

Sari Kauppinen (toim.)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen asiantuntijoiden arvioita peruspalvelujen tilasta

Peruspalvelujen tila 2010 -raportin tausta-aineisto

RAPORTTI



© Kirjoittajat ja THL

Taitto: Virpi Honkanen, THL

ISBN 978-952-245-239-9 (painettu)

ISSN 1798-0070 (painettu)

ISBN 978-952-245-240-5 (verkko)

ISSN 1798-0080 (verkko)

Yliopistopaino

Helsinki 2010

Sisällys

ESIPUHE (<i>Marina Erhola ja Markku Pekurinen</i>)	5
KIRJOITTAJAT	6
Perusterveydenhuollon lääkäripalvelut ja kiireettömän hoidon vastaanotto <i>Sanna-Mari Saukkonen, Simo Kokko ja Hannu Rintanen</i>	7
Perusterveydenhuollon neuvolapalvelut <i>Tuovi Hakulinen-Viitanen, Arja Hastrup ja Kirsi Wiss</i>	14
Suun terveydenhuolto <i>Eeva Widström ja Tapani Niskanen</i>	20
Erikoissairaanhoidon palvelut <i>Pirjo Häkkinen ja Unto Häkkinen</i>	27
Vanhusten kotiin annettavat palvelut ja omaishoidon palvelut <i>Reija Heinola, Harriet Finne-Soveri, Anja Noro, Sari Kauppinen, Seppo Koskinen, Tuija Martelin ja Päivi Sainio</i>	34
Varhaiskasvatuksen palvelut <i>Anna-Leena Välimäki ja Päivi Lindberg</i>	44
Mielenterveyspalvelut <i>Veijo Nevalainen</i>	46
ERILLISTEEMAT	49
Kansalaisten mielipiteitä sosiaalipalveluista <i>Anu Muuri</i>	50
Suomalaisten kokemukset, mielipiteet ja odotukset terveydenhuoltojärjestelmän toiminnasta <i>Jan Klavus</i>	52
Kuntalaisten kokemukset sosiaalipalveluista – ParasSos-hankkeen kuntalaiskysely <i>Mia Tammelin</i>	55
Asiakaspalautteet terveydenhuollossa <i>Salla Sainio</i>	57
Kuntien terveyden- ja vanhustenhuollon tarve- ja olosuhdevakioidut menot <i>Timo Hujanen</i>	59
PARAS-uudistuksen tilanne sosiaali- ja terveyspalvelujen osalta keväällä 2009 <i>Simo Kokko, Mia Tammelin, Liisa Heinämäki ja Anu Muuri</i>	63
LÄHTEET	70

Esipuhe

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) asiantuntijat ovat koonneet arviointitietoa kuntien järjestämien peruspalvelujen tilasta. Artikkelit on kirjoitettu keväällä 2010 julkaistun Peruspalvelujen tila -raportin tausta-aineistoksi. Peruspalvelujen tila -raportti on osa lakisääteistä peruspalveluohjelmaa ja sen tavoitteena on antaa yleiskuva peruspalvelujen tilasta päätöksentekijöille hallinnon eri tasoilla. Tausta-aineistossa arvioidaan seitsemän sosiaali- ja terveystalouden saatavuutta, laatua, taloudellisuutta ja tuottavuutta sekä vaikuttavuutta. Aineistoa ja tutkimusmenetelmiä on käytettävissä vaihtelevasti eri sektoreilla, joten tekstien laajuus vaihtelee. Mukaan valittiin asukkaiden ja palvelujen järjestäjien kannalta keskeisimpiä ja volyymiltaan suurimpia palveluja.

Palvelukohtaisten arviointien lisäksi THL:n tuottamassa tausta-aineistossa on artikkelit väestön ja palvelujen käyttäjien näkemyksistä ja tyytyväisyydestä saamiinsa palveluihin sekä terveyden- ja vanhustenhuollon tarve- ja olosuhdevakioiduista menoista. Lisäksi PARAS-uudistuksen toteutumista koskevasta tutkimuksesta on koottu keskeiset saatavuuteen ja laatuun liittyvät tulokset.

THL:n Sosiaali- ja terveystalouden johto teki viime vuoden aikana 24 suureen ja keskisuureen kaupunkiin suuntautuneen kuntakierroksen. Kuntien edustajat esittivät THL:lle muun muassa toiveen tuottaa tiiviissä muodossa jäsennettyä ajankohtaista tietoa sosiaali- ja terveystalouden tilasta ja kehityssuunnasta. Toivomme että tämä raportti tarjoaa omalta osaltaan joitakin vastauksia kuntien esittämään toiveeseen.

Helsingissä maaliskuussa 2010

Marina Erhola
Ylijohtaja
Sosiaali- ja terveystalouden -toimiala

Markku Pekurinen
Osastojohtaja
Palvelujärjestelmä-osasto

Kirjoittajat

FINNE-SOVERI HARRIET, yksikön päällikkö
HAKULINEN-VIITANEN TUOVI, tutkimuspäällikkö
HASTRUP ARJA, erikoissuunnittelija
HEINOLA REIJA, kehittämisspäällikkö
HEINÄMÄKI LIISA, erikoistutkija
HUJANEN TIMO, tutkija
HÄKKINEN PIRJO, kehittämisspäällikkö
HÄKKINEN UNTO, tutkimusprofessori
KAUPPINEN SARI, neuvotteleva virkamies (STM)
KLAVUS JAN, tutkimuspäällikkö
KOKKO SIMO, kehittämisspäällikkö
KOSKINEN SEPPO, osastojohtaja
LINDBERG PÄIVI, yksikön päällikkö
MARTELIN TUIJA, ohjelmajohtaja
MUURI ANU, kehittämisspäällikkö
NEVALAINEN VEIJO, ylilääkäri
NISKANEN TAPANI, erikoissuunnittelija
NORO ANJA, tutkimuspäällikkö
RINTANEN HANNU, ylilääkäri
SAINIO PÄIVI, projektipäällikkö
SAINIO SALLA, erikoissuunnittelija
SAUKKONEN SANNA-MARI, erikoissuunnittelija
TAMMELIN MIA, tutkija
VÄLIMÄKI ANNA-LEENA, kehittämisspäällikkö
WIDSTRÖM EEVA, ylilääkäri
WISS KIRSI, tutkija

Perusterveydenhuollon lääkäripalvelut ja kiireettömän hoidon vastaanotto

Sanna-Mari Saukkonen, Simo Kokko ja Hannu Rintanen

Saatavuus

Terveyskeskusten lääkäriissä käynnit ovat vähentyneet 2000-luvulla. Samanaikaisesti muun ammattihenkilökunnan merkitys palvelujen toteuttajana on kasvanut. Vuonna 2008 toteutui asukasta kohden keskimäärin 4,8 terveyskeskuskäyntiä (ei sisällä suun terveydenhuollon käyntejä). Lääkäriissä käyntejä oli 1,6 ja muun ammattiryhmän luokse tehtyjä käyntejä 3,2 asukasta kohti.

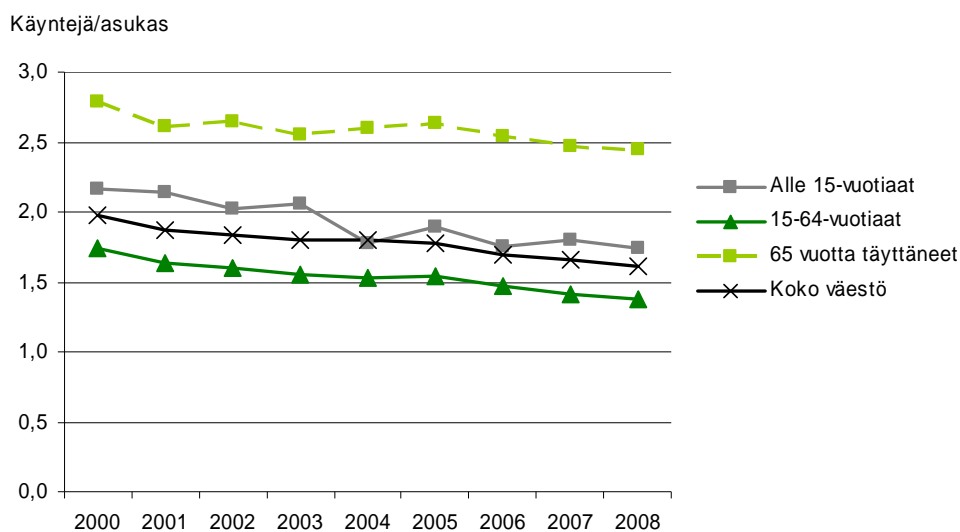
Taulukko 1. Terveyskeskuskäynnit 2000–2008

	Lääkäriissä käynnit	/ asu- kas	Muun ammatti- henkilökunnan luona käynnit	/ asu- kas	Käynnit yhteensä	/ asu- kas
2000	10 350 203	2,0	14 780 280	2,9	25 130 483	4,9
2001	10 002 715	1,9	15 081 313	2,9	25 084 028	4,8
2002	9 624 200	1,8	15 319 293	2,9	24 943 493	4,8
2003	9 444 252	1,8	15 424 472	3,0	24 868 724	4,8
2004	9 196 743	1,8	15 689 833	3,0	24 886 576	4,8
2005	9 340 522	1,8	16 261 877	3,1	25 602 399	4,9
2006	9 060 851	1,7	15 804 191	3,0	24 865 042	4,7
2007	8 777 433	1,7	16 268 093	3,1	25 045 526	4,7
2008	8 689 808	1,6	16 811 950	3,2	25 501 758	4,8

Kun kehitystä tutkitaan kunnittain, havaitaan, että muun henkilökunnan luokse tehdyt käynnit ovat lisääntyneet samalla tavalla sekä niissä kunnissa, joissa lääkärissä käynnit ovat vähentyneet että niissä kunnissa, joissa ne eivät ole vähentyneet 2000-luvulla. Toinen huomio on, että lääkärissä käyntien määrä on vähentynyt erityisesti niissä kunnissa, joissa niitä oli väestöön suhteutettuna eniten vuonna 2000. Sen sijaan sellaisissa kunnissa, joissa lääkärissä käyntien määrät olivat tuolloin pienimmät, ne eivät ole vähentyneet.

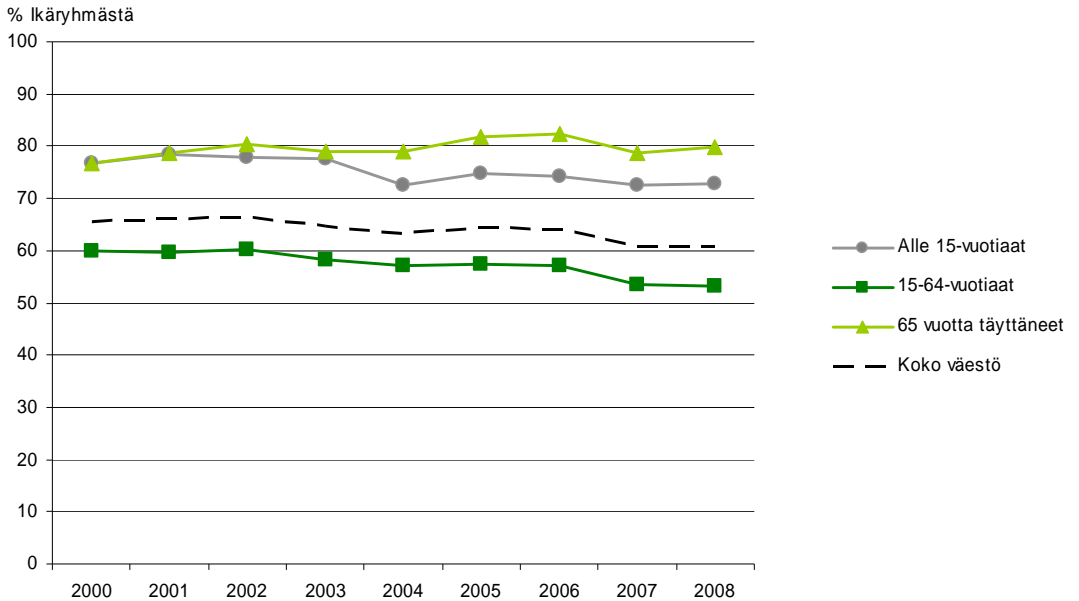
Niissä kunnissa, joissa terveyskeskuslääkärissä käynnit ovat vähentyneet eniten, on yksityislääkärissä käyntien määrä ollut pienessä nousussa. Vastaavasti yksityislääkärissä käynnit näyttävät olevan vähentymässä niissä kunnissa, joissa terveyskeskuslääkärissä käynnit ovat lisääntyneet. Vastaavanlaista riippuvuutta ei ole erikoissairaanhoidon avohoitokäyntien ja terveyskeskuksen lääkärissä käyntien kesken.

Terveyskeskusten lääkäripalveluja käyttävät eniten 65 vuotta täyttäneet (keskimäärin 2,4 terveyskeskuksen lääkärissä käyntiä vuonna 2008) ja vähiten työikäinen väestö (keskimäärin 1,4 käyntiä). Alle 15-vuotiaat kävivät lääkärin vastaanotolla keskimäärin 1,7 kertaa. Asukaskohtainen käyntimäärä on 2000-luvulla laskenut kaikissa ikäryhmissä, mutta eniten se on vähentynyt työikäisellä väestöllä ja vähiten ikääntyneillä.



Kuvio 1. Terveyskeskusten lääkärissä käynnit/asukas ikäryhmittäin 2000–2008

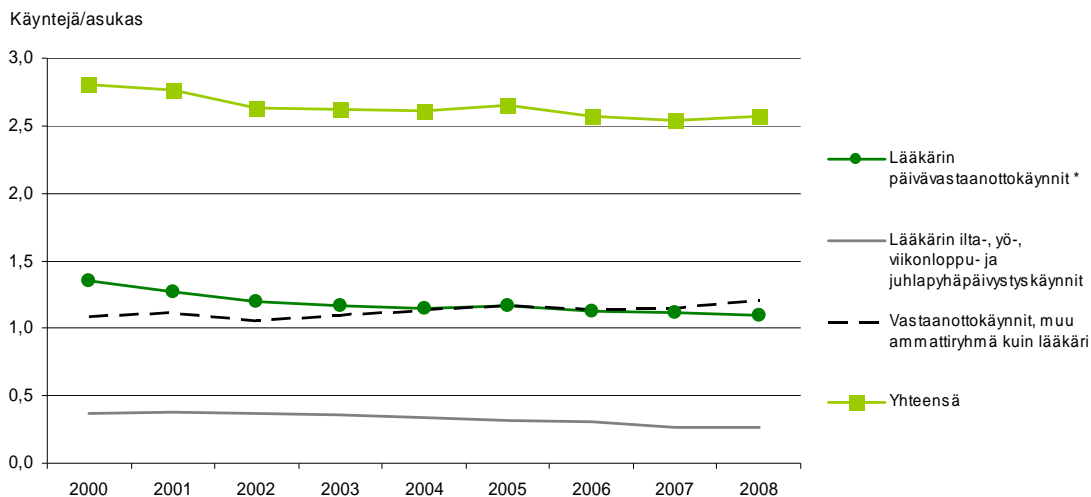
Vuoden 2008 aikana terveyskeskuslääkärillä kävi lähes kaksi kolmasosaa (61 prosenttia) suomalaisista. Ikäryhmittäin peittävyys vaihteli: terveyskeskuslääkärillä kävi 73 prosenttia alle 15-vuotiaista, 53 prosenttia työikäisistä ja 80 prosenttia 65 vuotta täyttäneistä. Vuodesta 2000 peittävyys on pienentynyt lapsilla ja nuorilla sekä työikäisillä, mutta kasvanut ikääntyneillä.



Kuvio 2. Peittävyys ikäryhmittäin 2000–2008 (vuoden aikana vähintään kerran terveyskeskuslääkärillä käyneiden osuus)

Edellä kuvatuissa luvuissa ovat mukana kaikki terveyskeskusten antamat palvelut. Jos terveyskeskusten palvelukokonaisuudesta poistetaan äitiysneuvola-, lastenneuvola-, perhesuunnitteluneuvola-, koulu- ja opiskeluterveydenhuolto-, työterveys- huolto-, mielenterveys-, fysioterapia- ja kotisairaanhoidokäynnit, saadaan tieto avosairaanhoidokäyntien lukumäärästä.

Näitä avosairaanhoidon käyntejä oli asukasta kohti yhteensä 2,6. Siitä lääkäriässä käyntejä oli asukasta kohti yhteensä 1,4 ja muun ammattiryhmän luokse tehtyjä käyntejä 1,2. Avosairaanhoidon lääkäriässä käynnit ovat vähentyneet ja muun ammattiryhmän luokse tehdyt käynnit hieman lisääntyneet 2000-luvulla.



* Päiväaikaan tapahtuneet päivystyskäynnit sisältyvät päivävastaanottokäynteihin.

Kuvio 3. Terveyskeskusten avosairaanhoidon vastaanottokäynnit 2000 - 2008

Ympäri vuorokauden päivystävien toimipisteiden lukumäärä oli suurimmillaan 1970–80-luvuilla lähes 200, kun niitä keväällä 2009 oli 55. Nykyisistä pisteistä 15 on erikoissairaanhoidon päivystyksistä erillään olevia maaseutu-terveyskeskusten päivystyksiä. Loput ovat yhteispäivystyksiä, jotka vastaavat palvelusta ainakin yön tunteina. Keväällä 2009 asui 40 prosenttia väestöstä sellaisissa kunnissa, joiden oma terveysasema on auki vain virka-aikana. 96 prosenttia suomalaisista saa ainakin yöaikaisen terveyskeskuspäivystyspalvelun erikoissairaanhoidon yhteydessä olevasta päivystyspisteestä.

Keskitettyissä päivystyksissä on samaan aikaan otettu käyttöön aikaisempaa selvästi tiukemmat kriteerit siitä, millaiset ongelmat ja oireet ovat perusteltu syy päivystykseen tulemiselle. Tämän seurauksena päivystyskäyntien määrän oletetaan laskevan keskitettyissä päivystyspisteissä tuntuvasti (Valitettavasti käytettävät tilastointitekniikat eivät anna mahdollisuutta arvioida muutoksen tarkkaa suuruutta, mutta käyntimäärien arvioidaan vähentyneen noin 50–60 prosenttiin korkeimmista tasoista). Tämä merkitsee luonnollisesti sitä, että arkisin päiväaikaan terveysasemille suuntautuu aikaisempaa enemmän palveluiden kysyntää.

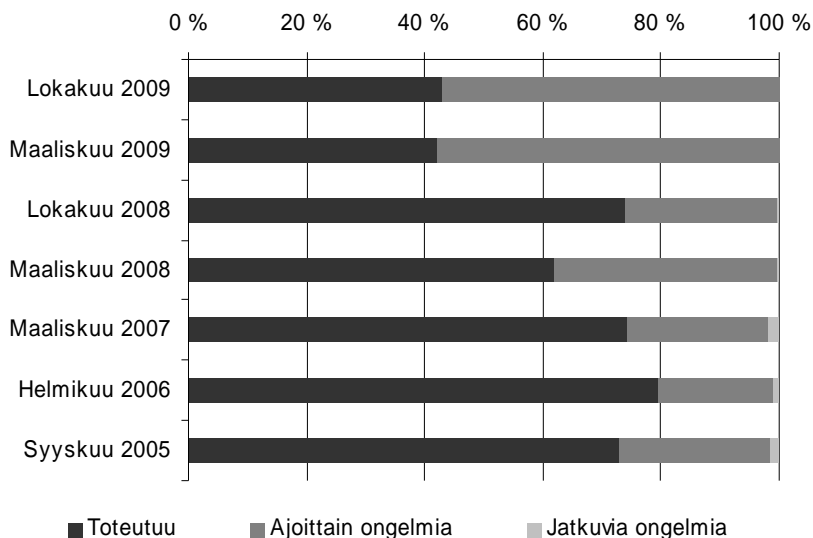
Kiireettömään hoitoon pääsy perusterveydenhuollossa

Kansanterveyslain mukaan:

- Potilaan tulee saada terveyskeskuksen aukioloaikana välittömästi yhteys terveyskeskukseen (potilaan valinnan mukaan joko puhelimitse tai käymällä terveyskeskuksessa).
- Terveysdenhuollon ammattihenkilön tulee tehdä potilaalle hoidon tarpeen arviointi kolmen arkipäivän kuluessa ensimmäisestä yhteydenotosta.
- Tarpeelliseksi todettu hoito tulee järjestää kohtuullisessa ajassa, kuitenkin viimeistään kolmen kuukauden kuluessa siitä, kun hoidon tarve on arvioitu.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) tekee kahdesti vuodessa (maaliskuussa ja lokakuussa) kyselyn terveyskeskusten johtaville lääkäreille hoidon saatavuudesta.

Lokakuussa 2009 yli puolet väestöstä asui sellaisen terveyskeskuksen alueella, missä oli ajoittain ongelmia välittömässä yhteydensaannissa. Yleensä syynä oli ajoittainen suuri puhelumäärä tai puutteet puhelintekniikassa. Tilanne on suunnilleen sama kuin puoli vuotta aiemmin, mutta selvästi huonompi kuin vuosina 2005–2008.



Kuvio 4. Välittömän yhteydensaannin toteutuminen terveyskeskuksissa 2005–2009 (% -osuus väestöstä)

Hoidon tarpeen arviointi tehdään lähes poikkeuksetta kolmen arkipäivän kuluessa. Hoidon tarpeen arviointi on toteutunut terveyskeskuksissa hyvin koko hoitotakuun voimassaoloajan.

Lokakuussa 2009 noin kolmasosa väestöstä asui sellaisen terveyskeskuksen alueella, jossa lääkärinvastaanotolle pääsi kahden viikon sisällä. Kymmenesosa väestöstä asui alueella, jossa vastaanotolle pääsyä joutui odottamaan yli neljä viikkoa. Tätä asiaa kysyttiin selvityksessä tänä vuonna eri tavalla kuin aiemmin, joten pidempää kehitystä ei pysty kuvaamaan. Lokakuussa 2009 oli lääkärin vastaanotolle pääsy hieman nopeutunut maaliskuuhun verrattuna. Terveyskeskuksissa oli kuitenkin edelleen tilanteita, joissa lääkärin vastaanottoaikaa ei voida antaa potilaan hoidon tarpeesta huolimatta. Hieman alle puolet väestöstä asui sellaisen terveyskeskuksen alueella, joissa em. tilanne toistui viikoittain tai useammin. Yli puolet terveyskeskuksista asettaa tällöin potilaan jonoon ja ottaa itse yhteyttä myöhemmin.

Hoidon saatavuutta koskevien selvitysten yhteydessä on vuonna 2009 kerätty tietoa myös lääkärinvirkojen täyttöasteesta terveyskeskuksissa. Lokakuussa 2009 väestöstä 26 prosenttia asui alueella, jossa kaikki lääkärin virat/toimet oli täytetty. Maaliskuussa vastaava osuus oli 20 prosenttia. Vastaavasti 7 prosenttia väestöstä asuu alueella, jolla yli viidesosa terveyskeskuslääkärin viroista on täysin täyttämättä, eli ilman vakinaista viranhaltijaa, sijaista tai vuokralääkäreitä. Maaliskuussa vastaava osuus oli 14 prosenttia, joten tilanne näyttäisi hieman parantuneen kesän ja syksyn aikana. Suurin vajuus on Kainuun ja Pohjois-Karjalan alueilla. Ainoastaan Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin alueella kaikki virat on täytetty.

Vaikka virka olisi vakinaisesti täytetty, viranhaltijan työpanos ei välttämättä ole virkavapauden takia kuitenkaan käytettävissä. Parhaiten työpanos on käytettävissä Kymenlaakson, HUS:n ja Keski-Suomen alueilla. Tilanne on vaikein Keski-Pohjanmaan, Kainuun, Pohjois-Karjalan, Itä-Savon ja Vaasan sairaanhoitopiirin alueilla. Näillä alueilla yli 85 prosenttia väestöstä asuu alueella, jossa vakinaisista lääkäreistä on käytettävissä alle 60 prosenttia.

