitetään terveyskeskuslääkärin palveluita, hammashoitoa ja mielenterveyspalveluita viimeisen vuoden aikana tarvinneiden 65 vuotta täyttäneiden osuudet tuloviidenneksittäin. Terveyskeskuslääkärin palveluita ilmoitti tarvinneensa kaiken kaikkiaan kolme neljästä vastaajasta. Alimpaan viidennekseen kuuluvista 78 prosenttia ja toiseksi alimpaan tai keskimmäiseen tuloviidennekseen kuuluvista myös hieman keskivertoa useammat olivat tarvinneet tätä palvelua. Ylimpään viidennekseen kuuluvista vastaajista sen sijaan hieman keskivertoa harvemmat ilmoittivat tarvinneensa lääkäripalvelua terveyskeskuksessa, mutta heistäkin kuitenkin yli 70 prosenttia.

Taulukko 1. Terveyskeskuslääkärin palvelua, hammashoitoa ja mielenterveyspalveluita viimeisen vuoden aikana tarvinneet 65 vuotta täytäneet tuloviidenneksittäin koko maassa (% , 95 % LV).

| Palvelu | Tuloviidennes | | | | |
|-----------------------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| | Alin | Toiseksi alin | Keskimmäinen | Toiseksi ylin | Ylin |
| Terveyskeskuslääkärin vastaanotto | 78 (76–79) | 77 (75–79) | 77 (76–79) | 75 (73–76) | 71 (70–72) |
| Hammashoito | 38 (35–40) | 42 (40–43) | 48 (46–49) | 51 (49–52) | 51 (50–52) |
| Mielenterveyspalvelut | 4 (1-7) | 3 (1-6) | 2 (0-5) | 2 (0-5) | 2 (0-4) |

Lähde: ATH 2013–2015.

Kirjoittaja:

Hannikainen Katri
tutkija, THL

Aikuisten terveys-, hyvinvointi- ja palvelututkimus

Aineistona on käytetty vuosien 2013–2015 Aikuisten terveys-, hyvinvointi- ja palvelututkimusta (ATH, sittemmin FinSote), johon on yhdistetty tulotiedot Tilastokeskuksen rekistereistä. ATH on vuonna 2010 käynnistynyt Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen toteuttama kyselytutkimus. Sen avulla seurataan hyvinvoinnissa, terveydessä, palveluiden tarpeessa, palveluiden käytössä ja niiden riittävydessä tapahtuneita muutoksia väestössä ja eri väestöryhmissä. Vuosien 2013–2015 otoskoko 65 vuotta täyttäneistä oli 54 853 ja vastanneiden osuus 69 prosenttia (37 848 henkilöä).

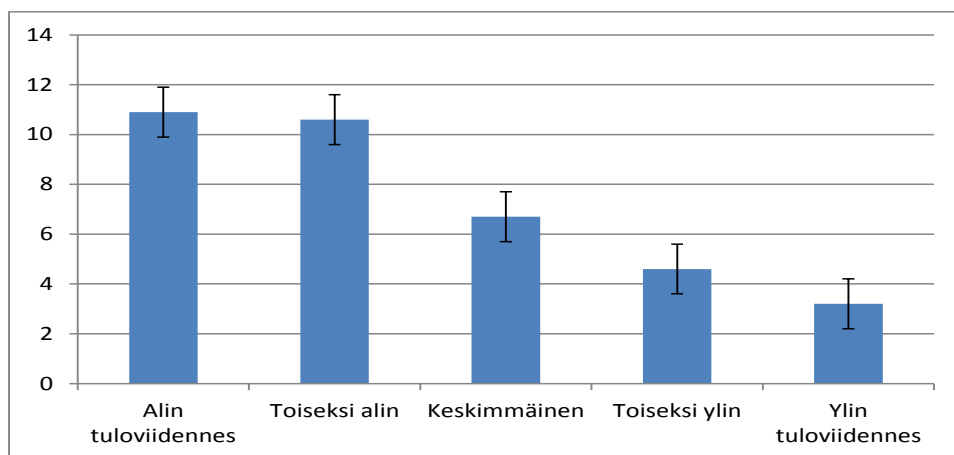
Sosiaali- ja terveyspalveluiden tarvetta ja kokemuksia on raportissa tarkasteltu perustuen kysymykseen ”Oletteko mielestänne saanut riittävästi seuraavia sosiaali- ja terveyspalveluita 12 viime kuukauden aikana?”. Vastausvaihtoehdot ovat 1) ei ole tarvittu, 2) olisi tarvittu, mutta palvelua ei saatu, 3) on käytetty, palvelu ei ollut riittävää ja 4) on käytetty, palvelu oli riittävää.

Lääkäripalveluiden käyttöä koskeva tarkastelu on tehty perustuen kysymykseen ”Kuinka monta kertaa olette käynyt oman sairautenne vuoksi 12 viime kuukauden aikana lääkärin vastaanotolla terveyskeskuksessa?” sekä ”Kuinka monta kertaa olette käynyt oman sairautenne vuoksi 12 viime kuukauden aikana lääkärin vastaanotolla yksityisellä terveysasemalla?”. Hammaslääkäripalveluiden käyttöä koskevassa tarkastelussa on käytetty kysymystä ”Oletteko käynyt 12 viime kuukauden aikana 1) terveyskeskuksen hammaslääkärillä, 2) yksityisellä hammaslääkärillä?”. Vaihtoehdot ovat ”en” ja ”kyllä”.

Pienituloisten ikääntyneiden suurempaa tarvetta terveyskeskuslääkärin palveluihin selittää osaltaan tiedossa olevat sosioekonomiset terveyserot. Matalaan sosioekonomiseen asemaan liittyy ikääntyneillä muun väestön tavoin keskimääräistä heikompi fyysinen ja psyykinen toimintakyky, suurempi sairastavuus ja korkeampi kuolleisuus (<https://www.thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveyserot>).

