

TIEDOSTA ARVIOINTIIN

tavoitteena paremmat palvelut

Sosiaali- ja terveyspalvelut Suomessa

Asiantuntija-arvio, syksy 2018

Rissanen, Pekka (toim.)



Sisällys

Esipuhe	3
Asiantuntija-arvio	4
Keskeisiä havaintoja	5
1. Väestö ja toimintaympäristö	6
2. Sosiaali- ja terveyspalvelujen rahoitus ja kustannukset	11
3. Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen	13
4. Erikoissairaanhoido	16
5. Perusterveydenhuolto	21
6. Suun terveydenhuolto	24
7. Lasten, nuorten ja perheiden palvelut	26
8. Mielenterveys- ja päihdepalvelut	29
9. Työikäisten sosiaalipalvelut	33
10. Vammaispalvelut	35
11. Ikääntyneiden palvelut	37
Lähteet	40

Kansallisen seurannan ja arvioinnin vastuuhenkilönä ja asiantuntija-arvion toimittajana on toiminut arviointijohtaja, professori **Pekka Rissanen**, arviointityötä on koordinoanut projektipäällikkö **Kimmo Parhiala** ja tietojen kokoamiseen sekä käsittelyyn on osallistunut tutkimusassistentti **Tuuli Suomela**. Arvioinnin tekemiseen ovat osallistuneet arviointipäälliköt **Tiina Hetemaa**, **Raimo Kekkonen**, **Nina Knape**, **Hannele Ridanpää**, **Eija Rintala** ja **Jukka Kärkkäinen** (oto) sekä eri tehtäväkokonaisuuksien asiantuntijat.

Esipuhe

Sosiaali- ja terveysministeriö (STM) ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) ovat harjoitelleet maakuntien sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämiseen liittyvää arviointia ja ohjaustoimintaa (HE 15/2017, § 30 ja 31) sekä keväällä että syksyllä 2018.

Näitä täydentämään THL on laatinut nyt ensimmäistä kertaa tämän järjestämislakiehdotuksen mukaisen kansallisen asiantuntija-arvion. Arvioinnin toivotaan olevan avuksi kansallisen ja aluetason päätöksentekijöille ja päätöksiä valmisteleville viranhaltijoille.

Arviointi kohdistui vuoden 2017 toimintaan ja arvioinnissa käytettiin HE 15/2017 mukaista aluejakoa. THL on koonnut harjoituksessa käytettävän sote-tietopohjan ja laatinut asiantuntija-arvion siitä, miten maakunnissa suoriudutaan sote-palvelujen järjestämisestä.

Kansallisen arvioinnin tekemisessä on käytetty hyväksi THL:n jo tekemiä maakuntien sote-palvelujen asiantuntija-arviointeja. Ne pohjautuivat kansallisiin vertailukelpoisiin indikaattoritietoihin, valvontaviranomaisten harjoitusta varten laatimiin raportteihin sekä tiiviiseen yhteistyöhön maakuntien kanssa. Pääosa arvioinnissa käytetyistä indikaattoreista on poimittu valmistelussa olevasta KUVA-mittaristosta. Indikaattorit ovat avoimesti saatavilla Tietoiikkunassa (proto.thl.fi/tietoiikkuna).

Syksyn 2018 maakuntien arviointiin verrattuna osaa indikaattoritiedoista on päivitetty. Tämän lisäksi arviointiin on sisällytetty keskeisten indikaattorien viimeaikaisia muutossuuntia. Suomen olojen kehitystä on myös verrattu soveltuvin osin kansainvälisiin, lähinnä Euroopan muiden maiden tietoihin.

Arvioinnissa tarvittavien tietojen saatavuudessa on haasteita. Koko maasta yhdenvertaisesti kootua tietoa ei ole esimerkiksi useilta sosiaalihuollon osa-alueilta. Käytettävissä olevan tiedon ajantasaisuuteen on myös tarpeen kiinnittää jatkossa huomiota. Tietotuotannon kattavuutta on parannettava ja prosesseja nopeutettava sekä tietoa tuottavissa että keräävissä organisaatioissa.

Tulosten tulkinnessa on otettava huomioon, että maakuntien järjestämistoimintaa voidaan arvioida vasta, kun järjestämisvastuu alueen palveluista on siirtynyt niille. Nyt arviointi on toteutettu kokonaan kuntien ja sairaanhoitopiirien toiminta hallituksen esityksen mukaisella maakuntajaolla. Työterveyshuolto ja yksityisesti rahoitetut muut sote-palvelut jäivät näin ollen tarkastelun ulkopuolelle.

Sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmä on muuttumassa, ja sen myötä järjestelmän arviointi ja ohjaus. Ohjaus ja arviointi pohjautuvat tulevaisuudessa aiempaa enemmän tietoon. Tämä arviointiraportti palvelee omalta osaltaan näitä uusia ajatuksia.

Helsingissä 27.2.2019

Markku Tervahauta
Pääjohtaja

Pekka Rissanen
arviointijohtaja

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos THL

Palvelujen yhdenvertainen saatavuus toteutuu puutteellisesti

Vaikka saatavuus kokonaisuutena on kohenut useiden sote-palvelujen suhteen, alueellisesti yhdenvertainen saatavuus toteutuu puutteellisesti. Eri palveluissa on kuitenkin vaihtelua.

Esimerkiksi äitiys- ja lastenneuvolapalvelut ja rokotusohjelma toteutuvat jokseenkin yhdenvertaisesti eri puolilla maata.

Perusterveydenhuollon saatavuudessa on huomattavia alueellisia eroja. Osittain erot johtuvat palvelujen rakenteellisista syistä, jotka johtuvat kunnallisten palvelujärjestäjien päätöksistä. Osittain yhdenvertaisen saatavuuden ongelmien taustalla ovat esimerkiksi alueelliset erot perusterveydenhuollon lääkärityövoiman saatavuudessa – tarpeeseen suhteutettuna lääkärimäärä 10 000 asukasta kohden vaihtelee 4,4 – 8 välillä. Perusterveydenhuollon lääkärivajaus on omiaan lisäämään sairaalapalvelujen käyttöä ja kustannuksia.

Yhdenvertaisen saatavuuden ongelmia on myös useissa sosiaalipalveluissa, esimerkiksi lastensuojelupalvelujen kohdalla. Näissäkin alueellisia eroja voi aiheuttaa puute pätevistä sosiaalityöntekijöistä tai muista ammattihenkilöistä, kuten terapeuteista.

Vanhuspalveluissa on maakuntien välillä huomattavia eroja hoivapalvelujen rakenteessa, ja vaikka laitosmuotoinen hoiva vähennee, avohoitopalvelujen osuus palvelutuotannosta vaihtelee huomattavasti alueittain.

Kansallisesti tavoiteltua hoivapalvelujen rakennetta ei ole saavutettu likimainkaan kaikkialla maassa. Lähes kaikkialla on kotiin tuotettujen palvelujen saatavuudessa ongelmia, erityisesti sellaisten vanhusten kohdalla, joiden palvelutarve ei vielä ole suuri.

Maakuntien välillä on huomattavia hallinnollisen integraation eroja

Joissakin maakunnissa palveluja järjestäviä organisaatioita on vain yksi, mutta joissakin yli kaksikymmentä. Tämä vaikuttaa luonnollisesti myös toiminnallisen integraation kehittämiseen.

Esimerkiksi Etelä-Karjalan maakunnassa on yksi palveluja järjestävä organisaatio, Eksote, joka on pystynyt integroimaan toimintoja myös toiminnallisesti. Maakunnan sote-menot ovat kasvaneet maltillisesti, ja vähintään viitteellisesti voidaan arvioida, että huolellisesti toteutettu intergraatio on helpottanut kustannuspaineita.

On selvää, että palvelujen integraatiota voidaan eri tavoin ja eri tasoilla tehostaa koko maassa vielä huomattavasti nykyisestä. Erityisen keskeistä on onnistuminen vanhojen ihmisten palvelujen yhteensovittamisessa niin, että lähipalvelut tukevat erilaisia taroituksenmukaisia asumis- ja hoivapalveluja mahdollisimman hyvin.

Erikoissairaanhoidon tuottavuutta voidaan parantaa

Sote-palvelujen menot vaihtelevat paljon maakuntien välillä. Asukaskohtaisten nettomenojen vaihtelu selittyy valtaosin väestön tarpeiden erilaisuudella. Kuitenkin myös tarvekioidut menot vaihtelevat paljon, jolloin erot selittyvät lähinnä palvelutuotannosta johtuvista syistä.

Sote-palvelujen tuottavuuden osalta on käytettävissä vertailukelpoista tietoa somaattisesti erikoissairaanhoidosta. Sairaaloiden ja alueiden väliset tuottavuuserot ovat huomattavia. Erikoissairaanhoidon osuus sotemenoista on lähes 40 %, joten nämä tuottavuuserot ovat rahoituksen riittävyden kannalta merkittäviä. Erikoissairaanhoidon tuottavuutta voitaisiin parantaa ja näin voitaisiin tuottaa enemmän sairaalapalveluja ilman, että voimavaroja olisi tarpeen lisätä. Näin voitaisiin sote-kustannusten kasvunopeutta hidastaa vähentämättä palvelutuotannon määrää.

Pekka Rissanen

Arviointijohtaja

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos THL

1 Asukaskohtaisten sosiaali- ja terveydenhuollon menojen kasvu näyttää viime vuosina pysähtyneen. Kustannuskehityksessä on kuitenkin eroja sote-tehtävittäin: erikoissairaanhoidon menot ovat hieman kasvaneet, mutta vastaavasti perusterveydenhuollon supistuneet. Vanhusten ympärivuorokautisen hoivan menot kasvoivat.

Sote-menot vaihtelevat paljon maakunnittain (vuonna 2017 pienimmillään 2 850 €/asukas, suurimmillaan 4 010 €/asukas): Tämä johtui ennen kaikkea palvelutarpeiden vaihtelusta, ikärakenteesta ja väestönmuutoksista (syntyvyys, kuolleisuus, maassa/maahanmuutto).

Myös työterveydenhuollon ja yksityisesti rahoitettujen palvelujen vaikutus julkisten palvelujen käyttöön ja menoihin vaihtelee alueittain.

2 Kustannusten ennakoitaan tulevina vuosina kasvavan väestönkasvun ja ikääntymisen seurauksena. Maakuntien kustannukset voivat kasvaa myös kustannustason nousun sekä nykyisten sairausvakuutuskorvausten rahoituksen mahdollisen maakunnille siirtymisen vuoksi.

3 Väestön palvelutarpeet kasvavat ikääntymisen mukana. Elinajanodote on kasvanut ja sairastavuus on vähentynyt, mutta alueelliset palvelutarpeiden erot ovat suuria.

4 Terveyspalvelujen saatavuus kokonaisuutena on parantunut. Kehitys on kuitenkin hyvin epätasaista maakuntien välillä.

Sosiaalipalvelujen saatavuudesta tiedetään vähemmän. Lapsiperheiden kotipalvelujen ja perhetyön saatavuus on parantunut. Saatavuuden ongelmia on ollut kuitenkin mm. lastensuojelupalveluissa. Esimerkiksi lastensuojelun palvelutarpeen arvioinnin aloitus viivästyy laissa säädetystä joissakin maakunnissa huomattavan usein, ja vielä enemmän on vaihtelua arviointien valmistumisessa lain mukaisessa määräajassa.

5 Sekä somaattisen että psykiatrisen erikoissairaanhoidon painopiste on siirtymässä vuodeosastohoidosta avopalveluihin. Toisaalta esimerkiksi yhteispäivystysjärjestelyt ovat siirtäneet palveluja perusterveydenhuollosta erikoissairaanhoidon.

6 Päihdepalvelujen käyttö on vähentynyt alkoholijuomien myynnin vähenemisen myötä. Myös asunnottomuus on selvästi vähentynyt.

7 Ikääntyneiden palvelut ovat omaksutun politiikan mukaisesti siirtyneet laitostuotoisista kotiin annettujen tai kodinomaisten palvelujen suuntaan. Myös kehitysvammaisten laitoshoido on lähes kokonaan korvattu erilaisilla asumispalveluilla.

8 Ikäihmisten palveluasuminen on jo lähes korvannut laitostuotoisen hoivan, ja erityisesti ympärivuorokautinen palveluasuminen on lisääntynyt. Yksityiset toimijat vastaavat lähes puolesta palvelujen tuotannosta.

Kotiin annettuja palveluja tuotetaan aiempaa enemmän. Kotihoidon painopiste on siirtynyt huonokuntoisten kotonaan asuvien palveluihin. Vähemmän apua tarvitsevien saama kotipalvelujen määrä on vähentynyt.

9 Keskeisten ammattiryhmien rekrytointivaikeudet vaikuttavat alueiden mahdollisuuksiin toiminnan kehittämiseen. Joissakin maakunnissa on pulaa erikoislääkäreistä. Pula erityistyöntekijöistä, kuten sosiaalityöntekijöistä ja monista eri alojen terapeuteista sekä terveyskeskuslääkäreistä heikentää peruspalvelujen saatavuutta. Tämän vuoksi asiakkaita ohjautuu erityispalveluihin, mikä kasvattaa kustannuksia.

10 Julkiset investoinnit sote-palvelujen tuotantoon ovat erityisesti kohdistuneet terveydenhuollon rakennuksiin. Joissakin rakennusinvestoinneissa on luotu rakenteita peruspalvelujen ja erikoissairaanhoidon yhteistoiminnalle, mutta valtaosin investoinnit kohdistuvat erikoissairaanhoidon. Yksityissektorin investoinnit ovat kohdistuneet erityisesti hoivapalveluihin.

1.1. Väestön kehityspiirteitä

Suomen väestönkasvu on hidastunut. Suomessa asui vuoden 2017 lopussa noin 5,5 miljoonaa henkilöä. Vuonna 2010 väestö kasvoi 4,4 promillea ja vuonna 2017 enää 1,8 promillea. Syntyvyys on laskenut kymmenen viime vuoden aikana noin kahdella promilleyksiköllä (v.2008 syntyvyys 11/1000, v.2017 syntyvyys 9/1000).

Samaan aikaan kuolleisuus kasvoi vajaan promilleyksikön (v.2008 9,2 promillea, v. 2017 9,8 promillea). Vuosina 2016 ja 2017 kuolleisuus ylitti syntyvyyden. Väestö kasvoi viidessä Manner-Suomen maakunnassa ja väheni kahdessatoista maakunnassa. Yhdessä maakunnassa tilanne ei juuri muuttunut.

Ulkomaalaistaustaisia on väestöstä tuhatta asukasta kohden noin 70. Heidän osuutensa on kasvamassa. Eniten ulkomaalaistaustaisia asuu Uudellamaalla (129/1 000 as.) ja vähiten Etelä-Pohjanmaalla (22/1 000 as.) Nettomaahanmuutto on noin 15 000 henkilöä vuosittain. Maahanmuuttajat asettuvat asumaan lähinnä tiheästi asutuille kaupunkiseuduille.

Ruotsinkielisten osuus väestöstä on 5,2 prosenttia. Viidessä maakunnassa on kaksikielisiä kuntia, ja yhdessä maakunnassa, Pohjanmaalla, on ruotsinkielisiä noin puolet väestöstä.

1.2. Ikääntyminen haastaa sote-palvelut

Väestö ikääntyy Suomessa muita Euroopan maita nopeammin. EuroStatin tilastojen mukaan 65 vuotta täyttäneiden osuus Suomen väestöstä kasvoi vuosina 2007–2017 4,4 prosenttiyksikköä. EU:n keskiarvo on 2,4 prosenttiyksikköä. Ikääntyminen oli Suomea nopeampaa vain Maltalla. Vuonna 2017 Suomen väestöstä 65 vuotta täyttäneitä oli 21 prosenttia. Maakunnissa heidän osuutensa vaihteli huomattavasti. Vähiten 65 vuotta täyttäneitä oli Uudellamaalla (17 %) ja eniten Etelä-Savossa (29 %).

VÄESTÖ IKÄÄNTYY SUOMESSA MUITA EUROOPAN MAITA NOPEAMMIN. 65 VUOTTA TÄYTTÄNEIDEN OSUUS KASVOI VUOSINA 2007–2017 4,4 PROSENTTIYKSIKKÖÄ.

Työikäen tulee vähemmän henkilöitä kuin sieltä poistuu. Työikäisten määrän väheneminen vaikuttaa myös sote-palveluihin. Työterveyshuollon osuus perusterveydenhuollon palvelutarpeesta pienenee ja kysynnän paine kohdistuu julkisesti rahoitettuihin palveluihin.

Huoltosuhte heikkenee Suomessa nopeasti

Vuonna 2017 sataa työkäistä kohti oli kuusikymmentä ei-työkäistä (väestöllinen huoltosuhte). Maakunnissa väestöllisen huoltosuhteen vaihteluväli oli suuri, 51–72. Tilastokeskuksen väestöennusteissa väestöllinen huoltosuhte ylittää seitsemänkymmenen rajan jo runsaan kymmenen vuoden kuluttua.

Huomattavia alueellisia eroja on myös työllisyydessä. Vuonna 2017 koko maassa työllisten osuus väestöstä oli 41 prosenttia, Joissakin maakunnissa vain runsas kolmannes väestöstä oli työssä (36%–46%).

Suomen talouden kehitys

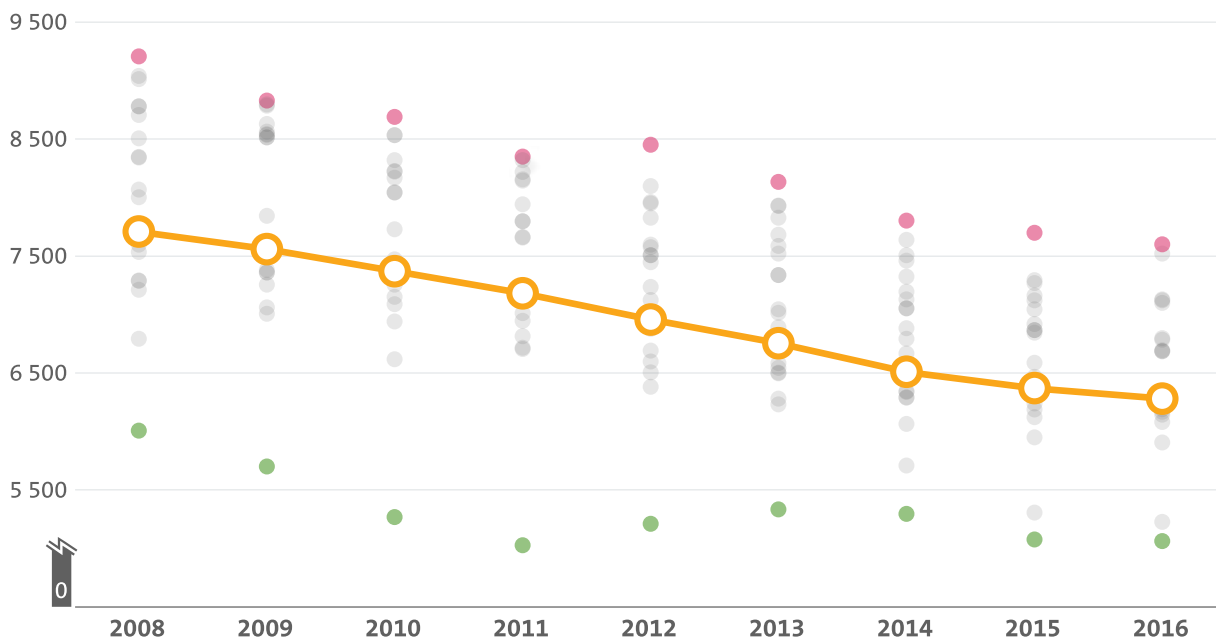
Suomen talous on kehittynyt viime vuosina myönteisesti pitkän taantumun jälkeen. Bruttokansantuote kasvoi vuonna 2017 2,8 prosenttia, ja vuoden 2017 ennakkotiedoissa se oli 40 638 euroa asukasta kohti. Maakuntien välinen vaihtelu on suurta. Asukaskohtainen BKT:n arvonlisäys oli korkein Uudellamaalla, jossa se ylitti 31 prosenttia maan keskiarvon. Matalin asukaskohtainen bruttokansantuote oli Kainuussa, jossa se oli 28 prosenttia maan keskiarvon alapuolella.

BRUTTOKANSANTUOTTEEN MAAKUNTIEN VÄLISET EROT SÄILYVÄT ENNUSTEIDEN MUKAAN HUOMATTAVINA SEURAAVIEN KYMMENEN VUODEN AIKANA.

