



TIEDOSTA ARVIOINTIIN

tavoitteena paremmat palvelut

Sosiaali- ja terveyspalvelut Suomessa 2018

PÄÄTÖSTEN TUEKSI 2/2020



Asiantuntija-arvio

Pekka Rissanen
Kimmo Parhiala
Tiina Hetemaa
Raimo Kekkonen
Nina Knape
Hannele Ridanpää
Eija Rintala
Sinikka Sihvo
Tuuli Suomela
Ritva Kannisto



Sisällys

Johdanto	3
Asiantuntija-arvio	4
 Väestö- ja toimintaympäristö	7
 Sosiaali- ja terveyspalvelujen rahoitus ja kustannukset	12
 Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen	14
 Terveydensuojelu	16
 Somaattinen erikoissairaanhoido ja ensihoito	18
 Perusterveydenhuolto	20
 Suun terveydenhuolto	22
 Lasten, nuorten ja perheiden palvelut	24
 Aikuisten mielenterveys-, päihde- ja sosiaalipalvelut	27
 Vammaisten palvelut	29
 Ikääntyneiden palvelut	31
Menetelmät ja laatuseloste	34
Lähteet ja arvioinnissa käytetty tausta-aineisto	36



Päätösten tueksi 2/2020

ISBN (verkko): 978-952-343-474-5

ISSN (verkko): 1799-3946

URN: ISBN:978-952-343-474-5

Tekijät

Arvioinnin vastuuhenkilönä on toiminut tietoylijohtaja **Pekka Rissanen**.

Arviointityötä on koordinoanut yksikönpäällikkö **Kimmo Parhiala**.

Arvioinnin ovat laatineet arviointipäälliköt **Tiina Hetemaa**, **Raimo Kekkonen**, **Nina Knape**, **Hannele Ridanpää**, **Eija Rintala** ja **Ritva Kannisto** sekä kehittämisspäällikkö **Sinikka Sihvo** ja tutkimusassistentti **Tuuli Suomela**. Tehtäväkokonaisuuksien asiantuntijat ovat olleet merkittävässä roolissa arvioinnin laatimisen tukena. Tietojen keruuseen ja kokoamiseen ovat osallistuneet lukuisat asiantuntijat Terveyden ja hyvinvoinnin laitokselta.

Johdanto

Sosiaali- ja terveysministeriö (STM) ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) ovat harjoitelleet alueiden sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen arviointia ja ohjaustoimintaa yhdessä vuosina 2017–2019. Jokainen arviointi- ja ohjauskierros on vahvistanut ymmärrystä alueiden sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen nykytilasta ja antanut mahdollisuuden harjoitella yhdessä kootun tietopohjan käyttöä suunnittelun, ohjaamisen ja päätöksenteon tukena.

Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus tullee vahvistamaan ministeriön ja palvelujen järjestäjien välistä vuoropuhelua, jota THL tukee laatimalla vuosittain sekä kansallisen että aluekohtaisen asiantuntija-arvion palvelujen yhdenvertaisesta saatavuudesta ja kustannustehokkaasta toteutuksesta. Arvioinnissa tarkastellaan Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon nykytilaa kokonaisuutena. Arvio pohjautuu kansallisesti vertailukelpoisiin indikaattoritietoihin, aluekohtaisiin arviointeihin, aluekeskustelujen materiaaleihin ja Suomen sosiaali- ja terveydenhuoltoa käsitelleisiin tuoreisiin julkaisuihin. Käsillä oleva kansallinen arvio koskee vuotta 2018.

Arvioinnissa tarvittavia tietoja ei vielä ole saatavissa. Vertailukelpoista tietoa ei esimerkiksi ole useilta sosiaalihuollon osa-alueilta. Käytössä olevissa tietolähteissä on myös haasteita, joita on kuvattu tarkemmin julkaisun Menetelmät ja laatuseloste -kappaleessa. Arvioinnissa käytetty indikaattoritieto on kaikkien kiinnostuneiden saatavilla THL:n arviointitiedon verkkopalvelusta, Tietoikkunasta (www.thl.fi/Tietoikkuna).

Arvioinnin tuloksia tulkittaessa on syytä muistaa, että palvelujen järjestämistä alueilla voidaan arvioida todennukaisesti vasta, kun järjestämisvastuu on siirtynyt alueille. Nyt arvioinnissa käytetään lähinnä kuntien ja kuntayhtymien toimintaa käsittelevää tietoa. Työterveyshuolto ja yksityisesti rahoitetut palvelut jäävät pääosin tarkastelun ulkopuolelle. Palvelujärjestelmän kansallisen ohjauksen perustuessa jatkossa entistä vahvemmin tietoon ja vuorovaikutukseen kaikille avoin tietopohja ja säännöllinen yhteistyö ovat onnistumisen välttämättömiä edellytyksiä.

Tämän arvioinnin tarkoituksena on lisätä ymmärrystä sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmän nykytilasta ja tulosten toivotaan hyödyttävän kansallisen ja aluetason päättäjiä sekä päätöksiä valmistelevia viranhaltijoita ja asiantuntijoita.

Helsingissä 2.3.2020

Pekka Rissanen
Tietoylijohtaja

Markku Tervahauta
Pääjohtaja

Asiantuntija-arvio

Ikääntymisen piikki on kasvukeskuksissa vielä edessä

Suomessa alueet kehittyvät eri suuntiin, ja monet palvelutarpeisiin vaikuttavat tekijät seuraavat alueiden eriytymistä. Syntyvyys on vähentynyt, ja vuodesta 2016 lähtien kuolleisuus on ollut syntyvyyttä suurempi. Ennusteen mukaan vuonna 2030 joka neljäs suomalainen on yli 65-vuotias ja vain joka seitsemäs alle 16-vuotias. Ennusteen mukaan kolmen alueen väestö kasvaa, muiden vähenee. Väestömäärältään taantuvilla alueilla ikääntyneiden määrät kasvavat enää maltillisesti, mutta runsasväkisillä alueilla ikääntyneiden määrät kasvavat tulevina vuosina merkittävästi.

Väestörakenteen muutos heijastuu tulevaisuudessa kaikkiin sosiaali- ja terveyspalveluihin, selkeimmin ikääntyneiden palveluihin. Ongelmat peruspalvelujen saatavuudessa näkyvät joillain alueilla korkeina erityispalvelujen kustannuksina.

Palvelujärjestelmämme kyky tunnistaa riittävän varhaisessa vaiheessa myös piilossa olevaa palveluntarvetta on puutteellinen. Esimerkiksi mielenterveyspalvelujen tarpeeseen ei ole välttämättä kyetty vastaamaan riittävästi, sillä mielenterveysperusteisten työkyvyttömyyseläkkeiden ja sairauspäivärahojen kustannukset ovat paikka paikoin suuret.

Sairastavuuden alue-erot ovat pysyneet

Sairastavuudessa on edelleen selviä alueellisia eroja. Ennenaikaisen kuolleisuuden vuoksi menetettyjen elinvuosien määrä on kuitenkin vähentynyt kaikilla alueilla. Suomessa elinajanodote on EU:n keskiarvoa korkeampi, mutta sukupuolten välisistä eroista ei elinajanodotteessa ole päästy eroon. Sairastavuuteen vaikuttavien riskitekijöiden vahvuus vaihtelee eri väestöryhmissä, mikä ylläpitää eroja myös elinajanodotteessa.

Osa sairauksien riskitekijöistä on selvästi vähentynyt, mutta lihavuus ja ylipaino korostuvat entisestään. OECD:n mukaan 20 prosenttia suomalaisista on lihavia, kun EU:n keskiarvo on 15 prosenttia. Väestön terveyden edistämistä ja sairauksien ehkäisyä koskevia hyviä käytäntöjä on levitetty ja juurrutettu Suomessa monin tavoin, muun muassa hallituksen Edistetään terveyttä ja hyvinvointia sekä vähennetään eriarvoisuutta -kärkihankkeessa vuosina 2017–2018.

Henkilöstöpula näkyy ongelmina palvelujen saatavuudessa

Vaikka sosiaali- ja terveysalan ammattioikeuksia on myönnetty aiempaa useammalle, vaivaa etenkin julkista sosiaali- ja terveydenhuoltoa krooninen henkilöstöpula, mikä heijastuu ongelmina perustason palvelujen saatavuudessa. Erikoissairaanhoidossa henkilöstöpulaa on joillakin erikoisaloilla. Erityisosaamista tarvitaan myös perustasolla, kun väestön palvelutarve kasvaa. Suomessa erityisesti sairaanhoitajien määrä on kansainvälisesti tarkasteltuna korkea, mutta esimerkiksi kotihoitoon on vaikea saada ammattitaitoista henkilöstöä. Myös sosiaalihuollon erityisosaajista on pulaa. Valtiovarainministeriön mukaan sosiaali- ja terveydenhuollossa tarvitaan 2030-luvun puoliväliin mennessä noin 200 000 uutta työntekijää.

Yhä useampi käyttää sähköisiä palveluja

Alueilla on käytössään vaihteleva määrä erilaisia potilas- ja asiakastietojärjestelmiä. Mitä useampia tietojärjestelmiä alueella on käytössä, sitä monimutkaisempaa, työläämpää ja kalliimpaa on ylläpitää ja kehittää järjestelmien yhteensopivuutta. Hoidon eri tasoilla käytetään myös usein eri tietojärjestelmiä. Teknologian kehittyminen on tukenut palvelujen saatavuutta ja toteutusta, mutta varsinaisia sähköisiä asiointikäyntejä tehdään edelleen hyvin vähän. Ikääntyneiden palveluissa teknologia on kuitenkin jo tuonut monenlaisia lisähyötyjä.

Puolet suomalaisista aikuisista käytti Omakantaa vuonna 2018 ja samana vuonna palvelun kautta lähetettiin yli kuusi miljoonaa sähköisen lääkemääräyksen uusimispyyntöä. Julkisrahoitteisesti tuettuja palveluja, kuten Omaolo ja Päivystysapu 116 117, käytetään monilla alueilla omien palvelujen tukena.

Tiedolla johtamisen edellytykset ovat lähtökohtaisesti Suomessa hyvät, mutta esimerkiksi sosiaalityöstä ei vielä saada valtakunnallista tietoa.

Kuntien tiukka talustilanne pakottaa etsimään uusia keinoja tuottavuuden kohentamiseen

Vuonna 2018 kuntien talous heikkeni selvästi, mikä heikentää kuntien kykyä rahoittaa väestön sosiaali- ja terveyspalveluja. Kunnista vain noin kolmasosan talous oli tasapainossa, kun talustilannetta arvioidaan vuosikatteiden ja poistojen perusteella. Kuntien heikko taloudellinen tilanne ja väestön kasvavat palvelutarpeet ovat yhtälö, jossa erityisesti pienillä kunnilla on hyvin vähän liikkumavaraa.

Kuntien tiukkeneva talous on pakottanut parantamaan palvelujen tuottavuutta ja keventämään palvelurakennetta lisäämällä avo-, etä- ja liikkuvia palveluja.

Ennustelaskelmien mukaan sosiaali- ja terveyspalvelujen vuotuiset kustannukset kasvavat eniten niillä alueilla, joihin väestö keskittyy. Koko maan sosiaali- ja terveyspalvelujen kustannusten ennustetaan kasvavan vuoteen 2030 mennessä noin 17 prosenttia.

Väestön ostovoimaan suhteutetut asukaskohtaiset terveydenhuollon menot ovat Suomessa lähellä OECD-maiden keskitasoa, mutta muita Pohjoismaita pienemmät.

Kunnat ja kuntayhtymät ovat tehneet pääosin sairaaloihin kohdistuneita suuria investointeja, jotka on huomioitava kuntatalouden kokonaistarkastelussa. Investoinneilla voi olla sektorirajat ylittäviä vaikutuksia. Vaikka kyse on ennen muuta investoinneista erikoissairaanhoidon, modernit rakennushankkeet voivat tukea myös sosiaali- ja terveydenhuollon perus- ja erityistason integraatiota. Sairaalaverkoston ja eri alueiden roolit elävät yhä päivystysasetuksen myötä. Sairaala on tärkeä tekijän monen alueen elinvoimalle.

Kuntayhtymien rooli järjestämisessä on kasvanut

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmä on erittäin hajautunut, vaikka peruspalvelujen järjestäjien määrä on viime vuosina vähentynyt. Väestöstä merkittävä osa asuu suurissa kaupungeissa, jotka järjestävät ja tuottavat suuren osan palveluista itse. Monet kunnat ovat siirtäneet järjestämisvastuun kuntayhtymälle.

Vaikka palvelujärjestelmä on pirstaleinen, myönteistä on, että useat alueet ovat integroineet perus- ja erityistason palvelut. Hallinnollinen integraatio on hyvä alku, mutta vasta toiminnallinen integraatio takaa sujuvat palveluketjut ja -kokonaisuudet.

Palvelujen tuotannossa, etenkin ikääntyneiden ja vammaisten palveluissa, korostuu yksityinen tuotanto. Perusterveydenhuollossa ja suun terveydenhuollossa on tehty ulkoistuksia, mutta niiden osuus palvelutarjonnasta on melko pieni. Työterveyshuollon rooli työikäisten perusterveydenhuollon palvelujen tarjoajana on merkittävä.

Palvelujen saatavuudessa on kipukohtia

Palvelujärjestelmän yksi keskeinen ongelma on perusterveydenhuollon lääkärille pääsy. Vaikka neuvolapalvelut toimivat hyvin, erityisen tuen tarpeessa olevien perheiden palvelujen saatavuudessa on ongelmia. Erikoissairanhoidossa hoitotakuu toteutuu pääsääntöisesti hyvin ja lähetteet käsitellään tehokkaasti.

Ikääntyneet pääsevät palvelutarpeen arviointiin kiireellisissä tilanteissa nopeasti, mutta monet kunnat ja kuntayhtymät ovat tiukentaneet varsinaisten palvelujen myöntämiskriteerejä. Kyselyjen perusteella ikääntyneiden palveluissa on tyydyttymätöntä palvelutarvetta.

Suomessa on yhteinen näkemys siitä, että palveluja tulisi tarjota yhä enemmän asiakkaan kotiin. Palvelujen saatavuudessa ja sisällöissä on edelleen alueellisia eroja. Uudentyyppisten palvelujen kehittämisestä on kuitenkin hyviä esimerkkejä.

Ulkomaalaistaustaiset asettuvat asumaan erityisesti väestökeskittyymiin ja pääkaupunkiseudulle, mikä vaikuttaa palvelujen järjestämiseen näillä alueilla. Ulkomaalaistaustaisista alle puolet ilmoitti saaneensa aina yhteyden terveydenhuoltoon ja päässeensä tutkimuksiin sujuvasti.

Tietoa palvelujen laadusta on vielä vähän

Käytettävissä olevien tietojen perusteella sosiaali- ja terveyspalvelujen laatu on pääsääntöisesti hyvä ja terveyspalvelujen piiriin päässeet asiakkaat ovat tyytyväisiä saamiinsa palveluihin.

Vuonna 2018 valvontaviranomaisten huomio kiinnittyi erityisesti sosiaalihuollon palveluihin, joiden järjestämisessä, tuottamisessa ja ohjauksessa oli ilmeisiä ongelmia. Etenkin ikääntyneiden palveluja koskevien epäkohtailmoitusten ja yhteydenottojen määrät kasvoivat ja niiden myötä lisääntyivät myös vammaispalveluista tehdyt kantelut ja yhteydenotot.

Toimintaympäristöt vaihtelevat

Palvelujärjestelmän tarkastelussa on otettava huomioon, että alueiden toimintaympäristöt eroavat toisistaan ja palvelurakenteet heijastelevat aikaisemmin tehtyjä päätöksiä.

Palvelujärjestelmään kohdistuu merkittäviä muutospaineita, joista osaan kyetään löytämään alueellisia ratkaisuja. Tulevaisuuden sote-keskus -ohjelma tukee palvelujen alueellista kehittämistä.

Kansalliset päätökset merkitsevät sitä, että esimerkiksi henkilöstöön liittyvät ja muut järjestämiseen kohdistuvat paineet eivät tulevana vuosina vähene.



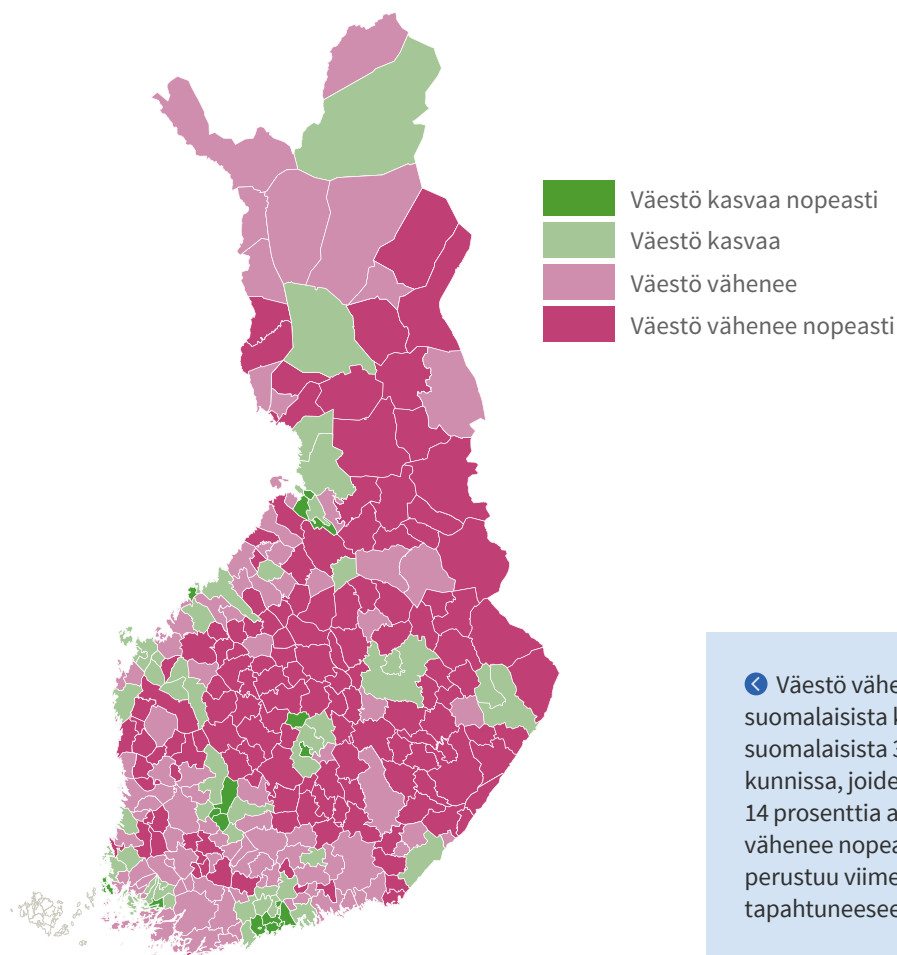
Väestö- ja toimintaympäristö

Suomen väestönkasvu keskittyy vain muutamalle alueelle, ja vuonna 2030 joka neljäs suomalainen on yli 65-vuotias. Vaikka väestön terveydentila on parantunut, alueiden väliset ja sosioekonomisten ryhmien väliset erot eivät ole kehittyneet myönteiseen suuntaan. Palveluja järjestää Suomessa edelleen suuri joukko kuntia ja kuntayhtymiä, jotka eroavat toisistaan väestömäärän ja -rakenteen mukaan. Työvoimapula vaivaa tavalla tai toisella käytännössä kaikkia alueita.