Osa ikääntyneistä jättää käymättä lääkärissä oman taloudellisen tilanteensa vuoksi. Kaikkiaan rahan puutteen vuoksi viimeisen vuoden aikana oli jättänyt käymättä lääkärissä seitsemän prosenttia vastaajista. Tuloryhmittäiset erot ovat selvät (kuvio 1): kahteen alimpaan tuloviidennekseen kuuluvista noin yksitoista prosenttia ei ollut viimeiseen vuoteen käynyt lääkärissä taloudellisten ongelmien vuoksi, kun suurituloisimmilla vastaava osuus oli kolme prosenttia.

Tulkintoja tehtäessä onkin tärkeää pitää mielessä, että vastausvaihtoehto ”ei ole tarvittu” kuvaa vastaajan subjektiivista arviota tilanteesta, ei sairastavuutta. Ei ole tietoa siitä, miten eri tavoin vastaajat kokevat tarpeen hakeutua hoitoon. Aiemmissa tutkimuksissa (esim. Manderbacka ym. 2012) on arvioitu syitä, joiden perusteella asiakas ei ehkä hakeudu palveluiden piiriin. Tällaisia syitä voivat olla esimerkiksi sosioekonomiset tekijät, ikä, aiemmat kokemukset palveluista, asenteet ja palveluiden kustannukset. Pienituloisimmille jo terveyskeskusmaksut saattavat olla liian suuret ja lääkäriin meno voidaan tulkita tarpeettomaksi rahanmenoksi, jos sairauden tai vaivan kanssa vielä pärjää.



Kuvio 1.

65 vuotta täyttäneet, jotka ovat rahan puutteen vuoksi jättäneet käymättä lääkärissä viimeisen vuoden aikana tuloviideneksittäin (% , 95 % LV). **Lähde:** ATH 2013–2015.

Hammashoitoa ilmoitti tarvitseensa 46 prosenttia vastaajista. Tuloryhmittäiset erot olivat varsin suuret (taulukko 1). Kahteen ylimpään tuloviidennekseen kuuluvista hammashoitoa oli viimeisen vuoden aikana tarvinnut yli puolet, mutta alimpaan viidennekseen kuuluvista 38 prosenttia. Aiemmin on todettu, että käytettävissä olevat tulot vaikuttavat selvästi siihen, mitä hammashoitopalveluista ollaan valmiita tai pystytään maksamaan. Hammashoitopalveluiden käyttö on liian vähäistä vähän koulutetuilla ja pienituloisilla, ja toisaalta riittävää tai liiankin runsasta korkeakoulutetuilla ja hyvätuloisilla. (Widström 2013.) Kun lääkäriin jätetään menemättä rahan puutteen vuoksi, ei ole mitään syytä olettaa, että asia olisi toisin hammaslääkäriin menon osalta.

Tuloluokat ja pienituloiset

Tilastokeskuksen rekistereistä saadut kotitalouden yhteenlasketut käytettävissä olevat tulot on muutettu kulutusyksikkökohtaisiksi tuloiksi siten, että kotitalouden tulot jaetaan sen jäsenten määrällä ja painotetaan iän mukaan. Tämän jälkeen vastaajat on jaettu viiteen yhtä suureen tuloryhmään.

65 vuotta täyttäneiden kulutusyksikkökohtaiset tulot aineistossa ovat alimpaan tuloviidennekseen kuuluvilla vastaajilla korkeintaan 14 986 euroa ja toiseksi alimpaan viidennekseen kuuluvilla 14 987–18 683 euroa vuodessa. Keskimmäiseen viidennekseen kuuluvien tulot ovat 18 684–23 033 euroa vuodessa. Toiseksi ylimpään viidennekseen kuuluvilla tulot ovat 23 034–30 218 euroa ja ylimpään viidennekseen kuuluvilla yli 30 218 euroa vuodessa. Pienituloisimpien tulot enimmillään ovat hyvin lähellä vuokralla pääkaupunkiseudulla asuvan yli 65-vuotiaan vuoden 2015 minimibudjettiköyhyysrajaa, joka oli 1200 euroa kuukaudessa. (Mukkila ym. 2017.)

Aineistossa miehet ovat naisia selvästi suurituloisempia. Kolmeen ikäryhmään (65–74, 75–84 ja 85 vuotta täyttäneet) jaoteltuna vanhemmat vastaajat ovat nuorempia pienituloisempia. Vanhimmista naisista lähes puolet ja 75–84-vuotiaistakin noin kolmasosa kuuluu alimpaan tuloviidennekseen. Vanhimmista miehistä hieman alle 30 prosenttia kuuluu alimpaan viidennekseen. Siviilisäädyn mukaan tarkasteltuna pienituloisimmista vastaajista lähes neljä viidestä on joko naimattomia (14 %), eronneita (19 %) tai leskiä (45 %). Ainoastaan reilu viidennes elää avotai avioliitossa. Ero ylimpään tuloviidennekseen kuuluviin vastaajiin on suuri. Heistä lähes neljä viidestä elää parisuhteessa.

Mielenterveyspalveluita ilmoitti viimeisen vuoden aikana tarvitseensa ainoastaan kolme prosenttia vastanneista. Tuloryhmittäiset erotkin tässä ovat hyvin pienet (taulukko 1). Tämän raportin aineistossa yli yhdeksän prosenttia vastaajista kuitenkin ilmoitti, että heillä oli ollut viimeisen vuoden aikana esimerkiksi lääkärin toteama tai hoitama masennus. Tuloryhmittäin tarkasteltuna masennusta esiintyi huomattavasti useammin pieni- kuin suurituloisilla vastaajilla. Alimpaan tuloviidennekseen kuuluvista 14 prosentilla oli todettu masennus, mutta ylimpään viidennekseen kuuluvista kuudella prosentilla. On mahdollista, että tämä ristiriita ilmoitetun mielenterveyspalveluiden tarpeen ja masennusdiagnoosin välillä johtuu siitä, että diagnoosi on tehty jonkin muun lääkärikäynnin yhteydessä, eikä tarvetta varsinaisiin mielenterveyspalveluihin hakeutumiseen ole ollut. Diagnoosi on myös saatettu tehdä aiemmin, eikä juuri viimeksi kuluneen vuoden sisällä.