1.3. Terveydentila on kohentunut

Sosiaali- ja terveydenhuollon tarpeiden tilaa kuvataan tässä raportissa tarveindeksillä, mutta tarveindeksistä ei ole käytettävissä vuosittaisen muutosten arviointiin soveltuvaa aikasarjaa. Menetettyjen elinvuosien perusteella on ilmeistä, että kokonaisuutena väestön terveydentila on kohentunut.

Vuonna 2016 ennen 80 ikävuotta tapahtuneiden kuolemien aiheuttama elinvuosien menetys oli Suomessa 100 000 asukasta kohti 6 280 (kuvio 1). Tämä on 19 prosenttia vähemmän kuin vuonna 2008. Menetetyt elinvuodet ja niiden muutokset vaihtelevat huomattavasti maakunnittain. Eniten elinvuosia menetettiin Kainuun maakunnassa sekä vuonna 2008 että 2016 (v. 2008 9 206, v. 2016 noin 17 % vähemmän). Vähiten elinvuosia menetettiin Pohjanmaalla (v. 2008 6 006) ja Keski-Pohjanmaalla (v. 2016 5 061 eli 29 % vähemmän kuin 2008).

KUVIO 1.**Ennen 80 ikävuotta tapahtuneiden kuolemien aiheuttama elinvuosien menetys / 100 000 asukasta.**

1.4. Järjestäjien määrä maakunnittain

Sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisvastuu on tarkoitus siirtää kunnilta ja kuntayhtymiltä suuremmille itsehallintoalueille. Peruspalvelujen järjestämisestä vastaavat maakunnille nykyisin kunnat, kuntayhtymät ja vastuukuntamallilla toimivat yhteistoiminta-alueet. Palvelujen tuotantotavat eroavat myös alueittain.

Sosiaalipalveluista vastaavat paljolti samat järjestäjät kuin terveyspalveluista, mutta tilanne eroaa kunnittain.

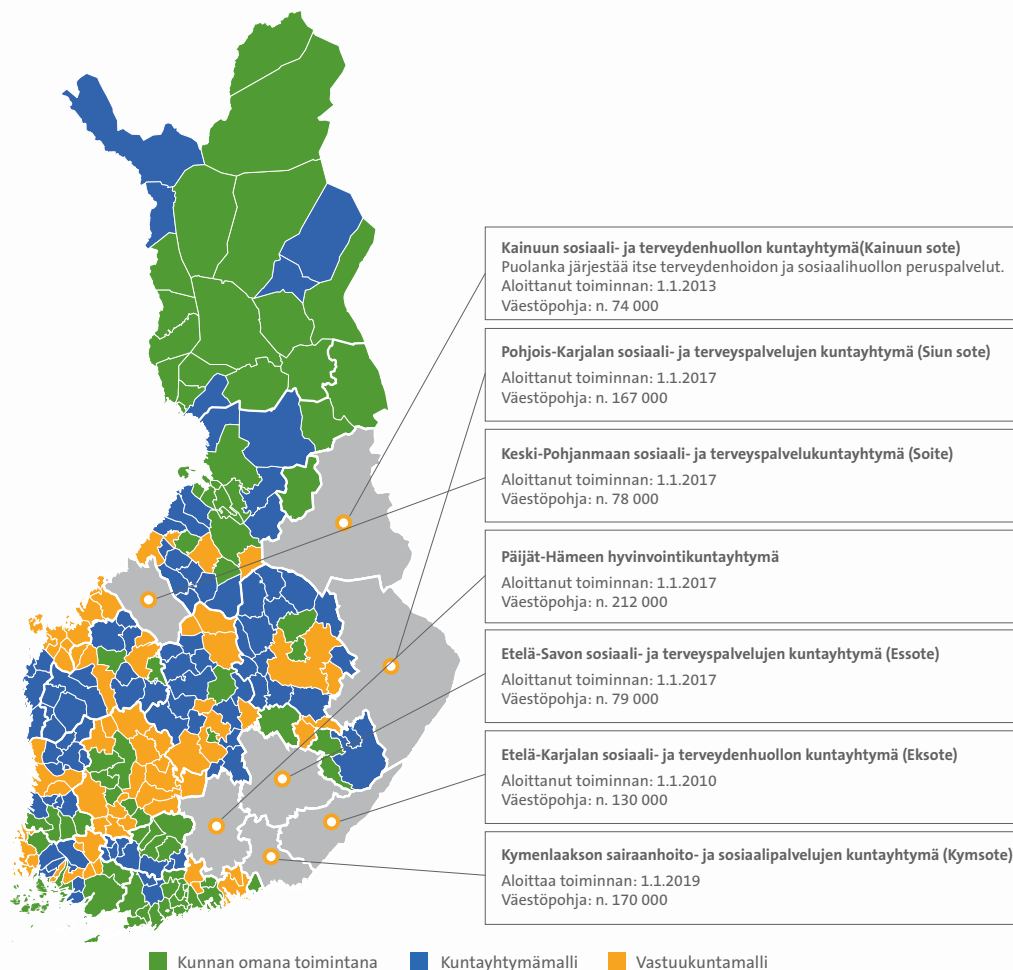
Suomen 295 kunnasta 16 kuntaa vastaa itse kaikista sosiaalipalveluista, mutta järjestää terveydenhuollon palvelut yhteistoiminta-alueella. Manner-Suomen alueella on 20 sairaanhoitopiiriä ja jokaisen kunnan on kuuluttava johonkin sairaanhoitopiiriin.

Järjestäjäorganisaatioiden määrät ja tyypit vaihtelevat maakunnissa. Terveyspalvelujen järjestämisestä vastaa muutaman maakunnan alueella vain yksi organisaatio (kuntayhtymä) ja joissakin maakunnissa järjestäjiä on yli kaksikymmentä. Osa järjestäjäorganisaatioista toimii useamman maakunnan alueella. Käytännöt vaihtelevat myös perus- ja erikoistason terveydenhuollossa. Osa järjestäjistä on integroinut perus- ja erikoistason sekä sosiaalihuollon palvelut samaan organisaatioon.

Vuonna 2017 terveydenhuollon peruspalvelujen järjestäjiä oli Suomessa yhteensä 142. Järjestäjiä on vähemmän kuin vuonna 2015, jolloin järjestäjiä oli 151. Iso osa niistä toimi edelleen alle 20 000 asukkaan väestöpohjalla. Järjestäjien määrä pysyi samana vuosien 2013 ja 2015 välillä, vaikkakin väestöosuudet vaihtelivat (Parhiala ym. 2016).

KUVIO 2.

Maakunnalliset sote-järjestäjät



1.5. Etäisyydet palveluihin

Maantieteellistä saavutettavuutta eli palvelun käyttäjien etäisyyttä keskussairaalan ja terveysaseman palveluihin on myös tarkasteltu. Keskussairaala sijaitsee pääsääntöisesti alle puolentoista tunnin matkan päässä kuntalaisesta. Oulun yliopiston ja Sitran toteuttamassa tutkimuksessa saavutettavuus laskettiin tieverkkoa pitkin käytetyn matka-ajan mukaan. Heikoimmin saavutettavissa ovat keskussairaalapalvelut Lapissa ja Pohjois-Pohjanmaalla, jossa osa väestöstä asuu yli kahden tunnin ajomatkan päässä lähimmästä keskussairaala (Lankila ym. 2016).

Terveysasemien saavutettavuuden ääripäät löytyvät Uudeltamaalta ja Lapista. Väestöpainotettujen keskiarvojen ääripäät minuuteissa ovat 6,5 minuuttia (Uusimaa) ja 12,3 minuuttia (Lappi). Terveysasemien saavutettavuus laskettiin väestöpainotetuilla keskiarvoilla minuuteissa, kun kulkutapana on henkilöauto ruuhkattomaan aikaan (Rusanen, STN Impro-hanke, julkaisematon aineisto).

1.6. Maakuntien valmius sote-uudistuksessa

Valtiovarainministeriö (VM) ja sosiaali- ja terveysministeriö (STM) ovat selvittäneet maakuntien valmiutta sote-uudistuksen toimeenpanoon.

Kesällä 2018 selvitys perustui asetelmaan, jossa maakuntavaltuustot aloittaisivat 1.3.2019 ja järjestämisvastuu siirtyisi maakunnille 1.1.2020. Tilanne on sittemmin muuttunut.

Selvityshetkellä 15 maakuntaa arvioi, että muutos on mahdollista esitetyllä aikataululla. Selvityksessä maakunnat korostivat siirtymäaika demokraattisen päätöksenteon turvaamiseksi (STM, 2018).

Maakuntien tilannekuva selvitettiin myös syksyllä 2018. Maakuntien valmistelu on tämän mukaan eriytynyt, koska sote-uudistuksen kansalliset päätökset puuttuvat. Nyt tosin aiemmin hitaammin edenneet maakunnat näyttivät saaneen muita kiinni. Monissa kysymyksissä on kuitenkin jääty odottamaan kansallisia päätöksiä. (VM, 2018).

1.7. Palvelujen saatavuus

Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja käytetään yhä enemmän. Väestön sote-palvelujen tarpeet ovat kasvaneet erityisesti väestön ikääntyessä. Palvelutarpeiden kehitys on hyvin erilaista eri maakunnissa.

SOTE-PALVELUJA KÄYTETÄÄN YHÄ ENEMMÄN. PALVELUTARPEET OVAT KASVANEET VÄESTÖN IKÄÄNTYESSÄ, MUTTA VAIHTELEVAT MAAKUNNITTAIN.

Palvelujen saatavuutta arvioitaessa on otettava huomioon myös muutokset palvelurakenteissa. Esimerkiksi erikoissairaanhoidon avokäynnit ovat lisääntyneet, koska on kehitetty yhteispäivystysjärjestelyjä tai vähennetty vuodeosastohoitoa tavoitteellisesti.

Terveyskeskusten vuodeosastohoito on vähentynyt, mikä voi olla seurausta vanhusten asumispalvelujen rakennemuutoksesta. Muutokset ovat sosiaali- ja terveyspoliittisten tavoitteiden mukaisia.

FinSote-tutkimuksessa tiedusteltiin palveluja käyttäneiden kokemuksia palvelujen saatavuudesta. Sosiaalipalvelujen saatavuus koettiin terveydenhuoltopalvelujen saatavuutta huonommaksi (**Taulukko 1.**). (Pentala-Nikulainen ym., 2018).

Joka kolmas vastaaja arvioi, että aukioloajat olivat haitanneet terveyspalvelujen saatavuutta. Aukioloajat oli suurin yksittäinen terveyspalvelujen saatavuutta haitannut tekijä. Eniten aukioloajat olivat haitanneet Kainuun asukkaita, vähiten Kanta-Hämeen asukkaita. Noin 28 prosenttia koki, että saatavuutta haittasi matka. Matkat haittasi-

vat eniten Lapin ja Pohjois-Karjalan maakunnissa terveyspalvelujen saatavuutta (32 %). Asiakasmaksut haittasivat palvelun saantia noin 19 prosentilla terveyspalveluja käyttäjistä, eniten Kainuussa (24 %) ja vähiten Uudellamaalla (16 %).

Sosiaalipalvelujen saatavuutta haittasivat vastaajien mukaan eniten aukioloajat (38 %), hankalat matkat (30 %) ja korkeat asiakasmaksut (22 %). Pienintä haittaa kaikista näistä tekijöistä kokivat uusmaalaiset. Sosiaalipalvelujen aukioloajat haittasivat eniten kainuulaisia käyttäjiä, hankalat matkat pirkanmaalaisia ja korkeat maksut pohjanmaalaisia.

Tulot vaikuttavat kokemuksiin palvelun saatavuudesta

Suomessa asiakasmaksut, matkat tai jonot terveydenhoitoon koettiin vuonna 2017 muita Euroopan maita useammin hoitoon pääsyn ongelmaksi. Koettu saatavuus on kuitenkin hiukan kohentunut vuodesta 2010 alkaen, mutta muissa maissa tilanne on parantunut vielä nopeammin.

ASIAKASMAKSUT, MATKAT TAI JONOT TERVEYDENHOITOON VAIKEUTTIVAT SUOMESSA HOITOON PÄÄSYÄ.

Eniten ongelmia kokivat henkilöt pienituloisimmassa tuloviidenneksessä. Ongelmat ovat vähentyneet vuodesta 2010 vuoteen 2017, mutta selvästi muita EU-maita hitaammin. EuroStatin tilastojen mukaan kuitenkin vain alle viisi prosenttia pienituloisista koki Suomessa asiakasmaksujen, matkojen tai jonojen haittaavan hoidon saatavuutta.

Tulokset ovat samansuuntaisia myös suun terveydenhuollossa. Pienituloisimmasta tuloviidenneksessä vuonna 2017 yli viisi prosenttia henkilöistä koki, että asiakasmaksut, matkat tai jonot haittaavat pääsyä hoitoon. Suun terveydenhuollossa Suomen tilanne oli kuitenkin muita EU-maita parempi. (Eurostat)

Sosiaalipalvelujen saatavuudesta ei ole käytävissä Euroopan maiden välistä vertailutietoa.

TAULUKKO 1.

Kokee saaneensa riittämättömästi palveluja (% palveluja tarvinneista) (FinSote 2018)

	Maakunnista		
	Keskimäärin	Vähiten	Eniten
Lääkäripalveluja	16	13	19
Hoitajan palveluja	11	9	13
Sosiaalityön palveluja	46	30	60
Vanhusten kotihoitopalveluja	38	21	52
Vammaisten palveluja	40	24	71

Sosiaali- ja terveystoimen asukaskohtaisten kustannusten erot ovat suuret. Ne ovat suurimmat Kainuussa, noin 40 prosenttia suuremmat kuin Uudellamaalla, jossa kustannukset ovat pienimmät. THL:n ennusteen mukaan sosiaali- ja terveyspalvelujen kustannukset kasvavat nopeimmin voimakkaan väestönkasvun alueilla. Kustannusten kasvuvauhtia pitäisi pystyä hidastamaan niin, että kuitenkin väestön palvelutarpeet turvataan.

Sote-uudistuksessa ensisijaisesti valtio vastaa maakuntien rahoituksesta, ja maakunta puolestaan vastaa rahoituksen kohdentamisesta palveluihin. Maakunta vastaa samalla myös siitä, että tarpeen mukaiset palvelut tuotetaan riittävän laadukkaana, asiakaslähtöisesti ja kustannusvaikeuttavasti.

Uudistuksessa siirrytään menoperusteisesta

rahoituksesta laskennalliseen eli tarveperusteiseen rahoitukseen. Uuteen malliin siirryttäisiin portaittain vuodesta 2021 alkaen, ja se olisi täysimääräisesti käytössä vuonna 2026.

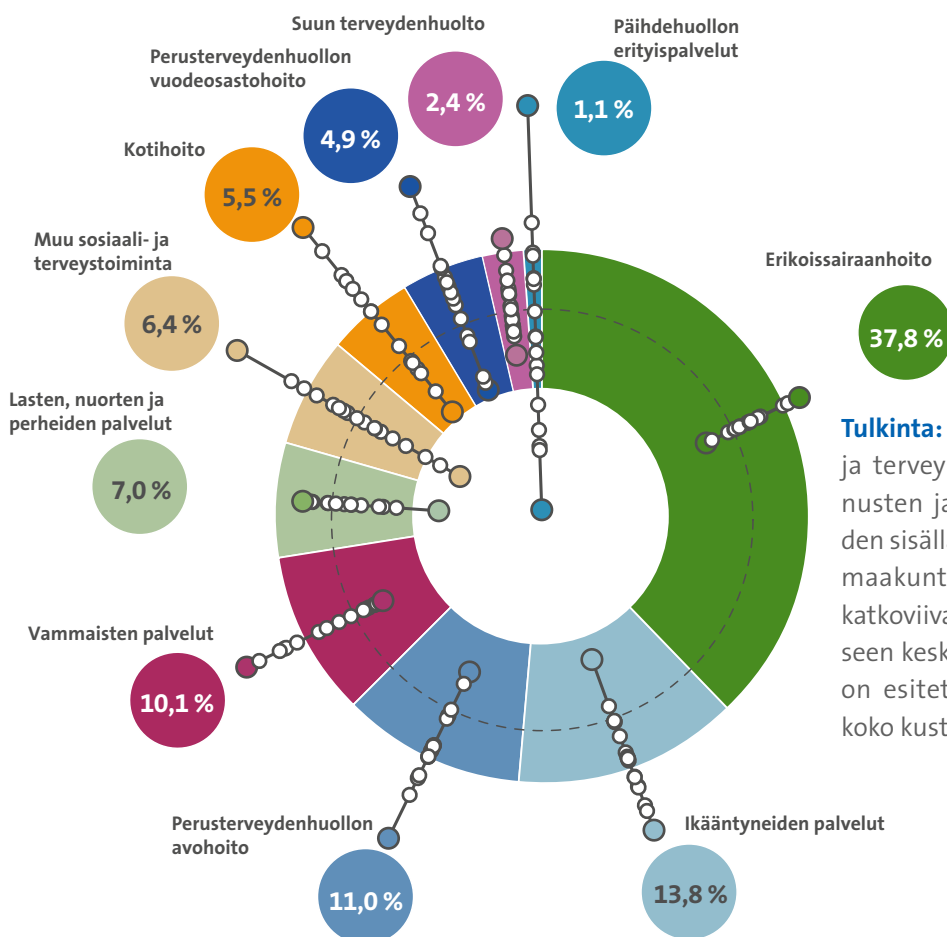
Valtiovarainministeriön ja sosiaali- ja terveysministeriön laskelmissa (25.9.2018) sote-palvelujen julkinen rahoitus kasvaa seitsemässä ja pienenee 11 maakunnassa. Maakuntien rahoitus lisääntyisi asukasta kohti euromääräisesti eniten Päijät-Hämeessä ja Pohjois-Karjalassa (+191 €/asukas) ja laskisi eniten Keski-Pohjanmaalla (-261 €/asukas). (ks. www.alueuudistus.fi)

2.1. Kustannusten alueelliset erot ovat suuret

Julkiset sote-menot olivat vuonna 2017 yhteensä noin 18 miljardia euroa. Maakunnissa sosiaali- ja terveystoimen nettokäyttökustannukset

KUVIO 3.

Sosiaali- ja terveystoimen nettokäyttökustannusten jakauma ja ero maan keskiarvoon vuonna 2017, %



Tulkinta: Kuviossa on esitetty sosiaali- ja terveystoimen nettokäyttökustannusten jakauma tehtävittäin. Kuvion sisällä olevilla viivoilla esitetään eri maakuntien sijoittuminen suhteessa katkoviivassa esitettyyn valtakunnalliseen keskiarvoon. Erillisissä ympyrässä on esitetty tehtävän prosenttiosuus koko kustannusjakaumasta.

vaihtelivat 236 miljoonasta eurosta 4,7 miljardiin euroon.

Suurta eroa selittävät lähinnä maakuntien väestöpohjan erot. Keski-Pohjanmaalla asukkaita oli vuoden 2017 lopussa 69 000 ja Uudellamaalla 1,7 miljoonaa. Keskimäärin julkiset sote-menot olivat 3 229 euroa asukasta kohti, mutta asukaskohtaiset menot vaihtelivat maakunnittain 2 855–4 013 euron välillä.

Sote-menot ovat vuoden 2015 jälkeen pysyneet lähes ennallaan. Vuonna 2017 asukaskohtaiset menot olivat vuoteen 2015 verrattuna 0,8 prosenttia pienemmät.

Eri sote-tehtävissä kustannukset ovat kuitenkin kehittyneet eri suuntiin: erikoissairaanhoidon asukaskohtaiset nettokäyttökustannukset kasvoivat noin prosentin ja perusterveydenhuollon avohoidon kustannukset pienenevät saman verran. Ympäri vuorokautisen hoivan kustannukset puolestaan ovat kasvaneet.

Lainsäädäntö on muuttanut toimintatapoja heijastuen myös kustannusten kohdentumiseen. Päivystysasetus lisäsi perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteispäivystystä, ja osa aiemmasta perusterveydenhuollon toiminnasta ja kustannuksista kirjataan nyt erikoissairaanhoidon. Lisäksi ikääntyneiden ja vammaisten laitoshoidon asukaskohtaiset nettokäyttökustannukset ovat pienentyneet, koska laitoshoidon on kansallisten tavoitteiden mukaisesti vähennetty.

Vuonna 2017 suurimman osuuden sosiaali- ja terveystoimen nettokäyttökustannuksista vei erikoissairaanhoidon (38 %). Ikääntyneiden palvelujen osuus oli toiseksi suurin, noin 14 prosenttia (12 % – 17%) (kuvio 3).