Väestö kasvaa vain muutamalla alueella

Suomessa asui vuoden 2018 lopussa noin 5,5 miljoonaa ihmistä. Väestö on kasvanut kymmenessä vuodessa noin 166 000 hengellä. Viime vuosina väestönkasvu on kuitenkin hidastunut. Syntyvyys on vähentynyt ja kuolleisuus kasvanut, ja vuodesta 2016 lähtien kuolleisuus on ylittänyt syntyvyyden. Väestö on kasvanut kuuden sairaanhoidopiirin alueella ja vähentynyt neljällätoista alueella vuodesta 2009. Maan sisäinen muuttoliike kohdistuu pääosin suuriin kaupunkeihin sekä näiden ympäriskuntiin. Ulkomaalaistaustaisten osuus väestöstä on kasvamassa. Eniten ulkomaalaistaustaisia asuu Helsingissä ja Uudellamaalla, vähiten Etelä-Pohjanmaalla. Ulkomaalaistaustaiset asettuvat asumaan lähinnä tiheästi asutuille kaupunkiseuduille. Tilastokeskuksen väestöennusteen mukaan väestö kasvaa vuoteen 2030 mennessä vain Helsingissä ja Uudellamaalla, Pirkanmaalla sekä Varsinais-Suomessa. Suhteellisesti eniten väestö vähenee Itä-Savon, Kainuun, Kymenlaakson ja Länsi-Pohjan alueella.

Kuvio 1: Väestön kehitys kunnittain





Vuonna 2030 useampi kuin joka neljäs suomalainen on yli 65-vuotias

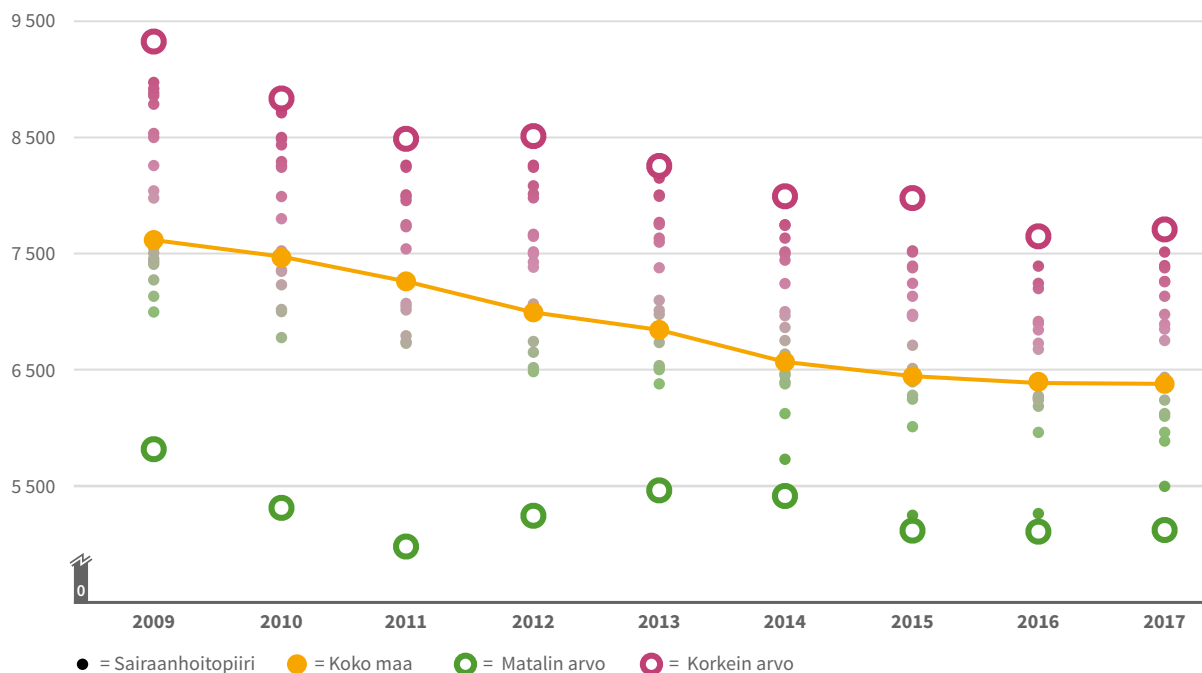
Euroopan unionin tilastotoimiston (Eurostat) mukaan Suomi on yksi EU:n nopeimmin ikääntyvistä maista. 65 vuotta täyttäneiden osuus oli vuonna 2018 lähes viisi prosenttiyksikköä suurempi kuin kymmenen vuotta sitten. Vähiten 65 vuotta täyttäneitä oli Helsingissä ja Uudellamaalla (17 %) ja eniten Itä-Savossa (32 %). Väestöennusteen mukaan ikääntyneiden osuus jatkaa kasvuaan; vuonna 2030 useampi kuin joka neljäs suomalainen on yli 65-vuotias. Ikäryhmän koko kasvaa eniten Helsingin ja Uudenmaan alueella, jossa ennusteen mukaan 65 vuotta täyttäneiden määrä kasvaa yli 90 000 hengellä.

Suomi sijoittuu syntyvyydeltään alimman kymmenen maan joukkoon EU:ssa (Eurostat). Myös kokonaishedelmällisyysluku on historiallisen matala. Vuonna 2018 syntyi enää 47 577 vauvaa, lähes 13 000 vauvaa vähemmän kuin kymmenen vuotta aiemmin. Elävänä syntyneiden määrä on alimmillaan sitten 1860-luvun lopun nälkävuosien. Lasten ja nuorten osuus on pienentynyt kaikilla alueilla verrattuna vuoteen 2009 ja pienenee edelleen. Ennusteen mukaan vuonna 2030 noin joka seitsemäs suomalainen on iältään 0–15-vuotias.

Työikäisten ja ei-työikäisten määrän suhdetta kuvaava väestöllinen huoltosuhde heikkenee. Työikäisten osuuden pieneneminen vähentää työterveyshuollon piirissä olevien osuutta ja siirtää kysynnän painetta julkisesti rahoitettuihin sosiaali- ja terveyspalveluihin. Väestön ikääntyminen haastaa paitsi julkisen talouden kantokyvyn, myös sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön saatavuuden.

Kuvio 2: Ennen 80. ikävuotta tapahtuneiden kuolemien aiheuttama elinvuosien menetys vuosina 2009–2017

Lukumäärä / 100 000 asukasta



Menetettyjen elinvuosien määrä on vähentynyt tasaisesti lähes kaikilla alueilla. Koko maan kehitystä kuvataan viivalla, alueita ympyröillä. Menetetty elinvuodet on yksi tärkeimmistä väestön terveydentilan kehitystä kuvaavista indikaattoreista. Yläkäräjän valinta perustuu suomalaisten elinajanodotteeseen, joka on noin 80 vuotta. Menetettyjen elinvuosien määrä on suhteutettu alueen väestöön ja ilmoitetaan lukumääränä sataatuhatta asukasta kohden.

Väestön terveydentila on parantunut, alueelliset erot sitkeitä

Väestön terveydentila on kohentunut, kun tarkastellaan ennenaikaisen kuolleisuuden vuoksi menetettyjen elinvuosien määrää (kuvio 2). Ennenaikaisena pidetään kuolemaa, joka tapahtuu ennen henkilön 80. ikävuotta. Koko



maassa menetettiin 6 321 elinvuotta sataatuhatta henkeä kohden, lähes viidennes vähemmän kuin vuonna 2009. Alueiden välillä on huomattavia eroja, jotka eivät suoraan selity eroilla väestön ikärakenteessa tai koossa. Eniten elinvuosia menetettiin Etelä-Savossa (7 720) ja vähiten Vaasan sairaanhoitopiirin alueella (5 149). Menetettyjen elinvuosien määrä on kuitenkin vähentynyt tasaisesti lähes kaikilla alueilla.

Sairastavuus kasautuu erityisesti niille Itä- ja Pohjois-Suomen alueille, joissa myös ikääntyneiden osuus on suuri. THL:n ikävakiomaton sairastavuusindeksi (2016) kuvaa alueiden palvelujärjestelmän kohtaamaa todellista sairaustaakkaa. Vähiten sairastavuutta on Helsingissä ja Uudellamaalla, eniten Pohjois-Savossa. Vaihtelua on myös alueiden sisällä; pääosin väestö on terveintä alueiden keskuskaupungeissa ja sitä ympäröivissä kunnissa. Sosiaali- ja terveyspalvelujen laskennallinen tarve oli vuonna 2017 suurin itäisen Suomen alueilla (THL. Tarvevakioidut menot).

Väestöään menettävät kunnat muodostavat kuntayhtymiä

Suomessa sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä perustasolla vastaavat kunnat, kuntayhtymät ja vastuukuntamallilla toimivat yhteistoiminta-alueet. Vajaat puolet suomalaista asuu sellaisen kunnan alueella, joka järjestää sosiaali- ja terveyspalvelut omana toimintana (48,4 %). Kuntayhtymien alueella asuu vajaa kolmasosa suomalaisista (29,9 %) ja vastuukuntamallin mukaisilla yhteistoiminta-alueilla reilu viidesosa (21,8 %) suomalaisista (Parhiala, 2019).

Väestösuuksia ja järjestämismalleja voidaan tarkastella myös hyödyntämällä esimerkiksi valtiovarainministeriön Peruspalvelujen tila -raportoinnissa käytettyä kuntaluokittelua. Luokittelijassa kunnat on jaettu suuriin kaupunkeihin, kaupunkimaisiin kuntiin, taajaan asuttuihin kuntiin sekä maaseutumaisiin kuntiin. Luokittelussa on myös tarkasteltu kunnan väestömuutosta, jolloin kunnat on luokiteltu nopeasti kasvaviin, kasvaviin, nopeasti taantuviin, väestöään menettäviin ja nopeasti väestöään menettäviin kuntiin. Kun tarkasteluun otetaan mukaan kuntien erilaiset järjestämismallit, havaitaan, että lähes kolmasosa (30,8 %) suomalaisista asuu kasvavassa kunnassa, joka järjestää palvelut omana toimintana. Toinen iso ryhmä muodostuu väestöään menettävistä kunnista, jotka ovat siirtäneet järjestämisvastuun kuntayhtymälle. Suomalaisista vajaa viidesosa (19,4 %) asuu tällaisen kunnan alueella.

Kuntien lukumäärissä mitattuna väestöään menettävät maaseutumaiset kunnat, jotka ovat siirtäneet järjestämisvastuun kuntayhtymälle, muodostavat selkeän ryhmän, 36 prosenttia kaikista Suomen kunnista. Näiden kuntien yhteenlaskettu väestömäärä on kuitenkin vain 5,7 prosenttia Suomen väestöstä. Kansallisen ohjauksen kannalta vaarana on, että muodostuu entistä polarisoituneemmin kasvavien kunta- ja kaupunkikeskusten ryhmä sekä ryhmä laajoja kuntayhtymiä, jotka muodostuvat pienistä, väestöään voimakkaasti menettävistä kunnista. Mainitut kuntaryhmät poikkeavat toisistaan myös väestörakenteeltaan ja huoltosuhteeltaan, mikä aiheuttaa palvelujen järjestäjille erisuuntaisia paineita.

Omakantaa käytetään paljon

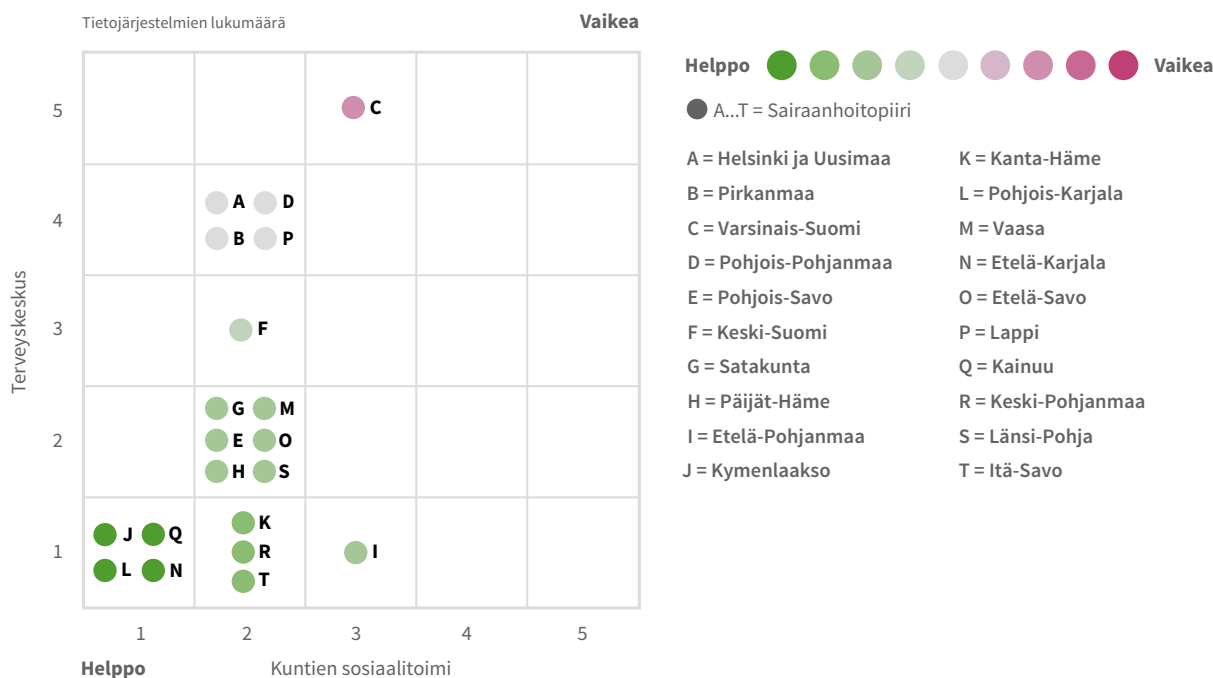
Alueilla on käytössä vaihteleva määrä sähköisiä asiakas- ja potilastietojärjestelmiä (kuvio 3). Vuonna 2017 Suomen sairaanhoitopiirien alueista yhdeksässä kaikki kunnat ja kuntayhtymät käyttivät samaa asiakas- ja potilastietojärjestelmää perusterveydenhuollossa. Seitsemällä alueella oli käytössä 2–3 eri järjestelmää ja viidellä alueella 4–5 järjestelmää (Jormanainen, Parhiala & Reponen, 2019). Sosiaalihuollossa viiden sairaanhoitopiirin alueella kaikkien kuntien käytössä oli sama asiakastietojärjestelmä. Kolmentoista sairaanhoitopiirin alueella kunnilla oli käytössä kaksi eri asiakastietojärjestelmää, ja kolmella sairaanhoitopiirialueella oli käytössä 3–4 eri järjestelmää (Jormanainen, Rötsä & Parhiala, 2019). Sähköisten tietojärjestelmien integraatoratkaisut ja ylläpito ovat kalliita. Useiden eri järjestelmien ylläpito alueella tarkoittaa myös koulutukseen suunnattujen resursien suurempaa määrää.

Lähes puolet suomalaisista aikuisista käytti kansalaisille suunnattua verkkopalvelua Omakantaa vuonna 2018. Omakannan kautta lähetettiin yli kuusi miljoonaa sähköisen lääkemääräyksen uusimispyyntöä. (Jormanainen ym., 2019.) Myös julkisesti tuetut palvelut kuten Omaolo ja Päivystysapu 116 117 on otettu palvelutarjonnan tueksi monilla alueilla.

Alueiden tietojohtamisen edellytykset ovat lähtökohtaisesti Suomessa hyvät, mutta edelleen on sektoreita, esimerkiksi sosiaalipalvelut, joilta valtakunnallista tai alueellista tietoa ei saada käytännössä lainkaan. Kirjaamiskäytäntöjen erot vaikeuttavat alueiden välisen vertailukelpoisen tiedon käyttöä.



Kuvio 3: Sähköisten asiakas- ja potilastietojärjestelmien määrät alueittain 2017



Useiden eri asiakas- ja potilastietojärjestelmien ylläpito ja käyttö alueilla heikentää toiminnallisen integraation edellytyksiä. Tilanne on sitä vaikeampi, mitä useampia eri järjestelmiä alueella on käytössä.