TYTYMÄTTÖMYYS TERVEYSPALVELUIDEN SAANTIIN ON YLEISTÄ – TULORYHMIEN VÄLILLÄ ON PIENIÄ EROJA

Ikääntyneillä tyytymättömyys terveyskeskuslääkärin palveluiden saantiin on yleistä. Lähes neljännes (23 %) 65 vuotta täyttäneistä lääkäripalveluita tarvitsevista ei ollut saanut lainkaan tai ei ollut kokenut saavansa riittävästi lääkäripalveluita terveyskeskuksessa. Tuloryhmittäin tarkasteltuna suurituloisimmat ovat jonkin verran useammin tyytymättömiä (25 %) kuin kaikkein pienituloisimmat (21 %). Manderbackan ym. (2012) tutkimuksen tulokset näyttäisivät olevan tämän tuloksen kanssa ristiriidassa. Ne 60-vuotiaat ja vanhemmat, jotka kokivat menojaan kattamisen tuloillaan hankalaksi, kokivat enemmän tyydyttymätöntä avoterveydenhuollon palvelutarvetta kuin ne, jotka kokivat menojen kattamisen tuloillaan helpoksi. Myös Ilmarisen ym. (2016) sosiaalipalveluiden toimivuutta käsittelevässä tutkimuksessa todettiin, että toimeentulovaikeuksia kokeneet luottivat muita vähemmän vanhuspalveluiden saamiseen.

Edellä mainittu ero voi osin selittyä sillä, että tuloilla mitattu pienituloisuus ja subjektiivinen kokemus tulojen riittävydestä eivät aina kohtaa (Palomäki 2009). Aiemmissa tulojen mukaisissa tarkasteluissa on saatu tämän raportin kanssa yhteneväisiä tuloksia. Muuri (2008) on todennut, että hyvätuloiset ovat ilmaisevat suurempaa tyytymättömyyttä esimerkiksi vanhuspalvelujen riittävyteen kuin pienituloiset. Lisäksi Palomäen (2013) tutkimuksessa todettiin, että korkeakoulututkinnon suorittaminen ja hyvätuloisuus ovat yhteydessä sekä terveysettä vanhuspalveluihin kohdistuvaan kriittisyyteen. Tutkimuksessaan Palomäki pohtii, että hyvätuloisilla on mahdollisesti enemmän taloudellisia resursseja käyttää paremmin saatavilla olevia yksityisiä palveluita, jolloin julkiset palvelut saatetaan kokea riittämättömiksi.

Suuri osa ikääntyneistä on tyytymättömiä myös hammashoidon toteutumiseen. Yli viidennes (22 %) ei ole saanut hammashoitoa tai kokee, ettei ole saanut sitä riittävästi. Pienituloisimmat (24 %) ovat kokeneet hieman suurituloisimpia (20 %) useammin palvelun tarpeeseen nähden riittämättömäksi. Mielenterveyspalveluiden osalta tarkastelua palveluiden riittävydestä ei tehty, koska tuloryhmittäisessä tarkastelussa palveluita tarvitsevien määrät olivat pienet.

LÄÄKÄRI- JA HAMMASLÄÄKÄRIKÄYNNIT JAKAUTUVAT IKÄÄNTYNEILLÄ SELVÄSTI TULOJEN MUKAAN

Suomessa tuotetaan avoterveydenhuollon palveluita kolmen eri järjestelmän kautta, ja näiden järjestelmien lääkäripalvelujen käytössä on suuria ja varsin pysyviä eroja (Manderbacka ym. 2017). Koko väestölle avoimia terveyskeskuslääkärin palveluita käyttävät enemmän pienituloiset, kun taas työterveyshuoltoa ja yksityisiä lääkäripalveluita käyttävät suurituloiset pienituloisia enemmän. Myös toimeentulokiasiakkaiden, jotka tuen viimesijaisen luonteen vuoksi ovat usein pienituloisia, ja muun väestön välillä on todettu samankaltaisia eroja (Nyman ym. 2017).

Erot julkisen ja yksityisen palvelujärjestelmän käytössä näkyvät myös ikääntyntä väestöä tarkasteltaessa. Taulukosta 2 nähdään, että suurin osa kaikkiin tuloluokkiin kuuluvista ikääntyneistä on käynyt terveyskeskuslääkärin vastaanotolla yhden tai kaksi kertaa, eikä eroja juurikaan ole. Erot näkyvät kuitenkin niiden vastaajien osuuksissa, jotka eivät ole käyneet terveyskeskuslääkärin vastaanotolla kertaakaan ja niiden osuuksissa, jotka ovat käyneet useammin kuin kaksi kertaa. Pieni- ja keskituloisiin verrattuna ylimpään tuloviidennekseen kuuluvista suurempi osuus ei ole käynyt lainkaan terveyskeskuslääkärin vastaanotolla ja toisaalta harvempi heistä on käynyt vastaanotolla useita kertoja viimeisen vuoden aikana.