2.2. Sosiaali- ja terveydenhuollon tarvekoidut menot ovat pienimmät Etelä-Karjalassa ja suurimmat Lapissa

Sosiaali- ja terveydenhuollon menot vaihtelevat maakunnittain palvelutarpeiden (ikä, sukupuoli, rakenne, sairastavuus, sosioekonominen asema) mukaan. Palvelutarpeita on eniten itäisen Suomen maakunnissa ja vähiten Uudellamaalla.

Myös tarvekoidut sote-menot vaihtelevat

runsaasti maan eri alueiden välillä. Vuonna 2016 tarvekoidut sote-menot olivat pienimmät Etelä-Karjalassa, kuusi prosenttia maan keskiarvoa pienemmät, ja korkeimmat Lapissa, 12 prosenttia suuremmat.

Tarvekoidut menojen laskentamalli ei kuitenkaan ota huomioon eroja yksityisten tai työterveyspalvelujen saatavuudessa alueilla. Sen vuoksi erot voivat olla seurausta hoidon ja hoivan tehokkuudesta (hoitoketjujen toimivuudesta ja alhaisista yksikkökustannuksista) tai huonosta julkisten palvelujen saatavuudesta. Rungas yksityisten palvelujen tai työterveyspalvelun käyttö voivat näkyä matalina tarvekoidut menoina.

2.3. Menot kasvavat väestön kasvaessa

Väestön ennakoitaan kasvavan keskimäärin 4,7 prosenttia (maakunnat -7,8–11,7 %) vuoteen 2030 mennessä. Ikääntyneiden, 65 vuotta täyttäneiden määrän arvioidaan kasvavan huomattavasti nopeammin, 28 prosenttia (maakunnat 16–39 %).

Väestörakenteen muutoksen perusteella sote-menojen ennakoitaan kasvavan vuoteen 2030 mennessä keskimäärin 20 prosenttia (nykyrahan arvossa maakunnittain 7–30 %). Menojen vuotuinen kasvu on THL:n ennusteen mukaan suurinta voimakkaan väestönkasvun maakunnissa. Maakunnat eroavat toisistaan paljon. Sote-kustannusten ennustetaan kasvavan nopeimmin Uudellamaalla.

3.1. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen lähtökohtana on kuntien ja maakuntien saumaton yhteistyö

Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen tavoitteena on asukkaiden hyvinvointi- ja terveyserojen kaventaminen, hyvinvoinnin, terveyden ja toimintakyvyn lisääminen, sairauksien, tapaturmien ja syrjäytymisen ehkäisy sekä mielenterveyden ja osallisuuden vahvistaminen.

Kuntien ja kuntayhtymien tehtävänä on edistää asukkaidensa hyvinvointia ja alueensa elinvoimaa, ja päätösten valmistelussa niiden on arvioitava ja otettava huomioon ratkaisujen vaikutukset väestön terveyteen ja sosiaaliseen hyvinvointiin.

Sote- järjestämislakiesityksen mukaan kunnat ja tulevat maakunnat edistävät yhdessä asukkaiden hyvinvointia ja terveyttä. Kunnanvaltuustolle on kerran valtuustokaudessa valmistettava hyvinvointikertomus ja toimitettava se maakunnalle, joka laatii alueellisen hyvinvointikertomuksen yhteistyössä alueen kuntien kanssa.

Maakunnan tehtävänä uudessa lainsäädännössä on edistää väestön hyvinvointia ja terveyttä osana ehkäiseviä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja sekä järjestää yhdyspintapalvelut. Maakunnat myös vastaavat poikkihallinnollisesta strategisesta johtamisesta sekä turvaavat kuntien asiantuntijatuen.

3.2. Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen osaksi maakunnan järjestämissuunnitelmaa

Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen rakenteiden valmistelu ja organisoituminen vaihtelevat eri maakuntien alueilla. Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen on kirjattu osaksi järjestämissuunnitelmaa seitsemässä maakunnassa, mutta monessa maakunnassa järjestämissuunnitelma on vasta valmisteilla. Tämä ilmenee kyselystä, jonka THL teki maakuntien hyte-valmistelijoille. (Hyte-tilanne maakunnissa marraskuussa 2018)

Terveydenhuoltolain edellyttämän, laajan hyvinvointikertomuksen oli vuonna 2017 hyväksynyt keskimäärin 91 prosenttia tiedot toimittaneista kuntien valtuustoista. Kahdeksan maakunnan alueella kaikissa alueen kunnissa valtuusto oli

hyväksynyt hyvinvointikertomuksen, mutta maakuntien välinen vaihtelu oli huomattavaa. Joidenkin alueiden kunnista vain 63 prosenttia valtuustoista oli hyväksynyt hyvinvointikertomuksen.

Hyvinvointikertomusten laatu vaihtelee paljon. Noin puolet (56 %) raporteista antoi tietoja väestöryhmien välisestä terveyden ja hyvinvoinnin eroista (maakunnat 25–100 %). Noin kahdessa kolmasosassa kunnista oli nimetty hyte-asioiden koordinoinnista vastaava asiantuntija (maakunnat 33–100 %). Hieman yli puolet kunnista kertoo verkkosivuillaan kuntalaisten osallistumisen ja vaikuttamisen mahdollisuuksista (maakunnat 27–75 %).

HYVINVOINNIN JA TERVEYDEN EDISTÄMINEN ON KIRJATTU OSAKSI JÄRJESTÄMISSUUNNITELMAA VAIN OSASSA MAAKUNTIA.

Maakunnat ovat kuitenkin paneutuneet hyte-toimintojen valmisteluun. Lähes kaikissa maakunnissa on tehty ensimmäiset alueelliset hyvinvointikertomukset, hyvinvointistrategiat tai vastaavat selvitykset. Tarkempia kuvauksia raporteista on koottu THL:n verkkosivuille. Uusimpia esimerkkejä alueellisista hyvinvointikertomuksista ovat vuoden 2018 Etelä- ja Pohjois-Savon alueelliset hyvinvointikertomukset, jotka sisältävät myös tulevien vuosien hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen strategiset painopisteet.

3.3. Väestön terveydentila on kohentunut – edelleen suuria alueellisia eroja

THL:n ikävakiomattoman sairastavuusindeksin tiedoista ilmenee, että väestön sairastavuus eroaa suuresti maakuntien välillä (koko maa 100, maakunnat 77–137), mutta myös maakuntien sisällä.

VÄESTÖN SAIRASTAVUUDESSA ON ISOJA EROJA MAAKUNTIEN VÄLILLÄ.

Asukkaiden arviot omasta kyvystään jaksaa työskennellä eläkeikään asti ovat hyvin erilaiset eri puolilla Suomea. Työikäisistä 20–64-vuotiaista keskimäärin 23 prosenttia (maakunnat 18–34 %) uskoo, ettei todennäköisesti jaksaa työskennellä vanhuuseläkeikään asti. Terveytensä keskitasoiseksi tai sitä huonommaksi koki työikäisistä keskimäärin 28 prosenttia (maakunnat 24–33 %). Vastaavasti 65 vuotta täyttäneistä terveytensä keskitasoiseksi tai sitä huonommaksi koki 48 prosenttia (maakunnat 44–55 %). Koettu terveydentila on kuitenkin kohentunut viime vuosina, sillä molemmissa ikäryhmissä on nyt vähemmän niitä, jotka kokevat terveytensä keskitasoiseksi tai sitä huonommaksi.

Yksinäisyys määrittää keskeisesti sosiaali- ja terveystalvelujen tarpeita

Itsensä melko usein tai jatkuvasti yksinäiseksi tuntevia 20–64-vuotiaita oli vajaa kymmenen prosenttia (maakunnat 5,8–10,8 %). 75 vuotta täyttäneistä yksinäisiä oli keskimäärin saman verran, mutta ikäihmisten yksinäisyys vaihteli maakuntien välillä enemmän (7,6–15,3 %). Eniten yksinäisyyttä koettiin Kainuussa ja vähiten Uudellamaalla ja Pohjanmaalla.

Noin joka viides peruskoulun 8.–9.-luokkalainen koki vuonna 2017 terveydentilansa keskitasoiseksi tai sitä huonommaksi (maakunnat 17–22 %). Tämä osuus on kasvanut viiden viime vuoden aikana noin kolme prosenttiyksikköä. Myös kohtaamista tai vaikeaa ahdistuneisuutta koki nuorista hieman aiempaa useampi (vuonna 2017 12 %, maakunnat 11–14 %).

Vajaa kymmenen prosenttia nuorista tuntee itsensä melko usein tai jatkuvasti yksinäiseksi ja 8,5 prosenttia ilmoitti, ettei heillä ole yhtään läheistä ystävää. Koulukiusattuna vähintään kerran viikossa 8.–9.-luokan oppilaista oli ollut noin kuusi prosenttia, mutta maakuntien välillä oli huomattavia eroja (3,3 %–7,0 %).

3.4. Tupakointi vähenee mutta ylipainoisuus yleistyy

Suomalaisten elintavat ovat sekä kohentuneet että huonontuneet (kuvio 4). Aikuiset ja koululaiset tupakoivat vähemmän kuin ennen, ja tupakoivien aikuisten osuus on nyt EU-maiden alhaisimpia (OECD, 2018). Nuorten peruskoululaisten alkoholin liikakäyttö on vähentynyt, mutta tosihumalaan kuukausittain juovien osuus nuorista vaihtelee maakunnissa.

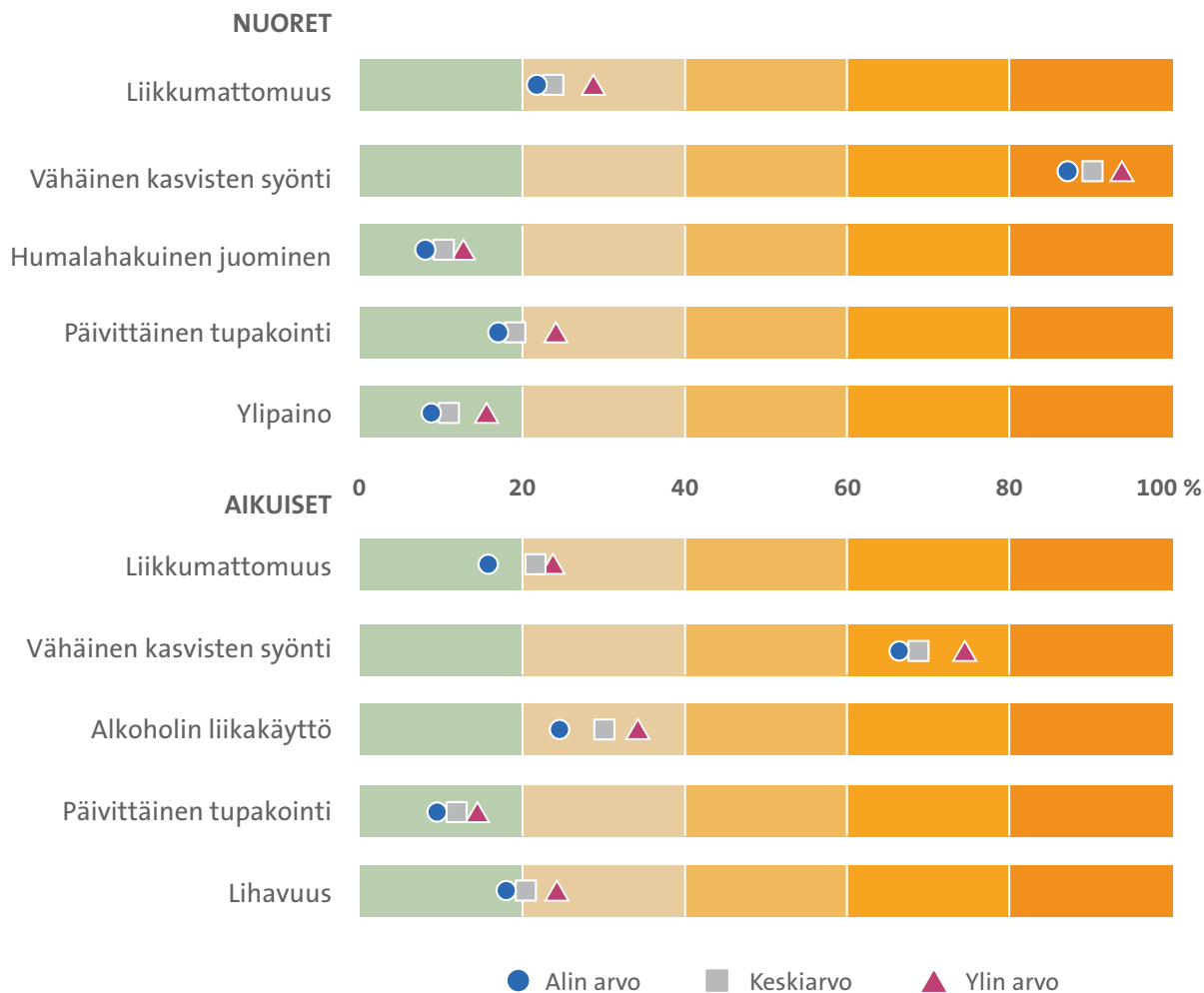
Suomalaiset aikuiset, erityisesti miehet syövät edelleen selvästi vähemmän hedelmiä ja kasviksia kuin aikuiset keskimäärin OECD-maissa. Myös liikuntaa harrastavien osuus väestöstä on terveystavoitteisiin nähden pieni. Vapaa-ajan liikunnan harrastamattomuus on yleisintä väkirikkaissa Pirkanmaan ja Varsinais-Suomen maakunnissa.

Aikuisten lihavuus on yleistynyt lähes kaikissa EU-maissa, mutta viime aikoina Suomessa EU-keskiarvoa nopeammin. Lihavien osuus vaihtelee maakunnittain varsin paljon.

Vaikka nuorison alkoholinkäyttö on vähentynyt, ongelmaksi on nousemassa huumeiden käytön lisääntyminen. Maakuntien välillä on isoja eroja nuorten huumeekokeiluissa. Eniten huumeita kokeillaan kaikilla kouluasteilla Uudellamaalla.

KUVIO 4.

Nuorten ja aikuisten terveyden ja hyvinvointiin yhteydessä olevia elintapoja ja riskitekijöitä (maakuntien keskiarvot sekä ylin ja alin arvo)



Tulkinta: Kuviossa on esitetty prosenttiosuudet nuorten (8.- ja 9.-luokkalaiset) ja aikuisten (20 vuotta täyttäneet) elintapa- ja riskitekijäjakaumista. Tiedot pohjautuvat kyselytutkimusaineistoihin. Maakuntien arvoista kuviossa esitetään alin, keskiarvo ja ylin arvo.

4.1. Erikoissairaanhoito murroksessa

Lainsäädännön viimeaikaiset muutokset ovat vaikuttaneet erikoissairaanhoidon rakenteeseen, työnjakoon ja toimintaan. Keskeiset muutokset koskevat ensihoidon ja päivystyksen järjestämistä (Asetus kiireellisen hoidon perusteista 583/2017) sekä palvelutuotannon keskittämistä suurempiin sairaaloihin (Asetus erikoissairaanhoidon työnjakoista 582/2017). Päivystyspisteiden määrää on vähennetty ja on lisätty perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteispäivystyspisteitä.

Keskittämisasiasetuksen seurauksena vaativimpia sairaalahoitoja on keskitetty yliopistosairaaloihin. Myös muita hoitoja on keskitetty suurempiin sairaalayksiköihin riittävän toimenpiteiden määrän turvaamiseksi. Näitä ovat muun muassa tekonivelleikkaukset, selkäleikkaukset ja eräät yleisimmät syöpäleikkaukset sekä synnytykset. Julkiset ja yksityiset sairaalat ovat myös kehittäneet ja toteuttaneet uudenlaista työnjakoa ja yhteistyötä.

Hoitoideologian ja hoitoteknologian muutokset ovat vähentäneet vuodeosastohoitoa ja lyhentäneet hoitoaikoja. Myös avohoito poliklinikoilla ja kotisairaanhoidossa on lisääntynyt. Tämä koskee sekä somaattista että psykiatrista sairaalahoitoa.

4.2. Erikoissairaanhoitoon pääsy on kohentunut

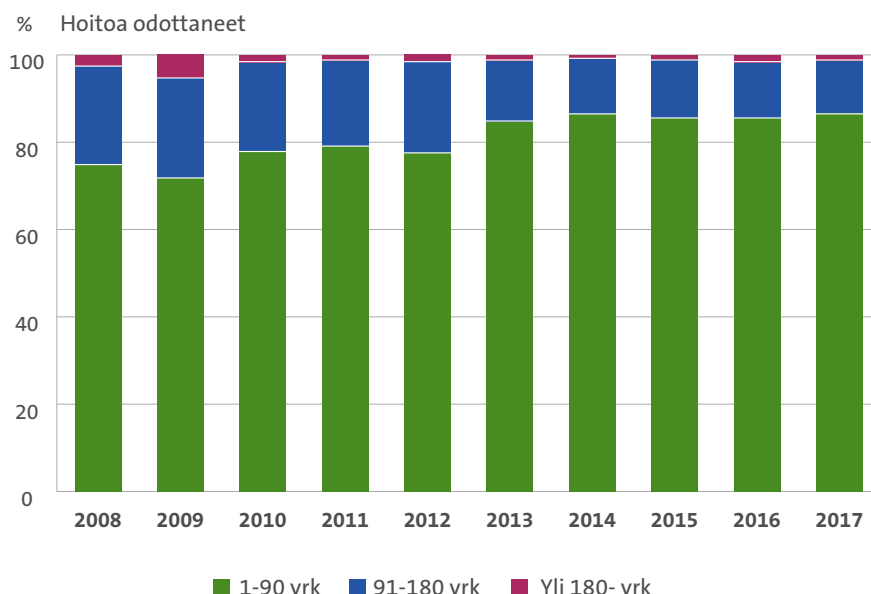
Sairaaloiden kiirettömän hoidon kysyntä on kasvanut kymmenessä vuodessa. Vuonna 2017 sairaanhoitopiireissä käsiteltiin 1,2 miljoonaa ei-päivystyksellistä lähetettä, kuusi prosenttia edellisvuotta enemmän. Tämä kuvastaa hoidon tarpeen ja hoitoa odottavien määrän kasvua, koska julkisissa sairaaloissa kiirettömään hoitoon tullaan lähetteellä.

Lähes kaikkiin lähetteisiin otettiin kantaa kolmen viikon aikana, ja vain 0,9 prosentissa yli kolmen viikon kuluttua. Kiireetöntä hoitoonpääsyä Manner-Suomen julkisiin sairaaloihin odotti vuoden 2017 lopussa 121 000 potilasta. Heistä reilu prosentti odotti hoitoa yli puoli vuotta (2,4 /10 000 as.).

Maakuntien välillä on kuitenkin huomattavia eroja. Kahden maakunnan asukkaista kukaan ei joutunut odottamaan hoitoa yli puolta vuotta, mutta enimmillään luku oli 11,3/10000 asukasta. Odotusajan mediaani vuonna 2017 vaihteli maakunnittain 29–48 vuorokauden välillä. Lukumääräisesti eniten hoitoa odotettiin kaihileikkauksiin (8 997 potilasta) sekä polven ja lonkan tekonivelleikkauksiin (4 350 potilasta).

KUVIO 5.

Erikoissairaanhoidon kiireetöntä hoitoa odottaneiden osuudet odotusajan mukaan sairaanhoitopiireissä 2008–2017 vuosina 2008–2017 (tilanne 31.12.) %



Hoitoonpääsyaikojen perusteella sairaalahoidon saatavuus on kohentunut.

Hoitoonpääsytietojen keruu alkoi nykymuodossaan vuonna 2007. Tuolloin yli 180 vuorokautta kiireetöntä hoitoa odotti 13 prosenttia kaikista, mutta nykyään osuus on noin 1–2 prosenttia (kuvio 5). Myös 91–180 vuorokautta hoitoonpääsyä odottavien osuus pienentyi kymmenessä vuodessa 24 prosentista noin 12 prosenttiin. Erityisesti yli 180 vuorokautta hoitoa odottaneiden tilanne on parantunut vuoden 2005 hoitotakuulain voimaantumisen jälkeen ja valvontaviranomaisten uhkasakkomahdollisuuden takia. Hoitoonpääsyn ongelmiin vaikuttavat eri aikoina myös satunnaiset tekijät, kuten lääkärripula joillakin erikoisaloilla.

4.3. Päivystys keskittyy

Erikoissairaanhoidon päivystyskäynnit ovat lisääntyneet noin viidenneksen kymmenen viime vuoden aikana.