Yhteenveto saatavuudesta

Perusterveydenhuollon sairaanhoitopalveluiden saatavuudessa ja käytössä on toteutumassa kolme merkittävää muutostrendiä.

- 1) Lääkärityövoiman vajuus terveyskeskuksissa vaikeuttaa alueellisesti ja organisaatioittain vastaanotoille pääsyä. Lokakuussa 2009 virkojen täyttöaste oli kuitenkin hieman parempi kuin maaliskuussa 2009 ja merkittävästi parempi kuin lokakuussa 2008.
- 2) Hoitotyön vastaanotto toiminta ja puhelinneuvonta ovat laajentuneet 2000-luvulla varsin tuntuvasti. Näiden palvelujen on arveltu korvaavan väheneviä

terveyskeskusten lääkärikäyntejä ohjaten täten väestön asiointeja aikaisempaa tarkoituksenmukaisemmissa tilanteissa ja aikatauluissa tapahtuvaksi. Toisaalta muun kuin lääkärihenkilökunnan käyntien määrä näyttää lisääntyvän sellaisissakin terveyskeskuksissa, joissa lääkärissä käynnit eivät ole vähentyneet. Osittain hoitohenkilökunnan käyntien lisääntymistrendi saattaa johtua myös paremmasta käyntien kirjaamisesta, koska hoitohenkilökunta haluaa oman työnsä 'paremmin näkyväksi'.

- 3) Terveyskeskuspäivystyksen keskittyminen aikaisempaa harvalukuisempiin ja yleensä erikoissairaanhoidon ensiapupoliklinikan yhteyteen rakennettuihin yksiköihin on muuttanut päivystyskäyntien luonnetta ja pidentänyt monilla kävijöillä matkoja. Virka-ajan ulkopuolisille päivystysvastaanotolle pääsyn kriteerien tiukentaminen kasvattaa kysyntää terveys-asemien päiväaikaisilla vastaanotoilla.

Tuottavuus ja vaikuttavuus

Perusterveydenhuollon lääkäripalveluiden vaikuttavuudesta ja tuottavuudesta ei voida nykyisellä tilastointimenettelyllä saada asianmukaista kuvaa, mutta lähivuosina tullaan saamaan parempaa tietoa. Ns. AvoHILMO-hankkeen tavoitteena on muodostaa valtakunnallinen rekisteri yksilötason palvelutapahtumista perusterveydenhuollon avohoidossa. Hanke on pilotointivaiheessa ja tavoitteena on saada kattavat tiedot julkisen perusterveydenhuollon yksiköistä vuodesta 2011 lähtien. Tuottavuuden kehityksen luotettava mittaaminen edellyttäisi puolestaan palvelusuoritteiden painoarvoihin perustuvaa tuotteistusmenetelmää, mutta tällä hetkellä sellaisesta ei ole valtakunnallista vakioratkaisua

Perusterveydenhuollon neuvolapalvelut

Tuovi Hakulinen-Viitanen, Arja Hastrup ja Kirsi Wiss

Saatavuus

Perusterveydenhuollon neuvolapalvelut ovat pysyneet 2000-luvulla samalla tasolla, kun käyntimäärät suhteutetaan äitien ja lasten määrään. Tämä koskee erityisesti lääkäriässä käyntejä.

Taulukko 2. Perusterveydenhuollon äitiys- ja lastenneuvolakäynnit 2000–2008

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Äitiysneuvola									
Käyntien lkm yhteensä	929709	929221	979995	998031	1011034	1042126	1036483	1048476	1026793
Käyntiä / synnyttänyt	16,6	16,9	17,9	17,9	17,8	18,3	17,8	18,1	17,6
<i>Lääkäri</i>	3,5	3,5	3,6	3,7	3,6	3,7	3,6	3,6	3,6
<i>Muu ammattiryhmä</i>	13,1	13,4	14,3	14,2	14,1	14,5	14,2	14,5	14,0
Laste neuvola									
Käyntien lkm yhteensä	1343 243	1328257	1261767	1263564	1260973	1245232	1240475	1316441	1373471
Käyntiä / 0-7-vuotias	2,8	2,8	2,7	2,7	2,8	2,7	2,7	2,8	2,9
<i>Lääkäri</i>	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6
<i>Muu ammattiryhmä</i>	2,2	2,2	2,1	2,2	2,2	2,2	2,1	2,3	2,4

Äitiys- ja lastenneuvolapalvelut kohdistuvat isoon osaan väestöä. Noin 58 000 äitiä ja osa heidän puolisoistaan asioi äitiysneuvolassa vuosittain. Lastenneuvolassa asioi vuosittain noin 400 000 lasta ja arviolta 600 000 vanhempaa. Neuvoloissa käyvät lähes kaikki lasta odottavat ja alle kouluikäistä lasta kasvattavat perheet. Äitiysneuvolapalveluita käyttämättömien perheiden osuus on syntymärekisteri-tietojen perusteella 0,2–0,3 prosenttia. Lastenneuvolapalveluja käyttämättömien osuus on rokotuskattavuustietojen perusteella arviolta noin 0,5 prosenttia. Vuonna 2009 Suomessa on arviolta hieman yli 800 neuvolaa.

Vuoden 2006 alussa voimaan astuneissa kansanterveyslain muutoksissa sanotaan selkeästi, että kunnan tulee huolehtia kunnan asukkaiden terveysneuvonnasta ja terveystarkastuksista mukaan lukien ehkäisyneuvonta ja raskaana olevien naisten sekä lasten ja heidän perheidensä neuvolapalvelut. Vuonna 2005 julkaistun ensimmäisen

mäisen kansallisen äitiys- ja lastenneuvolatyön selvityksen mukaan neuvolapalveluiden perusta oli kunnossa, mutta neuvolatoiminnan johtaminen, henkilöstövoimavarat ja palvelujen sisältö sekä toimintatavat vaihtelivat eri puolilla maata. Uusi kansallinen selvitys toteutettiin vuonna 2007. Äitiys- ja lasten-neuvolapalveluiden tarjonnassa oli edelleen vaihtelua maan eri osissa ja samankin terveyskeskuksen sisällä.

Laatu

Vuonna 2007 oli 85 prosentissa terveyskeskuksista johtava hoitaja tai vastaava hoitotyön johtaja. Vuonna 2004 vastaava prosentiosuus oli 65. Noin kahdessa kolmasosassa terveyskeskuksia oli neuvolatyön johtamisesta kokonaisuutena vastaava henkilö sekä vuonna 2004 että vuonna 2007. Neuvolatyön onnistuminen tarvitsee tuekseen johtamista. Neuvolatyön kehittymisen ja lapsiperheiden terveyden edistymisen kannalta on olennaista, että neuvolatyön kokonaisuudesta terveyskeskuksessa vastaavat lääketieteen ja hoitotyön edustajat on selkeästi nimetty, ja heille on annettu riittävät toimintaedellytykset.

Erillinen neuvolatyön toimintasuunnitelma ja -kertomus oli tehty puolessa terveyskeskuksia vuonna 2007. Noin kahdessa viidesosassa terveyskeskuksia toimintasuunnitelma oli tehty osana terveyskeskuksen muita vastaavia suunnitelmia ja kolmasosassa toimintakertomus osana muita vastaavia kertomuksia. Neljäsosassa terveyskeskuksia toimintasuunnitelma ja kolmasosassa toimintakertomus hyväksyttiin lautakuntatasolla. Toimintakertomuksissa käytettiin määrällisiä, summatiivisia tunnuslukuja neuvolatoiminnan kuvaamiseen. Lähes 60 prosenttia terveyskeskuksista ilmoitti, ettei eritele budjetissaan erikseen neuvolatoimintojen käyttömenoja.

Vuonna 2007 reilu kolmannes terveyskeskuksista oli järjestänyt äitiys- ja lastenneuvolapalvelut erillisinä toimintoina, reilu viidennes yhdistettyinä ja lopuissa palvelut oli järjestetty sekä erillisinä että yhdistettyinä. Perhepalveluverkosto tai perhekeskus oli perustettu alle viidesosaan terveyskeskuksia; kolmasosassa ne olivat suunnitteilla.

Vuonna 2008 selvitettiin kahdella erilliskyselyllä äitiys- ja lastenneuvolapalveluita terveyskeskuksissa. Äitiys- ja lastenneuvoloiden henkilöstömitoituksessa oli suuria eroja terveyskeskusten välillä. Äitiysneuvolan kokopäivätoimista terveydenhoitajaa kohti oli keskimäärin 74 synnytystä. Lastenneuvolassa vastaava mitoituksen tunnusluku oli 388 lasta. (Taulukko 3.)

Taulukko 3. Henkilöstömitoituksen tunnusluvut (väestö/henkilötyövuosi) neuvoloissa 2008. Keskiluku (mediaani) ja neljännesrajat, joiden väliin sijoittuvat puolet vastauksista

	Äitiysneuvola (synnytykset/htv)		Lastenneuvola (0–6-vuotiaat/htv)	
	Terveydenhoitaja	Lääkäri	Terveydenhoitaja	Lääkäri
Alaneljännesraja	57	480	336	2849
Keskiluku	74	705	388	3968
Yläneljännesraja	89	991	453	5495
Vastanneiden lukumäärä	156	147	154	149

Äitiysneuvolan terveydenhoitajan henkilöstömitoitussuositus toteutui 61 prosentissa ja lastenneuvolan 26 prosenttia terveyskeskuksista (Taulukko 4).

Taulukko 4. Valtakunnalliset suositukset äitiys- ja lastenneuvolan henkilöstömitoituksesta ja niiden toteutuminen terveyskeskuksissa syys- lokakuussa 2008

	Suositeltu henkilöstömitoitus		Suosituksen täyttäneiden terveyskeskusten osuus	
	Terveydenhoitaja	Lääkäri	Terveydenhoitaja	Lääkäri
Äitiysneuvola (synnytykset/htv)	80	800	61 %	63 %
Lastenneuvola (0–6-vuotiaat/htv)	340*	2400*	26 %	13 %

*Suositus, kun sijaista vuosiloman ajaksi ei ole

Taulukossa 5 verrataan vuoden 2008 kyselyjen tuloksia aikaisempien kyselyjen tietoihin äitiys- ja lastenneuvoloiden henkilöstömitoitussuosituksien toteutumisesta.

Taulukko 5. Valtakunnallisten henkilöstömitoitussuosituksien toteutuminen (prosenttiosuus) terveyskeskuksissa vuosina 2004, 2006, 2007 ja 2008

	Terveydenhoitaja (%)				Lääkäri (%)			
	2004	2006	2007	2008	2004	2006	2007	2008
Äitiysneuvola (synnytykset/htv)	40	61	55	61	30	63	49	63
Lastenneuvola (0–6- vuotiaat/htv)	38	47	31	26	8	26	23	13

Terveyskeskuksilta kysyttiin vuonna 2008 myös, kuinka monta määräaikaista terveydenhoitajan ja lääkärin suorittamaa terveystarkastusta vuoden 2007 suunnitelman ("runkosuunnitelman") mukaan tehtiin jakson aikana yhdelle äidille äitiysneuvolassa tai lapselle lastenneuvolan aikana. Taulukossa 6 kuvataan valtakunnallisten suositusten vähimmäismäärä terveystarkastusten lukumääräksi ja terveyskeskusten vastausten perusteella lasketut vuoden 2007 toiminta-suunnitelmassa tämän tason saavuttaneiden terveyskeskusten prosenttiosuudet.

Taulukko 6. Suositusten mukaiset terveystarkastusten lukumäärät ja terveystarkastukset suosituksen mukaan tehneiden terveyskeskusten osuus prosentteina vuonna 2007 (N = 101–178)

	Suositeltu terveystarkastusten lukumäärä*			Terveystarkastukset suunnitelmassa suosituksen mukaan		
	Terveydenhoitaja	Lääkäri	Yhteensä	Terveydenhoitaja	Lääkäri	Yhteensä
Äitiysneuvola: Ensisynnyttäjät	13	4	17	61 %	47 %	47 %
Äitiysneuvola: Uudelleensynnyttäjät	9	4	13	99 %	44 %	89 %
Lastenneuvola	14	5	19	73 %	56 %	64 %

* Oppaat: Yhteensä koko jakson aikana (suosituksen alarajan mukaan).

Vuoden 2007 selvityksen mukaan terveydenhoitajien ensisynnyttäjille tekemien määräaikaistarkastusten määrä odotusaikana ja synnytyksen jälkeen oli vähentynyt verrattaessa vuoteen 2004. Terveydenhoitajien uudelleensynnyttäjille tekemien tarkastusten määrä ennen synnytystä oli säilynyt ennallaan, kun taas synnytyksen jälkeiset tarkastukset olivat vähentyneet. Lääkäreiden ensi- ja uudelleensynnyttäjille tekemien määräaikaistarkastusten määrä ennen synnytystä ja synnytyksen jälkeen on seuranta-aikana vähentynyt.

Myös terveydenhoitajien tekemiä määräaikaista terveystarkastuksia lapsille tehdään edelleen suositeltua vähemmän. Noin kolmannes terveyskeskuksista toteutti Lastenneuvolaoppaassa suositellut kymmenen imeväisikäisten tapaamista. Leikki-ikäisten lasten osalta oppaan suositus 4–6 käyntiä toteutui vuonna 2007 86 prosentissa terveyskeskuksista, vuonna 2004 hivenen paremmin 98 prosentissa terveyskeskuksista. Suurin osa terveyskeskuksista tarjosi leikki-ikäisille viisi tarkastusta, kun vuonna 2004 niitä tarjottiin kuusi. Lääkäreiden tekemien terveystarkastusten määrä imeväisikäisille oli hieman lisääntynyt, mutta leikki-ikäisille vähentynyt.

Vuonna 2007 vajaa puolet terveyskeskuksista seurasi toimintojen kattavuutta ja noin neljäsosa terveyskeskuksista seurasi erityistä tukea tarvitsevien määrää. Erityis-tukea tarvitsevien perheiden ja lasten määräksi arvioitiin noin 10 prosenttia neuvoloiden asiakaskunnasta. Yhteisistä neuvolatyön käytännöistä sovittiin useimmin toimijatasolla eli terveydenhoitajien ja lääkäreiden keskuudessa sekä lähijohtajien tai keskijohdon tasolla kuin terveyskeskuksen johtoryhmässä tai lautakunnassa. Neuvolatyön tilastoinnista ja seurannasta sovittiin muita useammin myös johtoryhmässä ja lautakunnassa. Pienessä osassa terveyskeskuksia yhteisistä käytännöistä ei sovittu lainkaan. Yhteisten käytäntöjen seuranta toteutui tietojärjestelmän avulla noin puolessa terveyskeskuksissa.

Vuoden 2007 aineistosta johdettiin valtakunnallisten suositusten mukaisesti kymmenen alustavaa tunnuslukua kuvaamaan neuvolatoiminnan laatua. Terveyskeskuksissa toteutui keskimäärin viisi äitiysneuvoloiden ja neljä lastenneuvoloiden laatukriteeriä. Neuvoloiden laatukriteerit toteutuivat parhaiten Etelä-Suomen ja Länsi-Suomen lääneissä ja yli 50 000 väestöpohjan terveyskeskuksissa. Äitiys- ja lastenneuvolatoiminnan laatuasteet korreloivat positiivisesti: Hyvä laatu kasautui samoihin terveyskeskuksiin.

Vaikuttavuus

Rokotusten osalta näyttö neuvolatyön vaikuttavuudesta on vankin. Muusta neuvolatyön vaikuttavuudesta on olemassa jonkun verran tietoa. Tutkimusnäyttöä on muun muassa varhaisen vuorovaikutuksen tukemisesta, kotiin viedystä tehostetusta neuvonnasta ja tuesta sekä tehostetusta ravitsemus- ja liikuntaneuvonnasta odottaville äideille ja lapsiperheille.

Tavoittaessaan käytännössä kaikki lasta odottavat perheet sekä alle kouluikäiset lapset ja heidän perheensä neuvoloilla on todennäköisesti merkittävä rooli lasten ja perheiden terveyden ja hyvinvoinnin seurannassa sekä tuen tarpeen varhaisessa tunnistamisessa ja tuen oikea-aikaisessa järjestämisessä. Tästä tarvittaisiin tutkittua tietoa.

Suomalaisten lasten terveyttä uhkaavat uudet tekijät, joita ovat psykososiaalisen terveyden ongelmat, oppimis- ja kehityshäiriöt, ylipaino ja diabetes. Lasten terveyttä vaarantavat myös monet vanhempien pulmat kuten päihde-, mielenterveys- ja väkivaltaongelmat. Lasten ja lapsiperheiden sosioekonomiset terveyserot ovat uusi haaste, johon vastaamisessa tarvitaan vaikuttavia menetelmiä. Lähes ainoita osoittimia, joiden mukaan väestöryhmien välisten erojen tiedetään pienentyneen, on perinataalikuolleisuus. Silti siinäkin on edelleen tilastollisesti merkittäviä eroja väestöryhmien välillä.

Taloudellisuus

Korjaaviin palveluihin verrattuna neuvolapalvelut ovat ehkäisevinä palveluina kustannustehokkaita. Lastenneuvolaoppaassa ehdotettujen suositusten mukaisten neuvolapalveluiden kustannukseksi on arvioitu 1 600–2 000 euroa lapsen koko neuvolavaiheen ajalta. Vuonna 2008 terveyskeskuksilta kysyttiin, onko vuosina 2007 ja 2008 laskettu äitiys- ja lastenneuvolatoiminnan käyntien hinnat erikseen lääkäri- ja terveydenhoitajakäynneille tai käynnille keskimäärin. Näiden tietojen saaminen terveyskeskuksista oli vaikeaa. Kustannustietoja ilmoitti vain noin joka viides terveyskeskus. Tiedoissa oli suurta hajontaa, joka osaksi selittyy kunkin terveyskeskuksen käyttämällä toisistaan eroavalla kustannuslaskentatavalla. Tulosten mukaan terveyskeskusten käyntikustannukset olivat samaa suuruusluokkaa molemmissa toiminnoissa (Taulukko 7). Keskimääräiset vuosittaiset toimintakulut olivat äitiysneuvolassa 724 euroa/synnytys ja lastenneuvolassa 140 euroa/0–6-vuotias lapsi.

Taulukko 7. Terveyskeskusten ilmoittamat käyntihintojen (€) keskiluvut (mediaani) ja neljännesrajat sekä vaihteluväli 2007 ja 2008

	Terveysneuvoja- käynti		Lääkärikäynti	
	2007	2008	2007	2008
Äitiysneuvola (N)	(41)	(37)	(35)	(31)
keskiluku	42	44	87	93
neljännesrajat	34–54	34–58	72–101	73–114
vaihteluväli	25–86	24–86	33–175	30–197
Lastenneuvola (N)	(40)	(35)	(36)	(31)
keskiluku	42	44	86	93
neljännesrajat	34–51	34–57	71–101	74–114
vaihteluväli	25–86	24–86	33–175	39–197

Johtopäätökset

Neuvolapalveluiden saatavuus ja kattavuus ovat edelleen hyviä. Palveluja on saatavilla noin 813 äitiysneuvolassa ja noin 871 lastenneuvolassa. Neuvolapalveluissa on edelleen isoja vaihteluja terveyskeskuksissa. Henkilöstöresursseja on vahvistettava, että ne vastaisivat henkilöstömitoituksista laadittuja suosituksia. Laadukas äitiysneuvola- ja lastenneuvolatoiminta toteutuvat suurelta osin samoissa terveyskeskuk-

sisä, joissa neuvolatyötä on kehitetty suositusten suunnassa osana terveyskeskusten muuta kehittämistä ja ehkäiseviä palveluja resursoitu riittävästi.

Yhteisen sopimisen kulttuuria on kehitettävä terveydenhuollossa. Toimija- ja esimiestasolla oleva päätöksenteko yhteisistä käytännöistä ei riitä. Neuvolatyön kehittäminen edellyttää yhteistä sopimista ja yhteisten suunnitelmien tekemistä, jossa neuvolatyön johtajan rooli on keskeinen. Neuvolatoiminnan vastuuhenkilöiden (hoitotyön ja lääketieteen) nimeäminen on osassa terveyskeskuksia kesken. Neuvolatyön vaikuttavuuden parantaminen ei ole yksittäisen työntekijän tehtävä, vaan myös terveyskeskuksen ja kunnan johdon tehtävä. Neuvolatoiminnan tilastointi ja seuranta on yhtenä kehittämishaasteena. Siihen tulee lähivuosina valtakunnallista tukea lasten terveysseurannan kehittämisen, sähköisen potilaskertomuksen, avohoidon tilastouudistustyön ja terveyden edistämisen vertailutietojärjestelmän avulla.

Määräaikaistarkastukset toteutuivat suositusten mukaisesti paremmin äitiysneuvoloissa kuin lastenneuvoloissa. Huolellisesti toteutetut määräaikaistarkastukset ovat kuitenkin edellytys laadukkaalle neuvolatoiminnalle. Noin neljäsosa terveyskeskuksista seurasi erityistä tukea tarvitsevien määrää. Erityistä tukea tarvitsevien lasten ja perheiden tunnistaminen ja tuen järjestäminen, yhteiset käytännöt ja seuranta ovat keskeisiä neuvolatoiminnan kehittämishaasteita, jotta tukea pystytään kohdentamaan sitä eniten tarvitseville. Kohdennetun tuen muotoja ovat muun muassa lisäkäynnit, kotikäynnit, moniammatillinen yhteistyö, vertaistuki ja palveluohjaus.

Kansallisen ohjauksen vahvistamiseksi on 2000-luvulla laadittu valtakunnallisia oppaita, jotka ulottuvat odotusajalta opiskeluikään. Valtioneuvoston asetuksen N:o 380/2009 tarkoituksena on varmistaa, että muun muassa lasta odottavien naisten ja perheiden sekä alle kouluikäisten lasten ja heidän perheidensä terveysneuvonta ja terveystarkastukset ovat suunnitelmallisia, tasoltaan yhtenäisiä ja yksilöiden ja väestön tarpeet huomioon ottavia kunnallisessa terveydenhuollossa. Asetus tuli voimaan 1. heinäkuuta 2009. Kunnat ovat velvollisia järjestämään määräaikaisterveystarkastukset asetuksen mukaisiksi 1. päivästä tammikuuta 2011.