Taulukko 2. Terveyskeskuslääkärin ja yksityislääkärin vastaanotolla viimeisen vuoden aikana käyneet 65 vuotta täyttäneet käyntikertojen mukaan tuloviidenneksittäin koko maassa (% , 95 % LV).

| Terveyskeskuslääkärin vastaanotolla käyneet | Tuloviidennes | | | | |
|---|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| | Alin | Toiseksi alin | Keskimmäinen | Toiseksi ylin | Ylin |
| Ei yhtään käyntiä | 21 (19–22) | 20 (18–22) | 21 (20–22) | 24 (22–25) | 28 (27–30) |
| 1-2 käyntiä | 51 (50–52) | 51 (50–53) | 53 (51–54) | 54 (52–55) | 51 (49–53) |
| 3 tai useampi käynti | 28 (27–30) | 28 (26–30) | 26 (24–27) | 23 (20–25) | 20 (19–21) |
| Yksityislääkärin vastaanotolla käyneet | | | | | |
| Ei yhtään käyntiä | 64 (63–66) | 62 (60–63) | 58 (57–59) | 56 (55–57) | 47 (46–49) |
| 1-2 käyntiä | 30 (29–30) | 31 (30–32) | 35 (33–36) | 36 (34–37) | 40 (39–41) |
| 3 tai useampi käynti | 6 (4–7) | 7 (6–8) | 7 (6–9) | 8 (7–9) | 13 (12–15) |

Lähde: ATH 2013–2015.

Yksityislääkärin vastaanotolla käyneiden osuuksissa on tuloryhmittäin tarkasteltuna vielä selvemmat erot kuin terveyskeskuslääkärin vastaanotolla käyneiden osuuksissa. Alimpaan tuloviidennekseen kuuluvista vastaajista lähes kaksi kolmasosaa (64 %) ei ollut viimeisen vuoden aikana käynyt yhtään kertaa yksityislääkärin vastaanotolla, kun taas ylimpään tuloviidennekseen kuuluvista selvästi alle puolet (47 %) ei ollut käynyt kertaakaan. Alimpaan tuloviidennekseen kuuluvista vähintään kerran yksityislääkärin vastaanotolla oli käynyt reilu kolmannes (36 %), mutta ylimpään viidennekseen kuuluvista 53 prosenttia.

Tuloista riippumatta ikääntyneet käyvät terveyskeskuslääkäreiden vastaanotoilla useammin kuin yksityislääkäreillä. Tilanne on sama sekä vähän että hieman enemmän avoterveydenhuollon lääkäripalveluita käyttäneillä. Ikääntyneiden onkin todettu arvostavan julkisia palveluita. Van Aerschotin (2014) väitöskirjan mukaan niin pienituloiset kuin varakkaammatkin ikääntyneet toivovat, että he avun tarpeen lisääntyessä voisivat käyttää julkisia palveluita. Hänen mukaansa tässä on myös selvä ristiriita toiveiden ja nykytodellisuuden välillä.

Yksityislääkäreiden palveluita käyttäneiden suuret tuloryhmittäiset erot kertovat siitä, että osalla ikääntyneistä on vaihtoehtoja enemmän kuin toisilla esimerkiksi tilanteissa, joissa riittävää palvelua ei koeta saatavan. Tätä tulkintaa tukee myös se, että niistä pienituloisimmista vastaajista, joilla terveyskeskuslääkärikäyntejä ei viimeisen vuoden aikana ollut yhtään, yli 90 prosentilla ei myöskään ollut yhtään yksityislääkärikäyntiä. Suurituloisimpaan viidennekseen kuuluvista sen sijaan näin oli alle 70 prosentilla. Suurituloisimmista suurempi osuus valitsee terveyskeskuksen sijaan suoraan yksityislääkäriin. Aallon ym. (2017) tutkimuksessa palvelujen käyttäjät kokivat hoitoon pääsyssä ongelmia erityisesti terveyskeskuksissa. Tämä lisää tuloryhmien välistä eriarvoisuutta palveluiden piiriin pääsystä.

Kyselyyn vastanneiden viimeisen vuoden aikana toteutuneissa hammaslääkärikäynneissä on myös tuloryhmittäisiä eroja. Taulukossa 3 kuvataan niiden osuudet, jotka olivat vastanneet myönteisesti kysymykseen, joka koski käyntiä joko terveyskeskuksen tai yksityisen lääkäriaseman hammaslääkärillä viimeisen vuoden aikana. Kaikista vastanneista noin neljännes oli käynyt hammaslääkäriin vastaanotolla terveyskeskuksessa ja noin kaksi viidestä yksityisellä lääkäriasemalla. Sekä alimpaan että ylimpään tuloviidennekseen kuuluvista vastaajista alle neljännes oli käynyt hoidattamassa suun terveyttään terveyskeskuksessa, mutta ylimpään viidennekseen kuuluvista lähes 60 prosenttia oli käynyt yksityisellä palvelun tuottajalla ja vain neljännes alimpaan viidennekseen kuuluvista. Tulojen kasvaessa ikääntyneet hoidattavat myös suun terveyttä yksityisellä palvelun tarjoajalla.

Taulukko 3. Terveyskeskuksen hammaslääkärillä tai yksityisellä hammaslääkärillä viimeisen 12 kuukauden aikana käyneet 65 vuotta täytäneet tuloviidenneksittäin koko maassa (%; 95 % LV).

| Palvelu | Tuloviidennes | | | | |
|-----------------------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| | Alin | Toiseksi alin | Keskimmäinen | Toiseksi ylin | Ylin |
| Terveyskeskuksen hammaslääkärillä | 24 (22–25) | 25 (23–26) | 29 (28–32) | 29 (27–30) | 23 (22–24) |
| Yksityisellä hammaslääkärillä | 25 (23–26) | 31 (29–33) | 40 (39–41) | 47 (46–49) | 59 (58–60) |

Lähde: ATH 2013–2015.

Kotipalvelu, kotisairaanhoido ja omaishoidon tuki

Sosiaalihuoltolaissa säädettävä kotipalvelu ja terveydenhuoltolaissa säädettävä kotisairaanhoido muodostavat yhdessä kotihoidon kokonaisuuden. Sekä kotipalvelun että kotisairaanhoidon tehtävänä on tukea ikääntyneen kotona selviytymistä. Kotipalvelua voi saada arkipäivän askareista ja henkilökohtaisista toiminnoista kuten hygienian hoitamisesta selviytymiseen. Kotipalveluun sisältyy myös tukipalveluita, joita ovat ateria-, vaatehuolto-, siivous- ja asiointipalvelut sekä sosiaalista kanssakäymistä edistävät palvelut. Kotisairaanhoido puolestaan on potilaan kotona tapahtuvaa sairaanhoitoa, johon kuuluu erilaiset lääkärin määräämät sairaanhoidon toimenpiteet.