Henkilöstön määrä on kasvanut

Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden määrä lisääntyi 2010–2018. Vuonna 2018 457 000 henkilölle työikäisistä oli myönnetty ammatinharjoittamisoikeus sosiaali- ja terveydenhuollossa, kun määrä oli 335 700 vuonna 2010. Tämä ei anna täysin oikeata kuvaa muutoksesta, koska merkittävä osa kasvusta liittyy lainsäädäntömuutoksiin. Esimerkiksi sosiaalihuollon ammattihenkilöt kirjattiin vasta vuodesta 2016 lähtien Valviran ammattihenkilörekisteriin. Vuodesta 2017 vuoteen 2018 lisäystä oli noin 4 prosenttia. Terveyden- ja sosiaalihuollon ammattihenkilöiden määrä väestöön suhteutettuna oli osittain jakautunut tasaisesti maakunnittain. Osassa ammattiryhmissä erot maakuntien välillä olivat kuitenkin kaksin- tai kolminkertaisia väestöön suhteutettuna. (THL, 2020)

Tulevaisuuden haasteena on saada ammattitaitoista henkilöstöä erityisesti ikääntyvien palveluihin. Vuonna 2018 terveydenhuollon lähihoitajia oli 173 000 ja määrä on lisääntynyt noin 10 000:lla vuosittain 2010–2018. Lisäksi sosiaalihuollossa työskenteleviä lähihoitajia oli 166 000 vuonna 2018. Huolena on, ettei määrä riitä ja jakaudu tarpeen mukaan, ja alueellinen eriarvoisuus palveluiden suhteen kasvaa jatkossakin.

Uusia ammattioikeuden saaneita oli vuonna 2018 yli 26 000 kun eläköityviä oli runsas 6000 (THL, 2020). Työntekijöiden eläköityminen ei ole ollut vielä ongelma, mutta ennusteiden mukaan kuntien lisätyöntarve sosiaali- ja terveydenhuollon tehtävissä kasvaa kuitenkin jyrkästi vuoteen 2035 mennessä työntekijöiden eläköitymisen ja hoitotarpeen lisääntyessä (Valtiovarainministeriö, 2020).

Suomessa on 302 asukasta lääkäriä kohden, kun taas EU-maissa on 311 asukasta. Sen sijaan sairaanhoitajaa kohden Suomessa on 69 asukasta, kun EU-maissa luku on 135 (WHO, 2019).



Työntekijät siirtyvät yksityiselle sektorille

Sosiaali- ja terveyspalveluissa työskenteli vuoden 2014 lopussa 385 482 henkilöä, mikä on 17 prosenttia Suomessa työssäkäyvistä. Heistä 47 prosenttia työskenteli terveyspalveluissa ja 53 prosenttia sosiaalipalveluissa. Yksityisen sektorin ja järjestöjen henkilöstö on 2000-luvulla kasvanut nopeammin kuin julkisen sektorin henkilöstö. Sosiaalipalvelujen henkilöstöstä jo kolmasosa työskenteli yksityisellä sektorilla vuonna 2014, kun vuonna 2000 osuus oli noin viidennes. Terveyspalvelujen henkilöstöstä yksityisellä sektorilla työskentelevien osuus lisääntyi 17 prosentista 22 prosenttiin vuosina 2000–2014. (THL, 2018)

Ulkomaalaisten osuus sosiaali- ja terveyspalvelujen henkilöstöstä oli vuonna 2014 vielä suhteellisen pieni. Syntyperältään muita kuin suomalaisia työskenteli sosiaali- ja terveyspalveluissa 4,6 prosenttia (17 755 henkilöä). (THL, 2020)

Osassa sairaanhoitopiirien alueilla pulaa työntekijöistä

Vuoden 2018 aikana joidenkin sairaanhoitopiirien alueilla sosiaali- ja terveydenhuoltohenkilöstön määrä kasvoi, mutta suuremmissa osassa se väheni. Sote-henkilöstön vähenevää trendiä jatkossakin ennakoi järjestäjien ja tuottajien tavoitteet vähentää henkilötyövuosia usean sairaanhoitopiirin alueella vuonna 2019.

Samanaikaisesti henkilöstön saatavuudessa oli ongelmia. Sosiaalityön erityisasiantuntijat, kuulontutkijat ja puheterapeutit sekä yleislääkärit olivat vuonna 2019 syksyllä kootun ammattibarometrin listan viiden ammattiryhmän joukossa, joista on eniten työvoimapulaa. Sairaanhoitopiirit raportoivat pulaa myös useista muista ammattiryhmistä kuten erikoislääkäreistä, ylilääkäreistä, sairaanhoitajista, lähihoitajista, hammaslääkäreistä, suuhygienisteistä, röntgenhoitajista, bioanalyytikoista ja psykologeista. Vajeet eri ammattiryhmissä vaihtelivat alueittain. Terveyskeskuslääkärivaje oli yhden sairaanhoitopiirin alueella lähes 20 prosenttia. Vaikka lääkäreiden kokonaismäärä on viime vuosina kasvanut, on terveyskeskusten lääkärivaje pysynyt vuosina 2013–2018 noin 4–6 prosentissa (VM, 2020). Vajetta selittää se, että yhä useampi lääkäri on viime vuosina sijoittunut erikoissairaanhoidon, yksityiselle sektorille ja työterveyshuoltoon (VM, 2020).

Sosiaali- ja terveystalouden rahoitus ja kustannukset

Vuonna 2018 kuntien järjestämävastuulla olevien sosiaali- ja terveystalouden kustannukset (18,3 miljardia euroa) kasvoivat 2,9 prosenttia edellisvuodesta. Sosiaali- ja terveystalouden osuus kuntien käyttötalouden nettokustannuksista on lähes 60 prosenttia. Väestön palvelutarpeisiin suhteutettuna asukaskohtaiset sote-kustannukset olivat vuonna 2017 pienimmät Pohjois-Karjalassa ja suurimmat Lapissa. Sosiaali- ja terveystalouden kustannusten ennustetaan kasvavan koko maassa 17 prosenttia vuoteen 2030 mennessä. Suurinta kustannusten kasvuennuste on Helsingin ja Uudenmaan alueella. Ikääntyvän väestön sosiaali- ja terveystalouden käytöstä aiheutuvien kustannusten rahoittamista on vaikeuttanut kuntien talouden voimakas heikkeneminen, joka jatkui vuonna 2019. Lisäksi suunnitellut ja käynnissä olevat sairaala- ja muut sote-sektorin rakennushankkeet kasvattavat merkittävästi kuntien rahoitusvastuita.

Sosiaali- ja terveystalouden kustannusten kasvuvauhti nopeutunut vuodesta 2017

Kuntien sosiaali- ja terveystalouden nettokäyttökustannukset olivat vuonna 2018 yhteensä 18,3 miljardia euroa, keskimäärin 3 319 euroa asukasta kohti. Kustannukset vaihtelivat Helsingin ja Uudenmaan alueen 2 888 euron ja Itä-Savon 4 510 euron välillä.

Sosiaali- ja terveystalouden asukaskohtaiset nettokäyttökustannukset pysyivät vuoden 2015 jälkeen lähes ennallaan, mutta vuonna 2018 ne kasvoivat edellisvuoteen verrattuna 2,9 prosenttia (Tilastokeskus. Kuntatalous, 2018). Erikoissairaanhoidon osuus sosiaali- ja terveystalouden kokonaiskustannuksista oli suurin, vajaat 38 prosenttia, ja perusterveydenhuollon osuus toiseksi suurin. Kunnat käyttivät erikoissairaanhoidon nettona 6,9 miljardia euroa ja perusterveydenhuoltoon 3,3 miljardia euroa.

Tarvekioidut menot pienimmät Pohjois-Karjalassa ja suurimmat Lapissa

Sosiaali- ja terveydenhuollon menot vaihtelevat sairaanhoitopiireittäin palvelutarpeiden (ikä, sukupuolirakenne, sairastavuus, sosioekonominen asema) mukaan. Palvelutarpeet ovat suurimpia itäisen Suomen alueilla. Pienintä palvelutarve on Helsingin ja Uudenmaan alueella, 12 prosenttia keskimääräistä pienempää (THL. Tarvekioidut menot).

Tarvekioituna sosiaali- ja terveydenhuollon menot olivat vuonna 2017 pienimmät Pohjois-Karjalassa, seitsemän prosenttia maan keskitasoa alhaisemmat. Väestön palvelutarve huomioituna menot olivat korkeimmat Lapissa, missä ne olivat 11 prosenttia keskimääräistä suuremmat. (THL. Tarvekioidut menot.)

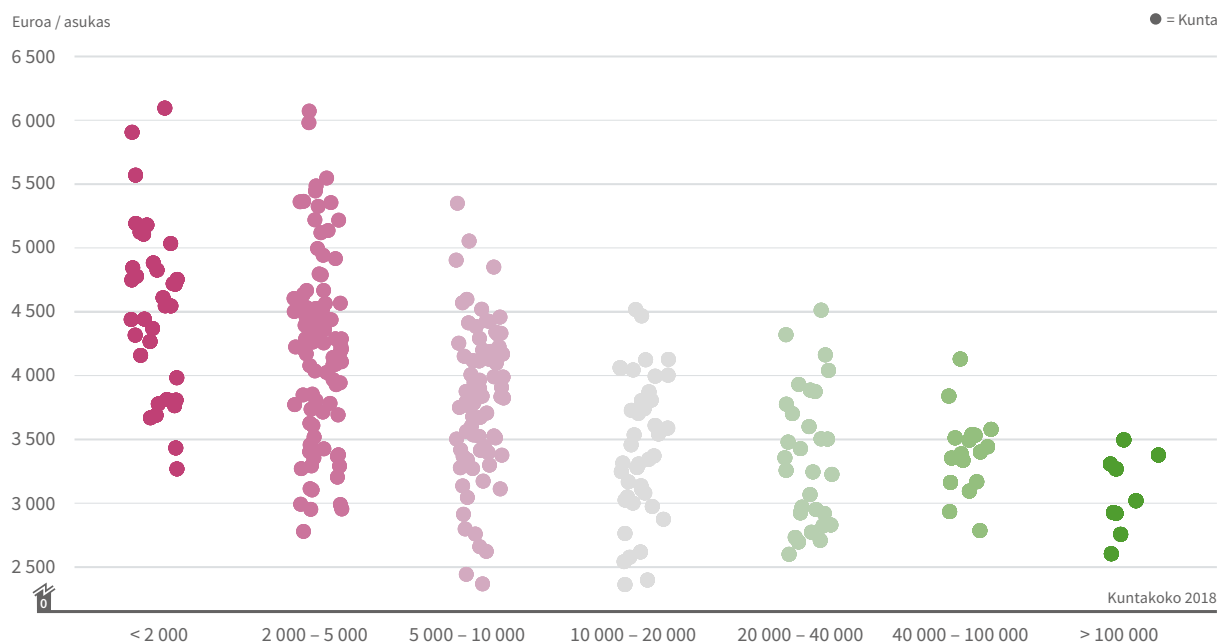
Sosiaali- ja terveystalouden kustannusten kasvuennuste suurin Helsingin ja Uudenmaan alueella

THL:n ennustelaskelmien mukaan sosiaali- ja terveystalouden vuotuiset kustannukset kasvavat eniten alueilla, joissa väestönkasvu on koko maata suurempaa ja joihin väestö keskittyy. Kuluvalle vuosikymmenellä väestönkasvu keskittyy Helsingin ja Uudenmaan, Pirkanmaan sekä Varsinais-Suomen alueille. Muilla alueilla väestökehityksen ennuste vuoteen 2030 mennessä on laskeva. Ikääntyneiden määrä sen sijaan kasvaa vastaavalla ajankaksolla kaikilla alueilla. Ikääntyneiden eli 65 vuotta täyttäneiden määrän ennustetaan kasvavan voimakkaimmin Uudellamaalla, noin 35 prosenttia.

Koko maan sosiaali- ja terveystalouden kustannusten ennustetaan kasvavan vuoteen 2030 mennessä noin 17 prosenttia (sairaanhoitopiirit 0,9–27 %). Kaikilla alueilla ikääntyneiden palvelujen kustannusten ennustetaan kasvavan eniten (koko maassa 50 %). Kustannusten kasvuennuste on suurinta Helsingin ja Uudenmaan alueella.

Voimakkaasti heikentynyt kuntatalous uhkaa rahoituksen riittävyyttä

Kuntien talous heikkeni vuonna 2018 selvästi. Tämä on heikentänyt myös kuntien kykyä rahoittaa väestön sosiaali- ja terveystaloutta, joiden osuus kuntien käyttötalouden nettomääräisistä kokonaiskustannuksista on noin 58 prosenttia.


Kuvio 4: Sosiaali- ja terveydenhuollon kustannusten vaihtelu eri kuntaluokissa 2018


Asukasta kohden lasketut sosiaali- ja terveydenhuollon kustannukset vaihtelevat enemmän väkiluvultaan pienten kuntien luokissa kuin suurissa.

Vuonna 2018 kuntien verotulot vähenivät 0,5 prosenttia edellisvuodesta. Vuosikate heikkeni kaikissa kuntakokoryhmissä, mutta suhteellisesti se pieneni vähiten yli 100 000 asukkaan kunnissa. Negatiivisen vuosikatteen kuntia oli 43, kun vuotta aikaisemmin niitä oli ollut neljä. Yli 200 kunnassa vuosikate ei riittänyt kattamaan poistoja. Vuosikate-poistot-mittarilla tarkasteltuna kunnista noin kolmasosa oli taloudeltaan tasapainossa, kun edellisenä vuotena tasapainossa oli ollut yli 80 prosenttia kunnista. Tilikauden tulos oli negatiivinen kymmenessä sairaanhoitopiirissä, vuotta aikaisemmin kolmessa sairaanhoitopiirissä. (VM, 2019.) Manner-Suomen kuntien ja kuntayhtymien vuoden 2019 tilinpäätösarviotietojen mukaan kuntatalouden heikkeneminen jatkui vuonna 2019 toimintamenojen ja lainakannan kasvaessa (Kuntarahoit. Suhdanekatsaus 4.12.2019, Tilastokeskus. Kuntatalous neljännesvuosittain. 4. vuosineljännes 2019).

Sairaalainvestoinnit ennätysellisellä tasolla

Sosiaali- ja terveydenhuollon merkittävä investointien kasvu heijastuu osaltaan kuntien lainakannan kasvussa. Vaikka vuonna 2016 voimaan tulleen rakennusinvestointien rajoituslain mukaan yli viiden miljoonan euron investointeihin on vaadittu sosiaali- ja terveysministeriöltä poikkeuslupa, on sosiaali- ja terveydenhuollon toimialalla terveys- ja hyvinvointikeskus- sekä sairaalainvestointeihin myönnetty lupia lähes neljän miljardin euron arvosta. Maakuntien tilakeskuksen vuoden 2018 alussa tekemän selvityksen mukaan sairaanhoito- ja erityishuoltopiireillä oli käynnissä tai suunnitteilla rakennushankkeita kaikkiaan noin viiden miljardin euron arvosta. Lisäksi kunnissa on käynnissä lukuisia soteen liittyviä investointeja. Suurimmat yksittäiset käynnissä olevat sairaalainvestoinnit ovat miljardiluokan hankkeita, kuten Oulussa uuden yliopistosairaalan rakentaminen, jonka kustannusarvio on yli 900 miljoonaa euroa.

Heikkenevä kuntatalous pakottaa kustannusten hillintään ja kulujen karsintaan

Tulevina vuosina edelleen tiukkeneva taloustilanne yhdistettynä ikääntyvän väestön kasvaviin palvelutarpeisiin pakottaa kuntia yhä aktiivisemmin sopeuttamaan talouttaan, kuten korottamaan tulo- ja kiinteistöveroprosenttejaan, kehittämään palveluverkkoaan ja tuottamaan palveluja uusilla tavoilla tuottavuuden parantamista tavoitellen (VM, 2020). Monissa kunnissa ja sote-kuntayhtymissä on käynnistetty tai ollaan käynnistämässä myös laaja-alaisia yt-neuvotteluja talouden tasapainottamiseksi.



Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen

Kuntien hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen koordinaation ja johtamisen rakenteet ovat kehittyneet suotuisasti. Järjestöillä on keskeinen rooli kuntien asukkaiden hyvinvoinnin ja terveyden edistämässä. Väestön hyvinvoinnin ja terveyden kokemukset vaihtelevat maan eri osissa ja eri ikäryhmissä. Pääosa nuorista on tyytyväisiä elämäänsä, mutta tästä huolimatta yhä suurempi osuus yläkouluikäisistä tuntee olonsa ahdistuneeksi ja terveydentilansa heikentyneeksi. Koko väestöä ja sote-palvelujärjestelmää haastaa kaikissa ikäluokissa yleistävä ylipainoisuus ja lihavuus. Väestötasolla tupakointi on vähentynyt, mutta erityisesti nuorten miesten nuuskankäyttö on yleistynyt.

Hyte-koordinaation ja johtamisen rakenteet kehittyneet myönteisesti

Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen rakenteet vaihtelevat maan eri alueilla, mutta kokonaisuutena eri hallinnonalojen yhteisen koordinaation ja johtamisen rakenteet ovat kehittyneet myönteisesti (THL, 2019a). Kuntien johdolle suunnatun hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä koskevan kyselyn mukaan 83 prosentissa kunnista on nimetty hyte-asioiden koordinoijasta vastaava henkilö (sairaanhoitopiirien alueilla 39–100 prosentissa). Lakisääteisen laajan hyvinvointikertomuksen on hyväksynyt 94 prosenttia kunnista. Kunnista hieman vajaat kaksi kolmasosaa (sairaanhoitopiirien alueilla 33–85 %) on raportoinut valtuustolle väestöryhmien välisiä terveyseroja. Vuoden 2015 jälkeen kuntalaisten mahdollisuuksia osallistua ja vaikuttaa palvelujen kehittämiseen on lisätty yhä useammassa kunnassa. Vuonna 2019 yli kaksi kolmasosaa kunnista kertoi verkkosivuillaan osallistumisen ja vaikuttamisen mahdollisuuksista.