Vuonna 2017 käynnejä tuhatta asukasta kohti oli 207 ja vuonna 2008 niitä oli 171. Erityisen voimakasta kasvu on ollut vuodesta 2015 alkaen. Päivystysasetus lisäsi yhteispäivystyspisteitä, ja osa aiemmista terveyskeskusten päivystyskäynneistä on siirtynyt toiminnallisesti erikoissairaanhoidon. Osassa toimintayksiköistä yhteispäivystyksen kaikki käynnit kirjautuvat erikoissairaanhoidon käynneiksi.

Päivystyksen keskittyessä potilaan matka lähimpään päivystykseen voi myös kasvaa. Tämä asettaa vaatimuksia ensihoidon toimintakyvylle. Vuoden 2018 aikana HUS-alueella ja Kuopiossa käynnistettiin Päivystysapu (puhelinnumero 116117), joka on sosiaali- ja terveydenhuollon neuvonta- ja ohjauspalvelu. Sitä on tarkoitus laajentaa asteittain koko Manner-Suomen alueelle vuoden 2019 aikana. Päivystysavussa sairaanhoitajat arvioivat puhelun aikana paikallisten ohjeiden mukaisesti soittajan päivystyksellisen tai kiireellisen hoidon tarpeen.

4.4. Sairaalahoidon rakennemuutos vie kohti avohoitoa

Somaattisen erikoissairaanhoidon avohoitokäyntien määrä on kasvanut kymmenen vuoden aikana kolmanneksen (1101,2–1441,0/1000 asukasta). Monilla erikoisaloilla toimenpiteitä ja hoitoja on siirretty vuodeosastoilta ja leikkaussaleista polikliinisesti tehtäviksi.

Vastaavasti vuodeosastohoitojaksojen lukumäärä tuhatta asukasta kohti on pienentynyt kymmenellä prosentilla (150 – 135/1000 as.). Vuodeosastoilla hoidetaan nykyisin aikaisempaa vaativampaa hoitoa tarvitsevia potilaita.

Toimenpiteellisiä vuodeosastohoitojaksoja vuonna 2017 oli 74 tuhatta asukasta kohti eli runsas puolet kaikista hoitojaksoista. Somaattisen vuodeosastohoidon keskimääräinen pituus on pysynyt vuodesta 2011 lähtien noin neljässä vuorokaudessa. Keskimääräinen hoitojakso on lyhentynyt muuallakin Euroopassa (OECD, 2018). Avohoidon osuuden kasvun taustalla ovat olleet sairaaloiden prosessien ja sisäisen toiminnallisen integraation parantuminen sekä lääketieteellisten hoitomenetelmien kehitys. Samaan, myös asiakaslähtöisempään, suuntaan ovat vaikuttaneet sairaaloiden talous- ja tulostavoitteet.

4.5. Psykiatrinen hoito siirtyy sairaaloista avohoitoon

Rakennemuutos on jatkunut myös psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa. Psykiatrian laitoshoidossa hoitajakset ja hoitopäivät ovat vähentyneet selvästi viiden vuoden aikasarjatarkastelussa.

Vuonna 2017 hoitajaksoja oli 6,8 tuhatta asukasta kohti, eli 8,1 prosenttia vähemmän kuin viisi vuotta aiemmin. Hoitopäivien määrä väheni vielä nopeammin, 22 prosenttia. Vuonna 2017 hoitopäiviä oli 195 tuhatta asukasta kohti. Keskimääräinen hoitajakso lyheni viidessä vuodessa keskimäärin 3,3 vuorokautta eli hieman vajaa 10 prosenttia. Vuonna 2017 se oli noin 31 vuorokautta. Psykiatrian laskennallisten vuodepaikkojen määrä on puolittunut vuodesta 1997 (kuvio 6). Vastaavasti psykiatristen avohoitokäyntien määrä lisääntyi. Vuonna 2017 psykiatrian avohoitokäyntejä oli 409 tuhatta asukasta kohti. Avohoitokäyntien lukumäärä kasvoi nopeasti: noin 23 prosenttia vuodesta 2013 ja 43 prosenttia vuodesta 2008 alkaen.

4.6. Potilaiden valinnanvapaus ja liikkuvuus

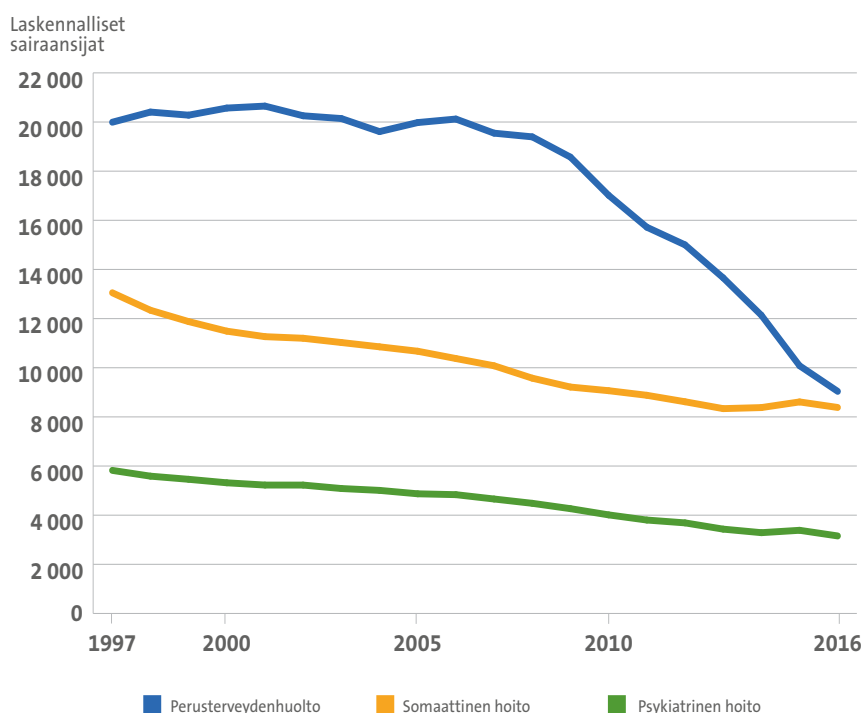
Lainsäädäntö antaa asiakkaille vapauden valita hoitopaikka julkisista sairaaloista. Kansallisen FinSote-kyselyn (2018) perusteella kuitenkin vain noin 41 prosenttia Suomessa asuvista tietää mahdollisuudesta valita julkisen erikoissairaanhoidon hoitopaikka.

ALLE PUOLET VÄESTÖSTÄ TIETÄÄ VAPAUDESTA VALITA JULKISEN ERIKOISSAIRAANHOIDON HOITOPAIKKA.

Keskimäärin seitsemän prosenttia erikoissairaanhoidon asiakkaista hakeutui vuonna 2017 hoidettavaksi muualle kuin kotikunnan sairaanhoitopiiriin (kuvio 7). Alueet erosivat tässä suhteessa paljon (3–14 %). Yliopistollisista sairaanhoitopiireistä potilaat hakeutuvat hoitoihin muihin sairaanhoitopiireihin keskimääräistä vähemmän. Sama koskee suurempia (esim. Keski-Suomi, Päijät-Häme) tai maantieteellisesti yliopistosairaaloista etäällä sijaitsevia laajan päivystyksen sairaalaa

KUVIO 6.

Laskennallisten vuodepaikkojen määrän muutos perusterveydenhuollossa, somaattisessa hoidossa ja psykiatrisessa hoidossa.



ylläpitäviä sairaanhoitopiirejä (esim. Etelä-Pohjanmaa, Etelä-Karjala ja Pohjois-Karjala).

Toisaalta yliopistosairaanhoitopiirit saavat prosentuaalisesti runsaammin asiakkaita muiden sairaanhoitopiirien asukkaista. Tämä ei koske Uuttamaata, jolla on suuri väestöpohja. Keski-Pohjanmaalle tulee eniten asiakkaita muualta, 20,7 prosenttia kaikista asukkaista. Toisen sairaanhoitopiirin alueen asukkaista sairaanhoitopiirien asiakkaista oli vuonna 2017 keskimäärin 6,9 prosenttia (vaihteluväli 3,2–20,7 %) (kuvio 7).

Tilastotiedot vuodelta 2017 on kerätty nykyisten sairaanhoitopiirien mukaan. Tilastoissa on osittain myös maakuntien sisäistä liikkuvuutta eri sairaaloiden välillä, erityisesti suunnitelluissa Lapin ja Etelä-Savon maakunnissa, joissa ennen sote-uudistusta on kaksi sairaanhoitopiiriä.

4.7. Somaattisen erikoissairaanhoidon alueellinen tuottavuus

Somaattisen erikoissairaanhoidon alueellista palvelujen tuottavuutta tarkastellaan väestön asuinpaikan mukaan riippumatta siitä missä sairaalassa tai sairaanhoitopiirissä hoito on annettu.

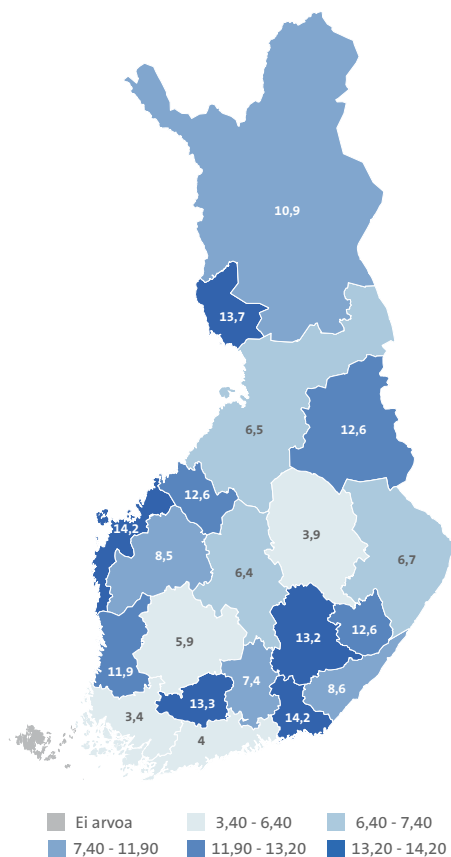
Somaattisen erikoissairaanhoidon palvelujen käyttöä mitataan hoidon vaikeusastetta kuvaavilla painotetuilla hoitopisodeilla, jotka huomioivat alueen potilasrakenteen. Palvelut sisältävät julkisen sektorin tuottamien somaattisen erikoissairaanhoidon palvelujen lisäksi myös yksityisen sektorin tuottaman laitospalvelun ja päiväkirurgian. Alueellisessa väestötason tarkastelussa seurataan potilaan erikoissairaanhoidon hoitoketjua yli sairaala- ja sairaanhoitopiirirajojen.

Alueellisella tuottavuudella kuvataan sitä, miten edullisesti maakunnan potilaat on hoidettu.

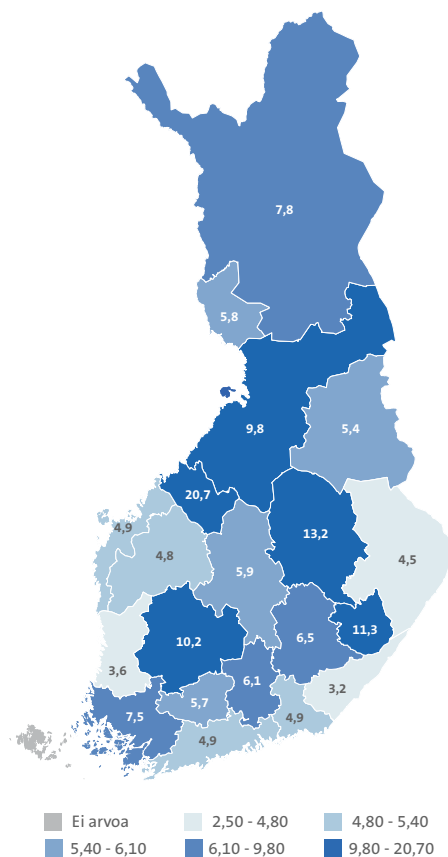
KUVIO 7.

Erikoissairaanhoidon asiakkaiden liikkuvuus sairaanhoitopiirien välillä vuonna 2017, % asiukkaista

Sairaanhoitopiirin alueella asuvat, joita hoidettu muun kuin asuinkunnan sairaanhoitopiirin alueella, % erikoissairaanhoidon asiukkaista



Toisen sairaanhoitopiirin alueella asuvat sairaanhoitopiirin asiakkaat, % sairaanhoitopiirin asiukkaista



Tätä mitataan painotettujen episodien kustannuksilla eli jakamalla alueen väestön palvelujen käytöstä aiheutuneet laskennalliset kustannukset episodien lukumäärällä.

Vuonna 2016 somaattisen erikoissairaanhoidon tuottavimman maakunnan alueella tuottavuus oli 11 prosenttia parempi kuin maassa keskimäärin. Tuottamattomimman maakunnan alueella tuottavuus oli vastaavasti seitsemän prosenttia huonompi.

Tuottavuus oli pääosin heikointa alueilla, joissa sijaitsi yliopistosairaala. Yliopistollisiin sairaaloihin on keskitetty kallein ja vaativin erityistason sairaanhoito, joka edellyttää laajan päivystyksen valmiuksia. Tiettyjä hoitoja on keskitetty yliopistosairaaloihin myös valtakunnallisesti. Yliopistosairaaloiden tutkimusvolyymi osana sairaalan normaalia toimintaa on keskimääräistä suurempi. Lisäksi tutkimusta tehdään valtion yliopistotasoi- seen terveyden tutkimukseen osoitetun määrärahan turvin (aikaisemmin erityisvaltionosuus).

Lähes kolme neljästä Suomessa asuvista käytti vuonna 2017 perusterveydenhuollon avohoidon palveluja. Käyntejä oli yhteensä 25 miljoonaa, joista lääkärikäyntejä 26 prosenttia. Sairaanhoidajan tai terveydenhoitajan käyntejä oli 1,6-kertaa lääkärikäyntejä enemmän, mutta maakunnissa tilanne vaihteli selvästi (1,3–2,8 kertaa enemmän). Suomessa asuva käytti muita kuin lääkärin avopalveluja keskimäärin kaksi kertaa vuodessa (vaihteluväli 1,7–2,8). Asiakkaita oli 3,8 miljoonaa.

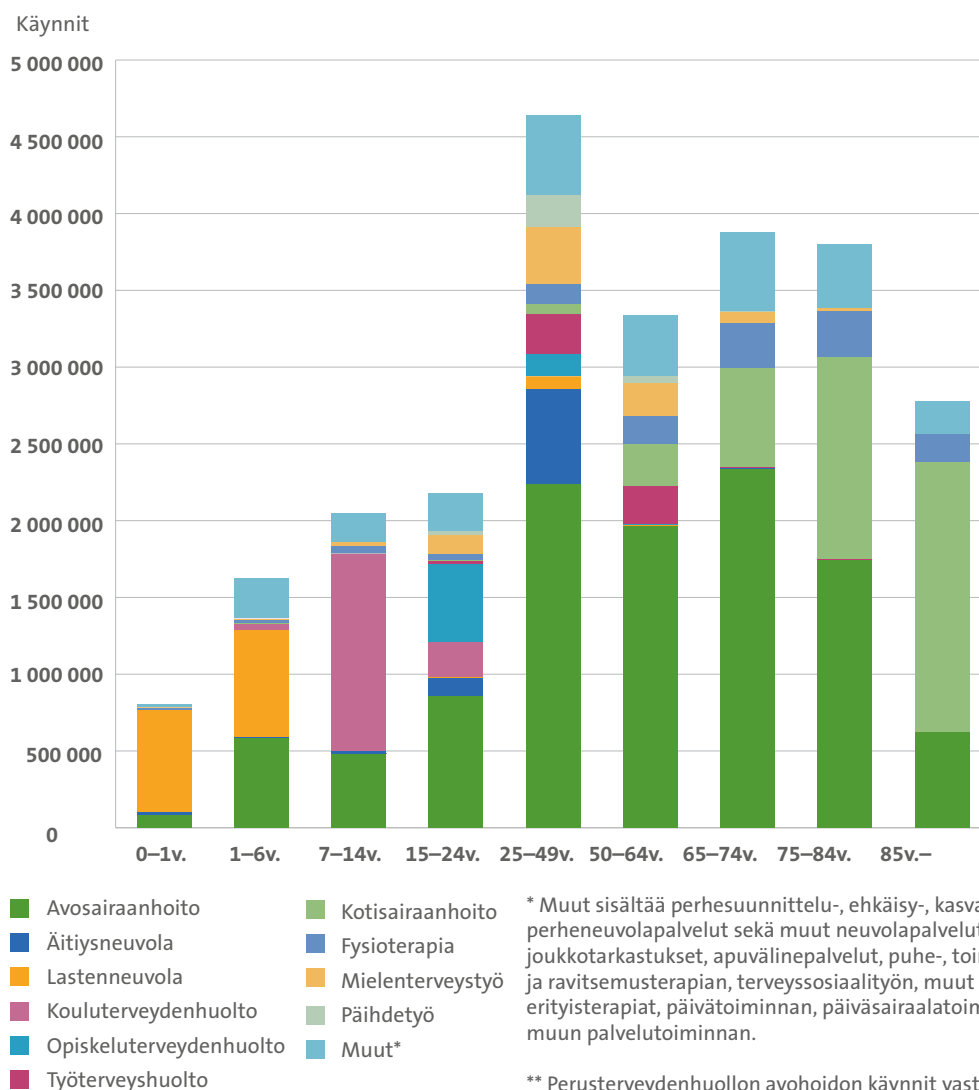
Avosairaanhoidon käynnit olivat vuonna 2017 perusterveydenhuollon avohoidon suurin palveluryhmä (44 %) (kuvio 8). Terveyskeskusten avosairaanhoidon asiakkaita oli 2,8 miljoonaa, ja heillä oli yhteensä 11 miljoonaa käyntiä, joista lääkärikäyntejä oli noin puolet.

PERUSTERVEYDENHUOLLON PALVELUJEN KÄYTTÖ ON PYSYNYT ENNALLAAN.

Perusterveydenhuollon palvelujen käyttö on pysynyt samalla tasolla viime vuodet. Vuodesta 2013 vuoteen 2017 lääkärikäynnit vähenivät kahdeksan prosenttia, mutta muut kuin lääkärikäynnit

KUVIO 8.

Perusterveydenhuollon avohoidon käynnit** ikäryhmittäin eri palvelumuodoissa vuonna 2017.



* Muut sisältää perhesuunnittelu-, ehkäisy-, kasvatus- ja perheneuvolapalvelut sekä muut neuvolapalvelut, seulonnat ja joukkotarkastukset, apuvälinepalvelut, puhe-, toiminta-, jalka- ja ravitsemusterapian, terveyssoseaalityön, muut kuntoutus ja erityisterapiat, päivätoiminnan, päiväsaaraalatoiminnan sekä muun palvelutoiminnan.

** Perusterveydenhuollon avohoidon käynnit vastaanotolla, kotikäynnit, työpaikkakäynnit ja sairaalakäynnit.

lisääntyivät kymmenen prosenttia. Samaan aikaan erikoissairaanhoidon avohoitokäynnit lisääntyivät 18 prosenttia, mikä kertoo erikoissairaanhoidon palvelurakenteen muutoksesta (kuvio 9).

Sähköisten asiointikäyntien osuus kaikista perusterveydenhuollon avohoidon tapahtumista kasvoi 18 prosentista 20 prosenttiin, mikä myös ilmentää meneillään olevaa palvelurakenteen muutosta. Maakuntien välillä kasvutahti vaihteli huomattavasti (12–29 %).

Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön palveluja käytti vuonna 2017 yhteensä noin 64 000 asiakasta, joista lääkäreiden asiakkaina oli 70 prosenttia. Käyntikertoja oli 156 000, joista lääkäreille noin kolmannes.

Työterveyshuollon palveluista suurimman osan tuottavat yksityiset palveluntarjoajat tai liikelaitokset, ja vain pienen osan julkisen terveydenhuollon terveyskeskukset. Opiskelijaterveydenhuollon ja työterveyshuollon tarve vaihtelee huomattavasti maakunnittain. Myös yksityislääkäreiden palvelutarjonta vaihtelee huomattavasti. Perusterveydenhuollon avohoidon rekisteriin, Avohilmoon, ei koota tietoa yksityisiltä palvelutuottajilta, joten kokonaiskuva maakunnan palvelujen käytöstä ja taustalla olevasta palvelujen tarpeen

mukaisesta saatavuudesta on puutteellinen.

Työssä olevia terveyskeskuslääkäreitä vuonna 2017 oli 6,6/10 000 asukasta kohden. Lääkäriliiton selvityksen mukaan terveyskeskuksissa oli loka-kuussa 2017 täyttämättä lääkärintehtävistä noin viisi prosenttia (188 tehtävää). Sairaanhoidopiiri-alueittain terveyskeskuslääkäreiden määrä vaihteluväli oli 5,5–8,2/10 000 asukasta kohti. (Lääkäriliitto. Terveyskeskusten lääkäritilanne.)