Omaishoidolla tarkoitetaan vanhuksen, vammaisen tai sairaan henkilön hoidon ja huolenpidon järjestämistä kotiloissa omaisen tai muun hoidettavalle läheisen henkilön avulla. Omaishoidon tuki on lakisääteinen sosiaalipalvelu, joka muodostuu tarvittavista palveluista hoidettavalle, omaishoitajalle maksettavasta hoitopalkkiosta, vapaista ja omaishoitajan hoitotehtävää tukevista palveluista. Omaishoitajalla tarkoitetaan omaista tai muuta hoidettavalle läheistä henkilöä, joka on tehnyt kunnan kanssa omaishoitosopimuksen.

KOTIHOIDON TARVE ON PIENITULOISIMMILLA IKÄÄNTYNEILLÄ SELVÄSTI MUITA YLEISEMPÄÄ

Yhteiskunnan ikärakenteen muutos ja iäkkään väestön määrän ja osuuden kasvu vaatii muun muassa palvelujärjestelmän rakenteiden muuttamista. Nykyisenkaltaisen palvelujärjestelmän ylläpitämisen ei nähdä enää olevan taloudellisesti kestäväällä pohjalla. Jo pitkään ikääntyneiden palveluissa onkin painotettu omaan kotiin tuotavaa ja siellä annettavaa apua ja hoitoa, ja tavoitteena on, että ikääntynyt väestö voisi asua kotona nykyistä pidempään. Taloudellisten argumenttien lisäksi mahdollisimman pitkään jatkuvaa kotona asumista tukee se, että ikääntyneet haluavat asua kotona ja säilyttää tärkeän riippumattomuuden ja itsenäisyyden tunteen (Tamminen & Solin 2013).

Ikääntyneet asuvatkin kotona yhä vanhemmiksi. Esimerkiksi 85 vuotta täyttäneillä kotona asuvien osuus vastaavanikäisestä väestöstä oli 76,6 prosenttia vuonna 2000, kun vuonna 2015 osuus oli kasvanut 80,4 prosenttiin (Laatusuositus hyvän ikääntyminen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2017–2019). Kotihoito ja omaishoidon tuki ovat keinoja, joiden avulla kotona asumista tuetaan. Kotihoidon piirissä olevien ikääntyneiden määrä on lisääntynyt ja heidän luokseen tehtävien käyntien määrät ovat etenkin osassa maata kasvaneet. (Alastalo ym. 2017). Parhaillaan käynnissä olevan hallituksen kärkihankkeen, Kehitetään ikäihmisten kotihoitoa ja vahvistetaan kaikenikäisten omaishoitoa (lyhenne I&O), yksi tavoite on, että ympärivuorokautisen tehostetun palveluasumisen ja laitoshoidon tarve vähenee.

Taulukossa 4 esitetään kotipalvelua, kotisairaanhoido ja omaishoidon tukea viimeisen vuoden aikana tarvinneiden 75 vuotta täyttäneiden osuudet kyselyyn vastanneista tuloviidenneksittäin. Analyysia ei ole tehty alle 75-vuotiaista, koska he tarvitsevat kyseisiä palveluita harvoin. Sekä kotipalvelua että kotisairaanhoido oli viimeisen vuoden aikana tarvinnut 17 prosenttia kaikista vastaajista. Molempia palveluita olivat kuitenkin huomattavasti useammin tarvinneet pienikuin suurituloiset. Alimpaan tuloviidennekseen kuuluvista lähes joka neljäs oli tarvinnut kotipalvelua ja/tai kotisairaanhoido, kun ylimpään viidennekseen kuuluvista näitä palveluita oli tarvinnut hieman useampi kuin joka kymmenes.

Omaishoidon tukea oli tarvinnut yhdeksän prosenttia vastanneista. Kahteen alimpaan tuloviidennekseen kuuluvista hieman keskivertoa harvemmat olivat tarvinneet omaishoidon tukea.

Kotihoidon tarpeen tuloryhmittäisiä eroja selittää osittain jo aiemmin mainitut erot sairastavuudessa ja toimintakyvyn rajoitteissa. Lisäksi alimpaan tuloviidennekseen kuuluvista vastaajista merkittävä osa on yksineläviä, joten heillä ei ole puolisoa tukena tai mahdollisena omaishoitajana sairauden kohdatessa tai kun toimintakyky muuten heikkenee joko tilapäisesti tai pysyvästi. Tällöin kotihoidon merkitys avun antajana korostuu.

Kirjallisuus

Aalto, Anna-Mari, Vehko, Tuulikki, Sinervo, Timo, Sainio, Salla, Muuri, Anu, Elovainio, Marko & Pekurinen, Markku (2017) Terveydenhuollon asiakaslähtöisyys. Palvelujen käyttäjien kokemuksia terveyspalvelujen toiminnasta. Tutkimuksesta tiiviisti 12/2017. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Alastalo Hanna, Vainio Suvi & Kehusmaa, Sari (2017) Kotihoidon asiakasmäärät kasvussa, henkilöstön määrän kasvu ei kaikissa maakunnissa seuraa perässä. Tutkimuksesta tiiviisti 18/2017. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Blomgren, Sanna, Karjalainen, Jouko, Karjalainen, Pekka, Kivipelto, Minna, Saikkonen, Paula & Saikku, Peppi (2016) Sosiaalityö, palvelut ja etuudet muutoksessa. Raportti 4/2016. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Blomgren, Sanna & Kivipelto, Minna (2012) Valtaistus. Valtakunnallinen aikuissosiaalityön kartoitus. raportti 27/2012. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