Suun terveydenhuolto

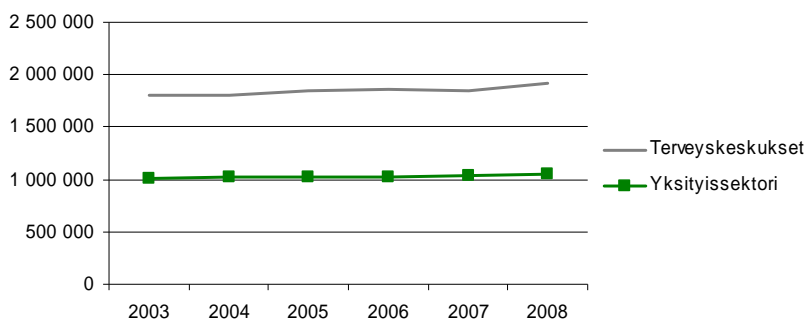
Eeva Widström ja Tapani Niskanen

Saatavuus

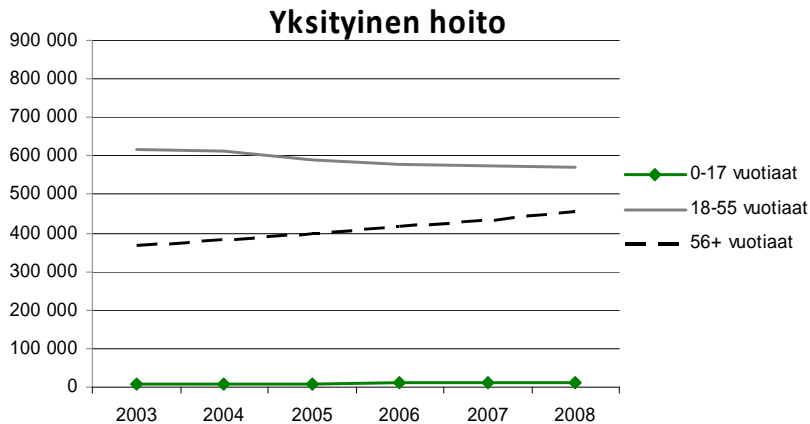
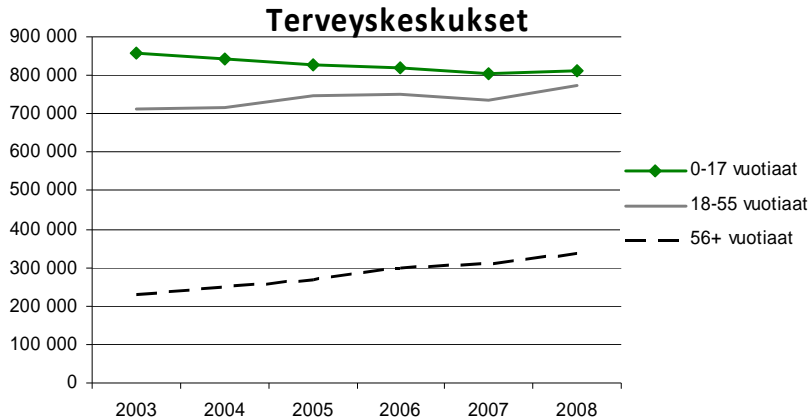
Suun terveydenhuollon peruspalveluja tuotetaan sekä julkisella että yksityisellä sektorilla. Terveyskeskukset tuottavat palveluista suurimman osan, mutta palveluita tuotetaan myös erikoissairaanhoidossa, Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiössä, puolustusvoimissa ja kehitysvammaisten erityishuollossa. Yksityissektoriin voidaan laskea myös työterveyden suun terveydenhuolto, joka kuitenkin on pienimuotoista. Proteettisia hammashoitopalveluja tuottavat myös erikoishammasteknikot.

Työssä olevia hammaslääkäreitä oli vuoden 2008 lopussa 4 140. Määrä on ollut lievässä laskussa viime vuosina (noin 7 prosenttia vähennystä vuodesta 2000). Puolet hammaslääkäreistä (50,2 %) työskenteli terveyskeskuksissa, 43,3 % yksityisellä sektorilla, 2,9 % opetuslaitoksissa ja loput sairaaloissa, puolustusvoimissa, Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiössä ja muissa tehtävissä. Lisäksi alalla toimii noin 1 760 suuhygienistiä ja 900 hammasteknikkoa. Näistä noin 300 oli itsenäistä potilastyötä tekeviä erikoishammasteknikkoja.

Palvelujen käyttäjien määrät ovat terveyskeskuksissa tasaisesti nousseet 2000-luvun alusta. Yksityissektorilla käyttäjien määrä on pysynyt entisellään (Kuvio 5). Vuonna 2008 julkinen sektori hoiti reilut 1,9 miljoonaa henkilöä (noin 812 000 lasta ja 1 111 000 aikuista). Yksityinen sektori hoiti noin 1 037 000 aikuista ja 10 000 lasta. Terveyskeskuksissa alle 18-vuotiaitten hoidossa käyneitten määrä on jonkin verran vähentynyt johtuen lasten määrän vähenemisestä ja yksilöllisistä tarkastusväleistä. Aikuisten käynnit ovat sen sijaan lisääntyneet. Yksityissektorilla alle 56-vuotiaiden osuus potilaista on vähentynyt ja tätä vanhempien osuus kasvanut (Kuvio 6).



Kuvio 5. Suun ja hampaiden hoidossa käyneiden määrä terveyskeskuksissa ja yksityissektorilla 2003-2008



Kuvio 6. Suun ja hampaiden hoidossa käyneet ikäryhmittäin 2003–2008

Aikuisväestön suun ja hampaiden hoidossa palvelujen saatavuus sitä tarvittaessa on kriittinen tekijä. Suun terveydenhuoltoa on ennen 2000-luvun uudistuksia suunnattu erityisesti nuorimpaan väestönosaan kohdentuen. Vuosina 2001–2002 toteutettu hammashoitouudistus poisti ikärajat terveyskeskuspalveluilta ja laajensi yksityisten palvelujen käyttöä tukevat sairausvakuutuskorvaukset koskemaan koko väestöä. Lasten ja nuorten hoito terveyskeskuksissa säilyi maksuttomana. Uudistus toi tuettujen palvelujen piiriin lyhyessä ajassa 2,1 miljoonaa aikuista (41 % väestöstä), kun ennen vuotta 1956 syntyneet pääsivät osallisiksi samoista etuuksista kuin nuorempi väestö. Uudistus lisäsi odotetusti hammashoidon kysyntää varsinkin terveyskeskuksissa. Moniin suuriin terveyskeskuksiin muodostui pitkiä jonoja. Alkuvaiheessa

hammashoitouudistusta toteutettiin terveyskeskuksissa palkkaamalla ennen kaikkea suuhygienistejä. Tilannetta vaikeutti paheneva hammaslääkäripula. Koko maan tasolla hammaslääkärimäärä terveyskeskuksissa on vähentynyt uudistuksen jälkeen. Työtehtäviä siirrettiin hammaslääkäreiltä suuhygienisteille ja hammashoitajille ja ajanvarausjärjestelyjä tehostettiin. Hoitotakuulainsäädäntö tehosti merkittävästi terveyskeskusten toimintaa: päivystyspalvelut paranivat ja hoitoon pääsy helpottui vuoden 2005 jälkeen. Kuntalaisten yhdenvertaisuutta hoitoon pääsyssä vahvistettiin kansallisilla yhtenäisillä kiireettömän hoidon perusteilla sekä myös valvonnan keinoin. Suun terveydenhuollon palvelujen käyttö lisääntyi erityisesti keski-ikäisellä ja sitä vanhemmalla "keskiluokkaan" kuuluvalla väestöllä.

Joihinkin terveyskeskuksiin on yhä vielä niin pitkät jonot, etteivät kaikki hoitoa tarvitsevat potilaat ole päässeet hoitoon hoitotakuun edellyttämässä aikarajoissa. Vuonna 2007 tällaisia terveyskeskuksia oli 42 ja vuonna 2009 noin 30. Yli kuusi kuukautta hoitoa jonottaneita oli lokakuussa 2009 noin 7 600. Kolmannes terveyskeskuksista arvioi hoitoon pääsyn vaikeutuvan lähitulevaisuudessa hammaslääkäri- ja suuhygienistipulan takia. Tämän lisäksi osa-aikatyö on yleistynyt. Suuhygienistien määrän lisäys ei ole täysin pystynyt kompensoimaan hammaslääkärimäärien vähennystä, varsinkin kun uudet potilaat ovat iäkkäämpiä ja usein teknisesti vaativampia hoitoja tarvitsevia kuin nuoret potilaat.

Yksityissektorilla jonoja ei tunneta. Kelan korvausten laajennus ei juuri lisännyt yksityissektoria käyttävien kokonaismäärää. Kelan hammashoitokorvausten saajien määrä kuitenkin kaksinkertaistui, kun korvaukset ulotettiin myös aikaisemmin korvausten ulkopuolella olleisiin palvelujen käyttäjiin. Muutama vuosi sitten tehdyn tutkimuksen mukaan kutsujärjestelmän piirissä olleet vakioasiakkaat takasivat työllisyyden ja uusien asiakkaiden hankkimiseen ei ollut tarvetta erityisemmin panostaa.

Terveystietoja tarkastellen suun terveydenhuollon palvelujen käyttö näyttäisi vieläkin olevan liian vähäistä tarpeeseen nähden erityisesti keskiluokalla ja vähän koulutetuilla. Vanhusten suun terveydenhoitopalvelujen järjestämisessä on myös suuria puutteita. Kun hampaattomuus tässä ryhmässä koko ajan vähenee, hoitopalvelujen tarve kasvaa ja hoidoksi ei enää riitä kokoproteesi. Vaarana on, että vuonna 2009 alkanut lama hidastaa ja vaikeuttaa vanhempien aikuisten hoitoon pääsemistä ja erityisen hoidon tarpeessa olevien potilaiden kohdalla tarpeellista aktiivista hoidon piiriin saattamista.

Lähitulevaisuudessa suuri haaste suun terveydenhuollossa on kehittää toimintaa vastaamaan palvelujen tarvetta pahentuvan hammaslääkäripulan takia, joka johtuu suuresta eläkkeelle siirtymisestä. Vaikka hammaslääkärikoulutusta on merkittävästi lisätty koko maassa ja Turun ja Kuopion yliopistojen hammaslääketieteen peruskoulutuksen käynnistämällä, nämä vaikutukset näkyvät viiveellä. Työnjakoa ja suuhygienistien toimintaa voidaan vielä kehittää suun terveydenhuollossa.

Laatu

Samalla kun omien hampaiden säilyminen parantaa väestön elämänlaatua, se paradoksaalista kyllä, lisää hammashoidon tarvetta. Terveys 2000 kliinisen väestötutkimuksen mukaan keski-ikäisillä ja vanhemmilla aikuisilla on yhä runsaasti paikkaushoidon tarvetta, hoitamattomia iensairauksia ja puuttuvien hampaiden korvaamisen tarvetta proteettisin hoidoin (kruunut, sillat ja irtoproteesit). Sen sijaan paikkojen kestoikä näyttäisi pidentyneen. Suun terveys ja hoidon tarve ovat selvästi yhteydessä sosiaaliseen taustaan. Korkeasti koulutetuilla ja hyvätuloisilla suut ovat hyvässä kunnossa, vähän koulutetuilla ja pienituloisilla hammassairauksia esiintyy runsaammin. Ylemmissä sosiaaliryhmissä saatu hoito on teknologisesti kehittyneempää (kruunuja, siltoja, implantteja) kuin alemmissä (puuttuvia hampaita näkyvillä alueilla, irtoproteeseja). Puutteet hoidon laadussa ovat joiltakin osin yhteydessä puutteisiin koulutuksessa. Proteettisen hoidon osalta hoidon saatavuus terveyskeskuksissa on ollut heikko ja yksityissektorilla hoidot ovat olleet kalliita ja Kelakorvausten ulkopuolella.

Merkittävä haaste on erikoishammaslääkäripalvelujen saatavuuden parantaminen. Nykyisten erikoishammaslääkärien keski-ikä on korkea ja suuri osa työskentelee yksityissektorilla tai opetustehtävissä. Palvelujen tasa-arvoisen saatavuuden parantamiseksi ja korkealaatuisen hoidon varmistamiseksi suurempiin terveyskeskuksiin tarvitaan lisää erikoishammaslääkäreiden virkoja. Myöskään sairaaloiden erityistason hoidosta vastaavien erikoishammaslääkäreiden määrät eivät vastaa hoidon tarvetta "vanhentuneella" käyttäjäkunnalla.

Terveyskeskuksissa terveyden edistämistä on pidetty tärkeänä. Suurimmassa osassa niitä terveyskeskuksia, joissa oli suunterveyden ja hammashuollon kokonaissuunnitelma (69 %) niissä oli mukana suunnitelma ehkäisevän hammashuollon toteuttamisesta.

Vaikuttavuus

1970-luvulla aloitettu lasten ja nuorten järjestelmällinen hammashuolto terveyskeskuksissa on aikaansaanut huomattavaa suun terveyden paranemista erityisesti nuorilla aikuisilla ja keski-ikäisillä. Tämä näkyy selvimmin hampaattomuuden vähenemisenä. Työikäisistä täysin hampaattomia oli Terveys 2000 tutkimuksen mukaan enää 6 prosenttia, kun vielä 1980-luvulla 35–49-vuotiaistakin oli 21 prosenttia ja 50–64-vuotiaista 42 prosenttia kokonaan hampaattomia! Myös eläkeikäisillä suun terveys on kohentunut, vaikka heistä lähes puolet (44 %) on vieläkin hampaattomia. Vastava osuus 1980-luvulla oli 67 prosenttia.

Lasten ja nuorten suun terveys on pysynyt pitkään samalla, kohtalaisen hyvällä tasolla, mutta Ruotsissa ja Tanskassa todettua suun ja terveyden jatkuvaa paranemista.

ta meillä ei ole tapahtunut enää vuosiin. Pikemminkin on viitteitä siitä, että tilanne on monilla paikkakunnilla kääntynyt huonompaan suuntaan. Hampaiden reikiintymistä mittaavan DMFT-indeksin keskiarvo 12-vuotiailla on Tanskassa 0,7, Ruotsissa 1,0, meillä 1,2 ja Norjassa 1,5. Lasten ja nuorten suun terveyden kohentaminen vaatii nykyistä suurempaa panostusta kodeilta, päivähoitolta ja kouluilta, erityisesti suomalaisten tunnetusti huonojen suuhygieniatottumusten parantamiseksi. Myös ravitsemus- ja napostelukulttuuri on kehittynyt huonompaan suuntaan. Näihin palvelujärjestelmä ei yksinään pysty vaikuttamaan, vaan kunnissa tarvitaan eri toimialojen, vapaaehtoisjärjestöjen ja elinkeinoelämän yhteistyötä sekä valtiovallan myötävaikutusta kehityksen kääntämiseksi myönteisempään suuntaan. Laitoshoidossa olevien vanhusten ja vaikeasti hoidettavien erityisryhmien ja sairaalahoidossa olevien suun terveyden huoltoon ei maassamme ole vielä riittävästi panostettu.

Kustannukset, taloudellisuus ja tehokkuus

Terveydenhuollon menoista hammashoidon osuus oli 866,5 miljoonaa euroa (5,9 %) vuonna 2007. Ennen hammashoitouudistusta vuonna 2000 hammashuollon kustannukset olivat 487 miljoonaa euroa, mikä silloin oli 5,6 prosenttia terveydenhuollon kokonaismenosta. Suun terveydenhuollon tuotoksista ja kustannuksista tehdyt erillisselvitykset ovat osoittaneet, että erot yksittäisten terveyskeskusten välillä brutto- ja nettokustannuksissa, potilastulojen osuudessa ja hoidettujen potilaiden määrässä ovat jatkuvasti pysyneet suurina.

Yksityissektoria käyttävät potilaat maksoivat perushammashoidostaan suuremman osan itse kuin terveyskeskuksissa käyneet (Taulukko 8). Yksityissektorilla tehtävä proteettinen hoito ei kuulu Kela-korvausten piiriin pientä rintamaveteraaniryhmää lukuun ottamatta. Julkisella sektorilla proteettista hoitoa on perinteisesti ollut tarjolla vähän.

Meillä hammashoitoon käytetään noin 0,4 prosenttia bruttokansantuotteesta, Ruotsissa 0,7 prosenttia, Tanskassa 0,3 prosenttia, Saksassa 0,8 prosenttia, Englannissa 0,5 prosenttia, Irlannissa 0,6 prosenttia ja Hollannissa 0,6 prosenttia.

Taulukko 8. Suun terveydenhuollon menojen rahoituksen jakauma (%) vuosina 2000, 2004 ja 2007

	Terveyskeskukset (%)			Yksityinen hammashuolto (%)		
	2000	2004	2007	2000	2004	2007
Potilaat	20	20	23	45	36	32
Sairausvakuutus				55	64	68
Kunnat	80	80	77			

Lisäksi käytettiin Kelakorvausten ulkopuolella olevaan hammasproteettiseen hoitoon 53,8 miljoonaa euroa potilaiden omia rahoja vuonna 2007.

Erikoissairaanhoidon palvelut

Pirjo Häkkinen ja Unto Häkkinen

Erikoissairaanhoidon hoitopäivien määrä on vähentynyt 17 prosenttia 2000–2008. Samaan aikaan avohoitokäyntien määrä on noussut 20 prosenttia. Psykiatrian osuus erikoissairaanhoidosta on pysynyt laitoshoidon osalta samana, mutta avohoidossa psykiatrian osuus on kasvanut hieman 2000–2008.

Taulukko 9. Erikoissairaanhoidon palvelut 2000–2008

	2000	2005	2006	2007	2008	/1000 asukasta
Erikoissairaanhoidon yhteensä						
<i>Avohoitokäynnit</i>	6 197 702	6 857 634	6 893 884	6 945 597	7 406 666	1394,0
<i>Laitoshoidon hoitopäivät</i>	6 494 956	6 039 056	5 911 458	5 694 967	5 402 915	1016,8
<i>Laitoshoidon potilaat</i>	697 756	700 723	692 242	682 014	680 937	128,2
Somaattinen erikoissairaanhoidon palvelut						
<i>Avohoitokäynnit</i>	5 067 060	5 487 025	5 479 537	5 480 229	5 877 633	1106,2
<i>Laitoshoidon hoitopäivät</i>	4 547 645	4 250 610	4 137 154	3 987 393	3 758 307	707,3
<i>Laitoshoidon potilaat</i>	674 429	677 651	669 142	659 056	657 570	123,8
Psykiatrian erikoissairaanhoidon palvelut						
<i>Avohoitokäynnit</i>	1 130 642	1 370 609	1 414 347	1 465 368	1 529 033	287,8
<i>Laitoshoidon hoitopäivät</i>	1 947 311	1 788 446	1 774 304	1 707 574	1 644 608	309,5
<i>Laitoshoidon potilaat</i>	32 485	32 040	32 030	31 762	32 110	6,0

Saatavuus

Erikoissairaanhoidon mukaan hoidon tarpeen arviointi on aloitettava kolmen viikon kuluessa siitä, kun lähete on saapunut sairaanhoitopiiriin sairaalaan tai muuhun sen toimintayksikköön. Tammi-elokuun 2009 aikana saapuneisiin elektiivisiin (ei päivystys) läheteisiin oli lääkäri ottanut 3 prosentissa kantaa vasta kolmen viikon kuluttua tai myöhemmin siitä, kun lähete oli vastaanotettu sairaalassa.

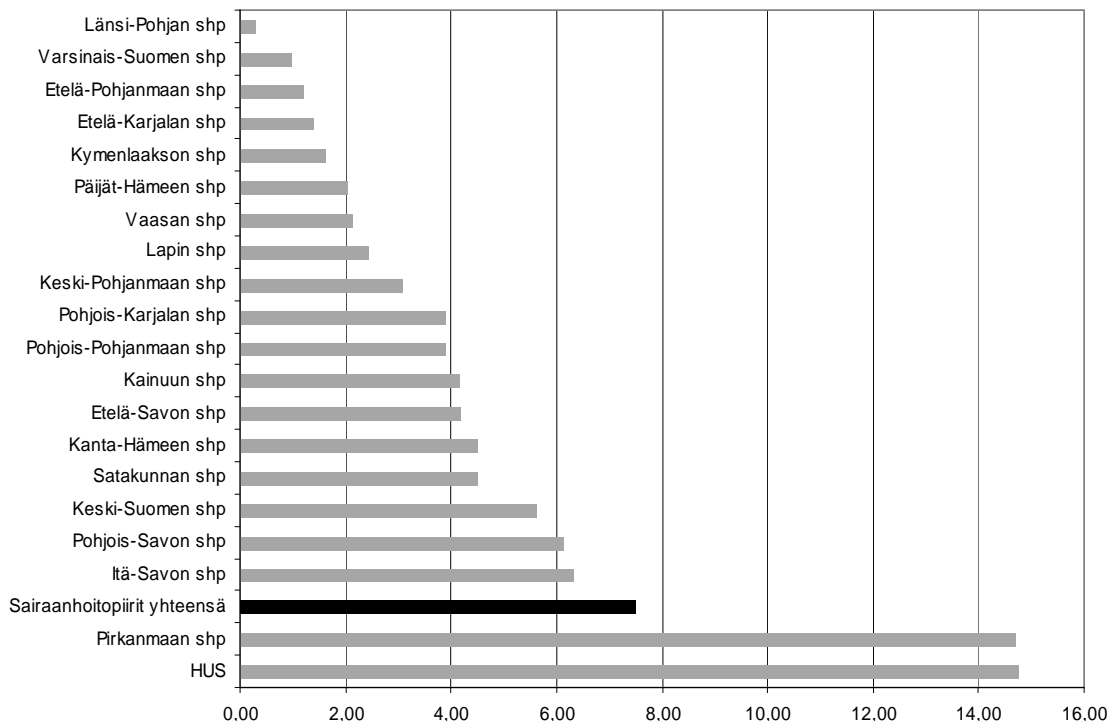
Sairaanhoitopiirien ylläpitämissä sairaaloissa oli elokuun 2009 lopussa noin 4 100 yli puoli vuotta hoitoon pääsyä odottanutta potilasta. Mukana on sekä somaattinen

että psykiatrinen erikoissairaanhoito. Pitkään hoitoa odottaneiden lukumäärät ovat vähentyneet vuodesta 2007 noin 5 600 henkilöllä (58 %), joista kaksi kolmasosaa oli kirurgian erikoisalalta. Kirurgian hoitojonoista ovat lyhentyneet erityisesti ortopedian (-28 %) ja plastiikkakirurgian (-16 %) sekä gastroenterologian (-16 %) hoitojonot. Alueelliset erot hoitoon pääsyssä ovat kaventuneet huomattavasti 2007–2009. Yli puoli vuotta odottaneiden hoitojonot lyhenivät vuodesta 2007 aina huhtikuuhun 2009 saakka. Viimeisen tarkastelujakson, kesän 2009 aikana, hoitojonot ovat taas toiminnan hiljentyessä lähteneet kasvuun. Myös vuoden 2008 kesällä nähtiin hoitojonoissa pieni kasvu.

Sairaanhoitopiirien lisäksi oli elokuussa 2009 terveyskeskusten yhteydessä oleviin erikoissairaanhoitoyksiköihin odottanut 477 henkilöä hoitoon pääsyä yli puoli vuotta. Heistä lähes 70 prosenttia on kirurgian ja silmätautien potilaita.

Taulukko 10. Sairaanhoitopiirien sairaaloissa yli 180 vrk hoitoa odottaneet sairaanhoitopiireittäin 2007 – 2009

	31.12. 2007	30.04. 2008	31.08. 2008	31.12. 2008	30.04. 2009	31.08. 2009	Muutos, lkm 31.12.2007- 31.8.2009	Muutos, % 31.12.2007- 31.8.2009
Sairaanhoitopiirien sairaalat yht.	9 707	4 563	4 655	1 727	745	4 102	-5 605	-57,7
Etelä-Karjalan shp	46	55	235	31	17	18	-28	-60,9
Etelä-Pohjanmaan shp	68	24	44	34	26	24	-44	-64,7
Etelä-Savon shp	34	35	69	30	50	45	11	32,4
HUS	3 377	2 081	2 260	610	69	2 265	-1 112	-32,9
Itä-Savon shp	141	108	12	8	47	33	-108	-76,6
Kainuun shp	153	25	27	4	0	33	-120	-78,4
Kanta-Hämeen shp	562	140	11	46	20	79	-483	-85,9
Keski-Pohjanmaan shp	80	85	16	28	28	30	-50	-62,5
Keski-Suomen shp	443	74	166	95	54	153	-290	-65,5
Kymenlaakson shp	58	65	87	28	8	31	-27	-46,6
Lapin shp	106	114	93	57	12	25	-81	-76,4
Länsi-Pohjan shp	110	118	37	23	1	2	-108	-98,2
Pirkanmaan shp	1 684	349	384	172	196	733	-951	-56,5
Pohjois-Karjalan shp	75	16	75	2	3	67	-8	-10,7
Pohjois-Pohjanmaan shp	873	447	397	95	2	175	-698	-80,0
Pohjois-Savon shp	445	203	211	44	111	158	-287	-64,5
Päijät-Hämeen shp	289	132	219	59	27	43	-246	-85,1
Satakunnan shp	66	32	29	301	50	103	37	56,1
Vaasan shp	237	116	222	43	6	35	-202	-85,2
Varsinais-Suomen shp	860	344	61	17	18	50	-810	-94,2



Kuvio 7. Sairaanhoitopiirien sairaaloissa yli 180 vrk hoitoa odottaneet 10 000 asukasta kohti sairaanhoitopiireittäin 31.8.2009

Hoitojonojen lisäksi seurataan ensimmäiselle vastaanottokäynnille pääsyä. Elokuun lopussa 2009 oli sairaanhoitopiirien sairaaloissa lähes 5 300 henkilöä odottanut yli puoli vuotta ensimmäiselle erikoissairaanhoidon vastaanottokäynnille pääsyä. Ensimmäiselle käynnille pitkään odottaneiden lukumäärät ovat vähentyneet 40 prosenttia vuodesta 2007. Vähennyksistä 65 prosenttia on kohdistunut sisätautien, kirurgian, neurologian sekä korva-, nenä- ja kurkkutautien erikoisaloille. Myös ensimmäiselle käynnille pääsyssä ovat alueelliset erot kaventuneet huomattavasti 2007–2009.