Järjestöillä keskeinen rooli alueiden hyte-kumppaneina

Sosiaali- ja terveystalvan järjestöt ovat keskeisiä kuntien hyte-kumppaneita, ja niillä on tärkeä rooli väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistämässä. Järjestöt ovat olleet aktiivisesti mukana myös maakunnallisten rakenteiden valmistelussa. Sosiaali ja terveys ry:n (SOSTE) mukaan Suomessa on noin 10 000 rekisteröityä sosiaali- ja terveystalvan yhdistystä. Määrä vaihtelee alueittain Kainuun noin 200 yhdistyksestä Helsingin ja Uudenmaan alueen 1 700 yhdistykseen. Sosiaali- ja terveystalvayhdistyksistä noin neljä viidestä toimii pelkästään vapaaehtoisvoimin.

Sosiaali- ja terveystalvayhdistysten avustuskeskus (STEA) hallinnoi sosiaali- ja terveystalvayhdistysten yleishyödylliseen, terveyttä ja hyvinvointia edistävään toimintaan kohdistuvia avustuksia. STEA:n avustetun toiminnan strategisena tavoitteena on muun muassa vähentää eriarvoisuutta sekä lisätä yhdenvertaisuutta ja osallisuutta. Vuonna 2018 STEA myönsi kohdennettuja toiminta-avustuksia ja hankeavustuksia kaikkiaan 269,3 miljoonan euron verran.

Väestön hyvinvoinnin ja terveyden kokemukset eriytyneitä – ahdistusta kokevia nuoria yhä enemmän

Väestön kokemukset elämänlaadusta vaihtelevat maan eri osissa. FinSote-tutkimuksen mukaan elämänlaatunsa hyväksi tuntevia 20–64-vuotiaita on suhteellisesti eniten Helsingin ja Uudenmaan alueella (69 %) ja vähiten Keski-Pohjanmaalla (56 %). Helsingin ja Uudenmaan alueella neljä viidestä uskoo jaksavansa työskennellä eläkeikään asti, kun taas Pohjois-Karjalassa joka kolmas uskoo, ettei jaksa työskennellä niin pitkään. Sen sijaan Helsingin ja Uudenmaan alueella yläkouluikäisten nuorten henkinen pahoinvointi on monella mittarilla arvioituna yleistä.

Kouluterveyskyselyjen mukaan pääosa lapsista ja nuorista ovat tyytyväisiä elämäänsä, mutta kohtalaista tai vaikeaa ahdistuneisuutta kokevien 8. ja 9. luokan oppilaiden sekä lukion 1. ja 2. vuoden opiskelijoiden osuus on kasvanut koko maassa viime vuosina. Samoin terveydentilansa keskitasoisiksi tai sitä heikommaksi kokevien oppilaiden osuus jatkaa edelleen kasvuaan. Joka viides peruskoulun 8. ja 9. luokan oppilas arvioi terveydentilansa keskitasoisiksi tai sitä heikommaksi.

Tupakointi vähentynyt, mutta nuuskankäyttö yleistyy erityisesti nuorilla miehillä

Väestötutkimusten mukaan aikuisväestön terveystalvayhdistyminen on edennyt suotuisaan suuntaan: vapaa-ajan liikuntaa harrastamattomien osuus pienenee, nuorten humalahakuinen juominen vähenee ja tupakointi har-



vinaistuu kaikissa ikäryhmissä. Suomalaisista 20–64-vuotiaista tupakoi päivittäin 15 prosenttia vuonna 2018. Väestöryhmittäiset erot tupakoinnissa ovat kuitenkin edelleen suuret.

Tupakoinnin vähentymisestä huolimatta erityisesti nuorten miesten nuuskan päivittäinen käyttö on yleistynyt. Vuonna 2018 nuuskaa käytti päivittäin 20–64-vuotiaista miehistä viisi prosenttia. Nuuskankäyttö on yleistynyt erityisesti ammatillisissa oppilaitoksissa opiskelevilla nuorilla. Kouluterveyskyselyn mukaan yläkouluissa vajaa kymmenesosa pojista käyttää nuuskaa päivittäin, mutta ammatillisissa oppilaitoksissa päivittäin nuuskaavia poikia on noin viidennes. Ammatillisten oppilaitosten 1. ja 2. vuoden opiskelijoista viidennes on kertonut myös laittomien huumeiden kokeilusta. Yleisimpiä ammatillisten oppilaitosten opiskelijoiden huumekekeilut ovat Helsingin ja Uudenmaan, Pirkanmaan ja Päijät-Hämeen alueilla.

Ylipaino ja lihavuus yleistyvät kaikissa ikäryhmissä

Vuonna 2018 lähes joka neljäs lapsi ja nuori oli ylipainoinen. Lastenneuvoloiden ja kouluterveydenhuollon terveydenhoitokäynteihin perustuvien tietojen mukaan alle kouluikäisistä pojista 25 prosenttia ja tytöistä 15 prosenttia oli ylipainoisia tai lihavia. Vastaava osuus yläkouluikäisillä pojilla oli jo 29 prosenttia ja tytöillä 21 prosenttia. (THL, 2019b.)

20–64-vuotiaasta aikuisväestöstä joka viides on itse ilmoitettujen tietojen perusteella lihava (BMI \geq 30 kg/m²). FinTerveys 2017 -tutkimuksen mukaan yli 30-vuotiaista miehistä 72 prosenttia ja naisista 63 prosenttia oli vähintään ylipainoisia. Lähes joka toinen aikuinen on vyötärölihava, mikä on erityisen haitallista terveydelle. (Koponen ym., 2018.)



Terveydensuojelu

Kansallisen rokotusohjelman toteuttamisessa ja muussa tartuntatautien torjunnassa on alueellisia eroja. Ikääntyneiden influenssarokotuskattavuus on kansallisesti parantunut, mutta se jää edelleen Eurooppaneuvoston 75 prosentin tavoitetasosta. Huumeiden käytön yleistymisestä huolimatta uusien C-hepatiittitartuntojen määrä on pysynyt viime vuosina vakaana. Tartunnoista yli puolet liittyy huumeiden pistoskäyttöön. Antibioottien kulutus on vähentynyt viime vuosina koko maassa, samoin Clostridium difficile -ripulitapaukset ovat vähentyneet yli 20 prosenttia vuodesta 2015.

Ikääntyneiden influenssarokotuskattavuus parantunut

Kansallisen rokotusohjelman toteuttamisessa ja muussa tartuntatautien torjunnassa on suuria alueellisia eroja. Pikkulasten rokotuskattavuus on valtakunnallisella tasolla hyvä, mutta eri rokotusten kattavuuksissa on alueellista vaihtelua. Eniten vaihtelua on ikääntyneiden influenssarokotuksissa ja tyttöjen HPV-rokotuksissa. Kaudella 2017–2018 noin 48 prosenttia 65 vuotta täyttäneistä sai influenssarokotuksen. Rokotuskattavuus on noussut kahdeksan prosenttiyksikköä kauteen 2014–2015 verrattuna. Influenssarokotuskattavuuden noususta huolimatta osuus on alle Eurooppa-neuvoston asettaman 75 prosentin tavoitetaso. Alueellisesti rokotuskattavuus vaihtelee Vaasan alueen 34 prosentista Etelä-Karjalan 57 prosenttiin.

Usealta eri syövältä suojaavat HPV-rokotukset on saanut rokotusohjelman mukaisesti tytöistä koko maassa 59 prosenttia. Kattavuus on matalin Keski-Pohjanmaalla (47 %) ja korkein Pohjois-Savossa (70 %).

Uusien C-hepatiitti-infektioiden määrä pysynyt viime vuosina vakaana

Vuonna 2018 raportoitiin vajaat 1 200 C-hepatiittitartuntaa (ilmaantuvuus 21 / 100 000 asukasta), mikä on lähes edellisvuosien tasoa. Kolmasosa tartunnoista oli Helsingin ja Uudenmaan alueella. C-hepatiittitartuntojen ilmaantuvuudet olivat korkeimmat Länsi-Pohjan (31 / 100 000 asukasta) ja matalimmat Keski-Pohjanmaan (6 / 100 000 asukasta) sairaanhoitopiirien alueilla. Tartunnoista noin kaksi kolmasosaa todettiin miehillä, ja ne painottuivat 20–39-vuotiaiden ikäryhmiin (THL. Hepatiitti C -tapausten esiintyvyys Suomessa).

Hieman yli puolet C-hepatiittitartunnoista liittivät huumeiden pistoskäyttöön. Pistämisen kautta tulleiden tartuntojen määrä oli korkein Pohjois-Savon (22 / 100 000 asukasta) ja matalin Etelä-Pohjanmaan (5 / 100 000 asukasta) alueella. THL:n maaliskuussa 2019 julkistetun suurten kaupunkien jätevesitutkimuksen sekä suomalaisten huumeiden käyttöä koskevan selvityksen (THL, 2019c) mukaan huumeiden käyttö ja kokeilut yleistyvät edelleen. Samaan aikaan huumeongelmallisille suunnattujen palvelujen saatavuus vaihtelee paljon maan eri alueiden välillä. Pääkaupunkiseudulla huumeongelmallisille suunnattuja palveluja on tarjolla monipuolisesti, ja esimerkiksi huumeidenkäyttäjien terveysneuvontapisteitä on tarjolla kaikissa kunnissa.

Antibioottien kulutus vähentynyt

Antibioottien (J01, bakteerilääkkeiden) kulutus on vähentynyt viime vuosina kaikissa sairaanhoitopiireissä. Bakteerilääkkeiden vuosikulutus oli vuonna 2018 suurinta Kymenlaakson ja pienintä Keski-Suomen alueilla. Kansainvälisesti verrattuna bakteerilääkkeitä kulutetaan Suomessa vähemmän kuin EU-maissa keskimäärin ja lähes muiden Pohjoismaiden tasoa vastaavasti (ECDC, 2019). Vuonna 2018 Euroopassa käytettiin bakteerilääkkeitä (J01) keskimäärin 20 annosta vuorokaudessa jokaista tuhatta asukasta kohti. Suomessa vastaava luku oli 15,5.

Epäspesifiseen ylähengitystieinfektioon mikrobilääkityksen saaneiden potilaiden osuus perusterveydenhuollossa vaihteli Etelä-Pohjanmaan yhdestä prosentista Pohjois-Karjalan 16 prosenttiin.



Clostridium difficile -ripulitapaukset vähentyneet

Toksiinia tuottava Clostridium difficile -bakteeri on yleisin sairaalassa alkunsa saaneen ripulin aiheuttaja, ja tautia edeltää lähes aina mikrobilääkehoito. Vuosina 2015–2018 Clostridium difficile -tapausmäärät¹ ovat vähentyneet noin 21 prosenttia reiluun 4 000 tapaukseen (ilmaantuvuus 78 / 100 000 asukasta). Tapauksista vajaat 60 prosenttia oli naisia ja lähes puolet yli 75-vuotiaita. Vaihtelu eri sairaanhoitopiirien välillä oli huomattavaa (54–134 / 100 000 asukasta). Tämä saattaa liittyä alueellisiin eroihin näytteenottoaktiivisuudessa, diagnostisissa menetelmissä, torjuntatoimissa tai epidemiatilanteessa. (THL. Tartuntataudit Suomessa, 2018.)

Erikoissairaanhoidon tartuntatautien torjunnassa alueellisia eroja

Erikoissairaanhoidon toimintayksikköjen hoitohenkilökunnan eli hoitajien ja lääkäreiden influenssarokotuskattavuus vaihtelee paljon alueittain (57–95 %). Käsihuuhteen kulutus somaattisen erikoissairaanhoidon vuodeosastoilla oli pienintä Kanta-Hämeessä ja suurinta Itä-Savossa (vaihteluväli 40–97 litraa / 1 000 hoitopäivää). Hygieniahoitajien määrä suhteutettuna vuodepaikkojen määrään oli pienin Kanta-Hämeessä ja suurin Itä-Savossa.

1 Lähde: Sotkanet <https://sotkanet.fi>



Somaattinen erikoissairaanhoito ja ensihoito

Erikoissairaanhoito on muuttunut yhä avohoitopainotteisemmaksi. Avohoitokäyntien määrä on lisääntynyt yli kolmanneksella kymmenen viime vuoden aikana, ja samanaikaisesti vuodeosastohoitojen määrä on vähentynyt. Päiväkirurgisten toimenpiteiden määrä on kasvanut. Odotusajat ja odottaneiden määrä ovat lisääntyneet useimmissa sairaanhoitopiireissä. Erikoissairaanhoidon päivystyskäyntien määrä on lisääntynyt merkittävästi. Syitä tähän ovat päivystysten uudelleen järjestelyt, kirjauskäytäntöjen muutokset yhteispäivystyksissä ja mahdollisesti resurssipula peruspalveluissa.

Muutokset palvelujen järjestämisessä

Viimevuotiset lainsäädännön muutokset ovat vaikuttaneet erikoissairaanhoidon rakenteeseen, työnjakoon ja toimintaan. Keskeiset muutokset koskevat ensihoidon ja päivystyksen järjestämistä (päivystysasetus 782/2014) sekä palvelutuotannon keskittämistä suurempiin sairaaloihin (keskittämisasietus 582/2017). Päivystyspisteiden määrää on vähennetty, ja toisaalta perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteispäivystyspisteitä on lisätty. Keskittämisasietuksen perusteella vaativampia sairaalahoitoja on keskitetty yliopistosairaaloihin. Myös muita hoitoja on keskitetty suurempiin sairaalayksiköihin riittävän toimenpiteiden määrän turvaamiseksi. Näitä ovat muun muassa tekonivelleikkaukset, selkäleikkaukset, syöpäleikkaukset ja synnytykset. Julkiset sairaalat ja yksityinen terveydenhuoltosektori ovat myös kehittäneet ja toteuttaneet uudenlaista työnjakoa ja yhteistyötä.

Odotusajat kasvusuunnassa

Erikoissairaanhoitoon tuli vuonna 2018 noin 1,27 miljoonaa lähetettä – kasvua edellisestä vuodesta oli 12 prosenttia. Erikoissairaanhoitoon saapuneiden lähetteen suhteellinen määrä oli samalla tasolla kuin vuonna 2017 (0,2 lähetettä/asukas). Lähes kaikki lähetteen käsiteltiin kolmen viikon kuluessa, ja vuonna 2018 lähetteen käsittely kesti yli kolme viikkoa vain yhdessä prosentissa tapauksista. Oleellisesti pidempiä käsittelyaikoja oli kolmessa sairaanhoitopiirissä.

Somaattisen erikoissairaanhoidon odotusajat kasvoivat kaikissa sairaanhoitopiireissä kolmea lukuun ottamatta vuosien 2017 ja 2018 välillä. Odotusaikojen mediaani oli 38–55 vuorokautta vuonna 2018. Yli kuusi kuukautta odottaneiden määrä lisääntyi koko maassa vuodesta 2015 (2,0 / 1 000 asukasta) vuoteen 2018 (3,2 / 1 000 asukasta).

Palvelujen avohoitopainotteisuus lisääntyy

Aikuisväestön somaattisen erikoissairaanhoidon käyntejä oli 7,2 miljoonaa vuonna 2018. Avohoitokäyntien määrän kasvu jatkui: vuosina 2015–2018 kasvua oli 11 prosenttia. Samanaikaisesti vuodeosastohoidon potilaiden ja hoitajaksojen määrä väheni. Päiväkirurgisten hoitokäyntien lukumäärä on pysynyt samalla tasolla kymmenen vuoden ajan; vaihtelua on vuosina 2009–2018 ollut 186 000:sta 205 000:een. Vuonna 2018 päiväkirurgisia hoitokäyntejä oli 204 000, ja niiden määrä kasvoi edellisvuodesta neljä prosenttia. (THL, 2019d.)

Vuodeosastohoitajaksojen väheneminen jatkui ja vähennystä oli noin kolme prosenttia vuosina 2015–2018. Useimmissa sairaanhoitopiireissä vuodeosastohoitajakset vähenivät, mutta kuudessa sairaanhoitopiirissä ne lisääntyivät, enimmillään seitsemällä prosentilla. Hoitajaksojen kesto on pysynyt samalla tasolla vuosina 2015–2018 eli noin neljässä hoitopäivässä hoitajaksoa kohden. (THL, 2019d.)

Erikoissairaanhoidon päivystyskäyntien määrä kasvaa yhteispäivystysten myötä

Päivystyskäyntien määrä somaattisessa erikoissairaanhoidossa lähti kasvuun vuonna 2013. Käyntien lukumäärä on kasvanut 33 prosenttia vuodesta 2013 vuoteen 2018. Yhteispäivystykset ovat vaikuttaneet merkittävästi sekä käyntien suuntautumiseen että kirjaamiseen. Luvut eivät ole tämän takia vertailukelpoisia aiempien vuosien kanssa. Päivystyskäyntien suurimmat erikoisalajat olivat akuuttilääketiede, sisätaudit ja kirurgia. (THL, 2019d.) Akuuttilääketieteen koulutus omana lääketieteen erikoisalana ajoittuu vuoden 2013 alkuun, mikä on omalta osaltaan muuttanut toimintatapoja päivystyksessä.



Päivystyksessä hoidetuista potilaista 16 prosenttia palasi 48 tunnin sisällä takaisin päivystykseen. Määrissä ei ole tapahtunut suuria muutoksia viime vuosina.

Ensihoidon tavoittamisajat hieman lyhentyneet

Ensihoitotehtäviä on seurattu vuodesta 2016. Ensihoitokäyntejä oli eniten Kainuussa, Pohjois-Karjalassa, Pohjois-Savossa ja Etelä-Savossa (yli 200 käyntiä / 1 000 asukasta; koko maassa keskimäärin 145 käyntiä). Potilaiden tavoittamisaika oli taajamissa keskimäärin seitsemän minuuttia ja taajaman ulkopuolisella alueella 14 minuuttia korkeariskisiksi arvioiduissa ensihoitotehtävissä, joissa esi- tai tapahtumatietojen perusteella on syytä epäillä, että avuntarvitsijan peruselintoiminnot ovat välittömästi uhattuna. Pisin potilaiden tavoittamisajan mediaani oli Lapissa, 20 minuuttia. Potilaiden tavoittamisajat ovat jonkin verran lyhentyneet useimmissa sairaanhoitopiireissä sekä taajamissa että niiden ulkopuolella.