THL Aiheet. Hyvinvointi- ja terveys-erot. <https://www.th.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveys-erot/eriarvoisuus/elamankulku/iakkaat>

Ilmarinen, Katja (2017) Iäkkäiden kotihoidon ja tukipalvelujen asiakasmaksuissa isoja eroja kuntien välillä. Suomen sosiaalinen tila 1/2017. Tutkimuksesta tiiviisti 3. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Ilmarinen, Katja, Aalto, Anna-Mari & Muuri, Anu (2016) Sosiaalipalvelut väestön ja asiakkaiden arvioimana. Suomen sosiaalinen tila 1/2016. Tutkimuksesta tiiviisti 10. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Kehusmaa, Sari, Erhola, Kaaren & Luoma, Minna-Liisa (2017) Kotihoidon käyntien lukumäärä ei aina perustu arvioituun hoivan tarpeeseen. Tutkimuksesta tiiviisti 17/2017. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Taulukko 4.

Kotipalvelua, kotisairaanhoidoa tai omaishoidon tukea viimeisen vuoden aikana tarvinneet 75 vuotta täyttäneet tuloviidenneksittäin koko maassa (% , 95 % LV).

| Palvelu | Tuloviidennes | | | | |
|------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| | Alin | Toiseksi alin | Keskimmäinen | Toiseksi ylin | Ylin |
| Kotipalvelu | 24 (23–26) | 17 (16–19) | 12 (10–13) | 12 (11–13) | 12 (11–13) |
| Kotisairaanhoido | 23 (22–25) | 17 (16–19) | 14 (12–15) | 12 (11–13) | 11 (10–12) |
| Omaishoidon tuki | 8 (7-9) | 7 (6-9) | 10 (9-10) | 9 (7-10) | 9 (9-10) |

Lähde: ATH 2013–2015.

Merkittävä osa pienituloisistakaan ikääntyneistä ei saa kotihoitoa tai omaishoidon tukea riittävästi. Kotipalvelua tarvinneista alimpaan tuloviidennekseen kuuluvista vastaajista yli neljännes (26 %) koki, että apu ei ollut riittävää tai sitä ei saatu lainkaan. Kotisairaanhoidoa tarvinneista pienituloisimmista 18 prosenttia ei kokenut saavansa tarvittavassa määrin apua. Omaishoidon tukea tarvinneista alimpaan tuloluokkaan kuuluneista puolestaan yli puolet (51 %) oli tyytymättömiä saamaansa tukeen. Pienituloisimmilla mahdollisuudet hakea apua kotona pärjäämiseen ovat taloudellisista syistä suurempituloisia rajoitetummat. Kunnallisen kotihoidonkin on todettu olevan iso maksurasite iäkkäille (Ilmarinen 2017).

Kotihoidon tilasta on esitetty julkisuudessa huolestuneita kannanottoja (esim. Helsingin Sanomat 13.1.2018) ja myös tutkimustulokset osittavat, että ongelmia on. Kotihoidon tilanne vaihtelee maan eri osissa (Kehusmaa ym. 2017), mutta asiakasmäärät ja myös käyntikertojen määrät ovat lisääntyneet etenkin Uudellamaalla. Kotihoidon henkilökunnan määrä ei kuitenkaan ole lisääntynyt samassa tahdissa. Kotiin annettava apu kohdentuu yhä iäkkäämmille ja paljon toimintakykyään jo menettäneille vanhuksille, ja henkilökunnan jaksamisessa on todettu ongelmia. Kun aiemmin erityisesti vanhusten laitoshoidon henkilöstö koki työnsä kuormittavana, viime aikoina kotihoidon henkilöstön työhyvinvointi on heikentynyt (Vehko ym. 2017). Hyvin toimivan kotihoidon edellytysten turvaaminen on tärkeää, jotta pienituloisellekin vanhusväestölle pystytään takaamaan yhtäläiset oikeudet kotona asumiseen ihmisarvoisesti riittävästi apua saaden.

VALTAOSA PIENITULOISIMMISTAKAAN IKÄÄNTYNEISTÄ EI KOE SAAVANSA RIITTÄVÄSTI TOIMEENTULOTUKEA

Toimeentulotuki on ollut yksi keskeinen työväline sosiaalityössä. Esimerkiksi Blomgrenin ja Kivipellon (2012) tutkimuksessa todettiin, että neljäsosa aikuis-sosiaalityötä tekevistä sosiaalialan ammattilaisista teki toimeentulotukityötä yli 60 prosenttia työajastaan. Vaikka toimeentulotuki liittyy niihin sosiaalityön palveluihin, jotka tähtäävät asiakkaan taloudellisen tilanteen parantamiseen, on sillä myös laajempi tehtävä. Toimeentulotuella pitäisi tukea myös asiakkaan itsenäistä selviytymistä ja edistää ihmisen mahdollisuuksia vastata itse toimeentulostaan ja osallistua omien asioidensa hoitamiseen (Blomgren ym. 2016).

Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2017–2019. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2017:6.

Manderbacka, Kristiina, Aalto, Anna-Mari, Kestilä, Laura, Muuri, Anu & Häkkinen, Unto (2017) Eriarvoisuus somaattisissa terveyspalveluissa. Suomen sosiaalinen tila 2/2017. Tutkimuksesta tiiviisti 9. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Manderbacka, Kristiina, Muuri, Anu, Keskimäki, Ilmo, Kaikkonen, Risto & Elovainio, Marko (2012) Mitä tyydyttämätön palvelutarve kertoo terveyspalvelujen saatavuudesta? Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 2012: 49 4-12.

Mukkila, Susanna, Ilmakunnas, Ilari, Moisio, Pasi & Saikkonen, Paula (2017) Perusturvan riittävyys ja köyhyys 2017. Suomen sosiaalinen tila 4/2017. Tutkimuksesta tiiviisti 31. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Muuri, Anu (2008) Sosiaalipalveluja kaiken ikää ja kaikille? Teoksessa Moisio, Pasi & Karvonen, Sakari & Simpura, Jussi & Heikkilä, Matti (toim.) Suomalaisten hyvinvointi 2008. Stakes.