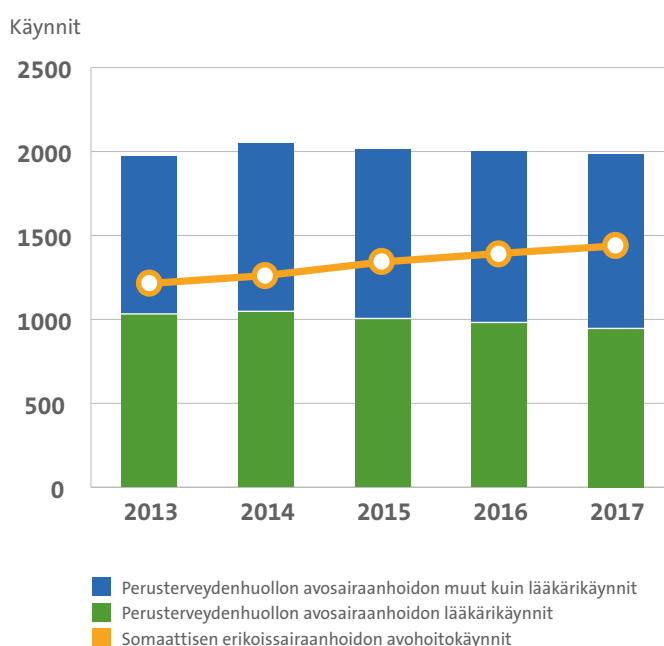
Perusterveydenhuollon palvelujen tarve vaihtelee maakunnittain. Sairastavuusindeksillä vakioitu työssä olevien lääkäreiden määrä vaihteli selvästi vakioimattomia enemmän, vaihteluväli oli 4,4–8,0/10 000 asukasta. Terveyskeskuslääkärin palvelujen yhdenvertaisen saatavuuden kannalta erot vaikuttavat suurilta.

Hoitotakuun mukainen enimmäisaika (3 kk) kiireettömään lääkärivastaanottoon ylittyi loka-kuussa 2017 yli kahdessa prosentissa käynneistä. Maakuntien erot olivat huomattavia (0–12 %). Odotusaika kuitenkin lyheni ja maakuntien erot pienenevät samana vuonna, sillä maaliskuussa 2017 enimmäisaika ylittyi noin neljässä prosentissa käynneistä (maakunnat 0–58 %).

Perusterveydenhuollon hoitopääsytiedot koskevat sellaisten asiakkaiden odotusaikoja joi-

KUVIO 9.

Perusterveydenhuollon avosairaanhoidon ja somaattisen erikoissairaanhoidon avohoitokäynnit 2013–2017 tuhatta asukasta kohden.



den hoidontarve on arvioitu. Vuonna 2017 näitä oli reilut 12 prosenttia kaikista avosairaanhoidon lääkärikäynneistä.

**VAJAA PUOLET POTILAISTA SAI AJAN
LÄÄKÄRIN VASTAANOTOLLE VIIKON
KULUESSA YHTEYDENOTOSTA.**

Kiireettömissä yhteydenotoissa (uusissa ja seurantakäynneissä) tulisi aina kirjata tieto hoidontarpeen arvioinnista potilastietojärjestelmään (Terveydenhuoltolaki 51 § 1326/2010), mutta tiedot ovat puutteellisia osassa maakunnista, erityisesti kesän 2017 jälkeen. Kirjaamiskäytännöissä on kehitettävää, sillä avosairaanhoidon lääkärin vastaanoton käyntisyys oli kirjattu vain kolmessa neljästä käynnistä (74 %, maakunnat 39–96 %). Tietojohtaminen edellyttää kuitenkin hyvää kirjaamista.

Vajaa puolet potilaista (45 %) pääsi lokakuussa 2017 (maaliskuussa 44 %) kiireettömälle lääkärin avosairaanhoidon vastaanotolle viikon kuluessa yhteydenotosta. Hoidon saatavuus vaihteli maakunnittain melkoisesti – vähimmillään 26 ja enimmillään 70 prosentissa käynneistä odotusaika oli alle viikon.

Joka kuudes palvelun tarvitsijoista sai FinSote-tutkimuksen 2018 mukaan riittämättömästi lääkäripalveluja. Julkista ja yksityistä palvelua ei kysytty erikseen. Riittämättömästi hoitajapalveluja saaneita oli palveluntarvitsijoista 11 prosenttia. (Taulukko 1., ks. sivu 9)

Perusterveydenhuollon avohoidon (ilman suun terveydenhoitoa) nettokäyttökustannukset vuonna 2017 olivat lähes kaksi miljardia euroa. Asukasta kohti menot olivat 355 euroa. Maakunnittain erot olivat huomattavia (297–531 euroa). Asukaskohtaiset nettokäyttökustannukset eivät ole viime vuosina kasvaneet.

Lähes puolet potilaista saa Suomessa ajan kiireettömään perusterveydenhuollon hammaslääkärikäyntiin alle kolmessa viikossa. Suun terveydenhuollon palvelujen saanti vaihtelee kuitenkin huomattavasti maakunnittain. Viiden viime vuoden aikana julkista suun terveydenhuoltoa käyttäneiden osuus on kasvanut ja käynnit yksityishammaslääkäriillä ovat vähentyneet

Lähes puolet suomalaisista pääsi hammaslääkäriin kolmessa viikossa

Kolmen viikon kuluessa yhteydenotosta toteutuneita kiireettömiä perusterveydenhuollon hammaslääkärikäyntejä tarkasteltiin kahtena mittausajankohtana vuonna 2017. Vajaa puolet pääsi hammaslääkäriin alle kolmessa viikossa (44 %, 46 %, maakunnat 19–63 % ja 24–63 %).

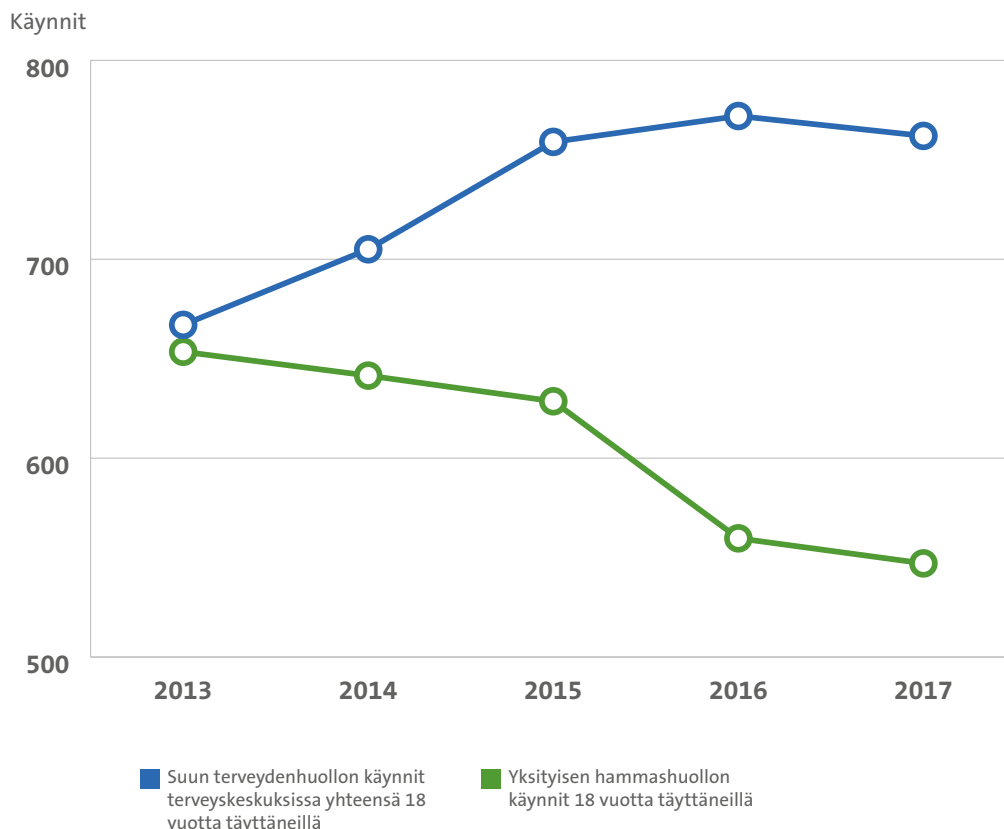
HIEMAN ALLE PUOLET PÄÄSEE HAMMASLÄÄKÄRIIN KOLMESSA VIIKOSSA.

FinSote-tutkimuksen väestökyselyssä hammaslääkäripalvelujen puutteiden tai riittämättömyyden erot ovat hieman pienemmät (maakunnat 14–27 %). Kansallisissa, joka toinen vuosi toteutettavissa asiakaspalautekyselyissä vastaajat ovat puolestaan olleet palveluihin erittäin tyytyväisiä eikä alueellista vaihtelua juurikaan ole havaittu.

Viiden viime vuoden aikana julkista suun terveydenhuoltoa käyttäneiden osuus on kasvanut, kun taas yksityishammaslääkärikäynnit ovat vähentyneet (**kuvio 10**). Vuonna 2017 tuhannesta suomalaisesta 359 oli käyttänyt terveyskeskusten suun terveydenhuoltopalveluja (maakunnat 276–413 / 1000 as.). Myös maakuntien sisältä löytyy suuria eroja. On myös huomattava, että joissakin maakunnissa yksityisiä palveluja on tarjolla niukemmin, mikä voi lisätä julkisten palvelujen käyttöä.

KUVIO 10.

Suun terveydenhuollon käynnit terveyskeskuksissa ja yksityisen hammashuollonkäynnit 18 vuotta täyttäneillä vuosina 2013–2017, 1 000 vastaavanikäistä kohden



Oikomishoito vaihtelee maakunnittain

Suomessa 12-vuotiaiden lasten suun terveys on hyvä. Terveydenhuollon tarkastuksissa käyneistä lapsista tervehampaisia oli 61 prosenttia (maakunnat 45–81 %). Reikiintyneiden, paikattujen ja poistettujen hampaiden määrää kuvaava DMF-indeksi vaihteli tässä ikäryhmässä maakunnittain (0,5–1,8 %). Kansallisen ohjeistuksen ja toisaalta tarkastukseen ohjattavien puute saattaa osittain vaikuttaa DMF-indeksiin eroihin.

Oikomishoitoa saaneiden 12-vuotiaiden osuus on pienentynyt viiden viime vuoden aikana ja vuonna 2017 oikomishoitoa oli saanut lähes kolmasosa ikäluokasta. Vaikka pyrkimyksenä on ollut luoda hoitopääsyn yhtenäiset ja tasavertaiset kriteerit, (esim. SUHAT-hanke), tilanne vaihtelee maakunnittain (22–38 % saanut hoitoa).

Aikuisväestön suun terveydentilasta kertoo se, että suomalaisista 59 prosenttia ei tarvinnut karies- tai kiinnityskudossairauden hoitoa. Tässäkin erot maakuntien välillä olivat suuret (44–79 %). Kuudelle tai useammalla hammaslääkärikäynnille jaksotettujen, suurihoitoisten potilaiden osuus vaihteli myös maakunnittain (maakunnat 6,3–14,3 %). Kun otetaan huomioon hoitokäynnit myös muille suun terveydenhuollon ammattilaisille, prosenttiosuudet ovat vielä suuremmat.

Hampaita harjataan Suomessa huonommin kuin muissa Pohjoismaissa

Suun terveyttä ylläpidetään ja parannetaan ensisijaisesti hyvällä omahoidolla ja sitä suunnitelmallisesti ja säännöllisesti tukemalla.

8.- JA 9.-LUOKKALAISISTA VAIN 42 PROSENTTIA HARJASI HAMPAANSA SUOSITUSTEN MUKAISESTI KAHDESTI PÄIVÄSSÄ.

8.- ja 9.-luokkalaisista lapsista vain 42 prosenttia harjasi hampaansa suositusten mukaisesti kahdesti päivässä (maakunnat, 37–50 %). Maailman terveysjärjestö WHO:n kyselytutkimuksen mukaan (Inchley ym. 2016) Suomessa 11-, 13- ja 15-vuotiaat harjaavat hampaita selvästi huonommin kuin samanikäiset muissa Pohjoismaissa. Aikuisilla suositusten mukaisessa hampaiden harjauksessa korostuvat suuret sukupuolten väliset erot (maakunnat, miehet 45–63 %, maakunnat, naiset 71–84 %).

Suun terveydenhuollon nettokäyttökustannukset vuonna 2017 olivat Suomessa asukasta kohti 77 euroa (maakunnat 67–99 euroa). Sekä julkisen suun terveydenhuollon että yksityisen hammashoidon kustannukset ovat pienentyneet muutaman viime vuoden aikana. Yksityisen hammashoidon kustannukset ovat Suomessa melkein yhtä suuret kuin julkisen, 64 euroa asukasta kohti (maakunnat 44–80 euroa).

Lapset, nuoret ja perheet eivät saa palveluja koko maassa yhdenvertaisesti. Palvelujen painopistettä voidaan edelleen siirtää varhaisempaan tukeen ja palveluun. Palvelujärjestelmää tulisi kehittää kokonaisuutena sen osien sijaan. Maakuntien vuosittaisten arviointien lisäksi tarvitaan kohdennettua arviointia. Lasten, nuorten ja perheiden palveluissa tarvitaan kokonaisuuden hallintaa ja integraatiota

Palvelujen järjestäjällä on vastuu palvelujen yhteensovittamisesta, ja tämä korostuu lasten, nuorten ja perheiden palveluissa. Heille tarkoitettuja palveluja ovat perhekeskus- ja opiskeluhoiltopalvelut sekä erityis- ja vaativan tason palvelut.

Perhekeskukset kokoavat lapsiperheiden sosiaali- ja terveyspalvelut sekä yhteistyöverkoston kuntien ja muiden toimijoiden palvelut ja toiminnot perustason kokonaisuudeksi. Tähän voi liittyä myös erityistason palveluja.

Opiskeluhoiltoon kuuluvat koulu- ja opiskeluterveydenhuollon palvelut, opiskeluhoillon kuraattori- ja psykologipalvelut, yksilökohtaisen opiskeluhoillon sekä yhteisöllisen opiskeluhoilto-työn palvelut. Tässä perustason kokonaisuudessa yhdistyvät sote-palvelut ja kuntien sivistystoimen palvelut.

Erytistason ja vaativan tason sosiaali- ja terveyspalveluihin kuuluvat lasten ja nuorten somaattisten erikoisalojen, lasten- ja nuorisopsykiatrian sekä lastensuojelun ja muun sosiaalihuollon erityis- ja vaativan tason palvelut, kuten vammais- palvelut.

7.1. Lasten, nuorten ja perheiden palvelujen tarve, saatavuus ja käyttö

Äitiys- ja lastenneuvolat ovat perheiden keskeisiä palveluja. Ne on Suomessa järjestetty kattavasti koko maassa. Esimerkiksi määräaikaisten tarkastusten kattavuudessa ei ole merkittäviä alueellisia eroja. Kuitenkin asetusten mukaiset nelivuotiaiden laajat terveystarkastukset toteutuivat vain 59 prosentilla lapsista vuonna 2017. Osuus vaihtelee maakunnittain 51 ja 66 prosentin välillä.

Rokotekattavuus on myös varsin hyvä, mutta 13-vuotiaiden tyttöjen papilloomavirusrokotusten (HPV) kattavuus oli vain 62 prosenttia. Viitosrokot-

teen (kurkkumätä-, hinkuyskä-, jäykkäkouristus- ja poliorokote) kolmen rokotuskerran kattavuus määräajassa oli 88 prosenttia ja tuhkarokko- vihurirokko- ja sikotautirokotteen kattavuus toisen rokotuskerran jälkeen 93 prosenttia. Erityisesti HPV-rokotekattavuus vaihteli maakuntien välillä paljon.

Kasvatus- ja perheneuvoloissa oli koko maassa alle 22-vuotiaita asiakkaita vuonna 2017 noin 3 sataa samanikäistä kohden. Asiakkaiden määrä kuitenkin vaihteli maakunnittain paljon, 0–8 prosentin välillä.

LAPSIPERHEIDEN KOTIPALVELUN JA PERHETYÖN SAATAVUUS ON PARANTUNUT JA LASTENSUOJELUN AVOPALVELUJEN ASIAKSMÄÄRÄT OVAT SELVÄSTI LASKENEET VUODESTA 2015 ALKAEN.

Opiskeluhoillon palvelujen saatavuutta arvioitiin kouluterveydenhuollon osalta. Kouluterveyskyselyjen mukaan neljästä viiteen prosenttia peruskoulun yläasteen, ammatillisen oppilaitoksen tai lukion opiskelijoista ei yrityksistä huolimatta pääs- syt kouluterveydenhoitajan vastaanotolle (maakunnat 2–8 %).

Lastensuojelulain mukaiset erityistä tukea tarvitsevien lasten, nuorten ja perheiden palvelutarpeen arvioinnit aloitettiin koko maassa lain edellyttämässä ajassa 98 prosenttisesti (maakunnat 93–100 %). Palvelutarpeen arvioinnit valmistuivat lain edellyttämässä kolmessa kuukaudessa hieman huonommin, 96 prosentissa tapauksista. Tässä oli kuitenkin huomattavia alueellisia eroja (maakunnat 75–100 %).

Lastensuojelun avohoidon 0–17-vuotiaita asiakkaita oli ikäryhmästä vuonna 2017 koko maassa noin neljä prosenttia. Maakunnittain oli vaihtelua jonkin verran. Huostaanottoja tässä ikäluokassa oli keskimäärin yksi sadasta samanikäisestä, ja kiireellisiä kodin ulkopuolelle sijoituksia noin puoli prosenttia. Huostaan otetuista lapsista laitokseen sijoitettiin joka kolmas, mutta maakunnittaiset erot olivat huomattavat, 18–41 prosenttia.

Kodin ulkopuolelle sijoitettujen ja huostaan otettujen lasten osuudet ikäluokasta eivät ole muuttuneet yhdeksän vuoden aikana. Vuonna 2017 lapsia sijoitettiin kuitenkin kiireellisesti 15 prosenttia enemmän kuin vuonna 2016 (Puusti-

nen-Korhonen, 2018). Kiireellisiä sijoituksia tehdään enemmän, koska ei ole pystytty sovittamaan yhteen eri palveluja tai palveluja ei ole ollut saatavilla.