Terveyskeskusten yhteydessä oleviin erikoissairaanhoidoyksiköihin oli hoitoon pääsyä ensimmäiselle vastaanottokäynnille odottanut yli puoli vuotta elokuun 2009 lopussa lähes 1 500 henkilöä, joista 80 prosenttia odotti pääsyä kirurgian, sisätautien tai neurologian erikoisaloille.

Lasten ja nuorten mielenterveyspalveluissa tarpeelliseksi todettu hoito on lain mukaan järjestettävä viimeistään kolmen kuukauden kuluessa. Kiireellisessä tapauksessa hoitoon on kuitenkin päästävä välittömästi. Elokuun 2009 lopussa oli 174 lasta

tai nuorta odottanut lasten- tai nuorisopsykiatrian hoitoa sairaanhoito-piirien sairaaloihin yli kolme kuukautta (huhtikuussa 2009 heitä oli 145). Ensimmäiselle käynnille oli yli kolmen kuukautta odottanut 147 (huhtikuussa 101) lasta ja nuorta. Lasten ja nuorisopsykiatrian läheteistä 426:een (5,7 % käsitellyistä läheteistä) otettiin kantaa vasta kolmen viikon kuluttua tai myöhemmin. Tämä on enemmän kuin keskimäärin somaattisilla erikoisaloilla.

Taloudellisuus ja tuottavuus

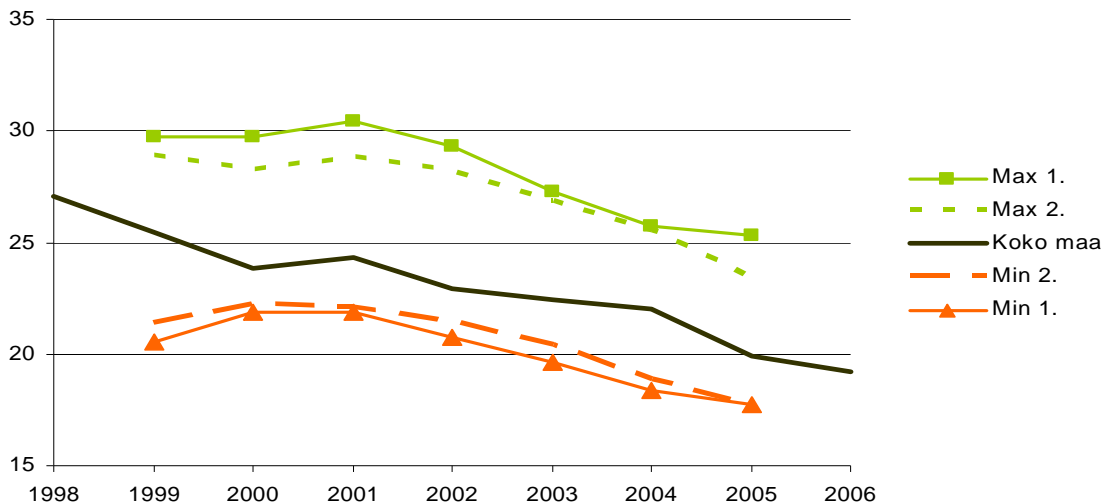
Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen laskemien sairaaloiden somaattisen erikoissairaanhoidon tuottavuustietojen mukaan on sairaaloiden kokonaistuotanto noussut episodeilla mitattuna seitsemän prosenttia 2003–2007. Vastaavana aikana sairaaloiden deflatoidut kustannukset ovat nousseet 13 prosenttia. Näin ollen sairaaloiden tuotantokustannukset ovat nousseet enemmän kuin vastaavan ajan palvelutuotanto on lisääntynyt.

Vaikuttavuus

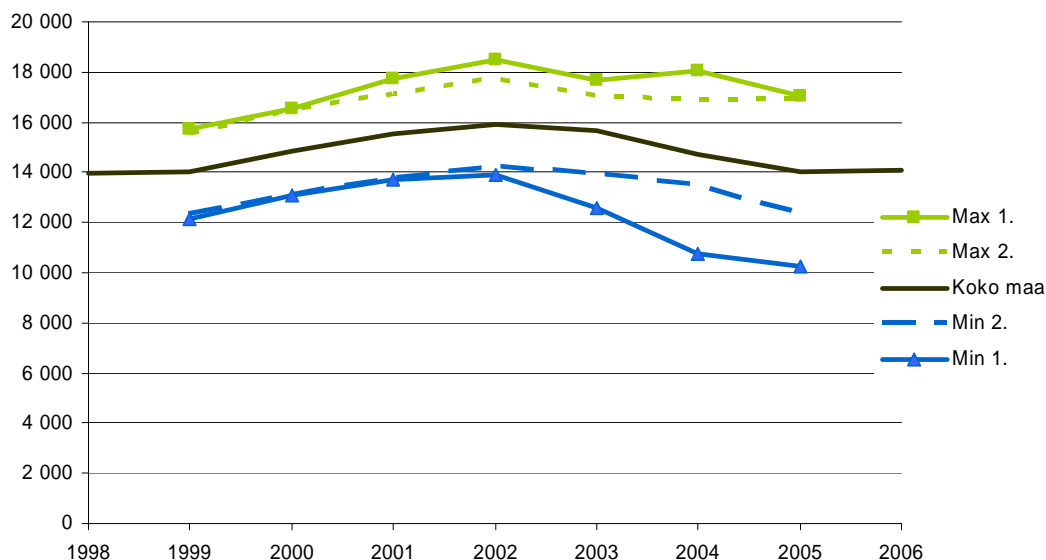
Sairaalahoitoon vaikuttavuus on selvästi parantunut 2000-luvulla. Vaikka vaikuttavuuden rutiinimainen mittaaminen on vaikeaa ja työlästä, on viime vuosina erityisesti THL:n vetämän PERFECT -hankkeen toimesta onnistuttu kehittämään terveydenhuollon rekistereitä hyödyntäviä arviointi- ja mittaamismenetelmiä, joilla vaikuttavuutta voidaan kuvata normaaleissa hoito-olosuhteissa. Vaikuttavuutta arvioidaan muun muassa kuolleisuudella, kotiutumisella ja lisäelinvuosilla. Kustannuksista arvioidaan sairaalahoidon (avo- ja vuodeosastohoito) kustannukset ja lääkekustannukset (avohoidon reseptilääkkeet). Hankkeessa kehitettyjä indikaattoreita käytetään KASTE ohjelmassa erikoissairaanhoidon alueellisten vaikuttavuuserojen seurannassa.

PERFECT -hankkeessa on luotu indikaattoreita ja malleja, joiden avulla on mahdollista arvioida eri rekisteri- ja tilastotietoihin perustuen erikoissairaanhoidon hoitoketjuihin sisältyviä palveluja, niiden vaikuttavuutta ja kustannus-vaikuttavuutta alueiden, sairaaloiden ja väestöryhmien kesken. Tarkastelun kohteena ovat sydäninfarkti, pallolaajennus ja ohitusleikkaukset, lonkkamurtumat, pienipainoisten keskosien hoito, aivohalvaus, rintasyöpä, tekonivelkirurgia ja skitsofrenia. Uusimmat tiedot päivitetään vuosittain hankkeen kotisivuille (<http://info.stakes.fi/perfect/FI/tilastotuotteet/index.htm>). Vuonna 2010 aloitetaan THL:n koodinoimana EuroHOPE (European Health Care Outcomes, Performance and Efficiency) -hanke, jossa Suomessa kehitettyjä indikaattoreita sovelletaan kansainväliseen vertailuun viidessä sairaudessa (aivohalvaus, keskoset, lonkkamurtuma, rintasyöpä ja sydäninfarkti).

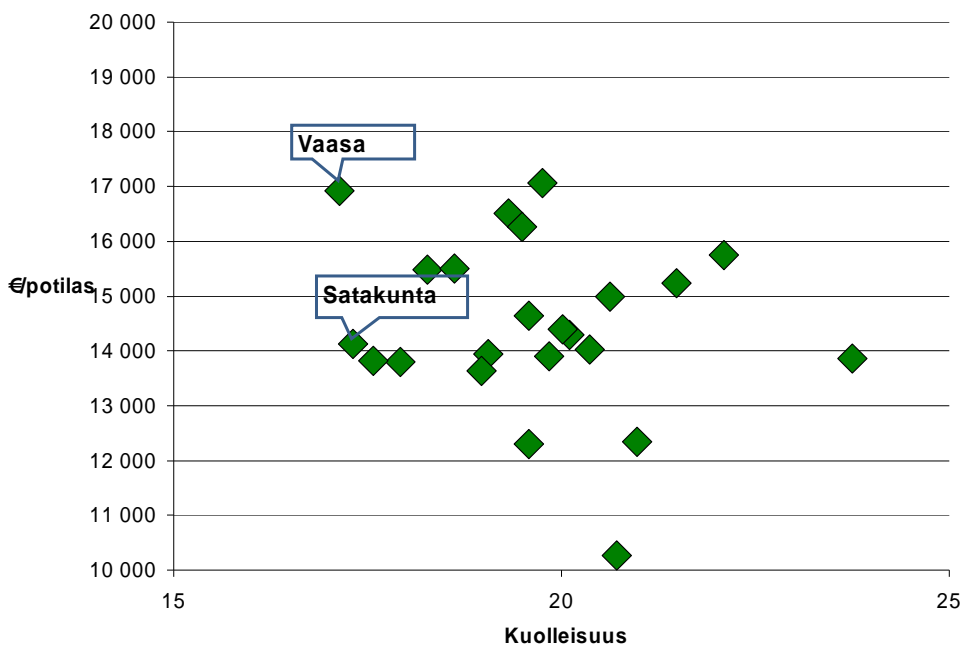
Tulosten mukaan esimerkiksi sydäninfarktin hoidon vaikuttavuus on parantunut merkittävästi 1998–2006. I vuoden kuolleisuus vähentyi yli 7 prosenttiyksiköllä, kun eri vuosina hoidetut potilaat on samankaltaistettu (ns. riskivakiointi). Alueelliset erot ovat kuitenkin pysyneet suurina, mikä ilmenee kun verrataan äärisairaanhoitopiirejä keskenään (Kuvio 9): huonoimman sairaanhoitopiirin kuolleisuus oli 2000-luvun puolivälissä vielä samalla tasolla kuin koko maan keskiarvo vuonna 2000. Jos vuonna 2004 kaikissa sairaanhoitopiireissä kuolleisuus olisi ollut parhaimman sairaanhoitopiirin tasolla, olisi säästetty 220 kuolemaa, mikä olisi merkinnyt noin 3000 lisäelinvuotta. Sydäninfarktipotilaiden hoitokäytännöt ovat viime vuosina muuttuneet nopeasti, mutta kehitys on ollut hyvin erilaista eri puolilla maata ja alueelliset erot kustannuksissa ovat lisääntyneet. Jos kaikkien sairaanhoitopiirien kustannukset olisivat matalimman piirin tasolla, pystyttäisiin säästämään noin 23 miljoonaa euroa eli 29 prosenttia. Edellä kuvatut vaikuttavuus- ja säästöpotentiaalit ovat perusteltavissa, mikäli vaikuttavuutta pystytään parantamaan kustannuksia lisäämättä ja kustannuksia vähentämään vaikuttavuudesta tinkimättä. Näyttäisi siltä, että hoitotulokset olivat hieman paremmat alueilla, joissa kustannukset ovat korkeammat, mutta tämä yhteys ei ole kovinkaan selvä. Samansuuntaisia päätelmiä voidaan tehdä myös aivoinfarkti- ja lonkkamurtumapotilaiden vaikuttavuudesta ja kustannuksista.



Kuvio 8. Sydäninfarktipotilaiden 1 vuoden kuolleisuus (%) koko maassa 1996–2006 ja sairaanhoitopiirien ääriarvot (kolmen vuoden liukuvat keskiarvot) - riskivakioidut luvut



Kuvio 9. Sydäninfarktipotilaiden 1 vuoden kustannukset (€/potilas) koko maassa 1998–2006 ja sairaanhoitopiirien ääriarvot (kolmen vuoden liukuvat keskiarvot), riskivakioidut kustannukset vuoden 2006 hinnoin



Kuvio 10. Sydäninfarktipotilaiden 1 vuoden kustannukset(€/potilas) ja 1 vuoden kuolleisuus (%) sairaanhoitopiireittäin vuosina 2004-2006. Riskivakioidut luvut

Vanhusten kotiin annettavat palvelut ja omaishoidon palvelut

Reija Heinola, Harriet Finne-Soveri, Anja Noro, Sari Kauppinen, Seppo Koskinen, Tuija Martelin ja Päivi Sainio

Kotihoito

Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksessa on valtakunnallisena tavoitteena, että säännöllistä kotihoitoa saa 13–14 prosenttia 75 vuotta täyttäneistä henkilöistä vuoteen 2012 mennessä. Vuodesta 1995 lähtien on joka toinen vuosi ja vuodesta 2007 lähtien joka vuosi tehty säännöllisen kotihoidon asiakaslaskentaa, joka kuvaa asiakaskunnan poikkileikkaustilannetta 30.11. Säännöllisen kotihoidon asiakkaiksi lasketaan ne, jotka ovat saaneet laskentakuukauden aikana kotisairaanhoidon ja/tai kotipalvelun käyntejä joko voimassa olevan palvelu- ja hoitosuunnitelman perusteella tai jotka muutoin ovat saaneet kotisairaanhoidon ja/tai kotipalvelun käyntejä säännöllisesti vähintään kerran viikossa.

Kotihoidon laskennan mukaan kotihoitoa saaneiden ikäihmisten absoluuttinen määrä nousi vuonna 2008 edellisvuodesta. Säännöllisen kotihoidon piirissä oli 65 vuotta täyttäneitä henkilöitä 55 763, mikä oli 160 henkilöä enemmän kuin edellisvuonna. 75 vuotta täyttäneiden kotihoidon asiakkaiden määrä (46 923) nousi 184 henkilöllä vuodesta 2007. Kaikkein iäkkäimpien eli 85 vuotta täyttäneiden asiakkaiden määrä (21 154) nousi eniten eli 951 henkilöllä edellisvuodesta. Asiakasmäärien noususta huolimatta kotihoidon kattavuuskehitys ei näytä toteutuvan tavoitteen suuntaisesti. Kotihoitoa saavien osuus on laskenut 2000-luvulla. Vuonna 2001 säännöllistä kotihoitoa sai 12,1 prosenttia 75 vuotta täyttäneistä ja vuonna 2008 vastaava luku oli 11,2 prosenttia. Osuus on hivenen alempi kuin edellisvuonna (11,3 %). Kotihoidon kattavuus vaihtelee kuitenkin kunnittain.

Taulukko 11. Säännöllisen kotihoidon 65+ asiakkaat 30.11.2001 – 2008

	Lkm			% vastaavasta ikäryhmästä		
	65+	75+	85+	65+	75+	85+
2001	52 353	42 231	16 943	6,6	12,1	21,3
2003	51 323	41 962	17 112	6,3	11,4	20,7
2005	54 316	45 037	18 478	6,5	11,5	20,9
2007	55 603	46 739	20 203	6,4	11,3	20,6
2008	55 763	46 923	21 154	6,3	11,2	20,4

Omaishoidon tuki

Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksessa asetetaan valtakunnalliseksi tavoitteeksi, että omaishoidon tukea saa 5–6 prosenttia 75 vuotta täyttäneistä henkilöistä vuoteen 2012 mennessä. Vuonna 2008 omaishoidon tuella hoidettavien määrä nousi edellisvuodesta. Omaishoidon tuella vuoden aikana hoidettuja 65 vuotta täyttäneitä oli 22 964 henkilöä, mikä oli noin 1 200 henkilöä enemmän kuin vuonna 2007. 75 vuotta täyttäneitä omaishoidon tuen asiakkaita oli 16 992, mikä merkitsi nousua runsaalla 1 000 henkilöllä verrattaessa edellisvuoteen. Vanhimmissa eli 85 vuotta täyttäneiden ikäryhmässä vuoden aikana omaishoidon tuella hoidettiin 6 093 henkilöä eli noin 260 henkilön enemmän kuin vuonna 2007. Omaishoidon tuen saajien määrällisen lisäyksen ohella myös kattavuus nousi. Omaishoidon tukea saavien 75 vuotta täyttäneiden osuus nousi edellisvuoden 3,9 prosentista 4,1 prosenttiin vuonna 2008.

Taulukko 12. Omaishoidon tuen 65+ asiakkaat/vuosi 2001 - 2008

	Lkm			% vastaavasta ikäryhmästä		
	65+	75+	85+	65+	75+	85+
2001	15 920	11 340	4 455	2,0	3,2	5,6
2003	17 868	12 938	4 845	2,2	3,5	5,9
2005	19 796	14 517	5 286	2,4	3,7	6,0
2007	21 765	15 983	5 830	2,5	3,9	5,9
2008	22 964	16 992	6 093	2,6	4,1	5,9

Neuvontapalvelut ja hyvinvointia edistävät kotikäynnit

Kotiin annettavien palvelujen ohella tarvitaan varhaisempia kotona asumista tukevia palveluja. Hyvinvointia ja terveyttä edistävällä toiminnalla on mahdollista tukea ikäihmisten toimintakykyä ja itsenäistä suoriutumista ja vaikuttaa sosiaali- ja terveyspalvelujen tarpeeseen sekä hillitä pitkällä aikavälillä myös kustannusten kasvua. Ikäihmisten toimintakyvyn, omatoimisuuden ja itsenäisen suoriutumisen vahvistaminen on pääministeri Matti Vanhasen II hallitusohjelman painopisteitä. Terveyden edistämisen politiikkaohjelmassa, Ikäihmisten palvelujen laatu-suosituksessa, Kansallisessa terveyserojen kaventamisohjelmassa ja sosiaali- ja terveysministeriön Ikäneuvo-työryhmän ehdotuksissa esitetään ikääntyneiden neuvontapalvelujen verkostoa laajennettavaksi koko maan kattavaksi ja hyvinvointia edistäviä kotikäyntejä¹ otettavaksi käyttöön kaikissa kunnissa.

Neuvontapalvelut ovat helposti saatavia lähipalveluja, jotka sisältävät hyvinvointiin, terveyteen, palveluihin ja sosiaaliturvaan liittyvää tiedotusta sekä yksilöille ja ryhmille annettavaa neuvontaa ja ohjausta. Neuvontapalvelut voidaan toteuttaa puhelimitse, verkkopalveluina, matalan kynnyksen toimipaikoissa tai asiakkaiden luona liikkuvina palveluina. Hyvinvointia edistävät kotikäynnit kohdennetaan ensisijaisesti palvelujen ulkopuolella oleville ikäihmisille. Kotikäynnillä tehdään yleisarvio henkilön toimintakyvystä ja arvioidaan asuinympäristön riskitekijät, annetaan ohjausta omaehtoiseen hyvinvoinnin edistämiseen ja kerrotaan kunnassa tarjolla olevista julkisista ja yksityisistä palveluista.

Ikäihmisten hyvinvointia ja terveyttä edistävästä toiminnasta ei ole olemassa systemaattista valtakunnallista seurantatietoa. Olemassa olevat tiedot perustuvat erilliselvityksiin. Stakes toteutti vuoden 2008 alussa ikäihmisten neuvontapalveluja ja ehkäiseviä kotikäyntejä koskevan tilastokyselyn. Tutkimustulosten mukaan 84 kuntaa järjesti ja 65 kuntaa suunnitteli käynnistävänsä vanhus- tai seniorineuvolatoimintaa vuonna 2007. Ehkäiseviä kotikäyntejä järjesti 188 kuntaa ja 37 kuntaa suunnitteli käynnistävänsä niitä vuonna 2007. Ikääntyneiden aikuisten hyvinvointia ja terveyttä edistävät palvelut eivät siten ole koko maan kattavia eivätkä vielä kaikkien ulottuvilla.

Kotihoidon laatu ja palvelujen vaikuttavuus 2007–2008

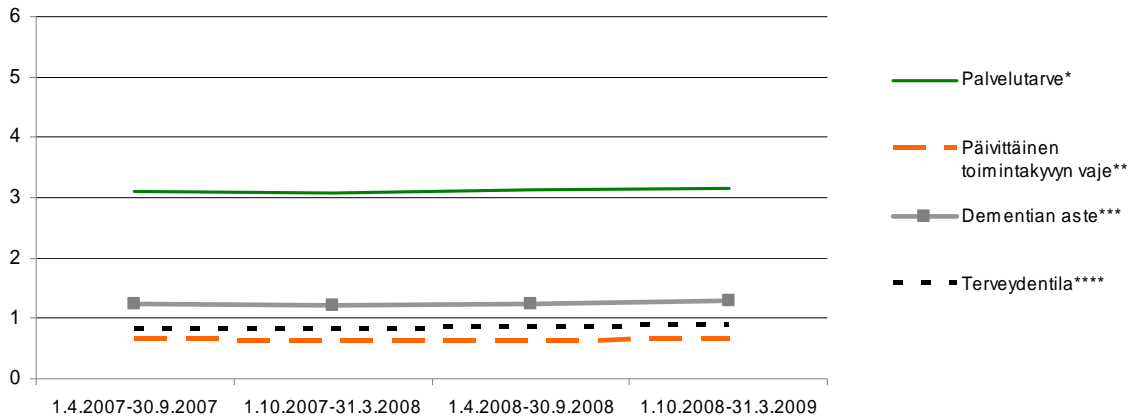
THL:n RAI-hanke laajeni kotihoidon palveluihin vuonna 2003. Aineisto on laajentunut siten, että vuodesta 2007 lähtien on edustavaa aineistoa 25 kunnasta (kotihoidon laatua ja palvelujen vaikuttavuutta kuvaavat luvut on kerätty 21 kunnasta ja

¹ Ikäneuvo-työryhmä ehdottaa käsitteen ehkäisevä kotikäynti muuttamista hyvinvointia edistäväksi kotikäynniksi. Erilliselvitysten osalta käytetään kuitenkin käsitettä ehkäisevä kotikäynti, koska seurantatiedot perustuvat kyselyyn ja tutkimukseen, jossa käytettiin ko. käsitettä.

yhdestä kuntayhtymästä vuosina 2007–2009). Otos käsittää neljä puolivuositain suoritettua mittauskertaa kaikkiaan 66 kotihoidon yksiköstä. RAI-arviointeja oli yhteensä 17037.

Asiakasarviointien lisäksi kerätään RAI-järjestelmän käyttäjien henkilöstömitoitustiedot vuosittain. Tällä hetkellä viimeisin käytettävissä oleva tieto on vuoden 2007 mitoitus, joka oli keskimäärin 0,17 hoitajaa asiakasta kohti. Tuottavuusluvut ovat käytettävissä vuodesta 2010 alkaen.

Otoksen kotihoidon asiakkaista 12–13 prosentilla oli aivohalvauksen ja 17–18 prosentilla jonkin psykiatrisen sairauden diagnoosi. Näiden sairausryhmien esiintyvyys ei muuttunut seuranta-aikana. Muistisairauden diagnoosi oli seurannan alussa 22 ja seurannan päättyessä 26 prosentilla asiakkaista, samalla vähintään keskivaikeaa dementiaa sairastavien määrä lisääntyi noin puolella prosenttiyksiköllä puolivuositain. Terveystilaltaan vakaiden osuus väheni saman verran samalla kun asiakkaiden keskimääräinen toimintakyky heikkeni ja palveluntarve kasvoi.