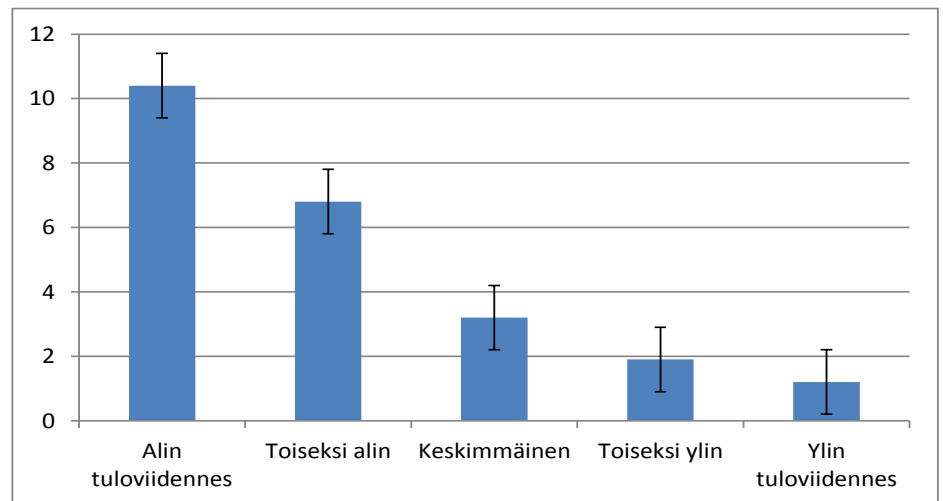
Nyman, Juha, Arffman, Martti & Keskimäki, Ilmo (2017) Toimeentulotuen asiakkaiden terveyspalvelujen käyttö Helsingissä vuonna 2014. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 2017: 54: 310–326.

Palomäki, Liisa-Maria (2013) Suomalaisien mielipiteet eläkkeiden ja sosiaali- ja terveyspalvelujen riittävydestä eläkeaikana. Eläketurvakeskuksen keskustelualoitteita 04/2013). Eläketurvakeskus.

Palomäki, Liisa-Maria (2009) Mitkä tekijät selittävät pienituloisten eläkeläisten toimeentulokokemusten eroja? Yhteiskuntapolitiikka 74 (2009): 5.

Saikkonen, Paula & Ylikännö, Minna (2017) Toimeentulotuki uudistuksesta sosiaaliturvan uudistamiseen? Tutkijatapaaminen. THL 24.8.2017.

Toimeentulotukiasiakkuus tarkoittaa tuen tarveharkinnan ja viimesijaisen luonteensa vuoksi lähtökohtaisesti pienituloisuutta. Niinpä toimeentulotuen tarve on ymmärrettävästi pienituloisilla ikääntyneillä huomattavasti suurempituloisia yleisempää. Kaiken kaikkiaan toimeentulotukea oli tai olisi tarvinnut 4,5 prosenttia vastanneista ja heistä yli 70 prosenttia kuului kahteen alimpaan tuloviidennekseen. Alimpaan tuloviidennekseen kuuluvista useampi kuin joka kymmenes vastaaja oli tarvinnut toimeentulotukea (kuvio 2). Myös toiseksi alimpaan viidennekseen kuuluvista lähes seitsemän prosenttia koki tarvitseensa tukea ja kahteen ylimpäänkin viidennekseen kuuluvista pieni osuus (noin 1-2 %). Tämä liittyy lyhytaikaiseen asiakkuuteen, joka ilmentää hetkellistä taloudellisen tilanteen heikkenemistä.



Kuvio 2.

Toimeentulotukea tarvitsevat 65 vuotta täyttäneet tuloviidennestittäin koko maassa (% , 95 % LV). **Lähde:** ATH 2013–2015.

Suurin osa toimeentulotukea tarvitsevista vastaajista ei ollut saanut tukea lainkaan tai he kokivat, etteivät olleet saaneet sitä riittävästi. Yli 60 prosenttia pienituloisimmista vastaajista ei ollut tyytyväisiä saamaansa apuun. Tämän raportin aineiston perusteella toimeentulotukea riittämättömästi saaneet ikääntyneet tinkivät sekä lääkkeistä että lääkärissäkynneistä. Perustoimeentulotuen maksatuksen siirryttyä Kelan tehtäväksi vuoden 2017 alusta, ikääntyneiden on nähty olevan yksi mahdollinen muutoksen häviöryhmä (Saikkonen & Ylikännö 2017). Esimerkiksi sähköinen asiointi ei onnistu, jos ei ole riittävä osaamista tai tarvittavia välineitä. Aina ei riitä se, että palveluita on tarjolla, vaan myös palveluiden hakemiseen tulisi olla apua saatavilla.

Toimeentulotuen asiakkuutta kartoitettaessa tulee ottaa huomioon tuen luonne. Toimeentulotuki on pienituloisille kohdennettu etuus, johon monen mielessä yhdistyy leimautumisen pelko. Tämän vuoksi osa vastaajista on saattanut vastata toimeentulotuen tarvetta koskevaan kysymykseen kielteisesti. Pienituloisuus ja koettu toimeentulotuen tarve eivät myöskään välttämättä vastaa toisiaan, jos pienillä tuloilla pärjätään. Palomäen (2009) tutkimuksessa kohtuullisen suuri osa objektiivisesti pienituloisista eläkeläisistä ilmoitti kokevansa toimeentulonsa helpoksi. Tyytyväisyys asumisen kustannuksiin oli yksi syy siihen, miksi menojen kattaminen pienistä tuloista huolimatta koettiin helpoksi.