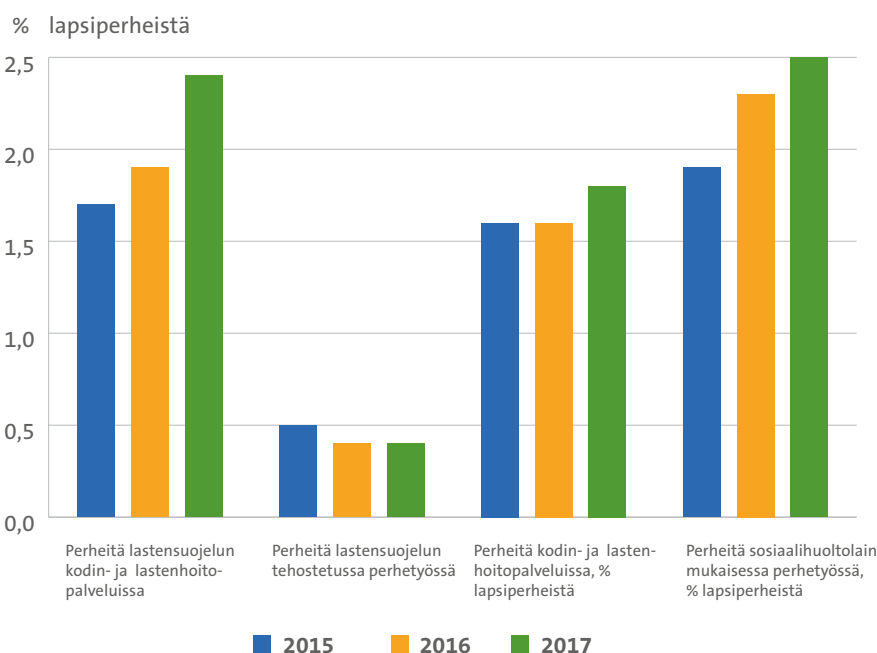
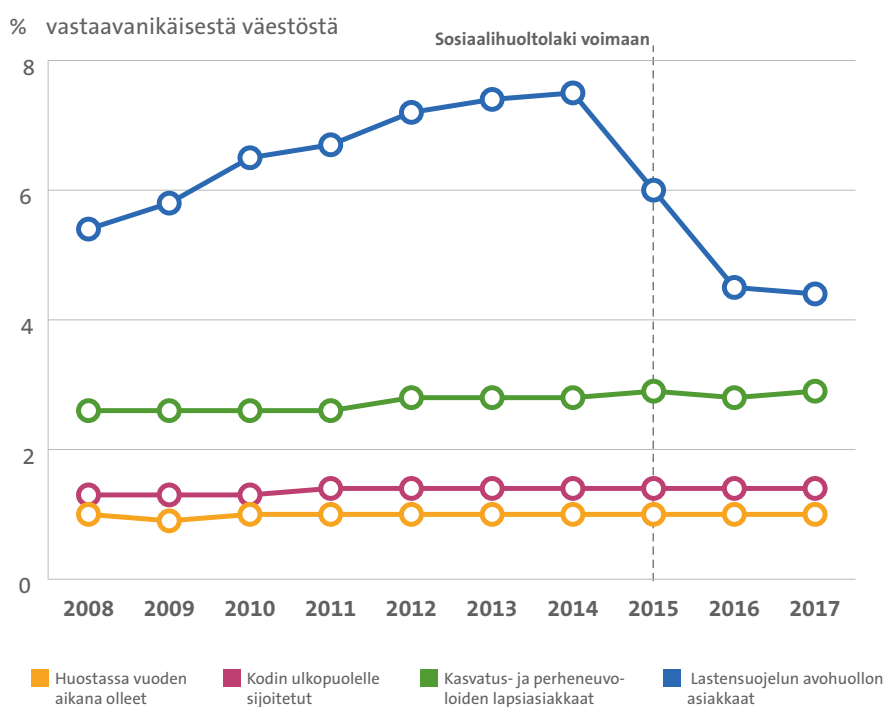
Lainsäädännön muutokset näkyvät asiakasmäärissä

Sosiaalihuoltolain voimaantulo (2015–) näkyy

muutoksina asiakasmäärissä (kuvio 11). Lapsiperheiden kotipalvelun ja perhetyön saatavuus on parantunut. Lastensuojelun avopalvelujen asiakasmäärät ovat selvästi laskeneet. Taustalla on lastensuojelulain muutos, jonka myötä lastensuojelun asiakkaita ovat vain lapset, joiden palvelutarve on jo todettu – aiemmin asiakkaita olivat myös lapset, joiden palvelutarvetta selvitettiin.

KUVIO 11.

Perheiden palvelujen asiakasmäärien kehitys 2008–2017 ja 2015–2017



7.2. Lasten, nuorten ja perheiden palvelujen kustannuksista on vain hajanaisia tietoja

Lasten, nuorten ja perheiden palvelujen asukas-kohtaisia nettokäyttökustannuksia kuvataan **kuviossa 12**. Kansallisessa tilastoinnissa ei nykyisin eroteta näiden palvelujen kustannuksia muista palveluluokista, kuten perusterveydenhuollon tai erikoissairaanhoidon kustannuksista.

7.3. Mielensterveyspalvelujen tarve kasvanut selvästi – palveluja ei yhdenvertaisesti tarjolla

Mielensterveysperusteisesti sairauspäivärahaa sai 18–24-vuotiaista 12,4 prosenttia vuonna 2008 ja 17,5 samanikäisistä vuonna 2017. Sama suuntaus näkyy myös 13–17-vuotiaiden nuorisopsykiatrian avohoitokäynneissä. Nuorisopsykiatrisen erikoissairaanhoidon käyttö on vuosina 1994–2016 moninkertaistunut koko maassa.

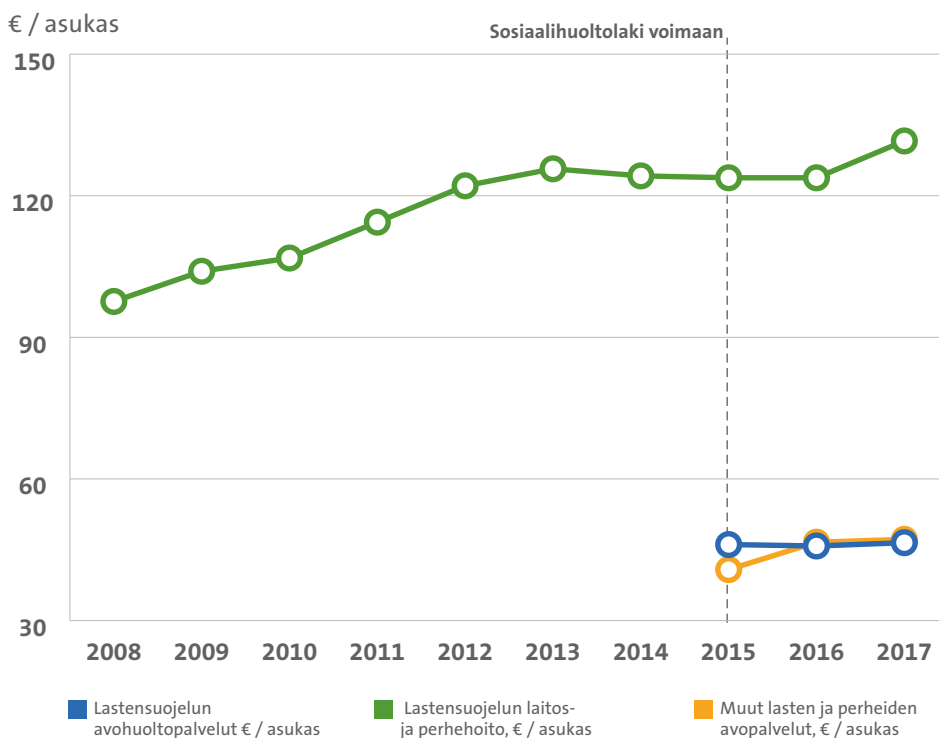
LASTENPSYKIATRISEN ERIKOISSAIRAANHOIDON PALVELUN SAANNISSA JA PALVELUVALIKOIMASSA ON ALUEELLISIA EROJA.

Psykiatrian avo- tai osastohoidon alle 13-vuotiaista lapsista noin yhdeksän prosenttia ja 13–17-vuotiaista 17 prosenttia oli sijoitettuna kodin ulkopuolelle vuoden 2017 aikana. Kodin ulkopuolelle sijoitetuista lapsista joka kolmas ja 13–17-vuotiaista yli puolet oli myös nuorisopsykiatrian asiakkaana. (Heino ym., 2018.)

Lastenpsykiatriseen erikoissairaanhoidon ohjautuu yhä enemmän lapsia. Palvelun saannissa ja palveluvalikoimassa on kuitenkin alueellisia eroja. Näyttöön perustuvia hoitomenetelmiä ei ole kaikkien asiakkaiden saatavilla yhdenvertaisesti. (Huikko ym., 2017.)

KUVIO 12.

Sosiaalihuollon avopalvelujen ja lastensuojelun nettokäyttökustannusten kehitys vuosina 2008–2017



Mielenterveys- ja päihdeongelmien hoidon ja kuntoutuksen järjestelmä on Suomessa pirstaleinen. Julkisesti järjestettyjä palveluja täydentävät ja osittain korvaavat yksityiset palvelut, mutta vain osalla väestöstä on mahdollisuus käyttää niitä. Tämä merkitsee myös, että saavuudessa on alueellisia eroja.

Mielenterveyshäiriöt ovat väestön suurin sairastavuuden syy. Joka viides aikuisista kärsii viimeaikaisesta mielenterveys- tai päihdehäiriöstä ja lähes joka toinen elinaikanaan. Nämä häiriöt aiheuttavat runsaasti pitkäaikais- ja yhteissairastavuutta ja ovat myös yleisin työkyvyttömyyseläkkeen syy ja toiseksi yleisin sairauslomakausien syy (Eläketurvakeskus 2018, Tuulio ym. 2018). Alkoholi- ja huumehaitat kohdentuvat sosiaali- ja terveydenhuollon lisäksi myös järjestyksen ylläpitoon ja oikeusjärjestelmään. (THL 2018a).

8.1. Eteläisen Suomen maakuntiin kasautuu psyykinen kuormittuneisuus, itään ja pohjoiseen psykoosisairaudet

Psyykkistä kuormittuneisuutta koki 20–64-vuotiaista 13 prosenttia (maakunnat 10 – 15 %). Se oli yleisintä suurissa eteläisen Suomen maakunnissa.

Sairauspäivärahaa mielenterveyden vuoksi sai tuhannesta 18–24-vuotiaasta 17 ja 25–64-vuotiaasta 21. Joukossa on sekä lievempiä että vakavampia mielenterveyshäiriöitä. Mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöiden vuoksi työkyvyttömyyseläkkeellä oli kolme prosenttia työkäisistä (maakunnat 2–4 %). Vuonna 2016 itsemurhakuolleisuus 100 000 asukasta kohti oli 14,3 (maakunnat 10–28).

Psykoosisairauksien esiintyvyyttä heijastava lääkkeiden erityiskorvausoikeus pitkäkestoisen psykoosisairauden vuoksi on yleisintä Itä- ja Pohjois-Suomessa (koko maa 1,8 %, maakunnat 1,4–2,6 %).

8.2. Alkoholin käyttö ja haitat vähentyneet, huumeiden käyttö ja haitat kasvavat

Päihteiden käytön muutokset vaikuttavat myös palvelujen tarpeeseen. Alkoholin kokonaiskulutus lisääntyi Suomessa vuoteen 2007 asti. Sen jälkeen kokonaiskulutus on vuoteen 2017 saakka vähentynyt lähes viidenneksellä. Huumeiden käyttö on lisääntymässä, mikä lisää päihdepalvelujen tarvetta. Maakunnat eroavat suuresti huumehaittojen määrässä. Tämä näkyy esimerkiksi pistettävien huumeiden aiheuttamissa uusissa hepatiitti-C-infektioissa.

Päihdeongelmaisten käyttämien hoitopalvelujen tyyppi ja luonne vaihtelevat eri puolilla maata. Päihdehuollon avohoidon asiakkaita oli tuhatta asukasta kohden kahdeksan (maakunnat 5–12 / 1 000 as.). Sen sijaan päihdeongelmat kirjattiin perusterveydenhuollon lääkärin avosairaanhoidon vastaanoton käyntisyiksi vain 0,4 prosentissa kaikista käyntisyistä (maakunnat 0,2–1 %).

Terveyskeskusten vuodeosastoilla päihteiden vuoksi hoidettiin 1 000 asukasta kohti 2,8 potilasta (maakunnat 1,4–4,7 / 1 000 as.). Päihdehuollon laitoshoidon käyttö on vähentynyt ja on vähäisempää kuin terveyskeskusten vuodeosastohoidon käyttö. Yleisintä vuodeosastohoito on Pohjois-Suomessa, jossa käytetään muuta maata vähemmän päihdehuollon laitoshoidon katkaisuhuitoa tai ympärivuorokautista hoitoa.

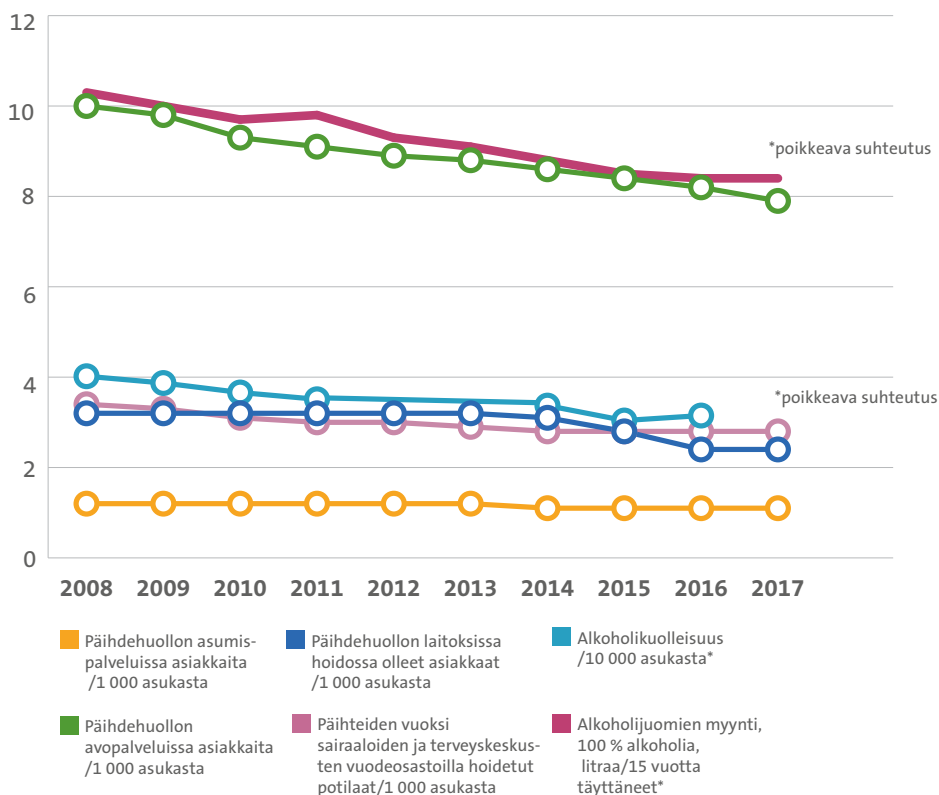
Alkoholikuolleisuuden ja muut alkoholihaittojen trendit ovat pääpiirteissään seuranneet samaa kehitystä (kuvio 13). Maakunnittain alkoholin käyttö ja sen haitat kuitenkin vaihtelevat suuresti. Alkoholikuolleisuus vuonna 2016 oli noin 31 / 100 000 asukasta kohti (maakunnat 15–47).

8.3. Psykiatrinen sairaalahoito lisääntyi vuonna 2017 edellisvuosista poiketen

Maakuntien käytännöt mielenterveyden avohoitokäytien järjestämisessä ja kirjaamisessa vaihtelevat. Palvelut jakautuvat siten hyvin eri tavoin perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon

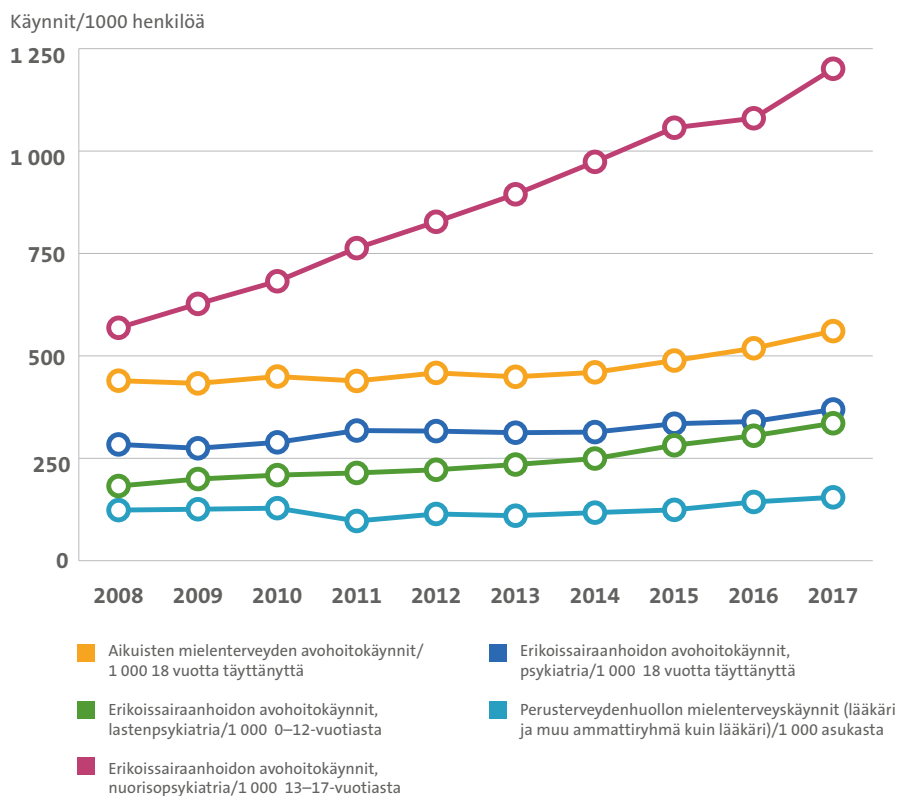
KUVIO 13.

Alkoholijuomien myynti, päihdepalveluiden käyttö ja alkoholikuolleisuus 2008–2017



KUVIO 14.

Avohoitopalvelujen käyttö vuosina 2008–2017



välillä maakunnissa. Kaiken kaikkiaan aikuisten mielen terveyden avohoitokäyntejä oli 561 tuhatta asukasta kohden (maakunnat 436–979). Käyntimäärä on kasvanut vuodesta 2016, jolloin käyntejä oli 519 tuhatta asukasta kohden (kuvio 14).

Mielen terveyshäiriöiden hoitoa perusterveydenhuollossa tarkastellaan käyntisykirjaamisen avulla. Mielen terveyden ja käyttäytymisen häiriöiden osuus kirjatuista käyntisyistä perusterveydenhuollon lääkärin avosairaanhoidon vastaanotolla oli 4,4 prosenttia (maakunnat 2,7–5,6 %).

PSYKIATRISEN SAIRAALAHOIDON POTILASMÄÄRÄT OVAT LASKENEET JA HOITOKSOT LYHENTYNEET JO USEIDEN VUOSIEN AJAN, MUTTA VUONNA 2017 SAIRAALOIDEN POTILAS- JA HOITOKSOJEN MÄÄRÄT OVAT NOUSSEET.

Psykiatrisen sairaalahoidon hoitopäivä- ja potilasmäärät ovat laskeneet ja hoitokasot lyhentyneet jo useiden vuosien ajan. Vuosi 2017 näkyy kuitenkin poikkeuksena tässä trendissä. Potilaita oli edellisvuoteen verrattuna 5,4 prosenttia enemmän ja hoitokasojen määrä kasvoi 4,1 prosenttia. Psykiatrisessa sairaalahoidossa hoidettujen poti-

laiden määrät olivat suurimmat 18–24-vuotiaiden ikäryhmässä (8 potilasta 1 000 asukasta kohti) ja pienimmät 65 vuotta täyttäneiden ikäryhmässä (3,3 potilasta 1 000 asukasta kohti). Myös hoitopäivät jakautuivat ikäryhmien mukaisesti. Psykiatristen hoitopäivien määrät eroavat suuresti maakunnittain.

8.4. Mielen terveyskuntoutujien tehostettu asuminen vähenee

Mielen terveyskuntoutujien asumispalvelut ovat painottuneet entistä enemmän tavalliseen palveluasumiseen ja tehostettu (ympäri vuorokautisesti valvottu) palveluasuminen on vähentynyt (kuvio 15). Asumispalvelujen määrä ja painotus vaihtelevat kuitenkin merkittävästi eri alueilla.

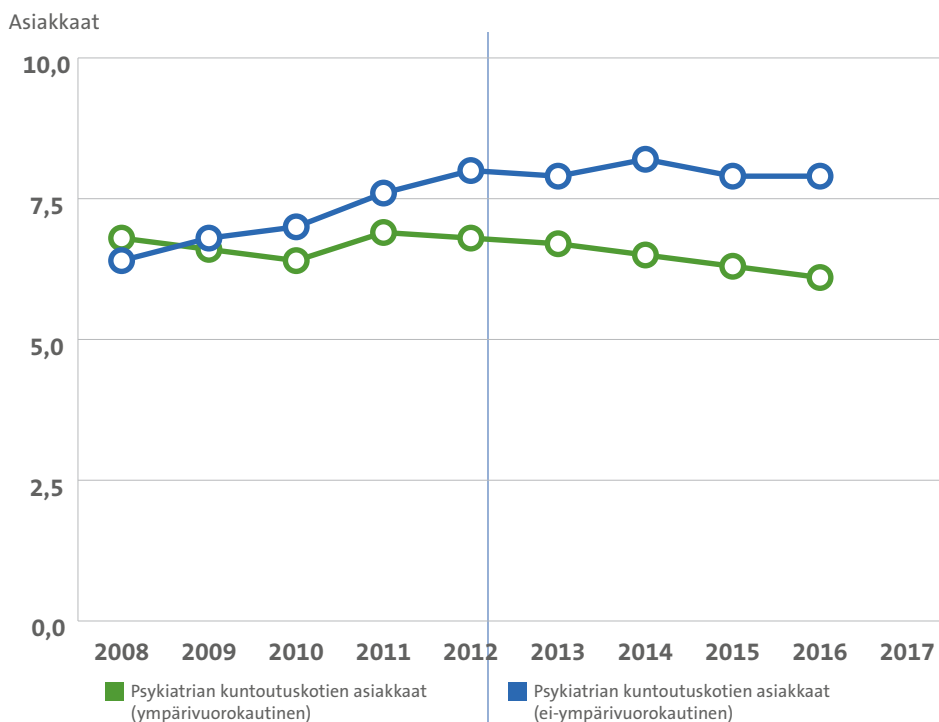
Yksityiset ja järjestöjen palvelut täydentävät julkista palvelua

Julkisesti järjestettyjen palvelujen lisäksi osa väestöstä käyttää yksityissektorin mielen terveyspalveluja. Niitä rahoitetaan työterveyshuoltona, yksityisillä sairauskuluvakuutuksilla, Kelan sairausvakuutuskorvauksina ja kuntoutuspsykoterapiana, ja osin palvelujen käyttäjät maksavat niitä itse.