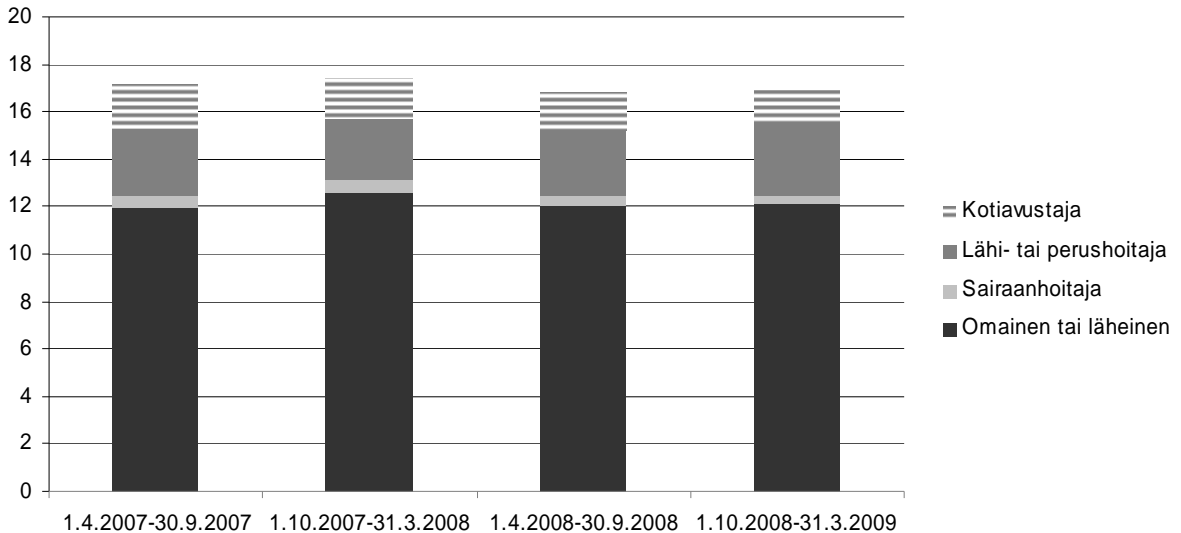


Kuvio 11. Kotihoidon asiakkaiden toimintakyvyn ja palveluntarpeen muutokset (ka) 2007-2009

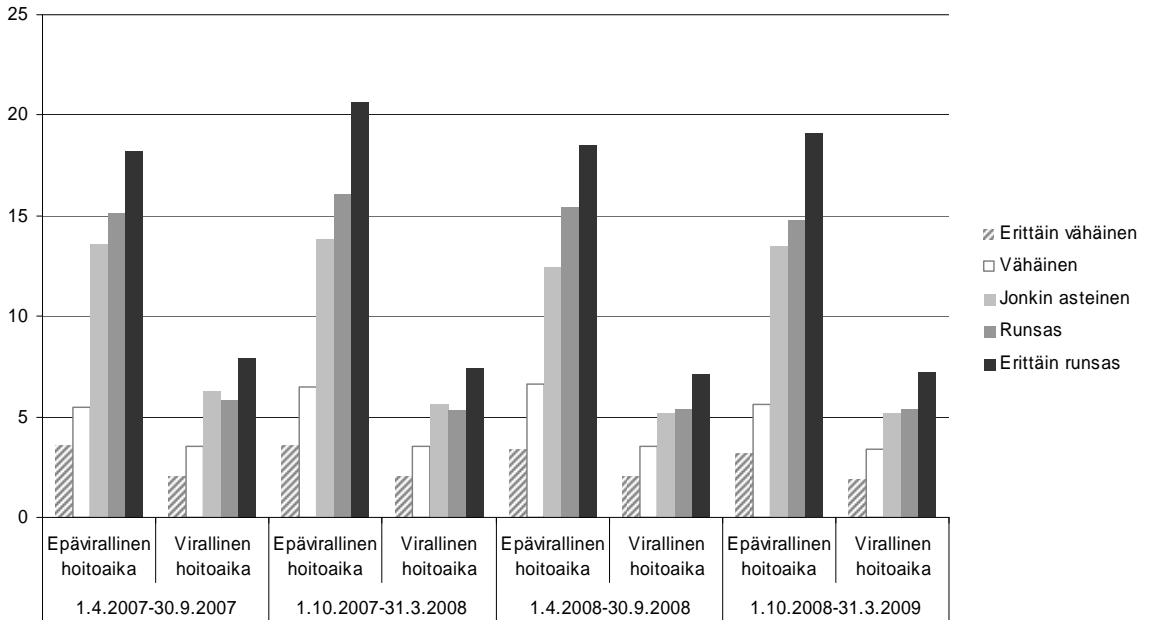
- * Palveluntarve, Method for assessing priority levels (MAPLe) asteikko 1–5, jossa 1 = erittäin vähäinen palvelun tarve ja 5 = erittäin runsas tarve
- ** Päivittäinen toimintakyky, Hierarchical ADL (ADLh) asteikko 0–6, jossa 0 = itsenäinen ja 6 = täysin autettava
- *** Dementian aste, Cognitive Performance Scale (CPS) asteikko 0–6, jossa 0 = normaali kognitio ja 6 = erittäin vaikea kognition vaje
- **** Terveystilan vakaus Changes in Health, End-stage disease and Symptoms and Signs (CHESS), asteikko 0–5, jossa 0 = vakaa terveydentila 5 = erittäin epävakaa

Virallinen kotihoito oli ainoa apua ja hoivaa antava taho noin joka neljännellä (28 %) kotihoidon asiakkaalla. Hoitoa tai apua antavista omaisista tai läheisistä, joita oli 62–64 prosentilla asiakkaista, valtaosa asui hoidettavan kanssa ja käytti keskimäärin 12 tuntia viikossa hoivaan tai hoitoon. Kuvio 12 osoittaa omaisten tai läheisten käytäntöä yli kaksin verroin aikaa asiakkaan hoitoon viralliseen tahoan verrattuna ja kuvio 13 on havaittavissa suuntaus vähentää virallista kotihoitoa niiltä asiakasryhmiltä, joiden palvelutarve on suurin.

Kotihoidon asiakkaiden saama kokonaishoitoaika väheni asteittain yhteensä puolella tunnilla vuodesta 2007 vuoteen 2009. Vaikka perus- tai lähihoitajien asiakkaille antama aika lisääntyi jonkin verran, sairaanhoitajien ja kotiavustajien antama aika väheni näitä enemmän. Omaisten tai läheisten kotihoidon asiakkaisiin kohdentama aika säilyi ennallaan (kuvio 12).



Kuvio 12. Kotihoidon henkilöstön sekä omaisten tai läheisten asiakkaalle antama hoitoaika tunteina viikossa 2007–2009



Kuvio 13. Kotihoidon henkilöstön sekä omaisten tai läheisten asiakkaalle antama hoitoaika tunteina viikossa palveluntarpeen* mukaan 2007–2009

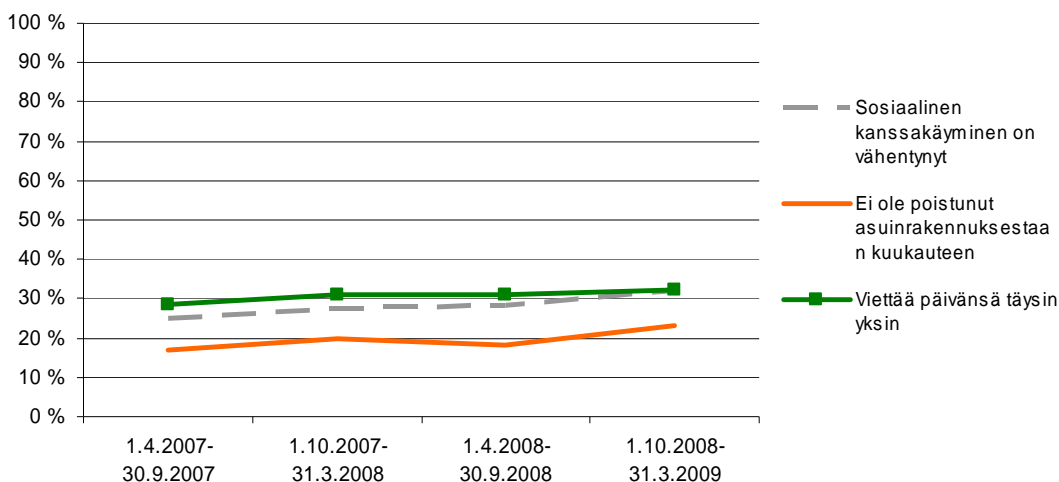
* Palveluntarve, Method for assessing priority levels (MAPLe) asteikko 1–5, jossa 1 = erittäin vähäinen palvelun tarve ja 5 = erittäin runsas tarve

Vaikka omaisten ja läheisten kuormittaminen näyttää kunnissa tasaisesti kasvaneen, omaishoidon tukea saavien prosentuaalinen osuus kotihoidon asiakkaista näyttää pysyneen ennallaan (noin 10 % kotihoidon asiakkaista). Omaishoidon tukea saavat omaiset ja läheiset käyttivät asiakkaisiin enemmän hoitoaikaa kuin ne omaiset ja läheiset, jotka eivät saaneet omaishoidon tukea. Vastaavasti omaishoidon tukea saavat saivat vähemmän virallista hoitoaikaa osakseen kuin ne, joilla ei ollut virallista omaishoitajastatusta. Omaishoitajien uupumus lisääntyi vähän, mutta vakaasti (6,8–6,9–7,1–7,4 %).

Muiden terveysten palvelujen käyttö kasvoi asiakkaiden keskuudessa tasaisesti. Asiakkaista 57 prosenttia oli ollut sairaalahoidossa arviointia edeltäneen puolen vuoden aikana vuonna 2007, kun vastaava luku oli 61 vuonna 2009. Suunnitelmattomat kotikäynnit lisääntyivät samaan aikaan yhteensä kahdella prosenttiyksiköllä (20–22 %).

Asiakkaista ja heidän omaisistaan tai läheisistään 94–95 prosenttia oli sitä mieltä, että nykyinen asuin- tai hoitopaikka oli asiakkaalle edelleen soveltuva eikä halua muuttaa pois kotoa kasvanut palvelutarpeen lisääntyttä.

Hoidon laatu kehittyi epäsuotuisaan suuntaan asiakkaiden fyysisen toimintakyvyn ylläpidon ja sosiaalisen elämän kannalta. Yhä suurempi osa asiakkaista pääsi yhä harvemmin ulos asuinrakennuksestaan ja vietti yhä useammin päivänsä täysin yksin (kuvio 14). Sosiaalinen eristyneisyys kasvoi seuranta-aikana neljä prosenttiyksikköä (28–32 %) ja sisätiloihin jääminen kuusi prosenttiyksikköä (17–23 %).



Kuvio 14. Eristyminen kotihoidon asiakkailla 2007–2009

Lääkkeiden käyttö kehittyi epäsuotuisaan suuntaan lääkkeiden lukumäärän suhteen. Monilääkkeisyyden (9 lääkettä tai enemmän) lisääntyminen 7 prosenttiyksiköllä (48–55 %) ei kuitenkaan kohdistunut psyykenlääkkeiden käyttöön, joka lääkeryhmittäin ja yhteensä tarkasteltuna säilyi vakaana 58 prosentissa.

Hoidon laatu säilyi ennallaan lääkelistojen säännöllisten vähintään puolivuositarkastusten (84 %) sekä kaatuilijoiden osuuden suhteen (24 %).

Hoidon laatu kehittyi viisi prosenttiyksikköä suotuisampaan suuntaan influenssarokotusten saannin suhteen (57–63 %). Ravitsemukseen oli kiinnitetty enemmän huomiota punnitsemalla asiakkaat vähintään puolivuositain. Punnittujen osuus nousi seitsemän prosenttiyksikköä (82–89 %).

Yhteenveto ja johtopäätökset hoidon laadusta ja vaikuttavuudesta

Kahden vuoden seuranta-ajan muutokset kotihoidon palvelujen kohdentumisessa ja hoidon laadussa olivat pieniä, mutta muutoksen suunta oli selkeä ja vakaa. Asiakkaiden palvelutarve oli kasvusuuntainen heikentyneen kognition, terveydentilan ja toimintakyvyn vuoksi. Osa hoidon laadun muutoksista liittyy suoraan asiakasrakenteen muutoksiin, kuten lääkkeiden lukumäärä, jota usein lisätään terveydentilan heiketessä. Palveluntarpeen kasvuun on mahdollisesti vastattu lisäämällä muiden terveyspalvelujen käyttöä sekä kohdentamalla aikaa päivystysluonteisiin käynteihin.

Koska kotihoidon työntekijäpanokset eivät olleet ainakaan hoitoajan puolesta lisääntyneet, vaan päinvastoin merkittävästi vähentyneet, seuraukset näkyivät kotihoidon laadussa erityisesti sosiaalisen ja fyysisen eristymisen kasvuna. Tuotannollisen tehokkuuden vertailuluvut eivät vielä tätä kirjoitettaessa olleet käytettävissä, mutta on mahdollista, että kotihoidon tehokkuus on noussut henkilöstöpulan tai työntekijöiden muun vähentämisen kautta ja samalla asiakasrakenteen palveluntarpeen kasvun myötä. Mikäli henkilöstön määrä ei seuranta-aikana kuitenkaan vähentynyt, työaikaa kohdentui jonnekin muualle kuin asiakkaille.

Kotihoidon tuotannollisen tehokkuuden nostaminen ilman muun palvelurakenteen samanaikaista seuranta saattaa käydä kalliiksi. Aiempaa sairaampien hoitaminen kotihoidossa lisäämättä kotihoidon työpanosta johtaa muiden terveyspalvelujen, kuten sairaalan käyttöön sekä asiakkaiden kiihtyvään toimintakyvyn menetykseen ja eristymiseen, joiden tiedetään lisäävän asumis- ja laitospalvelujen kysyntää.

Palvelutarpeen arviointi ja palvelu- ja hoitosuunnitelmien teko

THL tekee joka kolmas vuosi erillisselvityksen, jolla täydennetään Tilastokeskuksen Kuntien toimintatilaston tietoja. Ensimmäinen selvitys tehtiin vuonna 2007 ja sen mukaan sosiaalihuollon palvelutarpeen arviointi tehtiin vuonna 2007 joka kymmenennelle 80 vuotta täyttäneelle. Heistä puolet sai lisää tai uusia palveluja arvioinnin perusteella.

Yli 80 prosenttia kunnista ilmoitti, että niillä ei ole ollut vaikeuksia tehdä arvioin-teja lain vaatimassa seitsemässä arkipäivässä. Jonkin verran vaikeuksia oli ollut joka kuudennella vastanneella kunnalla. Vain kahdella kunnalla oli ollut huomattavia vaikeuksia arviointien tekemisessä säädettyssä ajassa.

Neljä viidesosaa vastanneista kunnista oli tehnyt sosiaalihuollon asiakaslain mukaisen palvelusuunnitelman vähintään 75 prosentille sosiaalihuollon vanhuspalvelu- ja saaneista. Vain parissakymmenessä kunnassa palvelusuunnitelma oli tehty alle puolelle asiakkaista.

Palvelurakenne ikääntyneiden palveluissa

Kuten edellä on todettu, on kotihoidon peittävyys laskenut ja omaishoidon peittävyys kasvanut 2000-luvulla. Laitoshoidon piirissä on yhä pienempi osa ikääntyneistä, mutta kun lasketaan yhteen sekä laitoshoidon että tehostettu palveluasuminen, oli ympärivuorokautisen hoidon piirissä vuoden 2008 lopussa yhteensä 10,5 prosenttia 75 vuotta täyttäneistä. Tämä osuus on pysynyt 2000-luvulla lähes samana.

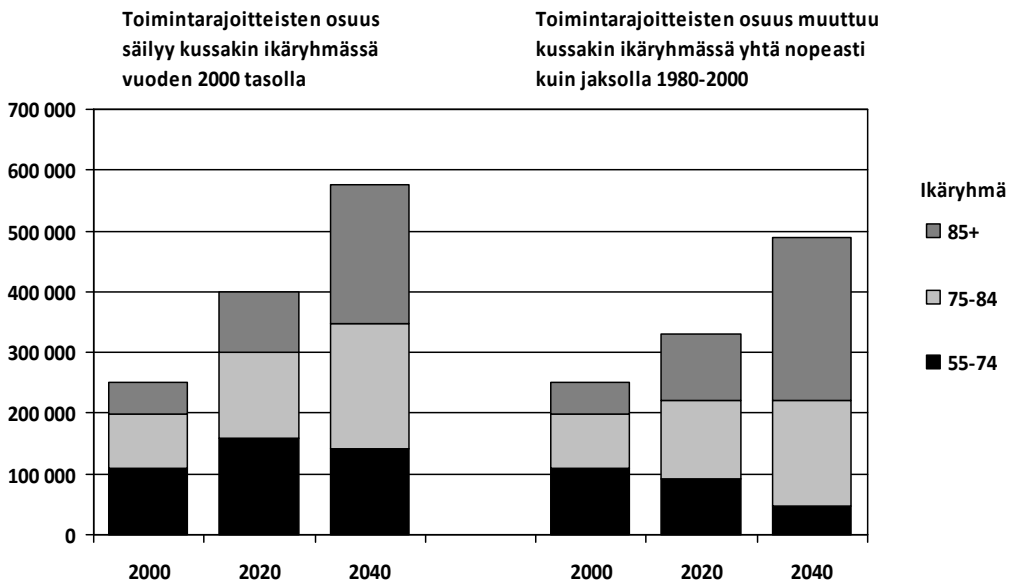
Taulukko 13. Ikääntyneiden palvelujen peittävyys ja palvelurakenne 2000–2008

% 75 vuotta täyttäneistä	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Säännöllisen kotihoidon piirissä 30.11. olleet 75 vuotta täyttäneet asiakkaat		12,1		11,4		11,5		11,3	11,2
Omaishoidon tuen 75 vuotta täyttäneet asiakkaat vuoden aikana	3,0	3,2	3,4	3,5	3,6	3,7	3,7	3,9	4,1
Ikääntyneiden tehostetun palveluasuminen 75 vuotta täyttäneet asiakkaat 31.12.	1,7	2,2	2,6	2,8	3,1	3,4	3,9	4,2	4,6
Pitkäaikaisessa laitoshoidossa vanhainkodeissa tai terveyskeskuksissa olevat 75 vuotta täyttäneet 31.12.	8,4	8,0	7,8	7,3	7,1	6,8	6,5	6,3	5,9

lääkkäiden toimintakyvyn muutos ja kehitysnäkymät

lääkkäiden suomalaisten toimintakyky on kohentunut huomattavasti viime vuosikymmeninä lukuun ottamatta kaikkein vanhimpia ikäryhmiä. Myönteisen kehityksen keskeinen syy on se, että monet toimintakykyä heikentävät sairaudet ovat harvinaistuneet ja hoidot tehostuneet. Sukupolvien yhä kevyemmät kuormitushistoriat ovat osaltaan vaikuttaneet toimintakyvyn parantumiseen. Toiminta-rajoitteita on vähentänyt myös elinolojen ja toimintaympäristöjen paraneminen, jonka ansiosta monista tehtävistä suoriudutaan vajaammallakin toimintakyvyllä kuin aiemmin. Vanhimmissa ikäryhmissä liikkumiskyky ja suoriutuminen itsestä huolehtimiseen liittyvistä perustoiminnoista eivät kuitenkaan ole parantuneet, vaan ovat saattaneet jopa heikentyä. Tämä voi johtua mm. siitä, että tappavien sydän- ja verisuonitautien vähentyessä muiden toimintakykyä rajoittavien terveysongelmien, esim. tuki- ja liikunta-elinsairauksien, merkitys on korostunut vanhimmissa ikäryhmissä.

Suomen väestö ikääntyy nopeasti, ja erityisesti kaikkein iäkkäimpien määrä kasvaa huomattavasti. Riittävien palveluiden turvaamiseksi on tärkeää pystyä ennakoimaan, miten iäkkäiden toimintakyky kehittyy tulevina vuosina. Kuviossa 15 on esitetty kaksi tulevaisuuden näkymää toimintakyvyn kehityksestä. Jos itsestä huolehtimisen rajoitteet eri ikäryhmissä muuttuvat seuraavien 40 vuoden aikana samalla nopeudella kuin jaksolla 1980–2000, toimintarajoitteisten lukumäärä kasvaa 95 prosenttia. Jos toimintakyky säilyy kaikissa ikäryhmissä vuoden 2000 tasolla, toimintarajoitteisten henkilöiden lukumäärä kasvaa vielä jyrkemmin, noin 130 prosenttia neljässä vuosikymmenessä.



Lähde: Koskinen ym. 2010

¹ Perustoiminnot: pukeutuminen, vuoteeseen asettuminen ja asunnossa liikkuminen

Kuvio 15. Perustoiminnoissa vaikeuksia kokevien määrä Suomessa: kaksi tulevaisuudennäkymää

Iäkkäiden toimintakyvyn edistäminen on tärkeä vanhuspolitiikan tavoite, jonka saavuttamiseksi tarvitaan kaikkiin vaikutettavissa oleviin toimintakyvyn määrittäjiin suunnattuja toimia. Sen lisäksi on varauduttava palvelu- ja hoivatarpeen merkittävään kasvuun, sillä ei voida olettaa, että iäkkäiden toimintakykyä voitaisiin kohentaa niin paljon, että se kokonaan kompensoisi lähivuosikymmeninä nopeasti vanhenevan väestörakenteen vaikutukset toimintarajoitteisten määrään.

Varhaiskasvatuksen palvelut

Anna-Leena Välimäki ja Päivi Lindberg

Taulukko 14. Varhaiskasvatuksen palvelut 2000–2008

	2000	2007	2008
Lapsia päivähoitossa 31.12.	lkm	lkm	lkm
<i>Yhteensä</i>	214 547	212 745	219 155
<i>Kunnallisessa päivähoitossa</i>	200 487	195 265	201 507
<i>Yksityisessä päivähoitossa</i>	14 060	17 480	17 648
% 1–6-vuotiaista	%	%	%
<i>Yhteensä</i>	59,1	61,5	62,7
<i>Kunnallisessa päivähoitossa</i>	55,2	56,5	57,7
<i>Kuntien päiväkodeissa</i>	33,5	38,5	40,3
<i>Yksityisissä ostopalvelupäiväkodeissa</i>	2,8	2,7	2,7
<i>Perhepäivähoitossa</i>	18,9	15,2	14,7
<i>Yksityisessä päivähoitossa</i>	3,9	5,1	5,1
	lkm	lkm	lkm
Lapsia esiopetuksen piirissä yhteensä 31.12.	58 654	56 695	56 627
Lapsia leikkitoiminnan piirissä keskimäärin toimintapäivän aikana	27 287	21 857	19 830

Lasten päivähoito on subjektiivinen oikeus, joten saatavuudesta ei ole mahdollista kuntien poiketa. Vuonna 2008 oli 1–6-vuotiaista lapsista kunnallisessa päivähoitossa yhteensä 58 prosenttia. Kun mukaan lasketaan yksityinen päivähoito (Kelan yksityisen hoidon tukea saaneet), päivähoitossa oli yhteensä 63 prosenttia kaikista 1–6-vuotiaista. Kunnallisessa päivähoitossa olleiden osuus nousi 2007–2008 yhdellä prosenttiyksiköllä, kun taas yksityisessä päivähoitossa olleiden osuus pysyi samana.

Erityispalveluiden saatavuudessa voi sen sijaan olla eroja. Yhtenä esimerkkinä on erityisen tuen tarve. Viimeisimmän valtakunnallisen selvityksen (vuoden 2007 lopussa Stakesin tekemä erillisselvitys) mukaan erityistä tukea tarvitsevien lasten määrä oli noin 9 prosenttia. Lapsista kaksi kolmasosaa oli poikia. Kuntakohtaisesti on edelleen isoja eroja.