Sairaanhoitopiirien rajat ylittävä palvelujen käyttö kasvanut vain vähän

Sairaanhoitopiirin alueella asuvia, joita on hoidettu toisen sairaanhoitopiirin alueella, oli vuonna 2018 erikoissairaanhoidon asiakkaista 7,3 prosenttia. Luvut vaihtelivat Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin 3,6 prosentista Vaasan 15,5 prosenttiin.

Toisen sairaanhoitopiirin alueella asuvien osuus sairaanhoitopiirien asiakkaista oli vuonna 2018 keskimäärin 7,2 prosenttia. Määrissä ei ole koko maan tasolla tapahtunut oleellisia muutoksia. Luku vaihteli Etelä-Karjalan 3,7 prosentista Keski-Pohjanmaan 22,7 prosenttiin. Myös Itä-Savon sairaanhoitopiirin asiakkaista muiden piirien asukkaiden osuus oli keskussairaaloiden joukossa merkittävä, 12,1 prosenttia. Yliopistosairaanhoitopiireihin muualta hoitoon tulleiden osuus on maan korkeimpien joukossa lukuun ottamatta Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriä, jossa hoitovolyymit ovat oman suuren väestöpohjan vuoksi suuret.

Potilasvahinkoilmoituksissa vaihtelua

Ratkaistujen potilasvahinkojen määrä vaihteli sairaanhoitopiireittäin. Koko maassa potilasvahingot kasvoivat yli kolme prosenttia vuosina 2015–2018. Vahinkojen määrä oli 13 sairaanhoitopiirissä suurempi kuin koko maan keskitaso (153 potilasvahinkoa / 100 000 hoitajaksoa). Kahdeksassa sairaanhoitopiirissä potilasvahingot vähentyivät, parhaimmillaan 28 prosenttia. Ilmoitettujen potilasvahinkojen määrä ei välttämättä kerro yksittäisen sairaalan hoidon laadusta, koska ilmoitusten teon kynnyks ja potilaiden neuvonta vaihtelevat. Korkeampi määrä voi kertoa myös avoimesta toimintakulttuurista.

Tuottavuus parani keskussairaaloissa

Erikoissairaanhoidon nettokäyttökustannukset olivat 6,9 miljardia euroa vuonna 2018. Kasvua oli koko maassa 3,9 prosenttia vuosina 2015–2018. Kustannukset vähenivät viidessä sairaanhoitopiirissä ja kasvoivat yli 10 prosenttia neljässä sairaanhoitopiirissä. Erikoissairaanhoidon nettokäyttökustannukset asukasta kohden olivat 1 081–1 825 euroa, keskimäärin 1 248 euroa. Ennusteiden mukaan erikoissairaanhoidon kustannukset kasvavat noin 11 prosenttia ja erikoissairaanhoidon ja perustason päivystyksen kustannukset noin yhdeksän prosenttia vuosina 2017–2030.

Sairaanhoitopiirien laskennalliset kustannukset asukasta kohti olivat yli 10 prosenttia maan keskiarvoa korkeammat viidessä sairaanhoitopiirissä. Tehottomuudesta johtuva kustannusten lisäys maan keskitasoon nähden oli enimmillään 151 euroa asukasta kohden (THL, 2020b.)

Vuosina 2014–2018 julkisten sairaaloiden erikoissairaanhoidon tuottavuus kasvoi viisi prosenttia keskussairaaloissa ja väheni kuusi prosenttia yliopistosairaaloissa (THL, 2020b). Opetuksen, tutkimuksen sekä valtakunnallisesti keskitettävien hoitojen kustannusten takia nämä sairaalakategoriat eivät ole suoraan verrattavissa.



Perusterveydenhuolto

Perusterveydenhuollon palvelujen peittävyys on hyvä. Lääkärikäyntien määrät ovat vähentyneet, mihin lienee syynä työtehtävien siirto hoitajille sekä osittain myös lääkäripula. Lisäksi sähköisesti ja puhelimitse asiointi on lisääntynyt. Päivystyskäyntejä tehdään aiempaa enemmän. Sen syynä voivat olla peruspalvelujen riittämättömyys sekä yhteispäivystysten yleistyminen. Perusterveydenhuollon vuodeosaston hoitopäivät ovat vähentyneet lähes neljänneksellä.

Perusterveydenhuollon palvelujen käyttö on pysynyt samalla tasolla viime vuodet

Kolme neljästä Suomessa asuvasta (3,9 miljoonaa henkeä) käytti vuonna 2018 perusterveydenhuollon avohoidon palveluja. Osuus on pysynyt lähes ennallaan vuodesta 2015. Käyntejä oli yhteensä noin 25 miljoonaa, joista lääkärikäyntejä noin neljännes. Sairaanhoidajan tai terveydenhoitajan käyntejä oli 1,7 kertaa lääkärikäyntejä enemmän, mutta alueittainen vaihtelu oli suurta. Vuodesta 2015 vuoteen 2018 käynti- ja asiakasmäärät lisääntyivät kaksi prosenttia, mutta lääkärikäynnit vähenivät kahdeksan prosenttia. Sähköisesti ja puhelimitse asiointi lisääntyi peräti 12 prosenttia (kuvio 5). Sähköisiä asiointikäyntejä (sisältää myös puhelut) oli reilu viidennes kaikista perusterveydenhuollon avohoidon tapahtumista. Tässäkin osuus vaihteli alueiden välillä huomattavasti.

Avohoidon suurin palveluryhmä on avosairaanhoito, 43 prosenttia kaikista käynneistä. Terveyskeskusten avosairaanhoitoon asiakkaita oli 2,6 miljoonaa, ja heillä oli yhteensä 10,8 miljoonaa käyntiä. Avosairaanhoitoon viidestä miljoonasta lääkärikäynnistä miljoona oli luokiteltu kiireelliseksi (samana päivänä), 0,6 miljoonaa viikon sisällä tapahtuvaksi ja 3,4 miljoonaa ei-kiireelliseksi. Vuodesta 2015 vuoteen 2018 lääkärikäynnit vähenivät kahdeksan prosenttia ja muiden ammattiryhmien käynnit lisääntyivät neljä prosenttia (kuvio 5). Kehitys voi johtua osittain lääkäripulasta, mutta myös työtehtävien siirto hoitajille on vaikuttanut asiaan.

Palveluntuottajille tehtyyn kyselyyn perustuvan arvion mukaan työterveyshuollon palveluja voi käyttää 56 prosenttia 16–64-vuotiaista; vaihtelu alueittain on merkittävää (Takala ym., 2019). Opiskelijaterveydenhuollon, työterveyshuollon ja yksityislääkärien palvelutarjonta vaihtelee huomattavasti alueittain, joten kokonaiskuva alueiden palvelujen käytöstä ja taustalla olevasta palvelujen tarpeen mukaisesta saatavuudesta on puutteellinen.

Suurin muutos on ollut perusterveydenhuollon vuodeosastohoidossa, joka on vähentynyt viime vuosina: potilaiden määrä väheni 2,6 prosenttia ja hoitopäivien määrä 23,7 prosenttia (kuvio 5). Tämä selittyy pääosin ikään-tyneiden palvelujen rakennemuutoksella.

Lääkäripula on pahentunut

EU:n vertailun mukaan kaikkiaan Suomessa oli huomattavasti enemmän työssä olevia yleislääkäreitä (sisältää yleislääketieteen erikoislääkärit) väestöön suhteutettuna kuin Pohjoismaissa ja Euroopassa yleensä (Eurostat, Healthcare personnel statistics – physicians). Kuitenkin terveyskeskuslääkärin tehtävistä oli lokakuussa 2018 täyttämättä 5,7 prosenttia, 228 tehtävää. Työssä olevia terveyskeskuslääkäreitä oli 10 000:tä asukasta kohden 6,8. Alueittain tämä vaihteli 5,5:stä 8,6:een, mikä palvelujen yhdenvertaisen saatavuuden kannalta vaikuttaa suurelta. (Lääkäriliitto, 2019.)

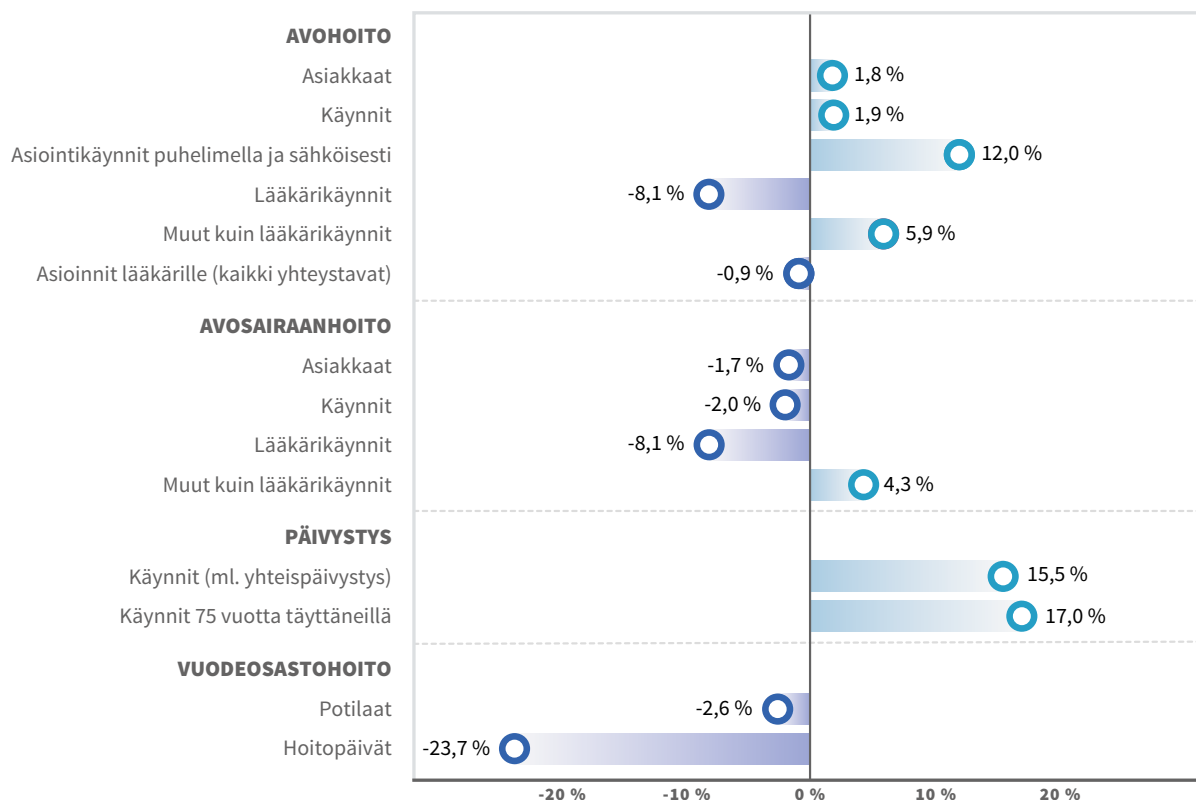
Terveysasemille tehdyn kyselyn mukaan vuonna 2019 noin neljännes terveyskeskuslääkäreistä oli yleislääketieteen erikoislääkäreitä, viidennes siihen erikoistuvia lääkäreitä, lähes neljännes yleislääketieteen erityiskoulutuksessa olevia lääkäreitä ja reilu viidennes yleislääkäreitä. Lisäksi oli muiden erikoisalojen lääkäreitä ja opiskelejoita. Koulutuksessa olevien suuri osuus (48 %) lisää yleislääketieteen erikoislääkäreiden työtaakkaa terveyskeskuksissa. (Syrjä ym., 2019.)

Vajaat puolet potilaista sai ajan lääkärin vastaanotolle viikon kuluessa yhteydenotosta

Hoitotakuun mukainen enimmäisaika (3 kk) kiireettömään lääkärivastaanottoon pääsemisessä ylittyi lokakuussa 2018 lähes kolmessa prosentissa käynneistä. Alueiden erot olivat huomattavia, ja lisäksi määräajan ylityksiä oli hieman enemmän edellisvuoden lokakuuhun verrattuna. Terveyspalvelulain mukainen hoidon tarpeen arvio oli kirjattu vain 15 prosentissa kaikista avosairaanhoitoon lääkärikäynneistä vuonna 2018; hoitopääsytiedot perustuvat näihin kirjauksiin.



Kuvio 5: Perusterveydenhuollon palvelujen käytön prosentuaalinen muutos vuodesta 2015 vuoteen 2018



➤ Vuosina 2015–2018 perusterveydenhuollon toiminnoista ovat koko maassa eniten kasvaneet päivystyskäynnit. Vuodeosastohoito on sen sijaan vähentynyt merkittävästi. Avohoidon koko maan luvuissa on tiedon toimitusvaikeuksien vuoksi jouduttu käyttämään Päijät-Hämeen osalta vuoden 2016 tietoja vuoden 2018 sijaan.

Vajaat puolet potilaista (44 %) pääsi lokakuussa 2018 kiireettömälle lääkärin avosairaanhoidon vastaanotolle viikon kuluessa yhteydenotosta. Hoidon saatavuus vaihteli alueittain melkoisesti – vähimmillään 32:ssa ja enimmillään 81 prosentissa käynneistä odotusaika oli enintään viikon.

Tiedolla johtaminen edellyttää hyvää kirjaamista, ja siinä on parannettavaa hoidon tarpeen arvion lisäksi avosairaanhoidon lääkärin vastaanoton käyntisyissä, sillä niitä oli kirjattu vain 72 prosentissa käynneistä ja lisäksi alueellinen vaihtelu oli merkittävä.

Kustannukset ovat nousseet maltillisesti avohoidossa

Perusterveydenhuollon avohoidon (ilman suun terveydenhoitoa) nettokäyttökustannukset olivat kaksi miljardia euroa (366 euroa/asukas) vuonna 2018. Tähän sisältyvät perusterveydenhuollon avopalvelut, työterveyshuolto, kouluterveydenhuolto ja koulupsykologin toiminta sekä perusterveydenhuollon ylläpitämät mielenterveystoimistot tai vastaava toiminta. Alueittaiset erot olivat huomattavat (298–512 euroa/asukas). Kasvua oli koko maassa 2,7 prosenttia vuodesta 2015 vuoteen 2018. Kustannukset vähenivät kuudella alueella ja kasvoivat yli kymmenen prosenttia viidellä alueella.

Perusterveydenhuollon vuodeosastohoidon nettokäyttökustannukset olivat 0,9 miljardia euroa (156 euroa/asukas). Asukaskohtaisissa kustannuksissa alueellinen vaihtelu oli huomattavaa (110–242 euroa/asukas). Vuodesta 2015 vuoteen 2018 kustannukset vähenivät koko maassa 12 prosenttia ja vain kolmella alueella kustannukset kasvoivat.



Suun terveydenhuolto

Reilu puolet potilaista saa Suomessa ajan kiireettömään perusterveydenhuollon hammaslääkärikäyntiin kolmessa viikossa. Yli kolmasosa väestöstä käyttää terveyskeskusten suun terveydenhuollon palveluja. Suun terveydenhuollon palvelujen saanti vaihtelee kuitenkin huomattavasti alueittain. Asiakkaat ovat tyytyväisiä saamiinsa julkisiin palveluihin. Julkista suun terveydenhuoltoa käyttäneiden osuus on pysynyt lähes ennallaan, ja käynnit yksityishammaslääkärillä ovat vähentyneet. Vuodesta 2015 lähtien hammaslääkärin tekemästä suun ja hampaiden tutkimuksesta on saanut Kela-korvauksen joka toinen kalenterivuosi.

Vuonna 2018 terveyskeskuksissa oli 5,1 miljoonaa suun terveydenhuollon käyntiä ja asiakkaita 1,9 miljoonaa. Suomalaiset voivat käyttää myös yksityisiä palveluja, joista asiakkaalle maksetaan Kela-korvaus. Vuoteen 2015 verrattuna Kelan korvaamat hammashoidon käynnit ovat kuitenkin vähentyneet kaikilla alueilla ja yhteensä koko maassa 16 prosenttia. Yksityisiä palveluja on tarjolla joillakin alueilla niukasti, mikä voi lisätä julkisten palvelujen käyttöä (Suomen Hammaslääkäriliitto, 2018a).

Reilu puolet suomalaisista pääsi hammaslääkäriin kolmessa viikossa

Vuonna 2018 terveyskeskuksissa oli vajaat 2 000 hammaslääkärin virkaa, joista täyttämättä oli 5,8 prosenttia. Alueittain hammaslääkäripula vaihtelee paljon; enimmillään joka neljäs tehtävä oli täyttämättä, mikä vaikuttaa hoitoonpääsyyn. Reilu puolet (55 %) perusterveydenhuollon hammaslääkärikäynneistä järjestyi kolmen viikon kuluessa hoidon tarpeen arviosta. Tässäkin alueittainen vaihtelu oli huomattava (12–80 %).

THL:n väestökyselyssä lähes viidennes vastaajista piti hammaslääkäripalveluja puutteellisina tai riittämättöminä. Kansallisessa asiakaspalautekyselyssä vastaajat puolestaan merkitsivät olevansa palvelun toteutumiseen kohtuullisessa ajassa erittäin tyytyväisiä; myös muiltakin osin palveluihin oltiin erittäin tyytyväisiä, eikä alueiden välillä ollut juurikaan eroja.

Ostopalveluja käytetään useassa terveyskeskuksessa

Terveyskeskukset ostivat hammaslääkäripalveluja yksityissektorilta tai toiselta terveyskeskukselta. Terveyskeskuksista 39 prosenttia osti niitä normaaliin toimintaan yhteensä 84 työvuotta, 77 prosenttia erikoishammashoittoon (ei sisällä erikoissairaanhoidtoa) yhteensä 22 työvuotta ja 64 prosenttia työajan ulkopuoliseen päivystykseen yhteensä 55 työvuotta (Suomen Hammaslääkäriliitto, 2018b). Lokakuussa 2018 hammashoitoloista 39 oli ulkoistettu, ja näiden piirissä oli vajaat 200 000 asukasta.