Yksityinen palvelutuotanto sijoittuu epä-

KUVIO 15.

Asiakkaat psykiatrisissa kuntoutuskodeissa 2008–2017, asiakkaat/10 000 asukasta



tasaisesti maan eri osiin. Esimerkiksi Kelan kuntoutuspsykoterapiaa sai 16–24-vuotiaista 12 ja 25–64-vuotiaista 11/1 000 asukasta, mutta maakunnittaiset erot olivat suuret, 5–18 ja 5–14 tuhatta asukasta kohden.

JÄRJESTÖT TUOTTAVAT NOIN PUOLET PÄIHDEHUOLLON ERITYISPALVELUIDEN HOITO-, KUNTOUTUS- JA ASUMISPALVELUISTA.

Järjestöjen edistävät ja ehkäisevät palvelut täydentävät hoidollisia mielen terveyspalveluja. Järjestö- tai säätiöpohjaiset päihdeongelmaisten hoitoon ja päihdetyöhön erikoistuneet toimijat tuottavat noin puolet päihdehuollon erityispalveluiden hoito-, kuntoutus- ja asumispalveluista.

8.5. Pakkotoimien käytössä huomattavaa alueellista vaihtelua

Vaikea sairaus voi pitkittää sairaalahoitoa, mutta pitkä hoitajakso voi myös kertoa siitä, että avohoittoa ja kuntouttavia asumispalveluja tai tukiasuntoja on vaikea saada.

Yli 90 päivää yhtäjaksoisesti sairaalahoidossa olevia psykiatrian potilaita oli 1000 asukasta kohti 0,4 (maakunnat 0,2–0,8/1 000 as.). Potilaan uusi osastohoito 30 päivän kuluessa edellisestä hoitajaksoista voi heijastaa sairaalahoidon laadun sekä sairaalan ja avohoidon integraation ongelmia.

Skitsofreniapotilaiden hoitajaksoista joka viides oli alkanut 30 päivän kuluessa edellisestä hoitajaksoista (maakunnat 14–28 %). Samoin myös kaksisuuntaista mielialahäiriöitä sairastavista noin joka viides aloitti uuden vuodeosastohoidon 30 päivän kuluessa edellisestä hoitajaksoista. Maakunnissa vaihteluväli oli suurempaa (maakunnat 6–23 %). Pakkotoimien käyttö tahdosta riippumattomassa hoidossa vaihteli huomattavasti (maakunnat 2,6–42 %, mutta erot voivat johtua kirjauskäytännöistä). Tahdosta riippumattomia hoitajaksoja 1 000 asukasta kohti oli 1,7.

Sosiaalipalveluja tarvitaan usein pitkittyneessä työttömyydessä ja työttömien aktivoinnissa. Tarvittavat toimenpiteet edellyttävät useita toimijoita ja kokonaisuuden ohjausta. Pitkittyvät toimeentulotuen asiakkuudet kertovat perusturvan riittämättömydestä ja sosiaalityön tarpeesta. Suomi on viime vuosina edistynyt asunnottomuuden hoidossa.

9.1. Työikäisten palveluissa tarvitaan integraatiota

Työikäisten sosiaalipalvelut toteutetaan yleensä yhteistyössä esimerkiksi työvoimahallinnon ja työllisyyspalvelujen, nuorisotoimen, Kansaneläkelaitoksen, terveyspalveluiden sekä päihde- ja mielenterveyspalvelujen kanssa. Useissa maakunnissa on vahvistettu ja integroitu työikäisten palveluja ja yhteistyötä muun muassa kuntoutus- ja kasvupalvelujen kanssa.

9.2. Tietoa sosiaalipalveluista tarvitaan lisää

Työikäisten sosiaalipalvelujen tarvetta, saataavuutta ja käyttöä koskevia indikaattoreita on tätä nykyä vain vähän. Myös työterveyshuollon kansallinen tietopohja on puutteellinen. Sen vuoksi työikäisten sosiaalipalveluja arvioidaan lähinnä toimeentulotuen ja työllisyyden avulla.

9.3. Työttömyys sosiaalipalvelujen tarpeen taustalla

Työttömien osuus työvoimasta on kasvanut tasaisesti vuodesta 2008 vuoteen 2016 saakka. Sen jälkeen työttömyys on laskenut. Vuonna 2017 työttömiä oli 11,5 prosenttia, mutta työttömien osuus työvoimasta vaihteli maakunnissa kahdeksasta viiteentoista prosenttiin.

Rakennetyöttömyys (vaikeasti työllistyvät) kehittyi samoin kuin työttömyyskin. Rakennetyöttömien osuus työvoimasta oli noin kolme prosenttia vuonna 2008, mutta vuoteen 2017 mennessä se kaksinkertaistui. Vuonna 2017 rakennetyöttömyys vaihteli maakunnissa vajaasta neljästä pro-

sentista kahdeksaan prosenttiin.

NUORISOTYÖTTÖMYYDEN VAIHTELUVÄLI OLI MAAKUNNISSA 9–21 PROSENTTIA VUONNA 2017.

Nuorisotyöttömyys (18–24-vuotiaiden) lisääntyi kymmenen viime vuoden aikana muuta työttömyyttä nopeammin, ja maakuntien väliset erot ovat myös suurempia. Nuorisotyöttömyys kääntyi vuonna 2017 kuitenkin laskuun. Vuonna 2008 nuorisotyöttömiä oli kahdeksan prosenttia ja vuonna 2017 14 prosenttia ikäluokasta. Nuorisotyöttömyys vaihteli huomattavasti maakunnittain. Vuonna 2017 nuorisotyöttömyyden vaihtelu oli 9–21 prosenttia.

9.4. Toimintakyky ja aktivointitoimet

Työttömien aktivointiasteella tarkoitetaan työvoimapolitiittisia palveluja saavien osuutta työttömistä työnhakijoista ja palveluihin oikeutetuista. Korkea aktivointiaste kertoo osaltaan työvoimahallinnon ja työikäisten sosiaalipalvelujen yhteistyön onnistumisesta. Valtakunnallisesti työttömien aktivointiaste on kymmenen viime vuoden aikana vaihdellut 24–30 prosentin välillä, mutta selkeää trendiä ei havaita. Vuonna 2017 aktivointiaste vaihteli maakunnittain 25–34 prosentin välillä.

Kuntien rahoittaman työmarkkinatuen euro määrä muuttui vuosina 2008–2011 vain vähän, mutta vuonna 2012 se alkoi kasvaa jyrkemmin ja jyrkkeni edelleen vuonna 2015. Vuonna 2016 kasvu kuitenkin tasaantui työllisyystilanteen kohentuessa. Kuntien osin rahoittama työmarkkinatuki oli vuonna 2017 keskimäärin 78 euroa asukasta kohti. Maakuntien väliset erot olivat suuret (40–107 euroa/ as.).

9.5. Pienituloisuus ja toimeentulotuen tarve

Pienituloisuusaste on vuosina 2008–2016 pienentynyt tasaisesti, ja vuonna 2017 pienituloisia oli 12 prosenttia väestöstä. Vuonna 2016 se vaihteli maakunnittain 10 ja 18 prosentin välillä. Pienituloisten kotitalouksien alle 18-vuotiaiden osuus kaikista maakunnan alle 18-vuotiaista vaihteli vuonna 2017 maakunnittain viidestä kymmeneen prosenttiin.

VUONNA 2017 PIENITULOISIA OLI 12 PROSENTTIA VÄESTÖSTÄ.

Perustoimeentulotuen tarve on tasaisesti kasvanut, mutta vuosien 2008 ja 2009 välillä kasvu oli nopeaa (kuvio 16). Vuonna 2016 perustoimeentulotukea saaneiden 25–64-vuotiaiden osuus ikäluokasta vaihteli maakunnittain noin viidestä kahdeksaan prosenttiin, mutta nuorilla vastaava osuus vaihteli selvästi enemmän. Pitkittyvät toimeentulotukiasiakkuudet ilmentävät perusturvan riittämättömyyttä, sekä nuorille ja aikuisille suunnattujen palvelujen ja monialaisten palvelujen integraation puutteita.

Perustoimeentulotuen hakijoita ei ohjata taroituksenmukaisesti Kelasta kunnallisiin sosiaalipalveluihin. Tämä käy ilmi vuoden 2017 toimeentulotukiudistukseen liittyvästä tutkimuksesta (Blomgren ja Saikkonen 2018). Sen mukaan kunnissa on suuria eroja siinä, miten asiakkaita ohjataan sosiaalipalveluihin ja millaista tukea ja palveluja he saavat.

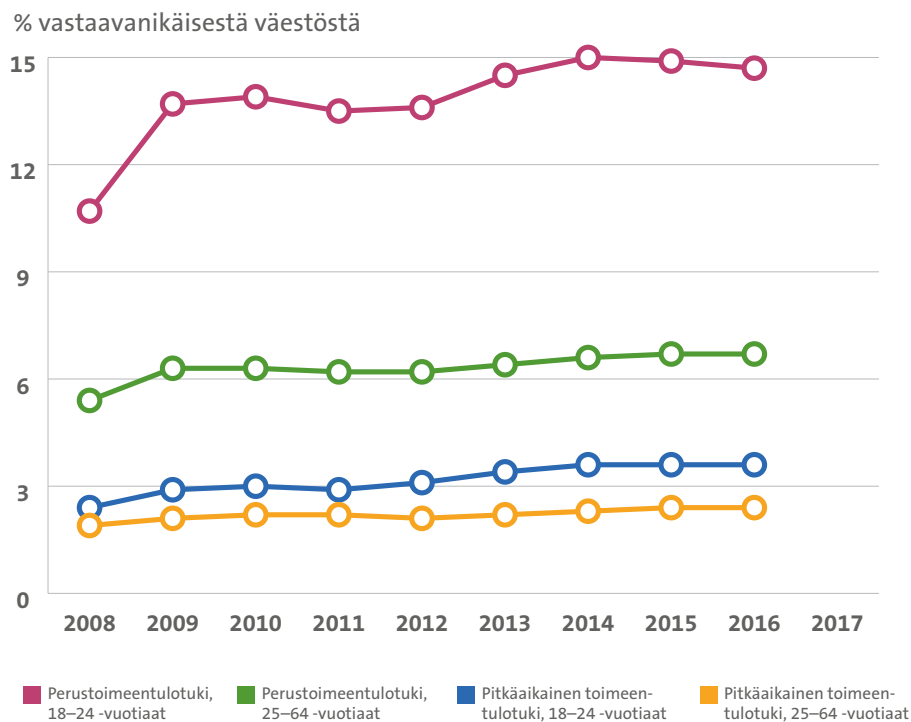
ASUNNOTTOMUUS ON SUOMESSA VÄHENTYNYT, ERITYISESTI PITKÄAIKAIS-ASUNNOTTOMIA ON VÄHEMMÄN KUIN VIISI VUOTTA SITTEEN

Asunnottomuus on vähentynyt Suomessa

Asunnottomuus keskittyy lähinnä suuriin kaupunkeihin. Yksin asuvien asunnottomien määrä on kuitenkin pienentynyt. Asunnottomia oli vuonna 2017 noin promille koko väestöstä ja sen yleisyys vaihteli maakunnittain 0,1–2,9 promillen välillä. Vaikka asunnottomuus kasvaa muissa Euroopan maissa huolestuttavasti, asunnottomuus on Suomessa laskenut jo viisi vuotta peräkkäin. Erityisesti on vähentynyt pitkäaikaisasunnottomien määrä. (Karpinen 2018.)

KUVIO 16.

Toimeentulotuen tarpeen kehitys vuosina 2008–2016.



Vammaispalvelujen järjestämisen lähtökohtana ovat kaikille tarkoitetut yleiset palvelut, joita täydennetään tarvittaessa vammaispalvelulain ja kehitysvammalain perusteella. Osa asiakkaista saa moniin eri lakeihin perustuvia palveluja yhtä aikaa, ja palveluja koskevat tiedot saadaan usein eri tietojärjestelmistä. Toistaiseksi vammaispalveluista ei ole käytettävissä yksilötason tietoa, mikä vaikeuttaa palvelujen tarpeen ja yhdenvertaisen saatavuuden kokonaisarviota.

10.1. Vammaispalvelulain mukaisten palvelujen menot kasvussa

On arvioitu, että noin puolella miljoonalla henkilöllä Suomessa on selvä toimintarajoite (Koskinen ym., 2012). Kaikki heistä eivät kuitenkaan tarvitse vammaispalveluja. Palvelun tarvetta arvioidaan Kelan myöntämien vammaisetuuksien määrällä. Korotettua tai ylintä vammaisetta tai eläkkeensaajan hoitotukea sai vuonna 2017 yhteensä noin 152 000 henkilöä (Kela, 2017).

VUONNA 2017 KOROTETTUA TAI YLINTÄ VAMMAISETUUTTA TAI ELÄKKEENSAAJAN HOITOTUKEA SAI NOIN 152 000 HENKILÖÄ

THL:n kyselytutkimuksen mukaan vammaisille henkilöille tarkoitettujen erityispalvelujen käyttö on Suomessa noin 100 000–110 000 (Nurmi-Koikkalainen, 2013). Vuonna 2017 vammaispalvelulain mukaisia päätöksiä Suomessa tehtiin noin 185 000, mutta yhdellä henkilöllä voi olla käytössään useita palveluja.

Asukaskohtaisesti vammaispalvelulain mukaisiin palveluihin ja taloudellisiin tukitoimiin käytettiin 120 euroa (maakunnat 78–204 €/asukas). Vuoteen 2013 verrattuna menot lisääntyivät lähes kaikissa maakunnissa, keskimäärin 27 prosenttia. Osa kasvusta selittyy asiakkaiden siirtymisellä kehitysvammalain mukaisista palveluista vammaispalvelulain mukaisiin palveluihin.

Eniten asiakkaita on vammaispalvelulain kuljetuspalvelussa. Asiakkaiden osallisuuden kannalta

liikkumisen palvelut ovatkin merkittävä palvelukonaisuus. Palvelun saajien määrät ovat kuitenkin vähentyneet vuosina 2013–2017. Kuljetuspalveluissa kuljetuspäätöksistä 82 prosenttia tehtiin vammaispalvelulain ja 18 prosenttia sosiaalihuoltolain perusteella. Kuljetuspalvelujen kustannukset vammaispalvelulain mukaisten palvelujen ja taloudellisten tukitoimien kustannuksista olivat vuonna 2017 keskimäärin 28 euroa asukasta kohti (maakunnat 19–34 €/as.).

10.2. Henkilökohtaisen avun saajien määrä on kasvanut voimakkaasti

Henkilökohtainen apu muuttui Suomessa subjektiiviseksi oikeudeksi vuonna 2009, minkä jälkeen asiakasmäärät ovat kasvaneet. Vuosien 2013 ja 2017 välillä henkilökohtaista apua saaneiden määrä kasvoi 42 prosenttia mutta kustannukset vain 17 prosenttia. Erityisesti pieniä viikkotuntimääriä henkilökohtaista apua saavien asiakkaiden määrä on lisääntynyt. Vuonna 2016 noin puolet asiakkaista sai henkilökohtaista apua alle 10 tuntia viikossa (Tanhua, 2017). Vuonna 2017 henkilökohtaisen avun asiakkaita oli noin 22 000.

Vaikeavammaisten asumispalveluun oikeutetut asuvat joko omassa kodissa tai muussa kunnan järjestämässä asumismuodossa, esimerkiksi palvelutalossa. Asumisen palveluja ovat kotihoito, omaishoidon tuki tai henkilökohtainen apu, tai näitä kaikkia palveluja sovitetaan yhteen. Vuonna 2017 keskimäärin 112 asiakasta 100 000 asukasta kohti sai vaikeavammaisten palveluasumisen palvelua (maakunnat 62–195). Asiakasmäärä on vuosina 2013–2017 kasvanut 16 prosenttia.

VUOSINA 2013–2016 KEHITYSVAMMALAITOKSISSA ASUVIEN MÄÄRÄ ON VÄHENTYNYT 40 PROSENTILLA

Hallituksen vuoden 2012 periaatepäätöksen tavoitteena on, että vuoden 2020 jälkeen yksikään vammaisen ei asu laitoksessa. Vuosien 2013 ja 2016 välisenä aikana kehitysvammlaitosten asukkaiden määrä on vähentynyt 40 prosentilla. Vuonna 2016 pitkäaikaisasukkaita oli laitoksissa yhteensä 795. Alle 18-vuotiailla asiakkailla tilanne ei ole merkittävästi muuttunut.

10.3. Kehitysvammaisten asumispalvelut painottuvat ympärivuorokautista apua ja tukea tarjoaviin yksiköihin

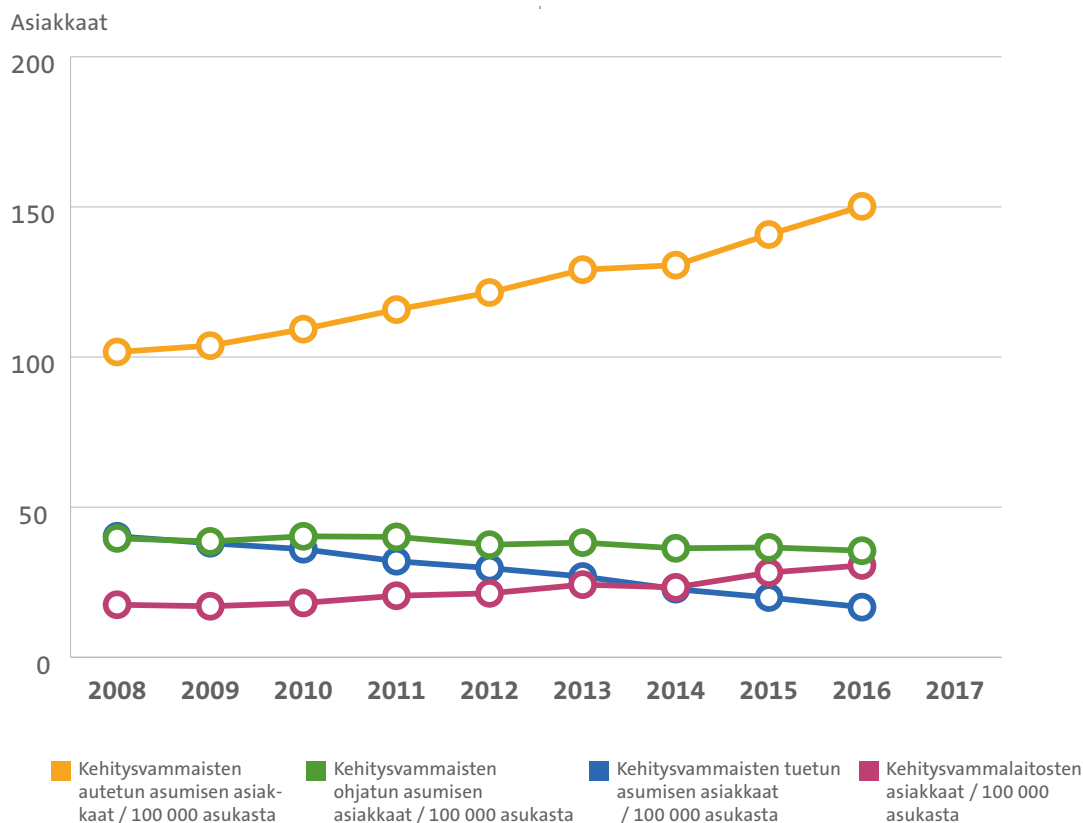
Noin kaksi kolmasosaa asumispalveluasiakkaista sai palveluja, joissa ammattilaisten apu ja tuki ovat saatavilla ympäri vuorokauden (autettu asuminen). 16 prosenttia sai palveluja, joissa apu ja tuki ovat saatavilla muulloin paitsi yöaikaan (ohjattu asuminen). Melko itsenäisesti arjessa pärjääville tarkoitettuja tuettuja asumispalveluja sai 14 prosenttia asiakkaista.