Asiakkaat kokevat päivähoitopalvelun myönteisenä. Stakesin syksyllä 2007 toteutetun internetpohjaisen vanhemmille suunnatun kyselyn mukaan vanhemmat ovat

kohtuullisen tyytyväisiä varhaiskasvatuksen toteutumiseen oman perheen osalta. Myös Muurin (2008) tutkimuksen mukaan väestö luottaa lasten päivähoidon. Vanhempien tuloluokilla on vain vähän merkitystä mielipiteeseen päivähoitosta. Myöskään asuinpaikalla ei ole merkittävää vaikutusta mielipiteeseen.

Kielteistä palautetta tulee sekä vanhemmilta että henkilöstöltä päivähoiton henkilöstön riittämättömyydestä. Myös viimeisimmän STM:n tekemän selvityksen mukaan henkilöstömitoituksen toteutumisessa sekä päiväkodeissa että perhepäivähoitossa on ongelmia.

Kansainvälisten, varhaiskasvatuksen laatua arvioivien tutkimusten mukaan kokoa-va valtakunnallinen suunnitelma on selkeä laadun indikaattori. Suomessa varhaiskasvatuksen valtakunnalliseen ohjaukseen kehitettiin Varhaiskasvatussuunnitelman perusteet, joiden implementoinnin prosessia Stakes ja sittemmin THL on seurannut alusta saakka. Vuoden 2006 lopussa lähes kaikissa kunnissa on tehty kunta-, yksikkö- sekä lapsikohtaiset suunnitelmat eli Vasut. Paras-hankkeen seurauksena muuttuneen kuntatilanteen myötä myös kuntavasujen tilanne haluttiin päivittää. Viimeisin vasun kunnallisten prosessien arviointi toteutettiin sähköisenä kyselynä 11.9.–31.12.2009. Kaikkiaan vastanneista kuntia Manner-Suomen kunnista (322) oli 245, joten vastausprosentti oli 74. Vuosina 2004–2009 kuntavasu on vahvistettu 206 kunnassa eli 84 prosentissa vastanneista kunnista.

Kyselyn mukaan kuntavasu vahvistetaan 32 kunnassa eli 13 prosentissa vastanneista kunnista vuosina 2009–2011. Lopuissa kunnissa kuntavasu ei ole vahvistettu, mutta useimmissa kunnissa on meneillään kuntaliitoksista johtuva vasun päivittäminen tai seutuvasun valmistelu useamman kunnan kesken.

Suomen varhaiskasvatuksen laatua on arvioitu kansainvälisessä UNICEFin Innocenti-tutkimuskeskuksen vuonna 2008 tuottamassa raportissa ”The Childcare Transition”. Raportissa verrattiin 24 OECD-maan ja Slovenian varhaiskasvatuksen järjestelmiä. Vertailtavia benchmarking-kohtia raportissa oli 10, joista Suomen kohdalla täyttyi 8. Suomi sijoittui kolmantena vertailtavien maiden kärkijoukkoihin.

Mielenterveyspalvelut

Veijo Nevalainen

Saatavuus ja laatu

Taulukko 15. Mielenterveyspalvelut 2000–2008

Lkm/vuosi	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Perusterveydenhuollon mielenterveyskäynnit	505 689	513 120	580 623	714 897	692 887	689 948	647 341	675 202	658 655
Psykiatrian avohoitokäynnit	1 130 642	1 321 478	1 385 852	1 334 200	1 360 081	1 370 609	1 414 347	1 465 368	1 529 034
Psykiatrian laitoshoidon hoitopäivät	1 947 311	1 913 278	1 919 458	1 867 792	1 845 669	1 788 446	1 774 304	1 707 574	1 644 608
Psykiatrian laitoshoidon potilaat	32 485	32 259	32 482	31 637	32 206	32 040	32 030	31 762	32 110
/1000 asukasta									
Perusterveydenhuollon mielenterveyskäynnit	97,7	98,9	111,6	137,1	132,5	131,5	122,9	127,7	124,0
Psykiatrian avohoitokäynnit	218,4	254,7	266,5	255,9	260,1	261,3	268,6	277,1	287,8
Psykiatrian laitoshoidon hoitopäivät	376,2	368,8	369,1	358,3	353,0	340,9	336,9	322,9	309,5
Psykiatrian laitoshoidon potilaat	6,3	6,2	6,2	6,1	6,2	6,1	6,1	6,0	6,0

Psykiatrian erikoisalan laitoshoidossa oli vuoden 2008 aikana yhteensä noin 32 000 potilasta ja 1,6 miljoonaa hoitopäivää. Psykiatrian avohoitokäyntejä oli 1,5 miljoonaa ja perusterveydenhuollon mielenterveyskäyntejä reilut 650 000.

Mielenterveyspalveluissa työskentelee enemmän henkilökuntaa kuin koskaan aikaisemmin. Palveluiden järjestämistavoissa ja saatavuudessa on ehkä jopa kasvavia eroja eri kuntien välillä. Kokonaisuutena palvelujärjestelmä on pirstaleinen ja mielenterveystyötä tekevän henkilökunnan kuormitus on suuri. Mielenterveyspalveluiden julkisuuskuvaa leimaavat erilaiset palveluiden saatavuuteen, yksipuolisuuteen ja laatuun liittyvät ongelmat ja väittämät, joita kaikkia ei kuitenkaan voi yleistää kaikkia kuntia koskeviksi. Mielenterveyden Keskusliiton julkaiseman Mielenterveysbarometrin (2008) mukaan mielenterveyspalveluita käyttäneistä henkilöistä 76 %

ja omaisista 56 % koki palveluita saadun sopivasti ja saatuja palveluita piti hyvälaatuisena 80 % kuntoutujista ja 74 % omaisista.

Hoitotakuusäädösten toteutumisen seuranta on vaikeuttanut mm. avohoidossa potilaskertomusjärjestelmien ja sovittujen kirjaamiskäytäntöjen puutteet. On myös väitetty, että psykiatriset hoitojonot eivät kaikilta osin vastaa todellisuutta, sillä kaikkia hoidon tarpeessa olevia ei kirjattaisi hoitajonoihin.

Vaikka psykiatrisen laitoshoidon on vähentynyt voimakkaasti 1970-luvun puolivälistä lähtien, on hoitojärjestelmä edelleenkin laitospainotteinen mitattuna hoitohenkilöstön sijoittumisena tai kuntien käyttäminä resursseina. Kansainvälisesti Suomen psykiatrisessa sairaalahoidossa käytetään runsaasti tahdonvastaista hoitoa ja hoidon pakkotoimia. Hoidon pakkotoimien käytössä on vaihtelua sairaanhoitopiirien välillä.

Laitoshoidon ja avohoidon väliin on kasvanut laaja pääasiassa yksityisten hoitokotien verkosto. Hoitokotien toiminnan ja laadun valvonta on järjestetty eri kunnissa erilaisilla tavoilla ja yhtenäisiä laadun kriteereitä ei ole.

Ikäihmisten tarvitsemien mielenterveyspalveluiden määrä ei ole lisääntynyt suhteessa palveluiden tarvitsijoiden määrään. Tämä näkyy erityisesti perustasolla ikäihmisten psykiatrisen lääkityksen mahdollisesti tarpeettomana ja päällekkäisenä käyttönä sekä ongelmien varhaisen tunnistamisen vaikeuksina.

Lasten ja nuorten mielenterveyspalveluissa tapahtuu siirtymistä perinteisestä erikoissairaanhoito- ja laitoshoidon painotteisesta hoidosta lasten kehitysympäristöissä (mm. koti, päiväkotit, koulut) tapahtuvaan varhaiseen tunnistamiseen ja hoitoon.

Helmikuussa 2009 julkaistu kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma (Mieli 2009-työryhmän raportti) siirtää kehittämisen painopistettä perustason palveluihin, tuo palveluiden käyttäjät mukaan toiminnan kehittämiseen ja korostaa mielenterveys- ja päihdetyön yhteistyön merkitystä. Se nostaa myös ehkäisevän mielenterveystyön nykyisestä marginaalisesta asemasta kuntien ja kuntayhtymien velvollisuudeksi.

Tuottavuus ja taloudellisuus

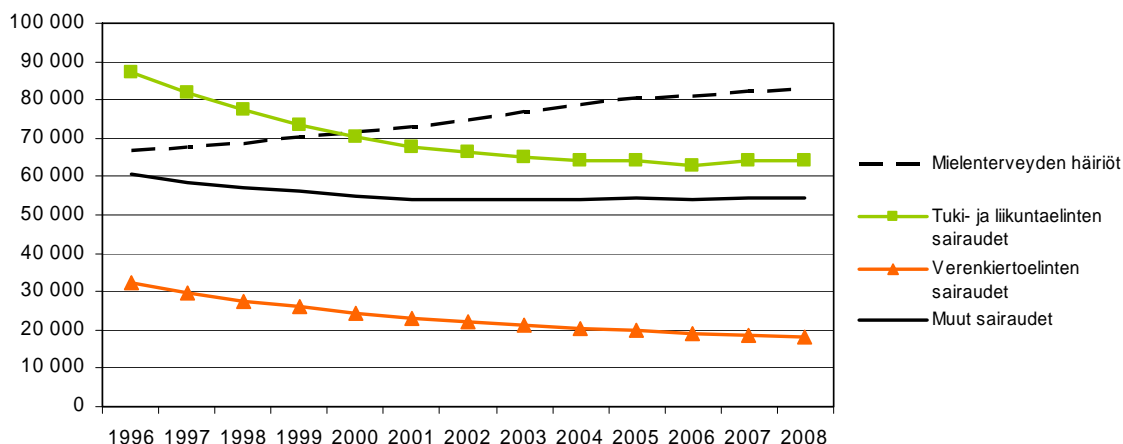
Terveydenhuollon menot ja rahoitus –tilaston mukaan vuonna 2007 psykiatrisen sairaalahoidon menot olivat yhteensä 404 miljoonaa euroa laskien reaalisesti 4,6 prosenttia edellisestä vuodesta. Psykiatrian avo- ja päiväosastohoidon menot (169 miljoonaa euroa) pienenevät reaalisesti myös hieman (1,5 %). Perusterveydenhuollon avohoidon mielenterveyshoidon menot olivat 85 miljoonaa euroa, jossa kasvua oli 8,1 prosenttia.

Mielenterveys ei ole vain sosiaali- ja terveysasia. Mielenterveysongelmien hoidon suorat hoitokustannukset vaihtelevat suuresti eri kuntien välillä. Mielenterveysongelmiin liittyvät epäsuorat kustannukset ovat todennäköisesti moninkertaisia suoriin

kustannuksiin verrattuna. Mielenterveysongelmat ovat yleisin yksittäinen työkyvyttömyyseläkkeelle johtava sairausryhmä. Niiden takia päädytään eläkkeelle keskimäärin nuorempana, kuin monien elimellisten sairauksien takia.

Mielenterveyteen kiinteästi liittyvien lapsiperheiden palvelujen menojen kokonaisuuden kustannukset kasvavat muita kustannuksia nopeammin. Näihin menoihin lasketaan mm. sosiaalitoimen lastensuojelun sijoitukset ja tukitoimet, koulujen mielenterveysperustainen erityisopetus ja lukuisat vastaavat lapsiperheen mielenterveyden kokonaisuuteen liittyvät menot.

Erytisesti mielialaongelmien (masennus) aiheuttamat kustannukset näyttävät lisääntyvän. Vakavien häiriöiden eli psykoosien hoitokustannukset eivät ole oleellisesti muuttuneet. Tulevaisuudessa kustannuksia kasvattavana ryhmänä ovat mahdollisesti erilaiset ahdistuneisuushäiriöt, sekä samanaikaiset mielenterveys- ja päihdeongelmat erityisesti nuorilla. Myös työuupumukseen ja syrjäytymisen erilaisiin ilmenemismuotoihin liittyvät suorat ja epäsuorat kustannukset uhkaavat kasvaa.



Kuvio 16. Työeläkejärjestelmästä työkyvyttömyyseläkettä saaneet työkyvyttömyyden pääasiallisen syyn mukaan 1996-2008 (lähde: Eläketurvakeskus)

Erillisteemat

Kansalaisten mielipiteitä sosiaalipalveluista

Anu Muuri

Kansalaisten mielipiteitä sosiaalipalveluista on tutkittu Suomalaisten hyvinvointi ja palvelut -tutkimuksissa 2004 ja 2006. Uudemmat eli vuotta 2009 koskevat tiedot ovat saatavilla vuonna 2010. Otoksen koko vuonna 2006 oli 5 798 ja vastauksia saatiin kaikkiaan 4 530 (vastausprosentti oli ylipeitto huomioiden 83,7 %).

Vuonna 2006 pääosa suomalaisista (90 %) oli sitä mieltä, että sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämisen kokonaisvastuu tulee olla julkisella sektorilla. Samalla yksityistä palvelutuotantoa sekä sosiaalisektorilla (60 %) että terveydenhuollossa haluttiin lisätä. Kansalaisista 73 prosenttia luotti edelleen julkisiin sosiaalipalveluihin. Kansalaiset (80 %) luottivat erityisesti sosiaalipalveluiden henkilöstön ammattitaitoon. Suuria muutoksia ei ollut tapahtunut edelliseen tutkimusajankohtaan eli vuoteen 2004, jolloin suurin piirtein sama osuus väestöstä vastasi olevansa tyytyväisiä sosiaalipalvelujärjestelmän toimivuuteen. Toisaalta osa kansalaisista toivoi myös, ettei itse tarvitsisi käyttää sosiaalipalveluja. Erityisesti väestö toivoi, ettei joutuisi hakemaan viimesijaista toimeentulotukea. Väestön suhtautuminen toimeentulotukeen ja sosiaalipalveluihin oli siten ambivalentti: järjestelmään luotettiin, mutta samalla toivottiin, ettei sitä tarvitsisi itse käyttää.

Kansalaiset luottivat ennen kaikkea lasten päivähoidon, josta on muodostunut sosiaalipalvelujärjestelmän universaalein osa. Luottamusta herättivät myös sosiaalityöntekijöiden neuvontapalvelut ja vammaispalvelut. Sen sijaan toimeentulotuki ja kotipalvelu saivat kriittistä palautetta. Aikanaan universaaliksi rakennettu kotipalvelujärjestelmä on rapautumassa. Samalla kun kotipalvelujärjestelmän ehkäisevä rooli on vähentynyt, palveluja tuotetaan yhä valikoidummin vain osalle palvelun tarvitsijoita.

Kansalaiset näyttävät näkevän yhä vähemmän vastakkaisasettelua julkisen ja yksityisen sektorin välillä. Vaikka kansalaiset ovat valmiita antamaan lisää vastuuta hyvinvointipalveluista yksityiselle sektorille, kokonaisvastuuta palveluiden järjestämisestä ja tuottamisesta ei haluta siirtää yksityiselle sektorille. Yksityisiä sosiaalipalveluja haluaisivat lisätä naiset sekä työssäkäyvät ja korkeatuloiset. Erot terveydenhuoltopalveluiden kohdalla ovat hieman pienemmät, eivätkä esimerkiksi naisten ja miesten mielipiteet eroa toisistaan. Eniten yksityistä terveydenhuoltoa haluavat lisätä nuoremmat ikäryhmät, opiskelijat, työssä olevat sekä terveydentilansa hyväksi kokevat.

Naiset suhtautuvat entistä kriittisemmin sekä sosiaalipalveluiden että sosiaaliturvan tasoon, kun he aiemmin ovat suhtautuneet hyvinvointivaltion palveluihin miehiä myönteisemmin. Myös eläkeläiset suhtautuvat kriittisesti sosiaalipalveluiden toimivuuteen. Huolestuttavimman ryhmän muodostivat yksinhuoltajat: heillä on jostain syystä luottamuksen arvoisia kokemuksia järjestelmästä, mutta muita huonompia kokemuksia palvelujärjestelmän työntekijöistä. Palveluiden käyttäjät olivat kriittisempiä kuin ne, jotka eivät olleet käyttäneet palveluita. Kaikkein kriittisempiä olivat siis ryhmät, jotka käyttävät ja hyötyvät yhteiskunnan palveluista ja etuuksista eniten.

Suomalaisten kokemukset, mielipiteet ja odotukset terveydenhuoltojärjestelmän toiminnasta

Jan Klavus

Suomalaisten hyvinvointi ja palvelut -tutkimuksessa 2004 tiedusteltiin palvelujen saatavuutta, käytön esteitä sekä väestön kokemuksia, mielipiteitä ja odotuksia terveydenhuoltojärjestelmän toiminnasta. Tähän liittyviä osa-alueita olivat terveystalvelujen kehittämiskohteet, rahoitusperiaatteet, palvelujen tuottajavastuu sekä terveystalvelujen rahoitusvastuu. Uudemmat vuotta 2009 koskevat tiedot ovat saatavilla vuonna 2010. Vuoden 2006 HYPÄ-tutkimuksessa selvitettiin vain saatavuutta. Tähän on koottu keskeisimmät terveydenhuoltojärjestelmän toimintaan liittyvät tulokset vuodelta 2004. Saatavuutta ja käytön esteitä koskeva teksti perustuu vuoden 2006 tutkimuksen tuloksiin.

Vuoden 2006 tutkimuksessa hoitoon pääsyä selvitettiin kysymällä, oliko vastaaja mielestään saanut riittävästi hoitoa sairauksiinsa ja mitkä tekijät olivat haitanneet hoidon saamista. Seitsemän prosenttia vastaajista ilmoitti, ettei ollut saanut mielestään riittävästi hoitoa. Ikä- ja sukupuoliryhmittäin hoidon saatavuudessa ei ollut merkittäviä eroja, tosin nuorempiin ikäryhmiin kuuluvat miehet kokivat saaneensa riittämättömästi hoitoa jonkin verran useammin kuin vastaaviin ikäryhmiin kuuluvat naiset.

Hoitoon pääsyä häittäsi eniten palvelujen puute. Lähes puolet niistä, jotka eivät mielestään olleet saaneet riittävästi hoitoa sairauksiinsa, ilmoitti syyksi palvelujen puutteen. Seuraavaksi tärkeimmät syyt olivat epäily siitä, että hoidosta ei ole apua ja rahan puute.

Terveystalvelujen saatavuutta arvioitiin vuoden 2006 tutkimuksessa kysymällä oliko vastaaja joutunut viimeisen 12 kuukauden aikana odottamaan kohtuuttoman kauan pääsyä tarvitsemaansa hoitoon. Vuonna 2006 kohtuuttoman kauan oli joutunut odottamaan noin joka kymmenes vastaajista. Tutkimusvuosien välillä tapahtunut merkittävää muutosta, lukuun ottamatta nuorten miesten ikäryhmää ja suurituloisinta tuloviidennestä, joissa kohtuuttoman kauan odottaneiden osuus laski vuodesta 2004.

Vuoden 2004 tutkimuksessa selvitettiin haastateltavien mielipiteitä terveydenhuoltojärjestelmän toiminnasta ja mahdollisista kehittämiskohteista. Noin kolmannes vastanneista oli sitä mieltä, että kokonaisuutena terveydenhuoltojärjestelmä toimii hyvin. Noin 40 prosentin mielestä terveydenhoitoa voitaisiin parantaa pienin muutoksin ja noin joka viides toivoi terveydenhuoltoon perusteellisia muutoksia.

Ikäryhmittäin tarkasteltuna vanhimmat ikäryhmät (yli 55-vuotiaat) olivat tyytyväisimpiä terveydenhuoltojärjestelmään. Nuorimmissa ikäryhmissä ja varsinkin nuorten naisten (18–35-vuotiaat) keskuudessa toivottiin eniten muutoksia.

Perusteellisia muutoksia terveydenhuoltojärjestelmään haluavien osuus oli suurin pääkaupunkiseudulla. Noin joka neljäs pääkaupunkiseudulla asuva oli tyytymätön alueella tarjottaviin terveyspalveluihin.

Terveydenhuollon kehittämiskohteita selvitettiin kysymällä pitäisikö kotikunnassa parantaa seuraavia terveydenhuollon osa-alueita: nopeuttaa lääkärin vastaanotolle pääsyä, nopeuttaa toimenpiteeseen pääsyä, lisätä vapautta hoitavan lääkärin tai hoitopaikan valinnan suhteen, parantaa mahdollisuutta tiedonsaantiin hoidon laadusta ja hoitotuloksista tai alentaa potilaalle hoidosta koituvia kustannuksia.

Lääkärin vastaanotolle pääsyä tulisi nopeuttaa paljon tai jonkin verran noin 80 prosentin mielestä. Toimenpiteeseen pääsyn selkeän nopeuttamisen kannalla oli noin 85 prosenttia vastanneista. Selvästi yli puolet vastanneista oli sitä mieltä, että hoitopaikan valintaan liittyvää vapautta ja hoidon laatua koskevaa tiedonsaantia tulisi parantaa paljon tai jonkin verran. Potilaalle koituvia kustannuksia haluaisi alentaa lähes puolet vastanneista.

Suurin kehittämistarve koski terveyskeskuspalveluja. Myös sairaalapalvelujen, vanhustenhuollon palvelujen ja hammashoidon palvelujen kehittämistä pidettiin tarpeellisena. Terveyskeskuspalveluihin tyytymättömmimpiä olivat nuorimpiin ikäluokkiin kuuluvat naiset (18–44-vuotiaat). Hammashuoltopalveluihin tyytymättömmimpiä olivat vanhimmat ikäryhmät. Parempia kuntoutuspalveluja toivoi noin puolet vastanneista. Kuntoutuspalvelujen selkeää parantamista toivoivat varsinkin naispuoliset vastaajat. Kaiken kaikkiaan naiset olivat tyytymättömmempiä nykyisiin terveyspalveluihin kuin miehet.

Tutkimuksessa tiedusteltiin väestön näkemyksiä terveydenhuoltoon käytettävien voimavarojen suuruudesta ja siitä miten terveyspalveluja tulisi rahoittaa. Suurin osa vastanneista kaikissa ikä- ja tuloluokissa oli sitä mieltä, että nykyinen terveydenhuoltomenojen taso on riittävä, ja että verotuksella ja sairausvakuutusmaksuilla kerättävän rahoituksen taso tulisi säilyttää ennallaan. Noin joka neljäs vastaaja haluaisi, että veroja tai sairausvakuutusmaksuja korotetaan, ja että terveydenhuoltoon käytetään nykyistä enemmän rahaa.

Noin joka toisen vastanneen mielestä terveyspalvelujen tuottamisen tulisi ensisijaisesti olla kuntien vastuulla. Valtion roolin terveyspalvelujen tuottamisessa näki keskeisimmäksi noin 40 prosenttia vastanneista.

Suurin osa vastanneista oli sitä mieltä, että terveyspalvelujen rahoituksessa tulisi käyttää ensisijaisesti valtion verotuloja. Toiseksi eniten kannatusta saivat terveydenhuoltoon kohdennettavat korvamerkityt verotulot. Korvamerkittyjä veroja ensisijaisena rahoituslähteenä kannatti noin viidesosa vastanneista. Kuntien verotuloja terveyspalvelujen rahoituksessa käyttäisi vain noin joka kymmenes vastanneista. Julki-

set sairausvakuutusmaksut, yksityiset maksut, työnantajien maksut ja potilaan itse maksamat maksut saivat vain vähän kannatusta.

Kokonaisuutena terveydenhuoltojärjestelmän toimintaan oltiin varsin tyytyväisiä. Perusteellisia muutoksia terveydenhuoltojärjestelmään toivoi noin viidennes väestöstä. Erityisistä kehittämiskohteista esille nousi hoitoon pääsyn nopeuttaminen. Eniten haluttiin nopeuttaa lääkäriin ja sairaalassa suoritettavaan toimenpiteeseen pääsyä. Suurin osa väestöstä kaikissa ikä- ja tuloluokissa oli sitä mieltä, että nykyinen terveydenhuoltomenojen taso on riittävä ja terveydenhuollon rahoittamista pääosin verovaroin pidetään edelleen keskeisenä periaatteena. Valtion tulisi väestön näkemyksen mukaan kantaa ensisijainen rahoitusvastuu terveydenhuollosta. Uusi ja kiintoisa tulos on, että melkein joka viides haluaisi rahoittaa terveydenhuoltoa korvamerkityllä terveystulolla. Terveystuloa pidettiin selvästi kunnallisveroa suositumpana rahoitusmuotona.