Oikomishoito vaihtelee maakunnittain

Suomessa 12-vuotiaiden lasten suun terveys on hyvä. Terveysdenhuollon tarkastuksissa käyneistä lapsista tervehampaisia oli 62 prosenttia (alueet 45–79 %). Reikiintyneiden, paikattujen ja poistettujen hampaiden määrää kuvaava DMF-indeksi vaihteli tässä ikäryhmässä alueittain (0,5–1,6). Kansallisen ohjeistuksen ja toisaalta tarkastukseen ohjattavien puute saattaa osittain vaikuttaa DMF-indeksiin eroihin.

Oikomishoitoa saaneiden 12-vuotiaiden osuus on pienentynyt viime vuosien aikana, ja vuonna 2018 oikomishoitoa oli saanut lähes kolmasosa ikäluokasta. Vaikka pyrkimyksenä on ollut luoda hoitoonpääsyn yhtenäiset ja tasavertaiset kriteerit (esim. SUHAT-hanke), tilanne vaihtelee alueittain (20–39 % saanut oikomishoitoa).

Aikuisväestön suun terveydentilasta kertoo se, että suomalaisista 65 prosenttia ei tarvinnut karies- tai kiinnityskudossairauden hoitoa. Tässäkin erot alueiden välillä olivat suuret (41–80 %). Kuudelle tai useammalle hammaslääkärikäynnille jaksotettujen, suurihoitoisten potilaiden osuus on hieman vähentynyt viime vuosina, ja osuus vaihteli alueittain 4,6:n ja 10 prosentin välillä. Kun otetaan huomioon hoitokäynnit myös muille suun terveydenhuollon ammattilaisille, prosenttiosuudet ja niiden vaihtelut olivat suuremmat (5,9–14 %).

Suun terveyttä ylläpidetään ja parannetaan ensisijaisesti hyvällä omahoidolla ja sen tuella. Vuonna 2019 yläkouluikäisistä lapsista 41 prosenttia harjasi hampaansa harvemmin kuin kahdesti päivässä (alueet, 35–48 %).



Maailman terveysjärjestön (WHO) kyselytutkimuksen mukaan (Inchley ym., 2016) Suomessa 11-, 13- ja 15-vuotiaat harjaavat hampaita selvästi huonommin kuin samanikäiset muissa Pohjoismaissa.

Kustannukset kasvaneet julkisissa palveluissa ja pienentyneet yksityisissä

Julkisen suun terveydenhuollon nettokäyttökustannukset olivat 448 miljoonaa euroa vuonna 2018. Asukasta kohti suun terveydenhuoltoon kuluu keskimäärin 81 euroa. Julkisen suun terveydenhuollon kustannukset ovat kasvaneet edellisvuodesta viisi prosenttia ja yksityisen hammashoidon pienentyneet kaksi prosenttia. Yksityisen hammashoidon kustannukset olivat 63 euroa asukasta kohti.



Lasten, nuorten ja perheiden palvelut

Erot palvelujärjestelmän rakenteissa, sisällössä, resursseissa ja toimintamalleissa ovat ilmeisiä, eivätkä palvelut ole lasten, nuorten ja perheiden saatavilla yhdenvertaisesti. Alueilla muutos- ja kehittämistarpeita on tunnistettu ja muutostyö on käynnissä. Painopistettä on edelleen tarpeen siirtää varhaisempaan tukeen ja kehittää palvelujärjestelmää kokonaisuutena osien sijaan. Peruspalvelujen toimimattomuus on kasvattanut erityispalvelujen tarvetta ja nostanut koko järjestelmän kustannuksia.

Perhekeskuksia toiminnassa tai suunnitteilla jokaisella alueella

Perhekeskuksia on vuosina 2016–2019 kehitetty koko maassa laajoina, monialaisina ja hallinnonalojen rajat ylittävänä palvelukokonaisuuksina. Yhdessä sovitut kansalliset linjaukset ja kriteerit ovat ohjanneet ja yhtenäistäneet kehitystyötä. Keväällä 2019 perhekeskuksia oli 138 ja avoimia, matalan kynnyksen kohtaamispaikkoja 500. Pie-nissä kunnissa on yksi oma tai toisten kuntien kanssa yhteinen perhekeskus, suurissa kunnissa perhekeskuksia on useita. Palvelujen saavutettavuus on parantumassa, kun palveluja tarjotaan erilaisissa toimipisteissä, sähköisesti ja kotiin vietynä. (Pelkonen ym., 2020.)

Kansallisesti tuetun muutostyön ansiosta perheiden tarpeiden mukainen apu ja tuki ovat vahvistuneet ja varhentuneet. Vanhemmuuden ja parisuhteen tuki sekä eroauttaminen ovat vahvistuneet lähes kaikilla alueilla, lähisuuhdeväkivallan ehkäisy kahdessa kolmasosassa alueista. Varhainen tuki, hoito ja kuntoutus vahvistuivat lähes kaikilla alueilla, mutta systemaattinen lapsen, nuoren ja perheen ympärille rakentuva perhekeskusmalli on vasta muutamalla alueella. (Pelkonen ym., 2020.)

Kuraattori- ja psykologipalvelujen järjestäminen osana maakunnan sote-palveluja tukee lasten ja nuorten palvelujen kokonaisuutta

Kuraattori- ja psykologipalvelujen saatavuuden suuri vaihtelu ja epätasaisuus laadussa ovat johtaneet siihen, että oppilaat ja toisen asteen opiskelijat ovat eriarvoisessa asemassa. Koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa terveystarkastukset ovat jo vuosia painottuneet psykososiaaliseen hyvinvointiin, kun on haettu keinoja auttaa lapsia ja nuoria, joilla on mielenterveysongelmia. Sairauksien hoito ei lainsäädännön mukaan kuitenkaan sisälly kouluterveydenhuoltoon eikä kuraattori- ja psykologitoimintaan. Resurssit on siten mitoitettu perustasolla vain ehkäisevää työtä ajatellen. Samaan aikaan erikoissairaanhoidon konsultatiivinen tuki perustasolle on heikkoa.

Lasten ja nuorten mielenterveyspalvelujen hajanainen järjestelmä haittaa palvelujen oikea-aikaista ja yhdenvertaista saatavuutta – kokonaisuudesta selkeästi vastuussa olevaa tahoa ei ole

Lasten ja nuorten mielenterveyttä tukevat palvelut ja varsinaiset mielenterveyspalvelut on järjestetty maassa monin eri tavoin. Esimerkiksi kasvatus- ja perheneuvonnan palveluvalikko ja toimintamallit ovat eri puolella Suomea hyvin erilaisia, ja usein nämä palvelut toimivat erillään muista lasten, nuorten ja perheiden palveluista. Palvelujärjestelmän toimijoiden roolit ja vastuut eivät myöskään ole selkeitä. Organisaatioiden välillä on järjestelmän toimivuutta haittaavia raja-aitoja. (Aalto-Setälä ym., 2019.)

Varhaista mielenterveyden tukea ja hoitoa ei ole tarjolla riittävästi, eikä lievien ja keskivaikeiden häiriöiden hoidon vastuusta ole yksiselitteisesti sovittu. Vastaavasti puuttuu myös resursseja tähän työhön ja perustasolle soveltuvien hoidollisten interventioiden käyttämiseen. Seurauksena järjestelmä toimii tehottomasti, ongelmat pääsevät pitkittymään ja kroonistumaan hoidon aloituksen viivästyessä ja erikoissairaanhoidon moneen tukkoon. (Aalto-Setälä ym., 2019.)

Haasteena lisäresurssien tarve sekä varhaiseen vaiheeseen että vaativalle tasolle

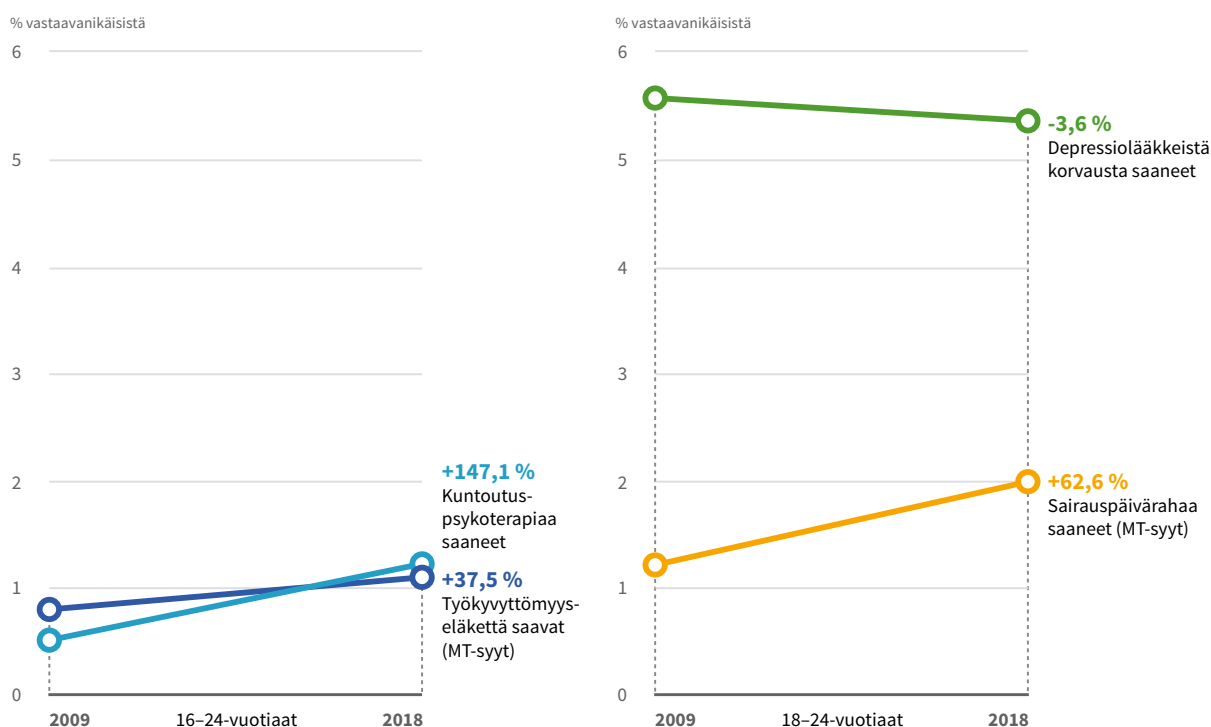
Palvelujärjestelmän resurssien riittävyyden näkökulmasta haasteena on resursointi samanaikaisesti perustason ennaltaehkäisevään tukeen ja varhaiseen hoitoon sekä vaikeasti hoidettaviin lapsiin ja nuoriin. Haasteena on



myös yhteistoiminta ja yhteinen vastuu lasten ja nuorten mielenterveystyöstä, mikä toimimattomana on voinut johtaa siihen, että osa tukea tarvitsevista lapsista ja nuorista jää palvelujen ulkopuolelle.

Mielenterveyshäiriöitä esiintyy 10–15 prosentilla lapsista ja 20–25 prosentilla nuorista. Vaikka viitteitä ahdistuneisuuden ja psyykkisen kuormittuneisuuden lisääntymisestä on etenkin opiskelijaikäisillä, psyykkisten häiriöiden ei ole todettu oleellisesti lisääntyneen viime vuosikymmeninä, mutta erikoissairaanhoidon palveluihin ohjautuminen ja käyntimäärät ovat lisääntyneet huomattavasti. (Ranta ym., 2018, Huikko ym., 2017.)

Kuvio 6: Nuorten aikuisten mielenterveysyiden vuoksi saamien etuuksien, kuntoutuspsykoterapian ja lääkeshoidon muutos vuosina 2009–2018



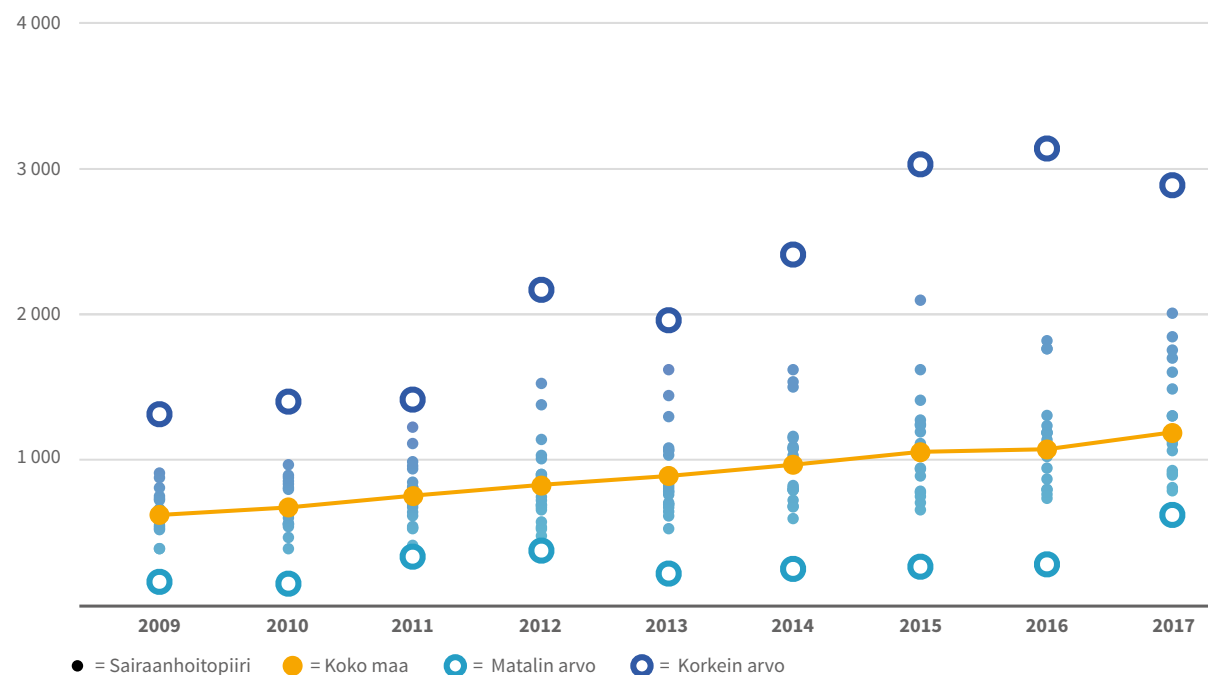
📈 Kuntoutuspsykoterapiaa saaneiden sekä sairauspäivärahaa mielenterveysperusteisesti saaneiden osuudet ovat kasvaneet merkittävästi kymmenen vuoden aikana. Tulokinnassa tulee huomioida kuvioiden erilaiset ikäjaottelut.

Psykiatrian avo- tai osastohoidon alle 13-vuotiaista lapsista noin yhdeksän prosenttia ja 13–17-vuotiaista 17 prosenttia oli sijoitettuna kodin ulkopuolelle vuoden 2017 aikana. Kodin ulkopuolelle sijoitetuista lapsista joka kolmas ja 13–17-vuotiaista yli puolet oli myös nuorisopsykiatrian asiakkaana (Heino ym., 2018). Myös nämä luvut kertovat tarpeesta tarkastella palvelujen järjestämistä kokonaisuutena ja tarpeesta arvioida palvelujen yhteensovittamista ja oikea-aikaisuutta.

Käytännössä lasten ja nuorten mielenterveyden edistämisen, häiriöiden ehkäisemisen ja niiden hoitamisen kokonaisuudesta ei vastaa eikä sitä johda mikään taho, koska peruspalvelut ovat rakenteellisesti ja toiminnallisesti vielä liian pirstaleisia eikä vaikuttavia perustasolle soveltuvia menetelmiä ole koko maassa kattavasti käytössä. Kiireettömän hoidon kriteerit määrittävät perustason tehtäväksi lievien ja keskivaikeiden mielenterveyshäiriöiden hoitamisen. Tästä lakisääteisesti vastuussa olevissa terveyskeskuksissa ei kuitenkaan ole tarpeenmukaisia toimintarakenteita ja -malleja eikä henkilö- ja osaamisresursseja. Koululääkäri- ja psykologiresurssit ovat myös riittämättömiä useissa kunnissa. (Aalto-Setälä ym., 2019.)


Kuvio 7: Nuorisopsykiatrian avohoitokäynnit vuosina 2009–2017 alueittain

Lukumäärä / 1000 13–17 -vuotiasta



↗ Erikoissairaanhoidon nuorisopsykiatrian avohoitokäyntien määrä on kasvanut kaikilla alueilla. Alueiden välinen vaihtelu on samaan aikaan lisääntynyt. Koko maan kehitystä kuvataan viivalla, alueita ympyröillä. Avohoitokäyntien määrä on suhteutettu alueen 13–17-vuotiaaseen väestöön ja ilmoitetaan lukumääränä tuhatta vastaavanikäistä kohden.

Opiskelijoiden psyykkisen kuormittuneisuuden lisääntyminen haastaa palvelujen riittävyyden

Kunta vastaa toisen asteen opiskelijoiden opiskeluterveydenhuollon palveluista, joihin sisältyy mielenterveyshäiriöiden ja päihdeongelmien varhainen toteaminen ja perustason hoito. Selvityksissä on todettu, ettei opiskeluterveydenhuollon terveyden- ja sairaanhoitopalveluja järjestetä kaikissa kunnissa yhtenäisenä kokonaisuutena, ja puutteita on erityisesti sairaanhoidollisten mielenterveys- ja päihdepalvelujen järjestämisessä ja saatavuudessa. Opiskeluterveydenhuollon osaamisessa ja resursseissa on myös parannettavaa. Taustalla on vastaavanlaisia ongelmia kuin lasten ja nuorten perustason mielenterveyspalveluissa. (Aalto-Setälä ym., 2019.)