YLI KAKSI KOLMASOSAA ASUMISPALVELUASIAKKAISTA SAI AMMATTILAISTEN APUA JA TUKEA YMPÄRI VUOROKAUDEN (AUTETTU ASUMINEN).

Palvelujen muutoksia on kuvattu tarkemmin **kuviossa 17**. Kehitysvammalain perusteella asumispalveluja (100 000 asukasta kohden) sai 216 asukasta, mutta erot maan sisällä olivat suuret (maakunnat 144–418 /100 000 as.). Kustannusten perusteella erityisesti vammaisten autettu asuminen ja muut vammaisten palvelut ovat lisääntymässä.

KUVIO 17.

Kehitysvammaisten asumispalvelujen ja laitoshoidon kehitys vuosina 2013–2017 (asiakkaita / 100 000 asukasta)



Suomi ikääntyy ja muistisairaiden osuus väestöstä kasvaa. Samalla pitkäaikaista laitoshoidtoa on purettu ja hoivan painopiste on siirtynyt ympärivuorokautiseen asumispalveluun. Kotihoidon asiakkaiden ja omaishoidon tukea saavien osuudet ikääntyneiden palveluissa jäävät kuitenkin vielä valtakunnallisesta tavoitteesta. Kotihoidon resurssit ovat kasvaneet, mutta niillä hoidetaan entistä huonokuntoisempia asiakkaita, ja vähän palveluja tarvitsevia on kotihoidossa vähemmän kuin ennen. Ikääntyneiden erikoissairaanhoidon päivystyskäynnit ovat myös lisääntyneet. Suurin osa kotihoidon yksiköistä tarjoaa hoitoa myös yöllä, mutta vain kolmannes saattohoitoa.

11.1. Väestö vanhenee, sairastuu muistisairauteen ja asuu yksin

65 vuotta täyttäneiden elinajanodote on kohenut ja on nyt 20 vuotta. Vuonna 2017 väestöstä yli yhdeksän prosenttia oli täyttänyt 75 vuotta eli heitä oli noin puoli miljoonaa. Maakunnissa heidän väestöosuutensa on 7–13 prosenttia. Kymmenessä vuodessa 75 vuotta täyttäneiden osuus on kasvanut prosentin eli yhteensä noin 83 000 henkilöllä (maakunnat 1–2 %). Ikääntyneiden osuus kasvaa vielä nopeammin tulevina vuosina. Vuonna 2030 arvioidaan 75 vuotta täyttäneitä olevan noin 300 000 enemmän kuin tällä hetkellä, eli noin 14 prosenttia väestöstä.

VANHUSTEN MÄÄRÄ KASVAA. 75 VUOTTA TÄYTTÄNEITÄ ARVIoidaan OLEVAN VUONNA 2030 NOIN 300 000 ENEMMÄN KUIN NYT, ELI NOIN 14 PROSENTTIA VÄESTÖSTÄ.

Valtaosa, noin 91 prosenttia (maakunnat 89–93 %) 75 vuotta täyttäneistä asui vuonna 2016 kotona. Kotona asuvien osuus on kymmenen viime vuoden aikana kasvanut kaksi prosenttia, ja noin puolet heistä asuu yksin.

lääkkäiden fyysinen toimintakyky on parantunut. Monet 80 vuotta täyttäneistä ovatkin FinSote-tutkimuksen mukaan varsin toimintakykyisiä, mutta liikkumisen vaikeudet ovat melko yleisiä ja elinympäristön esteettömyyden tarpeet suuria.

Vanhusten kaatumisten ja putoamisten aiheuttamat hoitajakset ovat vähentyneet neljä prosenttia viiden viime vuoden aikana. Maakuntien väliset erot ovat kuitenkin suuret (194–484/10 000 samanikäistä). Koko maan keskiarvo 65 vuotta täyttäneillä vuonna 2017 oli 335 hoitajaksoa.

Muistisairaus lisää tehostetun palveluasumisen tarvetta

Muistisairauteen sairastuu vuosittain 14 500 henkilöä. Muistiliiton mukaan muistisairaita on Suomessa yli 190 000. Muistisairaus lisää myös tehostetun palveluasumisen tarvetta. Vuonna 2015 säännöllisen kotihoidon asiakkaista vain joka viidennellä oli todettu muistisairaus.

Vanhuspalvelulain (980/2012) mukaan pitkäaikainen hoito ja huolenpito olisi ensisijaisesti kotiin annettavia ja muita sosiaali- ja terveydenhuollon avopalveluita. Tämä näkyy 75 vuotta täyttäneille suunnattujen palvelujen rakenteen muutoksena 2008–2017. Laitoshoidto on vähentynyt ja tehostettu palveluasuminen lisääntynyt. Laitoshoidtoa vähennettiin kaikissa maakunnissa yhdestä viiteen prosenttia. Pitkäaikainen laitoshoidto on purettu Suomessa lähes kokonaan. Tehostetun palveluasumisen osuuden kehitys vaihteli maakunnittain pienestä laskusta (-1,6 %) selvään kasvuun (+5,3 %). Säännöllistä kotihoitoa ja omaishoidon tukea saavien osuudet ovat pääosin pysyneet ennallaan.

11.2. Säännöllinen kotihoito ja omaishoidon tuki jäävät laatusuosituksesta

Vanhuspalvelulain mukaisia palvelurakenteen laatusuositustavoitteita ei ole saavutettu säännöllisessä kotihoidossa ja omaishoidossa. Vuonna 2016 säännöllistä kotihoitoa sai 75 vuotta täyttäneistä 11 prosenttia, kun tavoite on 13–14 prosenttia. Vastaavasti omaishoidon tukea sai alle viisi prosenttia tavoitteen ollessa 6–7 prosenttia.

Kaikista 75 vuotta täyttäneistä 13 prosenttia (maakunnat 11–15 %) tarvitsi paljon palveluja. Paljon palveluja käyttäväksi lasketaan, jos henkilö sai vähintään 60 kotihoidon käyntiä kuukaudessa, asui tehostetussa palveluasunnossa tai sai pitkäaikaista laitoshoidtoa vanhainkodissa tai terveyskeskuksen vuodeosastolla. Tehostetussa asumispalvelussa tai pitkäaikaisessa laitoshoidossa vanhainkodissa tai terveyskeskuksen vuodeosastolla.

IKÄIHMISTEN HOIVAN NOPEA JA MERKITTÄVÄ RAKENNUMUUTOS: LAITOSHOITO VÄHENTYNYT LÄHESELEMMÄÄ, JA SAMALLA TEHOSTETTU PALVELUASUMINEN KASVAA, SAMOIN KOTIIN ANNETTAVA HOIVA. KOTIIN ANNETAAN HOIVAA YHÄ VAATIVAMMILLE ASIAKKAILLE, JA PIENEN AVUNTARPEEN PERUSTEELLA KOTIPALVELUJA EI ENÄÄ JUURIKAAN SAA.

Hoivapalveluja paljon tarvitsevien ikääntyneiden osuus on pysynyt entisellään. Kotihoidossa olevien osuus paljon hoivapalveluja tarvitsevista on kuitenkin kasvanut kaikissa maakunnissa. Kotona hoidetaan entistä huonokuntoisempia asiakkaita. Intensiivistä kotihoitoa (vähintään 60 käyntiä kuukaudessa) sai säännöllisen kotihoidon asiakkaista vuonna 2017 noin 20 000 eli lähes joka kolmas paljon hoivapalveluja tarvitsevista (maakunnat 19–43 %). Vuoteen 2008 verrattuna osuus on kasvanut yhdeksän prosenttia (kuvio 18).

11.3. Kotihoidossa huonokuntoisia vanhuksia

Vain vähän kotihoitopalveluja käyttäviä on entistä vähemmän ja paljon hoivapalveluja tarvitsevia entistä enemmän. Säännöllisessä kotihoidossa olevista 75 vuotta täyttäneistä asiakkaista 39 prosenttia sai 1–9 kotihoidon käyntiä kuukaudessa vuonna 2013. Neljä vuotta myöhemmin, vuonna 2017, heitä oli enää 32 prosenttia (maakunnat 18–40 %). Kotihoidon rinnalla asiakkaat voivat saada myös muita palveluja, kuten ateriapalveluja, omaishoidon tukea ja lyhyempiä kuntoutusjaksoja tehostetun palveluasumisen yksiköissä.

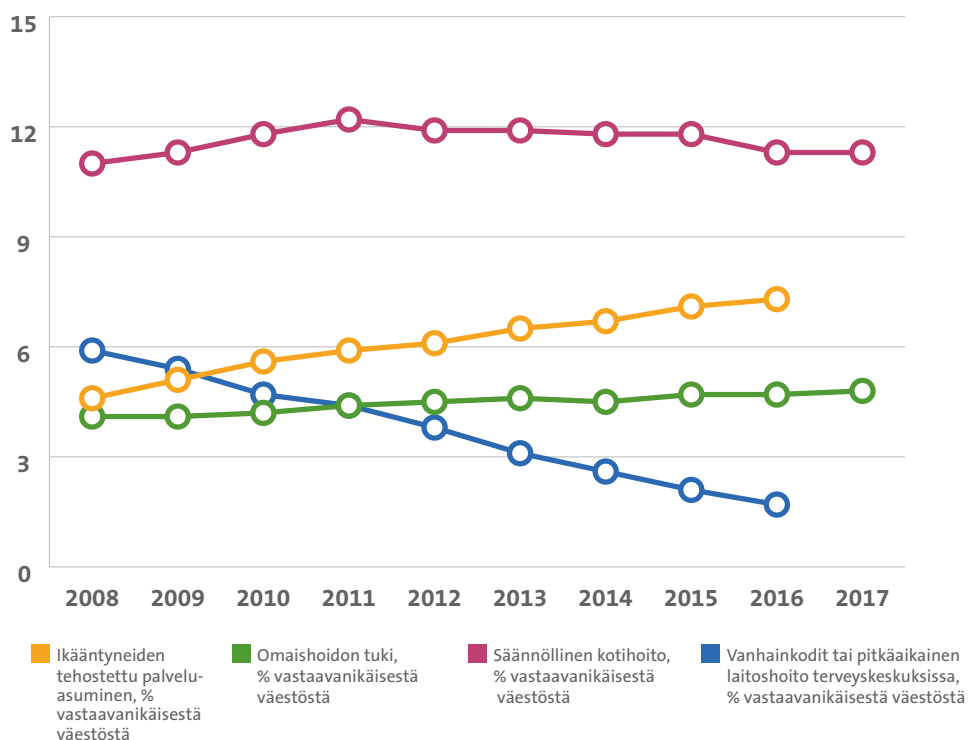
11.4. Hoivahenkilöstön määrä on kasvanut

Yöaikaisen kotihoidon saatavuus on parantunut. Kaksi kolmesta kotihoidon yksiköstä tarjoaa sitä arkisin ja viikonloppuisin (maakunnat 40–85 %). Kasvua vuodesta 2014 on noin viisi prosenttia. Myös kotihoidon henkilöstön määrä on kasvanut 1 700 henkilöllä, mutta vain kolmannes kotihoidon yksiköistä tarjoaa saattohoitoa.

KUVIO 18.

Ikääntyneiden palvelurakenteen muutos palveluittain vuosina 2008–2017

% vastaavanikäisestä väestöstä



Vasta alle puolet kotihoidon yksiköistä laatii tavoitteellisen kuntoutussuunnitelman, vaikka toimintakyvyn monipuolinen arviointi muuten onkin yleistynyt. Henkilöstöä on aiempaa enemmän myös ympärivuorokautista hoivaa tarjoavissa asumisyksiköissä. Vain viisi prosenttia tehostetun palveluasumisen yksiköistä jää alle laatusuosituksen henkilöstömitoituksesta, joka on 0,50 hoiva-työntekijää yhtä asiakasta kohti. (THL, 2018 b).

11.5. Vanhusten päivystyskäynnit erikoissairaanhoidossa ovat lisääntyneet

Pitkäaikaista laitoshoidtoa on Suomessa purettu ja ikääntyneitä hoidetaan aiempaa merkittävästi vähemmän perusterveydenhuollon vuodeosastoilla.

Vuonna 2017 perusterveydenhuollon vuodeosastolla hoidettiin 75 vuotta täyttäneitä keskimäärin 173 potilasta / 1000 vastaavanikäistä. Tämä on 23 prosenttia vähemmän kuin kymmenen vuotta aikaisemmin. Hoitopäiviä oli keskimäärin 66 prosenttia vähemmän. Maakunnissa hoitopäivät vähenivät 44–79 prosenttia. Potilasmäärä väheni yhtä (Pohjois-Pohjanmaata) lukuun ottamatta muissa maakunnissa 53 prosentista kolmeen prosenttiin. Somaattisen erikoissairaanhoidon vuodeosastohoitojaksojen määrä pysyi ennallaan, mutta hoitopäivät vähenivät 18 prosenttia. Sen sijaan ikääntyneiden erikoissairaanhoidon päivystyskäynnit lisääntyivät kymmenessä vuodessa keskimäärin 22 prosenttia, mutta joissakin maakunnissa päivystyskäynnit vähenivät (jopa -32%). Suurimmillaan kasvu oli kuitenkin 112 %.

Asumispalveluiden ja kotihoidon kustannukset kasvussa

Palvelurakenteen muutos näkyy kustannuksissa. Kotihoidon nettokäyttökustannukset asukasta kohti vuonna 2017 olivat koko maassa keskimäärin 177 euroa (133–279 € / asukas). Kustannukset kasvoivat vuodesta 2015 lähes neljä prosenttia (-8 – +16 %). Kolmessa maakunnassa kustannukset laskivat.

YMPÄRIVUOROKAUTISEN HOIVAN ASUMISPALVELUN KUSTANNUKSET KASVOIVAT 2015–2017 NOIN 12 PROSENTTIA.

Ikääntyneiden ympärivuorokautisen hoivan asumispalvelujen kustannukset olivat vastaavasti 294 euroa maakunnan asukasta kohden (203–458 € / asukas). Asumispalvelujen kustannukset kasvoivat vuodesta 2015 noin 12 prosenttia (7–31 %). Laitoshoidon asukaskohtaiset kustannukset olivat vastaavasti 75 euroa (0,4–108 € / asukas). Vuodesta 2015 ne pienivät 27 prosenttia (maakunnat -7 – -67 prosenttia). Ikäihmisten palvelujen kirjo on laaja ja tuottajia paljon. Siksi voi olla hankalaa hakeutua oikeaan palveluun ja oikeaan aikaan. Suuressa osassa maata neuvonta- ja asiakasohjausyksiköt helpottavat tilannetta, mutta suurin osa niistä (63 %) toimii vain yhden kunnan alueella. Tämän vuoksi ikäihmisten palvelujen myöntämisen kriteerit saattavat erota maakunnan sisälläkin.

Lähteet

Arvioinnissa käytetyn indikaattoritiedon käyttöliittymä Tietoikkuna <http://proto.thl.fi/tietoikkuna>

Asetus erikoissairaanhoidon työnjaosta ja eräiden tehtävien keskittämisestä (582/2017).

Asetus kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohtaisista edellytyksistä (583/2017).

Blomgren, S. & Saikkonen, P. (2018) Viimesijaisen turvan palveluissa vielä parannettavaa: toimeentulotukiudistuksen kuntakyselyn tuloksia. Tutkimuksesta tiiviisti 12, toukokuu 2018. Helsinki, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Eläketurvakeskus (2018) Suomen Työeläkkeensaajat 2017. Eläketurvakeskuksen tilastoja 07/2018. Suomen virallinen tilasto. Tampere, Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy.

Eurostat. Verkkolähde: <https://ec.europa.eu/eurostat/data/database> [Luettu 18.2.2019]

Heino, T., Forsell, M., Eriksson, P., Känkänen, P., Santalahti, P. & Tapiola, M. (2018). Lastensuojelun, lastenpsykiatrian ja nuorisopsykiatrian yhteiset asiakkaat - yhteinen vastuu. Päätöksen tueksi 50/2018. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Huikko, E., Kovanen, L., Torniainen-Holm, M., Vuori, M., Lämsä, R., Tuulio-Henriksson A. & Santalahti, P. (2017) Selvitys 5-12-vuotiaiden lasten mielenterveyshäiriöiden hoito- ja kuntoutuspalvelujärjestelmästä Suomessa. Raportti 14/2017. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Hyte-valmistelun tilanne maakunnissa marraskuussa 2018. Verkkolähde: <https://www.innokyla.fi/documents/6321574/8c00e522-b2fc-4ba5-95be-29924d4090f8> [Luettu 13.2.2019].

Inchley, J., Currie, D., Young, T., Samdal, O., Torsheim, T., Augustson, L., Mathison, F., Aleman-Diaz, A., Molcho, M., Weber, M. & Barnekow, V. (2016) Growing up unequal: gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being. Health behavior in school-aged children (HBSC) study: International report from the 2013/2014 survey. Health policy for children and adolescents, no. 7. World Health Organization.

Karppinen, J. (2018) Varmista asumisen turva! Asunnotomuuden ennaltaehkäisyn toimenpideohjelma (AUNE) väliraportti. Ympäristöministeriö 2018.

Kela (2017) Vammaisestuu-tilasto 2017. Suomen virallinen tilasto.

Koskinen, S., Lundqvist, A. & Ristiluoma, N. (toim.) (2012) Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011. THL:n raportti 68/2012. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista (980/2012).

Lankila, T., Kotavaara, O., Antikainen, H., Hakkarainen, T. & Rusanen, J. (2016) Sosiaali- ja terveyspalveluverkon kehityskuva 2025 – Paikkatieto- ja saavutettavuusperusteinen tarkastelu. Oulun yliopisto, Maantieteen tutkimusyksikkö. Helsinki, Sitra.

Lääkäriliitto. Lääkärityövoima. Verkkolähde: www.laakariliitto.fi/tutkimus/laakarityovoima/ [Luettu 13.2.2019]

Maakuntien rahoituslaskelmat. Verkkolähde: www.alueuudistus.fi/maakuntien-rahoituslaskelmat [Luettu 22.2.2019].

Muistiliitto. Muistisairaudet. Verkkolähde: www.muistiliitto.fi/fi/muistisairaudet [Luettu 18.2.2019]

Nurmi-Koikkalainen, P. (2013) Laitoksesta lähiyhteisöön – Kuntakyselyn tuloksia vammaisten kuntalaisten palveluista. THL:n raportti 26/2013. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

OECD/EU. Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle, Paris, OECD Publishing.

Parhiala, K., Hetemaa, T., Sinervo, T., Nuorteva, L., Luoto, E. & Krohn, M. (2016) Terveyskeskusten avosairaanhoidon järjestelyt 2015. Tutkimuksesta tiiviisti 7, toukokuu 2016. Helsinki, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Pentala-Nikulainen O., Koskela, T., Parikka, S., Kilpeläinen, H., Koskenniemi, T., Aalto, A-M., Muuri, A., Koskinen, S. & Lounamaa, A. Kansallisen terveys-, hyvinvointi ja palvelututkimus FinSoten perustulokset 2017-2018. Verkkolähde: www.thl.fi/finnote [Luettu 18.2.2019].

Puustinen-Korhonen, A. (2018) Lastensuojelun kuntakysely. Kuntaliitto.

Rusanen, J. & Kotavaara, O. Parempi tietopohja ja palvelujen optimointi sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutoksen tueksi (IMPRO) -hanke. Julkaisematon aineisto, julkaistu suostumuksella.

Sosiaali- ja terveysministeriö (2018) Muistio: Maakuntien valmius toimeenpanoon, koonti kyselyjen tuloksista 19.6.2018. Verkkolähde: www.alueuudistus.fi [Luettu 13.2.2019]

Tanhua, H. (2017). Vammaisten palvelut 2016 – kuntakyselyn osaraportti. Tilastoraportti 34/2017. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Terveydenhuoltolaki (1326/2010).

THL (2018a) Päihdetilastollinen vuosikirja 2018. Alkoholi ja huumeet. Suomen virallinen tilasto. Sosiaaliturva 2018. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

THL (2018b) Vanhuspalvelujen tila -tutkimus 2018. Verkkolähde: <https://www.slideshare.net/THLfi/vanhuspalvelujen-tila-2018> [Luettu 13.2.2019]

Tilastokeskus (2019) Kuntatalous 2017. Suomen virallinen tilasto.

Tuulio-Henriksson, A. & Blomgren, J. (2018) Mielenterveysperusteiset sairauspäiväraha-kaudet 2005–2017. Työpapereita 136/2018. Kela.

Valtiovarainministeriö (2018) Maakuntien tilannekuva maakunta- ja sote-uudistuksen valmistelussa, syyskuu 2018. Verkkolähde: www.alueuudistus.fi [Luettu 13.2.2019]