Väestön kokemusten ja mielipiteiden perusteella vaikutti siltä, että terveydenhuollon suuriin linjoihin ollaan pääosin tyytyväisiä, vaikka jokapäiväisissä palvelujen käyttöön liittyvissä asioissa, kuten hoitoon pääsyssä, koetaan olevan parantamisen varaa.

Kuntalaisten kokemukset sosiaalipalveluista – ParasSos- hankkeen kuntalaiskysely

Mia Tammelin

THL:n Jyväskylän toimipaikassa on meneillään nelivuotinen (2008–2011) sosiaalipalveluiden muutosta PARAS-uudistuksessa seuraava ja arvioiva tutkimushanke (”ParasSos-tutkimus”). Hankkeessa kartoitettiin kuntalaisten kokemuksia sosiaalipalveluista vuonna 2009. Kyselyyn vastasi 727 kuntalaista yhdeksästä Keski-Suomen alueen kunnasta. Kyselyssä kartoitettiin laajasti kuntalaisten kokemuksia eri sosiaalipalveluista (toimeentulotuki, sosiaalityöntekijän neuvonta- ja ohjaus, sosiaaliamiehen palvelut, kriisipalvelut, kasvatus- ja perheneuvola, lasten päivähoito, mielenterveyspalvelut, ikäihmisten palvelut, apuvälinepalvelut, kuntouttava työtoiminta, työvoiman palvelukeskuksen palvelut sekä kehitysvammaisten palvelut).

Kotihoito kattaa kyselyssä kotipalvelun ja kotisairaanhoidon kokonaisuuden. Kyselyyn vastanneiden kotihoidon palveluita käyttäneiden (n = 30) keski-ikä oli 56 vuotta. Valtaosa (73%) kotihoitoa käyttäneistä koki palvelun vastanneen tarvetta täysin tai jokseenkin hyvin. Kotihoidon palvelun laatua pidettiin yleisesti hyvänä, vain vajaa viidennes vastaajista oli kokenut laadun heikoksi. Kotihoito tuki arjessa jaksamista ja selviytymistä, sillä vain viidennes vastaajista koki, ettei kotihoito lisää voimavaroja arjessa. Palvelun heikkoja osa-alueita olivat tiedonsaanti palvelusta ja työntekijöiden kiire; hankaluutta tiedonsaannissa oli kokenut 40 prosenttia ja 41 prosenttia koki, ettei työntekijöillä ollut aikaa paneutua heidän tilanteeseensa. Palveluohjauksen tarve näkyi kuntalaisten kokemuksissa, kaikkiaan puolet vastaajista olisi kaivannut enemmän tukea palvelun käytössä.

Kyselyssä kartoitettiin edelleen kokemusta palvelujen etäisyydestä nyt ja tarkoituksenmukaisesta sijainnista. Sosiaali- ja terveyspalvelujen sijaintiin liittyvät ongelmat korostuivat odotetusti maaseutukuntien ikääntyneillä vastaajilla. Maaseudulla asuvat eläkeläiset halusivat palvelujen (joita olivat mm. terveyskeskus, KELA:n toimisto, sosiaalitoimisto, mielenterveystoimisto) sijaitsevan 2–13 kilometriä nykyistä lähempänä. Sen sijaan kaupungissa asuvat eläkeläiset ovat valmiit kulkemaan nykyistä hieman pidemmän matkan (0,1–2,1 kilometriä) palvelujen luo.

Omaishoidon tukea koskeviin kysymyksiin oli vastannut kaksikymmentä vastaajaa. Kielteiset kokemukset omaishoidossa liittyivät palvelun laatuun (17 %) ja henkilöstön kiireeseen (35 %). Vastaukset jakoutuivat voimakkaasti sen suhteen, vastasiko palvelu kotitalouden tarpeita ja oliko tiedonsaanti ollut helppoa. Yhtäältä palvelun

koettiin vastaavan hyvin kotitalouden tarpeita ja tiedonsaanti helpoksi, kun toisaalla palvelut eivät vastanneet kotitalouden tarpeisiin ja tiedonsaanti koettiin hankalaksi. Edelleen kuntalaiset raportoivat, että olisivat tarvinneet tukea palvelun käytössä.

Päivähoitoa arvioi yhteensä 146 kuntalaista. Kokemukset päivähoitosta olivat kauttaaltaan myönteisiä. Palvelun laadun koki hyväksi tai erittäin hyväksi 61 prosenttia vastaajista, heikoksi laadun koki vain 6 prosenttia vastaajista. Niin ikään palvelut koettiin oikea aikaisiksi ja palvelun käyttöön saatiin riittävästi tukea. Päivähoidon osalta kielteisiä kokemuksia raportoitiin kuntalaiskyselyn avoimissa vastauksissa. Niissä asiakkaat nostivat päivähoiton ongelmakohtiksi esimerkiksi riittämättömät resurssit sekä joustamattomuuden suhteessa asiakkaiden tarpeisiin. Erityisesti suurissa kunnissa ja kaupungeissa näytti korostuvan päivähoiton kyvyttömyys vastata asiakkaiden yksilöllisiin ja äkillisiin tarpeisiin. Päivähoito on kuntalaisten mielestä palvelu, jonka tulee sijaita lähellä: pidempää matkaa, kuin palveluun on nykyisin (ka kaupungissa 1,6 km, maaseudulla 11 km) ei haluta ja maaseudulla päivähoiton haluttaisiin sijaitsevan lähempänä (sopiva etäisyys ka 6,8 km).

Asiakaspalautteet terveydenhuollossa

Salla Sainio

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos tarjoaa terveydenhuollon organisaatioiden käyttöön erilaisia asiakaspalautemittareita sekä niihin liittyvää neuvontaa, tallennus- ja tulostuspalvelua. Ensimmäiset lomakkeet otettiin käyttöön jo yli kymmenen vuotta sitten ja mittarit ovat levinneet useimpien sairaaloiden ja varsinkin isojen terveyskeskusten käyttöön. Tämän kirjoituksen johtopäätökset perustuvat näitä lomakkeita viime vuosina käyttäneiden organisaatioiden tuloksiin.

Terveysaseman hoidon laatu: potilaan näkökulma -lomaketta käyttävät sekä pienet että suuret terveyskeskukset ympäri maata. Tällä mittarilla on muun muassa toteutettu suurten kaupunkien terveyskeskusten avovastaanotoilla kyselyt vuosina 2002, 2004, 2006 ja 2008. Mukana on ollut 8–12 Suomen suurinta kaupunkia ja potilasvastauksia on yhteensä kertynyt 10 000–15 000 kunakin tutkimusvuotena. Taulukko 16 esittää keskeisten kysymysten tulokset vuosien 2004 ja 2008 kyselyjen yhteistuloksista. Tulokset on esitetty top box(5) -arvoina eli niiden vastaajien prosentuaalisina osuuksina, jotka kussakin kysymyksessä valitsivat arvosanan 5 (asteikko 1 = erittäin huono, 2 = huono, 3 = kohtalainen, 4 = hyvä, 5 = erinomainen, 6 = ei koske minua).

Taulukko 16. Suurten kaupunkien top box(5)-arvosanat vuosina 2004 ja 2008

Kysymys	2004 (N= 12730)	2008 (N=14777)
Puhelinyhteyden saaminen terveysasemalle	15	16
Odotusaika ilmoittautumisessa	28	25
Odotusaika lääkärin vastaanotolle (odotushuoneessa)	25	26
Odotusaika hoitajan vastaanotolle (odotushuoneessa)	35	36
Odotusaika laboratorioon	20	21
Lääkärin käytös	58	60
Hoitajan käytös	62	62
Lääkärin ammattitaito	45	47
Hoitajan ammattitaito	47	47
Tiedon saanti lääkäriltä	43	45
Tiedon saanti hoitajalta	44	45
Vuorovaikutus: lääkäri	49	51
Vuorovaikutus: hoitaja	53	52
Hoidon arviointi: lääkäri	42	46
Hoidon arviointi: hoitaja	51	51

Taulukosta nähdään, että vastaajien mielestä palvelu terveysasemilla oli jonkin verran parantunut vuosien 2004 ja 2008 välisenä aikana. Eniten kiitosta annettiin lääkärin ja hoitajan käyttäytymisestä ja vuorovaikutustaidoista. Vähiten kiitosta annettiin puhelinyhteyden saamisesta terveysasemalle ja odotusaikaa terveysasemalla mittaaville kysymyksille: erityisesti laboratorioon jonottaminen kesti kauan. Viime vuonna lääkärin vastaanottotyötä on soveltuvin osin siirretty sairaanhoitajien hoidettavaksi varsinkin isoissa kaupungeissa ja näiden tulosten valossa potilaat ovat vähintään yhtä tyytyväisiä hoitajien antamaan palveluun kuin lääkärin antamaan. Vastaavanlainen kyselykierros toteutettiin syksyllä 2009 suurten kaupunkien hammashoitoloissa "Hammashoidon laatu: potilaan näkökulma" -mittarilla.

Terveysasema-lomaketta ja hammashoidon lomaketta käytetään vuosittain myös kaikkien varuskuntien terveysasemilla. Varusmiehet ovat vastaavan ikäisiä siviilejä tyytymättömämpiä palveluun lääkärin ja hoitajien vastaanotoilla, mutta selvästi tyytyväisempiä saamaansa hammashoittoon.

Sairaanhoitopiireissä käytetään "Sairaalahoidon laatu: potilaan näkökulma" -mittaria vuodeosastoilla ja "Polikliinisen hoidon laatu: potilaan näkökulma" -mittaria avokäynneillä. Systemaattisesti kyselyt toteutuvat näillä lomakkeilla Pohjois-Pohjanmaan, Keski-Pohjanmaan, Varsinais-Suomen, Keski-Suomen, Satakunnan, Etelä-Savon, Pohjois-Savon ja Kymenlaakson sairaanhoitopiireissä. Sairaala-lomaketta käyttää myös kymmenkunta yksityistä sairaalaa. Parhaimmat arviot kohdistuivat yksityissairaaloille, seuraavaksi parhaimmat yliopisto- ja keskussairaaloille ja selvästi huonommat terveyskeskusten vuodeosastoille.

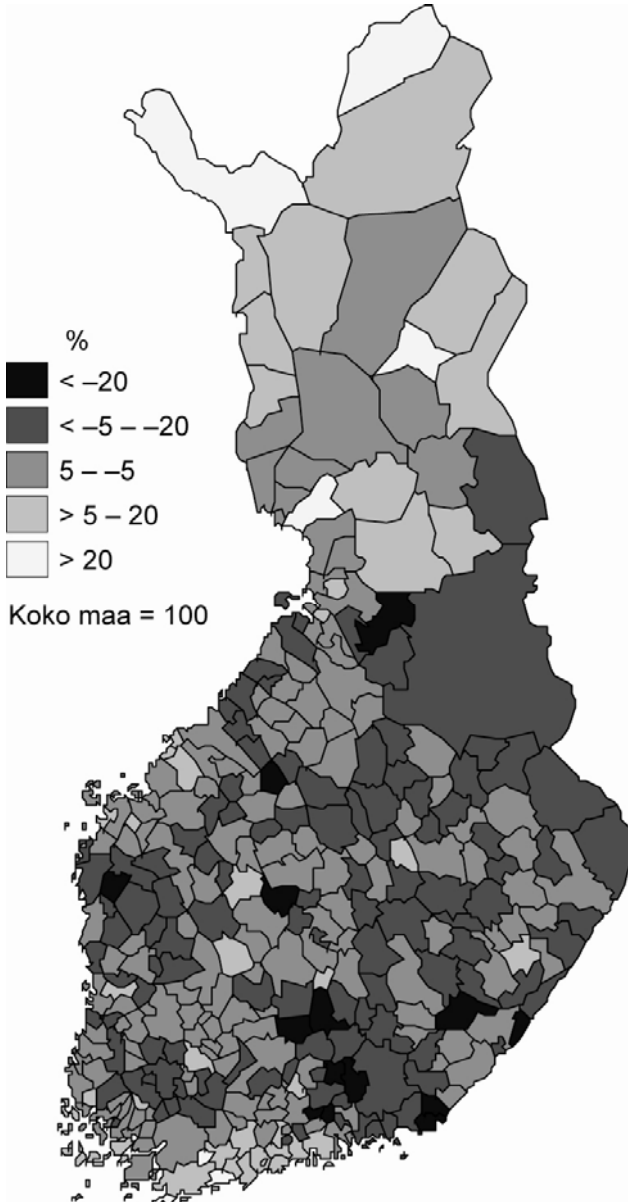
Kuntien terveyden- ja vanhustenhuollon tarve- ja olosuhdevakioidut menot

Timo Hujanen

Palveluiden parantamiseksi tarvitaan vertailukelpoista tietoa siitä, miten hyvin kuntien palvelupannostukset vastaavat kokonaisuudessaan kuntalaisten palvelutarpeita. THL:n terveys- ja hyvinvointitalous -yksikkö CHESS (aik. Stakesin Terveystalous-tieteen keskus) on julkaissut tarvevakioituja menotietoja vuosittain vuodesta 2000 alkaen.

Vuoden 2009 alussa CHESS julkaisi terveyden- ja vanhustenhuollon tarve- ja olosuhdevakioidut menot sairaanhoitopiireittäin ja kunnittain 2007. Samalla laskentatapa uudistettiin. Aikaisempaa tarkemmat väestön palvelutarvetta kuvaavat tarvekertoimet ja niiden uudistuneet laskentamenetelmät perustuvat valtionosuusuudistuksen valmistelua varten tuotettuun tutkimukseen. Uusien tarvekertoimien avulla voidaan menovertailuissa ottaa paremmin huomioon väestön sairastavuus, ikärakenne ja sosioekonominen asema kuin aiempina vuosina julkaistuissa aineistoissa. Uusia tarvekertoimia ja tarvevakioituja menoja 2007 ei voi verrata aiempina vuosina julkaistuihin tietoihin.

Tarvevakiointiaineisto sisältää kuntakohtaisen kartan sekä Excel-tilaukon, josta löytyvät terveyden- ja vanhustenhuollon tarve- ja olosuhdevakioidut menot sairaanhoitopiireittäin ja kunnittain. Uusimmat tiedot ovat verkossa (<http://groups.stakes.fi/CHESS/FI/tilastotuotteet/tarvevak08.htm>). Vuoden 2008 menot julkaistiin 24.2.2010. Tässä artikkelissa on analysoitu vuoden 2007 tietoja. Kartassa on esitetty kuntien tarvevakioitujen menojen (euroa/asukas, indeksi) ero prosentteina koko maan keskiarvosta (koko maa = 100) vuonna 2007. Tarvevakioidut menot olivat kahdeksassa kunnassa yli 20 prosenttia suuremmat ja 41 kunnassa yli 5–20 prosenttia suuremmat kuin maassa keskimäärin. Nämä kunnat sijaitsivat joko Etelä-Suomessa tai kasvukeskusten lähetyvillä tai toisaalta aivan Pohjois-Suomessa. 14 kunnassa nämä menot olivat yli 20 prosenttia pienempiä ja 116 kunnassa yli 5–20 prosenttia pienempiä kuin maassa keskimäärin. Nämä kunnat ovat pääasiassa Itä- ja Keski-Suomessa, mutta näitä kuntia oli myös Länsi-Suomessa. Lopuilla kunnista menot vaihtelivat ± 5 prosenttia maan keskiarvosta.



Kartta 1. Kuntien tarvekioitujen menojen ero prosentteina koko maan keskiarvosta 2007

Verkossa olevan taulukon avulla voi tehdä yksityiskohtaista analyysiä. Vuonna 2007 Sysmässä menot olivat kolmanneksen vähemmän ja Utsjoella kolmanneksen enemmän kuin maassa keskimäärin. Alueellisesti vähinten rahaa käytettiin Päijät-Hämeessä (14 % vähemmän kuin keskimäärin). HYKS:n ja Länsi-Uudenmaan sairaanhoitoalueilla kului eniten (12 % enemmän kuin keskimäärin). Helsingin tarvevakioidut menot olivat 15 prosenttia yli maan keskiarvon.

Koska menoerot voivat johtua palvelutarve- tai nettomenoeroista, ovat alueelliset ja muut kuntavertailut suositeltavia. Kun aiemmin on keskimääräistä korkeampaa palvelutarvetta arvioitu olevan Itä- ja Pohjois-Suomessa, nyt suuria palvelutarpeita on enemmän myös Keski- ja Länsi-Suomessa. Suurimmissa kasvukeskuksissa palvelutarpeet ovat muuta maata selkeästi alhaisemmat. Arvioidut terveyden- ja vanhustenhuollon nettomenot olivat asukasta kohti 1 735 euroa Manner-Suomessa. Korkeimmat nettomenot olivat Pelkosenniemiellä 2 882 euroa ja pienimmät Nastolassa 1 198 euroa asukasta kohti vuonna 2007.

Julkaistussa aineistossa on tietoa myös tarve- ja olosuhdevakioiduista menoista, joissa tarvetekijöiden lisäksi on otettu huomioon kaksikielisyys ja asutusrakennetekijä. Kuntien nettomenoihin on lisätty sairausvakuutuksen korvaukset yksityisistä tutkimuksista ja hoidoista sekä lääkäri- ja hammaslääkäripalkkioista. Menettelyn tarkoituksena on ottaa huomioon niitä yhteiskunnan kustantamien palveluiden menoja, jotka eivät tule kuntien maksettavaksi, mutta jotka voivat vaikuttaa menoeroihin. Olosuhdetekijät selittävät osan kuntien menoeroista.

Uudistetun laskentatavan myötä näiden tietojen käyttö on lisääntynyt. Tarvevakioinnin avulla kunnat voidaan asettaa samalle viivalle ja arvioida niitä suhteessa toisiinsa, sillä käytetyt tarvetekijät ovat kaikille samat. Tarvevakioinnissa ei oteta kantaa tehokkuuteen (ts. kustannus-vaikuttavuuteen), koska se ei sisällä vaikuttavuuden arviointia. Tulosten tulkinta on kaksisuuntaista. Mikäli tarvevakioidut menot ovat korkeat, kunta käyttää keskimääräistä enemmän suhteessa palvelutarpeisiin ja on kalliimpi. Taustalla voi kustannustehottomuutta tai toisaalta kunnalla voi olla varaa tuottaa kalliimpia ja sisällöltään laadukkaampia palveluja. Usein kasvukeskuksissa ja muuttovoittoalueilla nettomenot ovat tarvevakioituja menoja korkeammat, koska väestö on nuorempaa, sairastaa vähemmän ja palvelutarvetta kuvaava indeksi alhaisempi kuin maassa keskimäärin. Toisaalta olosuhdetekijät, kuten pitkät välimatkat ja haja-asutus voivat olla syynä kalliimpiin palveluihin.

Mikäli tarvevakioidut menot ovat matalat, kunta satsaa palveluihin vähemmän kuin palvelutarve edellyttäisi ja on halvempi. Palvelut voivat olla kustannuksiltaan keskimääräistä edullisempia, mutta käytännössä yleisempi syy on se, ettei rahaa ole enempää ja se ei riitä palvelutarpeiden tyydyttämiseen. Tällaisen kunnan reaaliset nettomenot ovat usein keskimääräistä korkeampia ja kunta voi kärsiä muuttotappioista sekä kuntalaiset ovat keskimääräistä iäkkäämpiä.

Jos tarvevakioidut menot asukasta kohti poikkeavat 3–5 prosenttia enemmän maan keskimääräisestä tasosta, on suositeltavaa selvittää menoeroon johtaneet syyt. Mikäli menoeroja on suuntaan tai toiseen, olisi tarkasteltava rinnalla tietoja palveluiden saatavuudesta, vaikuttavuudesta, laadusta ja kuntalaisten tyytyväisyyttä.

PARAS-uudistuksen tilanne sosiaali- ja terveyspalvelujen osalta keväällä 2009

Simo Kokko, Mia Tammelin, Liisa Heinämäki ja Anu Muuri

Kunta- ja palvelurakenteen uudistuksesta annetun puitelain tavoitteena on tehostaa kunnallisen toiminnan ja palveluiden rakenteita. Kunnat toimittivat lain vaatimusten mukaisesti uudistusten toimeenpanosuunnitelmat valtioneuvostolle vuonna 2007. Yhteistoiminta-alueiden muodostaminen ja erilaisten organisaatorakenteiden ja toimintamallien kehittäminen olivat tuossa vaiheessa vielä kesken. Tämän vuoksi päätettiin toteuttaa keväällä 2009 sosiaali- ja terveyspalveluihin keskittyvä tarkentava kuntakysely.

Kyselyssä pyrittiin tavoittamaan paitsi tilanne kunta- ja palvelurakennemuutoksen vaiheessa 2009, myös kuntien suunniteltu eteneminen puitelain jälkeen 2013. Kysely toteutettiin Sosiaali- ja terveysministeriön, Valtiovarainministeriön, Suomen Kuntaliiton sekä Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen yhteistyönä. Kysely raportoitiin THL:n julkaisuna, ja sen tuloksia käytettiin myös valtioneuvoston eduskunnalle syyskaudella 2009 antaman selonteon aineistona.

Kyselyn ensimmäisessä osassa selvitettiin kuntien perusratkaisut väestöpohjavoitteen täyttämiseksi sekä myös kuinka kunta aikoo rakenteiden muuttuessa järjestää terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen vastuut ja toiminnot. Toisessa osassa, joka suunnattiin sosiaali- ja terveysjohdon valmisteltavaksi, selvitettiin miten puitelain yleiset tavoitteet toteutuvat palveluiden järjestämisessä ja tuottamisessa. Nämä kysymykset liittyivät esimerkiksi sosiaali- ja terveyspalveluiden yhteistyöhön, palveluiden käyttöön yli kuntarajojen sekä peruspalveluiden sijoittumiseen lähialueiksi tai seudullisesti keskitettäväksi palveluiksi. Vastaajia pyydettiin myös arvioimaan käynnissä olevien muutosten vaikutuksia palveluihin. Tähän on koottu keskeiset tulokset niistä toisen osan kysymyksistä, jotka kuvaavat palvelujen saatavuutta ja laatua.

Lähipalveluna vai seudullisesti

Kunta- ja palvelurakennemuutoksen keskeisiä muutoksia ovat olleet kuntien yhdistyminen ja perusterveydenhuollon ja siihen läheisesti liittyvien sosiaalipalveluiden järjestäminen nykyistä keskimäärin laajemmalle väestöpohjalle. Uudistuksen tulok-

sena syntyy palveluiden järjestämisen rakenne, joka eroaa yksinkertaistetusti aikaisemmasta siinä, että perusterveydenhuollon järjestäjätoimijoita tulee olemaan noin puolet vähemmän, noin 120–125 kuntaa tai yhteistoiminta-alueita. Sosiaalipalveluiden järjestämisen toimijoita tulee olemaan kuitenkin tätä enemmän, koska yli 100 kunnassa osa sosiaalipalveluista jää peruskunnan järjestämisvastuulle. Siitä, miten eri palveluiden saaminen yhteistoiminta-alueiden sisällä toteutuu, päättävät yhteistoiminta-alueet oman harkintansa mukaisesti.

Kyselyssä selvitettiin palveluiden sijoittuminen lähipalveluiksi tai seudullisesti keskitettäviksi palveluiksi nyt ja tulevaisuudessa. Neuvolapalvelut, kouluterveydenhuolto, iäkkäiden kotihoito sekä sosiaalityö ovat vankasti lähipalveluita sekä nykyisin että kuntien näkemyksen mukaan myös tulevaisuudessa. Sen sijaan lääkärintaustaanottopalveluissa, röntgenkuvien ottamisessa, lyhytaikaisessa terveyskeskussairaalahoitossa sekä erilaisissa erityispalveluissa seudulliset järjestelyt ovat valtaamassa alaa sekä tämän hetken tilanteen että tulevaisuuden näkymien kartoituksissa.