Aikuisten mielenterveys-, päihde- ja sosiaalipalvelut

Erityisesti perustason päihde- ja mielenterveyspalvelujen saatavuus, saavutettavuus, vaikuttavuus ja laatu vaihtelevat maan eri alueilla. Riittävien ja oikein kohdennettujen resurssien lisäksi tarpeen näyttäisi olevan hoito- ja koordinaatiovastuun selkeyttäminen, eri toimijoiden yhteistyömallien vahvistaminen, vaikuttavien psykososiaalisten palvelujen saatavuuden parantaminen sekä perustason osaamisen lisääminen. Toimeentulotuen Kela-siirron yhteydessä päihde- ja mielenterveyspalvelujen saatavuus saattoi myös vaikeutua, kun yhteys sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestelmään heikkeni.

Toimeentulotuen Kela-siirto yhtenäisti perustoimeentulotuen myöntöperusteita – ehkäisevä ja täydentävä toimeentulotuki paikkaavat tarveharkinnan heikentymistä vaihtelevasti

Perustoimeentulotuen hakemusten käsittely, myöntäminen ja maksatus siirtyivät kunnilta Kelan tehtäväksi vuoden 2017 alussa. Toimeentulotukea saavien kotitalouksien ja henkilöiden määrä kasvoi vuonna 2017 noin 17 prosenttia edelliseen vuoteen verrattuna. Kuntien myöntämää täydentävää toimeentulotukea saavien kotitalouksien määrä väheni uudistuksen yhteydessä noin 25 prosenttia tiettyjen osuuksien siirryttyä perustoimeentulotuesta maksettaviksi. Ehkäisevää toimeentulotukea saavien kotitalouksien määrä sen sijaan kasvoi muutoksen yhteydessä noin 20 prosenttia.

Valtiontalouden tarkastusviraston tarkastuskertomuksessa (VTV, 2020) todetaan, että perustoimeentulotuen siirto Kelalle täytti tavoitteet niiden toimeentulotuen asiakkaiden kohdalla, jotka eivät tarvitse erityisiä palveluja ja joiden hakemuksen käsitteleminen ei edellytä erityistä tarveharkintaa. Muutos kuitenkin heikensi perustoimeentulotuen ratkaisutyön yhteyttä sosiaalityöhön ja mutkisti palvelutarpeessa olevien asiakkaiden ohjausta palveluihin. Toimeentulotuki on viimesijainen toimeentuloturvan muoto. Lainsäädännössä ja uudistuksen toimeenpanossa ei ole otettu yksilöllistä tarveharkintaa riittävästi huomioon. Sähköiset järjestelmät eivät tältä osin tarjoa riittäviä ratkaisuja.

Kela-siirron myötä toimeentulotukiasiakkaiden moninaisten ongelmien tunnistaminen on voinut heikentyä, kun kosketus sosiaalityöhön jäi vähäisemmäksi (Vaalavuo, 2016). Muun muassa pääkaupunkiseudun kolmen kunnan 18–34-vuotiaiden toimeentulotuen käytöllä todettiin selvä yhteys mielenterveys- ja päihdeongelmiin (Vaalavuo ym., 2020).

Mielenterveyspalvelujen hajanaisuus ja monitasoisuus vaikeuttavat palvelujen piiriin pääsyä – palvelujen käytön alue-erojen taustalla tarpeiden lisäksi toimintamallit

Aikuisten mielenterveyspalveluja tuotetaan perustasolla muun muassa perusterveydenhuollossa, työterveys- huollossa, mielenterveysyksiköissä ja vankiterveydenhuollossa. Perustason mielenterveyspalvelujen ja erikoissairaanhoidon psykiatrian yhteistyötä on kehitetty pitkään, ja Suomeen on kehittynyt erilaisia alueellisia ratkaisuja.

Mielenterveyshäiriöissä potilaan hoidontarpeen arvioinnissa ja hoidon riittävän nopeassa aloituksessa on edelleen valtaosassa maata haasteita. Vaikuttavia psykososiaalisia hoitoja, kuten lyhytterapioita, on perustasolla vain vähän tarjolla. Hoitoketjujen toimivuudessa, erikoissairaanhoidon jalkautumisessa, konsultaatiokäytännöissä ja perustason osaamisessa on kehitettävää. (Suvisaari, 2019.)

Vuonna 2017 tuhatta suomalaista aikuista kohden tehtiin 559 mielenterveyspalvelun avohoitokäyntiä. Alueittain vaihtelu oli suurta. Myös psykiatrian laitoshoidon käytössä oli alueittain isoja eroja, erityisesti nuorten ikäluokassa. Kymmenessä vuodessa nuorisopsykiatrian (18–24-vuotiaat) laitoshoitopäivät vähenivät koko maassa keskimäärin 24 prosenttia ja aikuispsykiatriassa (25–64-vuotiaat) keskimäärin 36 prosenttia.

Yhdenvertainen palvelujen saatavuus päihdeongelmiin ja -sairauksiin ei toteudu

Päihdeongelmiin ja -sairauksiin vastaava järjestelmä on maassa hyvin hajanainen, monitasoinen ja monin eri tavoin järjestetty. Palvelut ulottuvat haittojen vähentämisestä kuntouttamiseen. Järjestelmän erot näkyvät palvelujen erilaisena saatavuutena. Päihdehoidon avo- ja laitoshoidon painotuksissa on selviä eroja. Osassa maata huumeidenkäyttö on vielä piilossa eikä palveluja ole kehitetty.



Haittojen vähentämiseen tähtääviä varhaisen tuen palveluja on riittämättömästi, eikä palveluvalikko ole riittävän monipuolinen. Erityisesti vaikeasti tavoitettavien ja syrjäytyneiden päihteiden käyttäjien saavuttamisessa on kehitettävää. Palveluihin pääsyssä on vaikeuksia palvelujen pirstaleisuuden vuoksi. Käyttämättä olevia mahdollisuuksia on myös sote-palvelujen ja kasvupalvelujen yhteistyössä.

Päihdehaitat näkyvät yhä vahvemmin sosiaali- ja terveystalouksissa

Alkoholin kokonaiskulutus ja alkoholihaitat ovat olleet laskussa vuodesta 2008 alkaen, mutta positiivinen kehitys pysähtyi vuonna 2018. Myös huumeidenkäyttöön liittyvät haitat ovat lisääntyneet. Alkoholista johtuvia kuolemia oli seitsemän prosenttia enemmän kuin vuonna 2017. Alkoholiperäisiin syihin kuoli 133 henkilöä enemmän vuonna 2018 kuin vuonna 2017. Huumemyrkytyksiin kuoli 188 henkilöä vuonna 2018, mikä on 13 prosenttia enemmän kuin vuonna 2017. Huolestuttavaa on kuolemien lisääntyminen nuorimmissa ikäryhmissä. (THL, 2020c.)

Vuosien 2014–2018 aikana alkoholisairauksiin liittyvien erikoissairaanhoidon polikliinisten käyntien määrä lisääntyi 18 prosentilla ja potilaiden määrä noin 16 prosentilla. Samalla aikavälillä sellaisten hoitajaksojen määrä, jossa alkoholi oli päädiagnoosina, kasvoi vajaat kolme prosenttia; vastaavasti alkoholisairauksien vuoksi vuodeosastoilla hoidettujen potilaiden määrä väheni noin kaksi prosenttia ja heidän hoitopäiviensä määrä vähentyi yli viidenneksen. (THL, 2020c.)

Vuosien 2014–2018 aikana huumesairauksiin liittyvien erikoissairaanhoidon polikliinisten käyntien määrä lisääntyi noin 23 prosentilla ja potilaiden määrä noin 33 prosentilla. Samana ajanjaksona sellaisten hoitajaksojen määrä, joissa huumeisiin liittyvä sairaus oli päädiagnoosina, kasvoi lähes 63 prosenttia; vastaavasti huumesairauksien vuoksi vuodeosastoilla hoidettujen potilaiden määrä lisääntyi noin 71 prosenttia ja heidän hoitopäiviensä määrä kasvoi noin kolmanneksella. (THL, 2020c.)

Päihdehaittojen kustannukset eivät rajaudu niiden erityispalvelujen kustannuksiin

Päihdehuollon erityispalveluiden osuus oli vuonna 2018 vain prosentin sosiaali- ja terveystoiminnan nettokäyttökustannuksista. Osa mielenterveyshäiriöiden ja päihdehäiriöiden aiheuttamista kustannuksista kohdentuu kuitenkin erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuoltoon ja sosiaalitoimeen. Päihteiden käytöstä yhteiskunnalle aiheutuvat kustannukset muodostuvat sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden lisäksi muun muassa sosiaaliturvasta, eläkkeistä ja sairauspäivärahoista, järjestyksen ja turvallisuuden ylläpidosta sekä oikeusjärjestelmän ja vankeinhoidon kustannuksista (THL, 2020c).



Vammaisten palvelut

Vammaisille henkilöille myönnettyjen palvelujen kokonaismäärä ja kustannukset ovat kasvussa. Sosiaalihuoltolain nojalla myönnettyjen kuljetuspalvelujen osuus kaikista myönnetyistä kuljetuspalveluista on pienentynyt. Alueet jakautuvat kahteen ryhmään sen perusteella, miten sosiaalihuoltolain mukaiset kuljetuspalvelut ovat kehittyneet. Myös vammaispalvelulain nojalla kuljetuspalveluja saaneiden määrä on vähentynyt, mutta kustannukset ovat pysyneet samana. Selvästi yli puolet vammaispalvelulain mukaisista kuljetuspalveluista on myönnetty ikääntyneille. Vammaisten henkilöiden palveluasuminen on yleistynyt viime vuosina. Kehitysvammaisten henkilöiden pitkäaikainen laitosasuminen on vähentynyt voimakkaasti, ja tilalle ovat tulleet erilaiset asumispalvelut. Asumispalvelujen selvä painopiste on ympärivuorokautista hoivaa tarjoavissa yksiköissä.

Vammaisten henkilöiden tarvitsemat sosiaali- ja terveyspalvelut järjestetään ensisijaisesti osana yleistä palvelujärjestelmää, eli lähtökohtana ovat kaikille tarkoitettut yleiset palvelut. Jos nämä eivät ole tarpeisiin nähden riittäviä tai sopivia, palveluita täydennetään vammaispalvelulain ja kehitysvammalain perusteella. Mitä paremmin ympäristössä ja palveluissa on otettu huomioon ihmisten erilaiset toimintarajoitteet, sitä vähemmän tarvitaan erityispalveluita (Sirola & Nurmi-Koikkalainen, 2014). Vammaisille henkilöille tarkoitettujen erityispalvelujen käyttäjien määräksi on arvioitu 100 000–110 000 henkilöä (Nurmi-Koikkalainen, 2013).

Vammaisuuden perusteella annettujen palvelujen määrä ja kustannukset ovat kasvussa

Vammaispalveluista tehtiin yhteensä noin 188 500 asiakaskohtaista päätöstä; asukaslukuun suhteutetut erot alueiden välillä ovat noin kaksinkertaiset. Lukumäärä on vuodesta 2015 kasvanut noin kolme prosenttia, joskin alueiden välillä on hajontaa. Määrä ei kuitenkaan kuvaa yksittäisten henkilöiden määrää, sillä yhdellä henkilöllä voi olla käytössään monta eri palvelua. Vammaispalvelulain mukaisten palvelujen ja taloudellisten tukitoimien asukaskohtaiset menot olivat vuonna 2018 keskimäärin 128 euroa; alueiden väliset erot ovat suurimmillaan noin kolminkertaiset. Vuoteen 2015 verrattuna menot ovat kasvaneet lähes kaikilla alueilla, keskimäärin 13 prosenttia.

Kuljetuspalveluja saavien määrät ovat vähentyneet

Kuljetuspalvelu on asiakasmäärältään suurin vammaispalvelulain mukainen palvelu. Vaikeavammaisten kuljetuspalveluja sai vuonna 2018 noin 96 000 asiakasta; määrä on vähentynyt lähes kaikilla alueilla, keskimäärin neljä prosenttia. Palvelun saajista kaksi kolmesta oli täyttänyt 65 vuotta; osuus on pysynyt samana viime vuodet. Kuljetuspalvelujen kustannukset olivat vuonna 2018 keskimäärin 28 euroa asukasta kohden, joskin alueelliset erot ovat yli kaksinkertaiset. Kustannustaso on kuitenkin pysynyt samana vuoteen 2015 verrattuna.

Sosiaalihuoltolain mukaisia liikkumista tukevia palveluja sai noin 19 500 asiakasta; määrä on vähentynyt keskimäärin kymmenen prosenttia. Noin puolessa alueista kehityssuunta on kuitenkin ollut kasvava. Näiden kuljetuspäätösten osuus kaikista kuljetuspalvelupäätöksistä oli 17 prosenttia; osuus on vuoteen 2015 verrattuna pienentynyt prosentin.

Vammaispalveluissa kevyemmin tuetut asumismuodot ovat kehittyneet hitaasti

Vaikeavammaisten palveluasumista järjestettiin yhteensä noin 6 800 asiakkaalle; määrä on kasvanut lähes koko maassa, keskimäärin 19 prosenttia.

Kehitysvammalain perusteella asumispalveluja sai vuonna 2018 yhteensä noin 12 400 asiakasta; määrä on kasvanut lähes koko maassa, keskimäärin kymmenen prosenttia. Suurin osa (70 %) asumispalveluja saavista asiakkaista sai palveluja, joissa ammattilaisten apu ja tuki ovat saatavilla kaikkina vuorokauden aikoina (autettu asuminen); asiakkaiden osuus kaikista asumispalveluja saavista on pysynyt lähes samana verrattuna vuoteen 2015. Loput (30 %) asumispalveluja saavista asiakkaista sai palveluja, joissa ammattilaisten apu ja tuki olivat saatavilla muulloin paitsi yöllä, sekä palveluja, jotka on suunnattu melko itsenäisesti arjessa pärjääville. Noin puolet (51 %) autetun asumisen asiakkaista saa palvelunsa järjestöjen tai yksityisten palveluntuottajien ylläpitämästä yksiköstä; alueelliset vaihtelut ovat kuitenkin merkittävät.



Kehitysvammalaitoksissa asuvien henkilöiden määrä on puolittunut vuodesta 2015; vuoden 2018 lopussa pitkäaikaisasiakkaita oli 521. Kehityssuunta on ollut pääosin sama kaikilla alueilla.

Pitkäaikaisen laitoshoidon purusta huolimatta vammaispalvelujen kustannukset ovat kasvaneet

Vammaispalvelujen yhteenlasketut nettokäyttökustannukset olivat Suomessa noin 1,9 miljardia euroa. Kustannukset ovat vuodesta 2015 kasvaneet 215,7 miljoonaa euroa (+ 13 %). Eniten kustannuksia, noin miljardi euroa, kertyi ns. muista vammaispalveluista, johon sisältyy mm. tuettu ja ohjattu asuminen, henkilökohtainen apu sekä VPL-kuljetuspalvelut ja palveluasuminen. Toiseksi eniten kustannuksia kertyi ympärivuorokautisen hoivan asumispalveluista, 772,2 miljoonaa euroa. Laitoshoidon yhteenlasketut kustannukset olivat 121,7 miljoonaa euroa.

Laitoshoidon kustannukset ovat vuodesta 2015 vähentyneet yhteensä 36,8 miljoonaa euroa (-23 %, vaihteluväli -68–15 %); neljällä alueella kustannukset ovat kuitenkin kasvaneet. Ympärivuorokautisen hoivan asumispalvelujen (autetun asumisen) kustannukset ovat puolestaan kasvaneet 107,1 miljoonaa (+16 %, vaihteluväli -3–27 %); kasvua on tapahtunut kahta aluetta lukuun ottamatta kaikkialla maassa. Muiden vammaispalvelujen kustannukset ovat kasvaneet yhteensä 145,3 miljoonaa euroa (+17 %, vaihteluväli -3–31 %); kehityssuunta on ollut kasvava yhtä aluetta lukuun ottamatta.



Ikääntyneiden palvelut

Kotona asuvien ikääntyneiden määrä on kasvanut. Säännöllistä kotihoitoa saavien määrä on pysynyt samana, kuten myös ympärivuorokautista hoitoa saavien määrä. Intensiivinen kotihoito on yleistynyt, vaikkakin kotona asumista tukevat, julkisesti rahoitetut palvelut, ovat kehittyneet kangerrellen. Kotihoitoa tukevien palvelujen saatavuus vaihtelee merkittävästi alueittain. Ikääntyneiden palvelujen henkilöstöstä suurin osa työskentelee ympärivuorokautisessa hoivassa, vaikka asiakkaista suurin osa on kotihoidossa. Perhehoitoa tarjotaan yhä enemmän, mutta asiakasmäärät ovat vielä pieniä. Tehostettu palveluasuminen on yleistynyt erityisesti muistisairaiden ikääntyneiden hoivassa. Palveluissa hyödynnetään teknologiaa yhä enemmän, mutta erot alueiden välillä ovat huomattavat.

Kotona asumisen ensisijaisuudesta huolimatta kotihoito on kehittynyt kangerrellen

Vuonna 2018 lähes puoli miljoonaa 75 vuotta täyttäneitä ikääntyneitä asui kotonaan. Kotona asuvien suhteellinen osuus on pysynyt lähes samana viime vuosina, ja muutamilla alueilla se on jopa pienentynyt. Kolme neljästä (75 %) kotona asuvasta 75 vuotta täyttäneestä ei saanut mitään säännöllistä tukea tai palvelua. Vain joka viides alue on tehnyt päätöksiä ikäasumisen uusista ratkaisuista (THL. Vanhuspalvelujen tila 2018).

Säännöllistä kotihoitoa sai noin 56 400 ikääntyneitä. Vaikka alueet poikkeavat toisistaan, kokonaisuutena kotihoidon saajien määrä ja suhteellinen osuus ovat pysyneet melko vakaina. Säännöllistä kotihoitoa saavista ikääntyneistä joka viidennen luona käydään 2–3 kertaa vuorokaudessa. Paljon palveluja tarvitsevien asiakkaiden suhteelliset osuudet ovat kasvaneet lähes joka alueella.