IKÄÄNTYNEIDEN TASAVERTAISET MAHDOLLISUUDET SAADA SOSIAALI- JA TERVEYSPALVELUITA – PARANTAMISEN VARAA?

Tamminen, Nina & Solin, Pia (toim.) (2013) Mielenterveyden edistäminen ikääntyneiden asumis- ja hoivapalveluissa. Opas 27/2013. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos.

Van Aerschot, Lina (2014) Vanhusten hoiva ja eriarvoisuus. Sosiaalisen ja taloudellisen taustan yhteys avun saamiseen ja palvelujen käyttöön. Suomen Yliopistopaino Oy - Juvenes Print. Tampere 2014.

Vehko, Tuulikki, Sinervo, Timo & Josefsson, Kim (2017) Henkilöstön hyvinvointi vanhuspalveluissa – kotihoiton kehitys huolestuttava. Tutkimuksesta tiiviisti 11/2017. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos.

Widström, Eeva (2013) Suun terveydenhuollossa aikuisten vuoro. Teoksessa Sihto, Marita & Palosuo, Hannele & Topo, Päivi & Vuorenkoski, Lauri & Leppo, Kimmo (toim.) Terveyspolitiikan perusta ja käytännöt. Teema 17/2013. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos.

ISBN 978-952-343-067-9
ISSN 2323-5179

<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-067-9>

Julkaisun viite

Hannikainen, Katri 2018. Ikääntyneiden sosiaali- ja terveyspalveluiden tarve ja käyttö eroavat tulotason mukaan. Suomen sosiaalinen tila 1/2018. Tutkimuksesta tiiviisti 3/2017. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.



Ikärakenteen voimakas muutos asettaa yhteiskunnan haasteiden eteen. Väestön ikääntyminen vaikuttaa merkittävästi niin työmarkkinoihin, asumiseen kuin palveluiden tuottamiseen ja turvaamiseenkin. Taloudellisesti ja sosiaalisesti kestävä järjestelmä vaatii nyt jo hyvin suuren ja edelleen kasvavan väestöryhmän huomioon ottamista kokonaisvaltaisesti yhteiskunnallisessa päätöksenteossa. Tämän raportin tulokset viittaavat siihen, että ikääntyneen väestön tasavertaisiin mahdollisuuksiin saada sosiaali- ja terveyspalveluita on tarpeellista kiinnittää huomiota.

65 vuotta täyttäneen väestön sosiaali- ja terveyspalveluiden tarpeessa ja käytössä on tuloryhmittäisiä eroja. Tuloista riippumatta ikääntyneet käyttävät paljon terveyskeskuslääkärin palveluita, mutta tämän lisäksi suurempituloiset käyvät huomattavasti pienituloisia enemmän yksityislääkäreillä. Hammaslääkärikäynneissä ero on erityisen selvä. Pienituloiset jättävät myös suurempituloisia huomattavasti useammin käymättä lääkärissä rahan puutteen vuoksi. Jo nykyiset julkisten terveyspalveluiden asiakasmaksut ovat osalle liian suuret, mikä tulisi ottaa huomioon pyrittäessä rakentamaan terveydenhuoltojärjestelmää, jossa kaikilla on yhtäläiset mahdollisuudet hakeutua hoitoon.

Kotihoito eli kotipalvelu ja kotisairaanhoido on yksi keskeinen keino, jolla mahdollisimman pitkälle jatkuvaa kotona asumista pyritään tukemaan. Yhteiskunnan taloudellisen kestävyuden kannalta nähdään vanhusväestön suhteellisen osuuden kasvaessa välttämättömäksi vähentää kalliiksi tulevaa laitoshoidoa ja tehostettua palveluasumista. Ikääntyneelle väestölle on myös tärkeää oman itsemääräämisoikeuden säilyttäminen, jonka katsotaan toteutuvan parhaiten kotona asuessa. Pienituloiset ikääntyneet tarvitsevat selvästi suurempituloisia useammin kotihoitoa. Palvelu ei kuitenkaan nykyisellään ole riittävää. Hyvin toimivan kotihoiton avulla olisi myös mahdollista vaikuttaa siihen, että hyvä tavoite mahdollisimman pitkään jatkuvasta kotona asumisesta ei johda liian kauan jatkuvaan kotona asumiseen.

Toimeentulotuen luonne viimesijaisena tukimuotona koskettaa erityisesti pienituloisimpia ikääntyneitä. Suurin osa toimeentulotukea hakeneista ikääntyneistä kuuluu kahteen alimpaan tuloviidennekseen. Kaksi kolmasosaa heistä ei koe saaneensa tukea riittävästi tai eivät ole saaneet sitä lainkaan. Rahan puutteen vuoksi osa heistä on joutunut tinkimään perusasioista kuten lääkkeistä ja lääkärissäkäynneistä.

Ikääntyneille suunnattuja palveluita pyritään koko ajan kehittämään esimerkiksi asumista ja palveluita yhteensovittamalla. Yksi haaste on turvata kasvavan väestönsosan palveluiden saanti heidän tuloistaan riippumatta. Pienituloisuus koskettaa erityisesti kaikkein vanhimpia, se koskettaa erityisesti naisia ja se koskettaa erityisesti yksin eläviä. Palvelujärjestelmiä kehitettäessä ja päätöksenteossa on tärkeää ottaa huomioon myös heidän mahdollisuutensa hoidattaa terveyttään, saada kotona asumiseen ja pärjäämiseen riittävästi apua ja tarvittaessa myös taloudellista tukea sekä ammattitaitoista ohjausta muiden palveluiden piiriin, kun kotona asuminen ei enää ole inhimillinen vaihtoehto.

Julkaisu on osa Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen tuottamaa Suomen sosiaalinen tila -raporttisarjaa. Sarjassa esitellään päätöksenteon kannalta keskeisiä ja ajankohtaisia teemoja ja ilmiöitä, jotka liittyvät hyvinvointiin, elinoloihin, palveluihin ja eriarvoisuuteen.