Kuntarajojen ylittäminen palveluiden käytössä

Kuntarajojen ylittäminen palveluiden käytössä on edelleenkin harvinaista, jopa yhteistoiminta-alueiden sisällä, joskin saatiin viitteitä siitä, että näitä periaatteita ollaan väljentämässä. Yhteistoiminta-alueiden sisällä on edelleenkin peruspalveluita, joita käytetään yleisesti vain omassa kunnassa, mutta kuntarajan ylittäminen on valinnan mukaan mahdollista useimmissa palveluissa noin 20–40 prosentissa kunnista. Avosairaanhoitoon vastaanottopalveluiden päiväaikaisen saamisen turvaamisessa kuntaraja voidaan ylittää useammin kuin mihin aikaisemmin on maassa totuttu. Lasten päivähoitossa on monessa kunnassa mahdollisuus käyttää naapurikunnan puolelta saatavaa hoitopaikkaa erityistilanteissa.

Vapaa palvelujen käyttö yhteistoiminta-alueen sisällä on periaatteena 10–20 prosentissa kunnista mm. lasten päivähoitossa, kotipalvelussa ja kotisairaanhoitossa. Avosairaanhoitoon vastaanottopalveluissa se on mahdollista lähes kolmasosassa kunnista.

Silloin, kun ei toimita yhteistoiminta-alueen sisällä, kuntarajan ylittäminen on harvinaista. Noin 10 prosenttia kunnista ilmoittaa tämän olevan mahdollista erityistilanteissa. Vapaa valinta on erityisen harvoin mahdollista.

Palveluiden integraation ja yhteistyön edistyminen

Sosiaali- ja terveystalveluiden integroituminen palvelutuotannon tasolla jää hajanaisiksi osassa yhteistoiminta-alueita silloin, kun yhteistoiminta-alueiden järjestämistä vastuulle siirtyy vain osa sosiaalihuollon palveluista. Yhteistoiminta-alueille siirtyviä palvelukokonaisuuksia ovat yleisimmin lasten ja nuorten psykososiaaliset palvelut, päihdehuolto, iäkkäiden laitoshoido tai kotihoito. Järjestämistä vastuun näin jakavia kuntia tulee olemaan vuonna 2013 arviolta 113. Sosiaalihuollon tehtävien vastuun hajautumisen lisäksi uudistus johtaa joissakin kunnissa loogisesti yhteen kuuluvien palveluiden tai palveluketjujen jakautumiseen eri vastuutahoille, peruskunnalle ja yhteistoiminta-alueelle. Kunnissa, joissa vastuu sosiaalipalveluiden järjestämisestä siirtyy vain osittain yhteistoiminta-alueille, muodostuu tyypistyneitä sosiaalipalveluiden kokonaisuuksia, joiden toimintakyky sekä kyky tuottaa palveluita asiakkaalle toiminnallisena kokonaisuutena voivat vaikeutua.

Pääosa kunnista arvioi, että sosiaali- ja terveystalveluiden toiminnallisessa kokonaisuudessa ei ole tapahtunut muutosta viimeisen vuoden aikana. Huomion arvoista on, että perinteisen sosiaalityön alueella muutosta ei arvioitu tapahtuneen viimeisen vuoden aikana, eikä muutosta arvioitu tapahtuvan myöskään tulevaisuudessa. Lasten ja perheiden palveluiden kohdalla runsaat puolet kunnista arvioi muutoksen suunnan positiiviseksi tulevaisuudessa, mutta puolet kunnista ei ollut havainnut viimeisen vuoden aikana lainkaan muutosta. Päihdehuollon avopalveluiden, mielenterveystalveluiden, asumispalveluiden ja kriisipalveluiden osalta 65–75 prosenttia kunnista arvioi, että muutosta ei ollut tapahtunut viimeisen vuoden aikana ja tulevaisuuden odotuksetkin olivat melko pessimistiset. Vanhusten kotihoidon osalta kuntien arviot olivat edellä mainittuja palveluja myönteisempiä: noin puolet vastanneista arvioi, että muutosta ei ollut vielä vuodessa tapahtunut, mutta yhtä suuri osa kunnista arvioi muutoksen paremmaksi tulevaisuudessa.

Sosiaali- ja terveystalveluiden tuottamisessa toteutuvaa integraatiota selviteltiin erityisesti lasten ja nuorten palvelukokonaisuuksissa, mielenterveys- ja päihdepalveluissa sekä ikääntyneiden palveluissa. Lasten ja nuorten palveluissa on yhtäältä näkyvissä uudenlaisten yhteistyömuotojen syntymistä lastensuojelun ja muiden palveluiden välillä. Toisaalta yhteistyötä vaikeuttaa osassa kuntia järjestämistä vastuun jakautuminen peruskunnan sosiaalitoimen ja yhteistoiminta-alueen välillä. Lisäksi kuvaa sekoittaa 2000-luvun lopulla nopeutunut lasten päivähoiton siirtyminen sosiaali- ja terveystoimesta opetustoimeen sekä lastensuojelua uudistaneen uuden lastensuojelulain voimaan tulo vuonna 2008.

Mielenterveys- ja päihdepalvelut ovat kehittyneet 1990-luvulta lähtien kunnallisina palveluina niissä osissa maata, joissa mielenterveystoimintopalvelut siirtyivät sairaanhoitopiireiltä terveyskeskuksille. Näissä kunnissa on syntynyt yhdistettyjä psykososiaalisten palveluiden tai mielenterveys- ja päihdepalveluiden yksiköitä. Noin puolet kunnista ilmoitti niillä olevan tällaisia yhdistettyjä palveluyksiköitä.

Tämä integraatiokehitys on lähtöisin jo kunta- ja palvelurakennemuutostusta varhaisemmalla ajalla. Yhteistoiminta-alueiden rakenteiden ja toimintojen suunnittelussa psykososiaaliset palvelut ovat olleet kentältä välittyneen kuvan mukaan yhtenä tärkeänä suunnittelun kohteena. Tämän kyselyn perusteella ei ole kuitenkaan mahdollista arvioida, mitä vaikutuksia kunta- ja palvelurakennemuutoksella on mahdollisesti ollut yhteisten yksiköiden syntymiseen.

Kotipalvelu ja kotisairaanhoido toimivat yhdistetyissä organisaatioissa noin 70 prosenttia maan kunnista, joissa asuu yli 80 prosenttia väestöstä. Organisaatioiden yhdistämisessä oli eroja maakuntien ja erikokoisten kuntien välillä. Pienten kuntien perusterveydenhuollon järjestäminen kuntayhtymän toimesta selittänee osaltaan kotipalvelun ja kotisairaanhoidon kuulumista eri organisaatioiden vastuulle. Kotipalvelun ja kotisairaanhoidon yhdistymiskehitys on käynnistynyt jo kauan ennen puitelain voimaan tuloa. Sen sijaan ikääntyneiden pitkäaikaishoitoa on kehitetty niin, että osassa kuntia vanhainkotihoito, tehostettu palveluasuminen ja terveyskeskussairaala on organisoitu yhteisen yksikön alaisuuteen ja lähes samansuuruisessa määrässä kuntia vanhainkotihoito ja tehostettu palveluasuminen toimivat erillään terveyskeskussairaalaista.

Kuntien keinot palvelujen järjestämisen taloudellisen perustan varmistamiseksi

Kunta- ja palvelurakennemuutoksessa tavoitteena on mm. kehittää palveluiden tuotantotapoja ja organisointia siten, että kuntien vastuulla olevien palveluiden järjestämiseen ja tuottamiseen sekä kuntien kehittämiseen on vahva rakenteellinen ja taloudellinen perusta. Kyselyssä kunnilta tiedusteltiin, miten kunta aikoo edistää palveluiden tuottavuutta ja kuntien menojen kasvun hillitsemistä palveluiden tuotantotapoja kehittämällä ja organisoimalla. Avovastaukset olivat ryhmiteltävissä seuraavasti:

- Organisointi: palvelujärjestelmään, organisaatioon ja prosesseihin kohdistuvat organisoinnin uudistukset. Nämä muodostivat ennakoidusti suurimman osan mainituista toimista ja yli puolet kunnista ilmoitti käyttävänsä organisoinnin uudistuksia
- Palveluiden kohdentaminen / palveluketjujen vahvistaminen nousivat merkittäväksi osaksi palveluiden tehostamista kolmasosan kunnista kertoessa näistä keinoista. Erityisesti korostuivat avohuollon palveluiden painottaminen, varhainen puuttuminen ja oikea-aikaisten palveluiden tarjoaminen hyvin toimivissa hoito- ja palveluketjuissa. Tässä osiossa mainittiin mm. toimintojen siirtymää erityispalveluista peruspalveluihin.
- Ohjaus: erilaiset ohjaavat asiakirjat, strategiat tms. sekä ohjausprosessien kehittäminen. Näitä keinoja ilmoitti käyttävänsä joka viides kunta.

- Yhteistyö: kuntien keskinäinen, kunnan sisäinen, palvelujärjestelmän eri osien keskeinen yhteistyö.
- Alueen laajentaminen.
- Henkilöstön osaamiseen, työhyvinvointiin ja tehokkaaseen käyttöön kohdentuvat toimet
- Tuotteistamisen kehittäminen

Muutosten kansalaisvaikutusten taustalla olevat tekijät

Kuntien edustajilta kysyttiin subjektiivista arviota siitä, mitkä tekijät ovat kuntalaisten kannalta parhaiten ja heikointen toimivien palvelukokonaisuuksien taustalla. Asiaa kysyttiin avovastauksilla, joista löytyneet teemat on koottu seuraavaan taulukkoon.

Taulukot 17. ja 18. Kuntalaisten kannalta parhaiten ja huonoiten toimivien palvelukokonaisuuksien taustalla vaikuttavat tekijät

Parhaiten toimivien palvelukokonaisuuksien taustalla vaikuttavat tekijät	Vastausten määrä
1. Palvelujärjestelmä	
Alueelliset tekijät	
<i>Seudullinen, maakunnallinen yhteistyö, YT-alueet, laaja yhteistyöpohja</i>	26
<i>Oma tuotanto, pienet yksiköt, joustavat organisaatiot</i>	17
Palvelujen tuottaminen	
<i>Sosiaali- ja terveystalouden yhdistäminen</i>	30
<i>Uudet toimintamallit, monituottajamalli, tilaaja-tuottaja</i>	9
<i>Palvelut lähellä, verkostomaisuus</i>	47
<i>Selkeä organisointi, toimijoiden yhteistyö myös suhteessa luottamushenkilöistöön</i>	22
<i>Kustannustehokkuus</i>	6
Saatavuus	
<i>Selkeät palvelukokonaisuudet, toimivat palveluketjut</i>	29
<i>Ennaltaehkäisevyys, hoidon porrastus, palveluohjaus, matalan kynnyksen palvelut, yksi toimipiste, päätösten ajantasaisuus</i>	34
<i>Palvelujen riittävyys</i>	13
2. Henkilöstö	
Henkilöstön saatavuus, vakanssien täyttäminen	41
Osaava henkilöstö, moniammatillinen yhteistyö	93
3. Kehittäminen	
Prosessikehittäminen, kehittämishankkeet, uudistuminen ja visiot, joilla myös hallinnon tuki	20
Suunnitelmallisuus, ongelmiin puututaan ajoissa ja laatua seurataan	16
4. Muut teemat	
Lakien tuomat vaatimukset hoitoon pääsystä	5
Yhteisöllisyys ja pitkäaikaistyöttömien määrän lasku	2
Kansalaisen hyvät vaikutusmahdollisuudet ja tasa-arvo	2
Positiivinen kuntakuva ja hallinnon keventäminen	2
En osaa sanoa, liian aikaista arvioida	7
Muut kommentit	1

Huonoiten toimivien palvelukokonaisuuksien taustalla vaikuttavat tekijät	Vastausten määrä
1. Palvelujärjestelmä	
Muutokset palvelujärjestelmässä	
<i>Palvelujen harmonisointi yt-alueella, palvelujen yhtenäistäminen</i>	17
Palvelujen tuottaminen ja palvelujärjestelmä yleensä	
<i>Palvelujen tuottaminen: organisaatiolähteisesti rakennettu järjestelmä, joustamattomuus, tiukat rajat</i>	39
<i>Palvelujen tuottamisen epäselvyys, pirstaleisuus</i>	26
<i>Vain yksi työntekijä (haavoittuva järjestelmä)</i>	5
<i>Toimintaohjeet ja käytännöt</i>	4
<i>Tiedottamisen puute, tiedonkulun ongelmat</i>	5
Palvelujen sijainti	
<i>Maantieteellinen etäisyys palveluihin / huonot kulkuyhteydet</i>	25
2. Resurssit	
Resurssipula tms. saatavuusongelma	51
Palvelun tarve kasvanut/ei pystytty vastaamaan palvelun tarpeeseen/palvelun tarpeen monimutkaistuminen	25
Resurssipula: henkilöstövaje	17
Työpaine	
3. Henkilöstöön liittyvät asiat	
Työvoimapula ja rekrytointiongelmat	
<i>Työvoimapula (yleisesti)</i>	34
<i>Työvoimapula (lääkärit)</i>	25
<i>Työvoimapula: (sos.tt)</i>	10
Henkilöstö: muut asiat	
<i>Henkilöstö: johtaminen, ikääntyminen, motivaatio, muut asiat</i>	17
Erityisosaaminen / osaamisvaje	19
4. Muut teemat	
Muut järjestelmät / etuudet	1
Palvelujärjestelmän laitospainotteisuus	1
Erityissairaanhoidon korostuminen	1

Lähteet

Valtakunnalliset tilastot

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos:

Erikoissairaanhoidon avohoito -tilasto (SVT)

www.thl.fi/fi/tilastot/erikoissairaanhoidonavohoito

Erikoissairaanhoidon hoitotakuu -tilasto www.thl.fi/fi/tilastot/hoitopaasy/esh

Perusterveydenhuollon hoitotakuu -tilasto www.thl.fi/fi/tilastot/hoitopaasy/pth

Sairaaloiden tuottavuus -tilasto www.thl.fi/fi/tilastot/sairaaloidentuottavuus

Säännöllinen kotihoito -tilasto (SVT) www.thl.fi/fi/tilastot/kotihoito

Terveydenhuollon laitoshoido -tilasto (SVT) www.thl.fi/fi/tilastot/terveydenhuollonlaitos

Terveydenhuollon menot ja rahoitus -tilasto (SVT) www.thl.fi/fi/tilastot/terveysmenot

Terveyskeskusten avohoito -tilasto (SVT) www.thl.fi/fi/tilastot/terveyskeskustenavohoito

Tilastokeskus:

Kuntien ja kuntayhtymien talous- ja toimintatilasto (SVT) www.stat.fi/til/ktt

Tutkimushankkeet ja erillisselvitykset

Hammashoidon erillisselvitys

Widström, Eeva & Väisänen, Antti & Niskanen, Tapani (2008) Erillisselvitys suun teveydenhuollon tuotoksista ja kustannuksista terveyskeskuksissa vuonna 2006. Työpapereita 7/2008. Helsinki: Stakes.

Hyvinvointi ja palvelut (HYPA) – kysely

- HYPA 2004 – Hyvinvointi & Palvelut -kyselyn 2004 aineistokuvaus (2006) Työpapereita 6/2006. Helsinki: Stakes.
- HYPA 2006 – Hyvinvointi & Palvelut -kyselyn 2006 aineistokuvaus (2007) Työpapereita 33/2007. Helsinki: Stakes.
- Moisio, Pasi & Karvonen, Sakari & Simpura, Jussi & Heikkilä, Matti (toim.) (2008) Suomalaisten hyvinvointi 2008. Helsinki: Stakes.

Ikääntyneiden, vammaisten, sosiaalisen luototuksen ja lasten päivähoiton tilastokysely kuntiin 2007. Tilastokeskuksen Kuntien toimintatilasto täydentävä erillisselvitys (2008) Tilastotiedote 20/2008. Helsinki: Stakes.

Kansallinen äitiys- ja lastenneuvola -selvitys

Hakulinen-Viitanen, Tuovi & Pelkonen, Marjaana & Saaristo, Vesa & Hastrup, Arja & Rimpelä, Matti (2008) Äitiys- ja neuvolatoiminta 2007. Tulokset ja seurannan kehittäminen. Raportteja 21/2008. Helsinki: Stakes.

Lisätietoja: <http://neuvolakeskus.stakes.fi>

Maksullinen asiakaspalautepalvelu

Sainio, Salla & Rääkkönen, Outi (2008) Potilas/asiakastyytyväisyys Stakesin Potilaan näkökulma -lomakkeistolla mitattuna. Teoksessa Pekurinen, Markku & Rääkkönen, Outi & Leinonen, Tuija (toim.) Tilannekatsaus sosiaali- ja terveydenhuollon laatuun vuonna 2008. Raportteja 38/2008. Helsinki: Stakes.

ParasSos-tutkimus

Kaskisaari, Marja & Tammelin, Mia & Hirvonen, Johanna & Hämeenaho, Pilvi & Ilmarinen, Katja & Vartiainen, Anssi (2010) Kuntalaisten arvioita sosiaalipalveluista. ParasSos-tutkimus Keski-Suomen yhdeksän kunnan alueella. Raportti 6/2010. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

PARAS-uudistuksen kuntakysely

Kokko, Simo & Heinämäki, Liisa & Tynkkynen, Liina-Kaisa & Haverinen, Riitta & Kaskisaari, Marja & Muuri, Anu & Pekurinen, Markku & Tammelin, Mia (2009) Kunta- ja palvelurakennuudistuksen toteutuminen. Kuntakysely sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisen ja tuottamisen ratkaisuksista 2009-2013. Raportti 35/2009. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Perfect-hanke

Lisätietoa: <http://info.stakes.fi/perfect/FI/index.htm>

Häkkinen, Unto (2008) Palveluketjut: tapa mitata tuotosta ja tehostaa tuotantoa. Teoksessa Ilmakunnas, Seija (toim.) Hyvinvointipalveluja entistä tehokkaammin. Uudistusten mahdollisuuksia ja keinoja. VATT-julkaisuja 48. Helsinki: VATT.

RAI-hanke

Lisätietoa: <http://info.stakes.fi/finrai>

Suomalaisten suun terveys / Terveys 2000 -tutkimus

Lisätietoa: www.terveys2000.fi

Tarvevakioidut menot

Hujanen, Timo & Häkkinen, Unto & Peltola, Mikko Terveyden- ja vanhustenhuollon tarve- ja olosuhdevakioidut menot sairaanhoitopiireittäin ja kunnittain. Sähköinen aineisto (taulukko ja kartta)

<http://groups.stakes.fi/CHESS/FI/tilastotuotteet/index.htm>.

Häkkinen, Unto & Nguyen, Lien & Pekurinen, Markku & Peltola, Mikko (2009) Tutkimus terveyden- ja vanhustenhuollon tarve- ja valtionosuuskriteereistä. Raportti 3/2009. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Julkaisut

Aromaa, Arpo & Koskinen, Seppo ja projektiryhmä (2002) Terveyden, toimintakyvyn ja työkyvyn kehitys. Teoksessa Aromaa, Arpo & Koskinen, Seppo (toim.) Terveys ja toimintakyky Suomessa. Terveys 2000 -tutkimuksen perus-tulokset. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B3/2002. Helsinki. Kansanterveyslaitos.

The Childcare Transition. A league table of early childhood education and care in economically advanced countries (2008) Report Card 8. UNICEF Innocenti Research Centre.

Hakulinen-Viitanen, Tuovi & Pelkonen, Marjaana & Haapakorva, Arja (2005) Äitiys- ja lastenneuvolatyo Suomessa. Selvityksiä 22/2005. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Ikäihmisten palvelujen laatusuositus (2008) Julkaisuja 2008:3. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Jylhä, Marja & Vuorisalmi, Merja & Luukkaala, Tiina & Sarkeala, Tytti & Hervonen, Antti (2009) Elinikä pitenee nopeammin kuin toimintakyky paranee. 90-vuotiaiden ja sitä vanhempien toimintakyvyn muutokset vuosina 1996–2007. Suomen Lääkärilehti 2009; 64 (:25):2285–2290.

Kansallinen mielenterveys- ja päihdeohjelma www.thl.fi/mielijapaihde

Koskinen, Seppo & Härkänen, Tommi & Martelin, Tuija & Rissanen, Harri & Sainio, Päivi (tulossa) Ikääntyvän väestön terveys, toimintarajoitteet ja työkyky: kehitysnäkymät vuoteen 2040. Käsikirjoitus, 2010.

Kronqvist, Eeva-Liisa & Jokimies, Jaana (2008) Vanhemmat varhaiskasvatuksen laadun arvioijina. Tuloksia vaikuta vanhempi -kyselystä. Raportteja 22/2008. Helsinki: Stakes.

Laitalainen, Elina & Helakorpi, Satu & Uutela, Antti (2008) Eläkeikäisen väestön terveyskäyttäytyminen ja terveys keväällä 2007 ja niiden muutokset 1993–2007. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B14/2008. Helsinki: Kansanterveyslaitos.

Lasten päivähoidon tilannekatsaus. Syyskuu 2005 (2006). Selvityksiä 16/2006. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Leino, Tuija & Koskenniemi, Eeva & Saranpää, Pirjo-Riitta & Strömberg, Nina & Kilpi, Terhi (2007) Rokotuskattavuus edelleen huippuluokkaa. Suomen lääkärilehti 62, 739–743.

Martelin, Tuija & Sainio, Päivi & Koskinen, Seppo (2004) Ikääntyvän väestön toimintakyvyn kehitys. Teoksessa: Kautto, Mikko (toim.) Ikääntyminen voimavarana. Tulevaisuusselonteon liiteraportti 5. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 33/2004, s. 117–131. Helsinki: Valtioneuvoston kanslia.

Mielenterveysbarometri 2008. Mielenterveyden keskusliitto.
www.mtkl.fi/liiton_toiminta/tutkimus/mielenterveysbarometri/

Muuri, Anu (2008) Sosiaalipalveluja kaikille ja kaiken ikää? Tutkimus suomalaisten mielipiteistä ja kokemuksista sosiaalipalveluista sekä niiden suhteesta legitimitettiin. Tutkimuksia 178. Helsinki: Stakes.

Neuvonta- ja palveluverkosto ikääntyneiden hyvinvoinnin ja terveyden edistäjänä. Ikäneuvo työryhmän muistio (2009) Selvityksiä 24/2009. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Rimpelä, Matti & Happonen, Hanna & Saaristo, Vesa & Wiss, Kirsi & Rimpelä, Arja (2008) Äitiys- ja lastenneuvoloiden sekä koulu- ja opiskeluterveydenhuollon käynnit, terveystarkastukset ja voimavarat 2007-2009, Raportteja 40/2008. Helsinki: Stakes.

Salo, Markku & Kallinen, Mari (2007) Yhteisasumisesta yhteiskuntaan? Mielenterveyskuntoutujien asumispalveluiden tila ja tulevaisuus. Helsinki: Mielenterveyden keskusliitto.

Valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta (380/2009).

www.finlex.fi/fi/laki/kokoelma/2009/20090061.pdf

Varhaiskasvatussuunnitelman perusteet (2005) Oppaita 56/2005. Helsinki: Stakes.

Välimäki, Anna-Leena & Lindberg, Päivi (2008) Lasten päivähoito. Teoksessa Pekurinen, Markku & Räikkönen, Outi & Leinonen, Tuija (toim.) Tilannekatsaus sosiaali- ja terveydenhuollon laatuun vuonna 2008. Raportteja 38/2008. Helsinki: Stakes.

Widström, Eeva & Mikkola, Henna-Mari (2008) Mitä kertoo hammashoitouudistuksen arviointi. Teoksessa Ashorn, Ulla & Lehto Juhani (toim.) Tutkijapuheenvuoroja terveydenhuollosta. Helsinki: Stakes.

Wiss, Kirsi (2009) Henkilöstövoimavarat. Teoksessa Rimpelä, Matti & Saaristo, Vesa & Wiss, Kirsi & Ståhl Timo (toim.) Terveiden edistäminen terveyskeskuksissa 2008. Raportti 19/2009. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.