Kolmannes ikääntyneiden palvelujen henkilöstöstä työskentelee kotihoidossa. Alueiden väliset erot ovat kuitenkin lähes kaksinkertaiset. Kotihoidon henkilöstön osuus on kasvanut lähes kaikilla alueilla, ja myös kotihoidon kuntoutusresurssit ovat vahvistuneet vuodesta 2014. Silti yli puolessa kotihoidon yksiköistä ei ole yhtäkään fysioterapeuttia, toimintaterapeuttia tai geronomia. (Penttinen ym., 2018.)

Tukipalveluja, kuten ateria-, kuljetus- ja kylvetyspalveluja, sai noin 100 000 ikääntyneitä. Määrä on kasvanut vain vähän, ja samalla saajien suhteellinen osuus on hieman pienentynyt. Kotihoidon yksiköistä 70 prosenttia sai kotisairaalapalveluja ja 61 prosenttia ympärivuorokautista lääkärinkonsultaatiota. Yöaikaista kotihoitoa tarjosi kaksi kolmesta yksiköstä, mutta alueet poikkeavat toisistaan paljon. Kotihoidon yksiköistä noin joka kolmas kertoi tarvitsevansa lisäkoulutusta saattohoidosta, ja noin joka kolmannen yksikön alueella toimii kotisaattohoitotiimi. (THL. Vanhuspalvelujen tila, 2018.) Alueiden välinen vaihtelu näissä sekä kivunhoidon osaamisessa ja lääkityksen systemaattisten tarkastusten toimintakäytännöissä oli huomattavaa (STM, 2019).

Omais- ja perhehoito tukevat kotona asumista

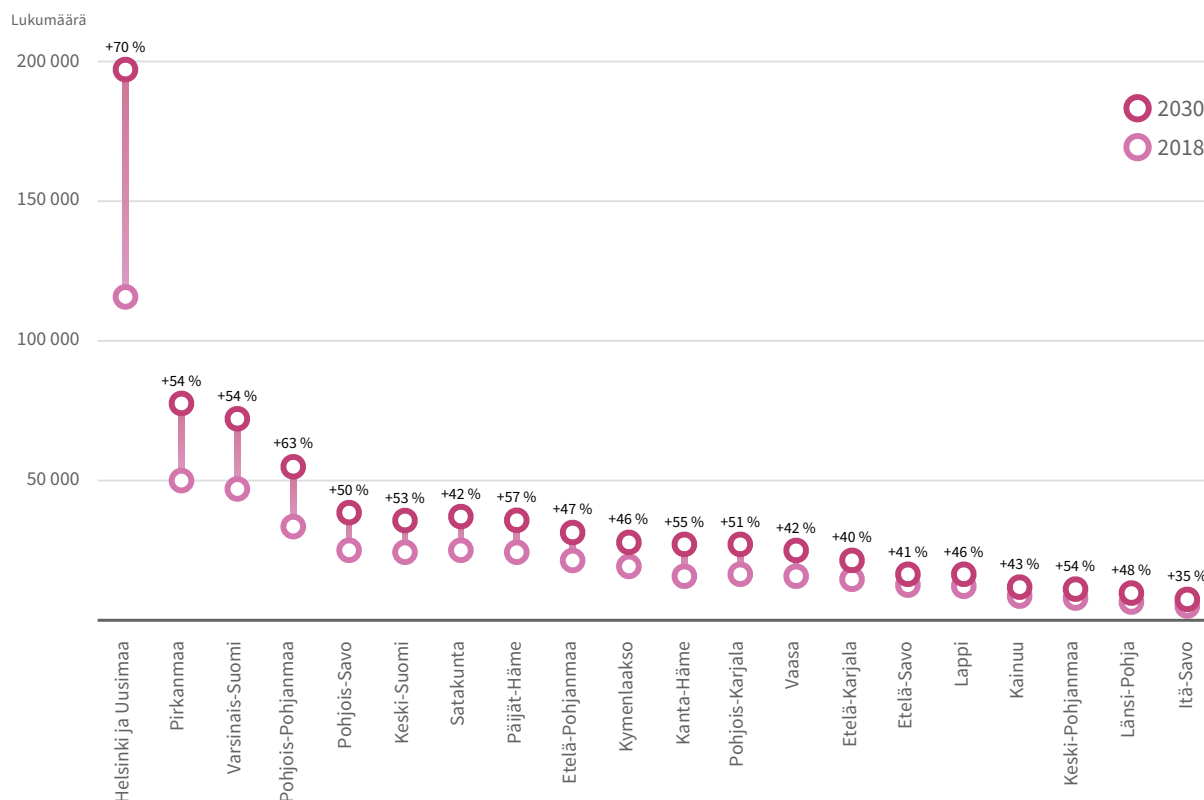
Omaishoidon tuella hoidettiin noin 25 000 ikääntyneitä; määrä on kasvanut noin 2 400 hengellä (10 %), joskin alueet ovat kehittyneet eri tahdissa. Noin puolet alueista alitti omaishoidon viiden prosentin kattavuuden. Omaishoito ja omaishoidettavien kotihoidon saatavuus vaihtelevat huomattavasti alueittain (Kehusmaa ym., 2019). Perhehoitoa sai noin 1 200 ikääntyneitä; määrä on kasvanut noin 800 hengellä. Alueiden kehitys on kuitenkin erilaista; kahdella alueella ei tilastojen mukaan ole yhtään perhehoidon asiakasta. Puolet hoidettavista oli lyhytaikaisessa perhehoidossa. (THL. Omais- ja perhehoidon kysely OMPE, 2018.)

Teknologia tukee ikääntyneiden pärjäämistä ja henkilöstön työntekoa

Noin puolet (45 %) kotihoidon ja tavallisen palveluasumisen yksiköistä käytti asiakkaiden omatoimisuutta lisääviä teknologisia ratkaisuja, kuten videopuheluja ja hyvinvointirannekkeita. Lähes puolet (41 %) kotihoidon yksiköistä käytti etä- tai virtuaalihoitoa tietokoneen, tabletin tai puhelimen välityksellä; toisaalta vain prosentti kaikista kotihoidon käynneistä tehtiin etäyhteyden avulla. Alueiden väliset erot kotihoidon käyttämien teknologioiden kattavuudessa ovat kuitenkin merkittävät. (Hammar ym., 2018.) Henkilöstön työntekoa helpottavien yhteysvälineiden käyttö on lisääntynyt selvästi vuodesta 2014; langatonta etäyhteyttä potilastietojärjestelmiin käyttivät lähes kaikki (n. 80 %) kotihoidon ja tavallisen palveluasumisen yksiköt. (THL. Vanhuspalvelujen tila, 2018.)



Kuvio 8: Ennuste 75 vuotta täyttäneiden lukumäärän kehityksestä alueittain



📌 Ikääntyneiden lukumäärä kasvaa voimakkaimmin kasvukeskuksissa. Näillä alueilla muutos haastaa sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäjät vastaamaan hoivatarpeen kasvuun jo lähivuosina.

Systemaattinen palvelutarpeiden arviointi auttaa kohdentamaan palveluja koko asiakkuuden ajan

Tehostettua palveluasumista sai yhteensä lähes 40 000 ikääntynyttä; määrä on kasvanut sekä lukumääräisesti (13 %) että suhteellisesti (0,5 %) ja kasvua on tapahtunut lähes kaikilla alueilla. Puolet heistä asuu järjestön tai yksityisen palveluntuottajan ylläpitämässä yksikössä. Alueiden välillä on suuria eroja. Tehostetun palveluasumisen asukkaista, joille on tehty RAI-arviointi, lähes kaikilla (95 %) oli jonkinasteinen muistihäiriö.

Pitkäaikaista laitoshoidtoa sai enää noin 5 400 ikääntynyttä (1,1 %). Määrä on puolittunut vuodesta 2015, ja kehityssuunta on ollut sama kaikilla alueilla. Iäkkäiden pitkäaikaisen laitoshoidon perusteita pohtineen työryhmän mukaan 75 vuotta täyttäneestä väestöstä 0–1 prosenttia tarvitsee pitkäaikaista laitoshoidtoa lääketieteellisillä perusteilla. (STM, 2017.) Ympäri vuorokautista hoitoa saavien yhteenlaskettu osuus on pysynyt lähes samana.

Alueellisesti keskitettyä neuvontaa ja asiakasohjausta on kehitetty pääasiassa kuntatasolla; koko maakunnan kattavia yksiköitä on viisi. (Neuvonnan ja asiakasohjauksen toimintayksikkökysely, 2018.) Myös säännöllisiä palveluja jo saavien asiakkaiden palvelutarpeiden systemaattinen arviointi yhdessä palvelujen yhtenäisten myöntämiskriteerien kanssa tukee palvelujen yhdenvertaista saatavuutta ja vaikuttavuutta. Yksi yleisimmin käytetyistä arviointimenetelmistä on RAI-järjestelmä. Sen avulla arvioitiin vuonna 2018 noin 35 prosenttia kotihoidon ja 40 prosenttia ympärivuorokautisen hoivan asukkaista. Tammikuussa 2020 julkaistun tiedon mukaan RAI-välineitä käytetään 176 kunnassa (60 %). (THL. RAI-järjestäjätietokanta.)



Ympäri vuorokautisen hoivan asumispalvelukustannukset kasvaneet reilusti kotihoitoon verrattuna

Ikääntyneiden palvelujen yhteenlasketut nettokäyttökustannukset olivat noin 3,5 miljardia euroa. Kustannukset ovat vuodesta 2015 kasvaneet 6,8 prosenttia. Eniten kustannuksia kertyi ympärivuorokautisen hoivan asumispalveluista, 1,7 miljardia euroa, ja toiseksi eniten kotihoidosta, noin miljardi euroa. Muiden ikääntyneiden palvelujen kustannukset, joihin sisältyy mm. tavallinen palveluasuminen, omaishoidontuet sekä perhehoito, olivat 450,6 miljoonaa ja laitoshoidon kustannukset 362,7 miljoonaa euroa.

Laitoshoidon kustannukset ovat vuodesta 2015 vähentyneet kolmanneksella, yhteensä 197,8 miljoonaa euroa, ja ympärivuorokautisen hoivan asumispalvelujen kustannukset ovat puolestaan kasvaneet 263,5 miljoonaa euroa (18 %). Kehityssuunnat ovat samanlaiset kaikilla alueilla. Kotihoidon kustannukset ovat kasvaneet noin kymmenen prosenttia, ja kasvu koskee käytännössä koko maata. Muiden ikääntyneiden palvelujen kustannukset ovat kasvaneet 64 miljoonaa euroa (17 %); viidellä alueella kustannukset ovat kuitenkin vähentyneet.

Menetelmät ja laatuseloste

Kansallinen sosiaali- ja terveystalvelujen asiantuntija-arvio kokoaa alueellisten asiantuntija-arvioiden havainnot koko maata koskevaksi tilannekuvaksi. Vuoden 2018 alueellisissa arvioinneissa on käytetty sairaanhoitopiirin aluejakoa. Kansallisessa asiantuntija-arviossa alueen nimellä tai alueella viitataan sairaanhoitopiirin maantieteelliseen alueeseen. Arvioinnin pääasiallisena tietolähteenä on käytetty Sosiaali- ja terveydenhuollon kustannusvaikuttavuusmittaristoa (KUVA). Arviointia on syvennetty käyttämällä viranomaisten ja tutkimuslaitosten selvityksiä sekä alueellisissa arvioissa palvelujärjestäjien suunnitteludokumentteja ja päätösasiakirjoja. Arviointiin on välillisesti osallistunut suuri joukko Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen asiantuntijoita.

Arviointi perustuu pääsääntöisesti julkisesti ja avoimesti saatavilla olevaan tietoon. Mittaristoon kuulumattomat tietolähteet on mainittu tekstissä, ja niihin viitataan erillisellä lähdeviitteellä. Aineistot, jotka eivät ole avoimesti saatavilla, on kuvattu alempana.

Kansallinen kustannusvaikuttavuusmittaristo ja Tietoikkuna

Kansallinen kustannusvaikuttavuusmittaristo on sosiaali- ja terveysministeriön sekä laajan asiantuntijajoukon yhteistyönä muodostama noin 540 indikaattorin kokoelma (Hämäläinen ym., 2019). Kokoelmasta on tuotannossa noin 450 indikaattoria. Mittariston ylläpitämisestä ja kehittämisestä vastaa sosiaali- ja terveysministeriön asettama vaikuttavuus- ja kustannustietoryhmä, joka koostuu arvioinnin, tilastoinnin ja ohjauksen asiantuntijoista sekä alueiden edustajista. Lisätietoja KUVA-indikaattoreista ja arvioinnista on osoitteessa thl.fi/arviointi.

Kustannusvaikuttavuusmittariston kaikki indikaattoriarvot esitetään tätä varten kehitetyssä käyttöliittymässä, Tietoikkunassa. Tietoikkuna poimii tilastopalvelu- ja indikaattoripankki Sotkanetistä (sotkanet.fi) kustannusvaikuttavuusmittaristoon kuuluvat indikaattorit alueittain. Indikaattorien tiedot päivittyvät ympäri vuoden sitä mukaa, kun aineistoja valmistuu. Tavoitteena on, että arvioinnissa käytetyt indikaattoritiedot ovat luotettavia ja ajantasaisia. Vuosittain päivittyvien indikaattorien viivästyminen johtuu usein tietojen toimitusvaikeuksista. Kyselyaineistoihin perustuvat indikaattorit päivittyvät yleensä joka toinen vuosi.

Julkaisemattomat lähteet

Alueelliset sosiaali- ja terveystalvelujen kustannusennusteet 2017–2030

Suomessa sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuskehitystä arvioidaan sosiaalimenojen kasvumallilla (SOME-malli), joka on THL:ssä alueellistettu. Arviointi kattaa keskeiset laitos- ja avohoidon palvelumuodot sekä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon eri muodot. Alueiden kustannuskehityksen arvioinnissa on keskitytty väestökehityksen vaikutukseen. Malli ei huomioi tuottavuuden kehitystä tai inflaatiota. Laskennassa eri palveluista ja toimenpiteistä aiheutuvat menot kohdennetaan miesten ja naisten vuositasoihin ikäryhmiin, jolloin väestöennusteen perusteella on arvioitavissa, kuinka palvelujen volyyymi kehittyy tulevaisuudessa. Laskenta nojaa oletukseen, että menojen jakautuminen kunkin ikäryhmän sisällä säilyy nykyisen kaltaisena, mutta kun ikäryhmien koot muuttuvat väestöennusteen mukaisesti, myös palvelujen kokonaiskustannukset muuttuvat.

Työterveyshuollon asiakasmäärät

Arvio työterveyshuollon asiakasmäärästä perustuu Työterveyslaitoksen Työterveydenhuollon toiminta ja laatu Suomessa 2018 -kyselyyn. Työterveyslaitos on toimittanut THL:lle tiedot asiakasmäärästä sairaanhoitopiirin alueella, jossa määrät on suhteutettu alueen työikäiseen väestöön.

Vanhuspalvelujen tila ja RAI-arvioitujen osuus

Vanhuspalvelujen tila -kyselyyn pohjautuvia tietoja on käytetty ikääntyneiden palvelujen arvioinnissa. Kotihoidon ja ympärivuorokautisen hoidon yksiköiden toimintaa koskevat tiedot on julkaistu THL:n tilastopalvelussa maakunnittain. Sairaanhoitopiirien alueella olevat luvut on toimitettu arviointiyksikölle. Sama koskee RAI-välineillä arvioitujen määrää tuhatta vastaavanikäistä kohden (75 vuotta täyttäneet). Indikaattorin tiedot perustuvat THL:lle toimitettuihin RAI-vertailukehittämisen tietoihin. Tiedot eivät ole julkisesti saatavilla.

Tietolähteiden laatuun liittyvät rajoitukset

Hoitoilmoitusjärjestelmän kolmen rekisterin (sosiaalihuollon hoitoilmoitusrekisteri, terveydenhuollon hoitoilmoitusrekisteri ja perusterveydenhuollon avohoidon hoitoilmoitusrekisteri eli Avohilmo) tietojen laatu ja kattavuus vaihtelevat alueittain. Tähän voivat vaikuttaa muun muassa erilaiset kirjaamiskäytännöt sekä tekniset ongelmat tietojen siirrossa THL:lle. Myös sosiaalipalvelujen toimintatilaston luotettavuuteen vaikuttaa se, kuinka täsmällisiä tietoja sinne on toimitettu. Joissain toimituksissa tiedetään olevan ristiriitoja tilastomääritelmien kanssa, jolloin tiedot sisältävät myös muita toimintatietoja. Toimintatilaston luotettavuuteen vaikuttaa myös kuntien vastausaktiivisuus: jos suuret kunnat eivät ilmoita toimintatietojaan, se vaikuttaa mittarien väestösuhteutettuihin lukuihin ja vääristää alueiden välistä vertailua. Tiedonkeruukohtaiset vuosittaiset laatuselosteet ovat saatavilla THL:n verkkosivuilla.

FinSote-kyselytutkimusten aineistot ovat käytössä ainoastaan maakunnittain jaoteltuina. Lisäksi kyselytutkimuksissa, esimerkiksi vastausten kattavuudessa, on aluekohtaisia rajoitteita. Jos rajoitteet ovat merkittäviä, tietoja ei ole käytetty.

Lähteet ja arvioinnissa käytetty tausta-aineisto

Arvioinnissa käytetyn indikaattoritiedon käyttöliittymä Tietoikkuna
www.thl.fi/tietoikkuna

- Aalto-Setälä, T., Huikko, E. & Suvisaari, J. THL:n lausunto eduskunnan kunta- ja terveysjaostolle, 17.10.2019, THL/1744/4.00.02/2019. [Verkkolähde](#) [luettu 7.2.2020]
- Ammattibarometri 2019. <https://www.ammattibarometri.fi/>
- ECDC (2019) Antimicrobial consumption in the EU/EEA. Annual epidemiological report for 2018. [Verkkolähde](#) [luettu 7.2.2020]
- Eurostat. Healthcare personnel statistics – physicians. Physicians, by speciality, 2017. [Verkkolähde](#) [luettu 7.2.2020]
- Eurostat. Euroopan Unionin tilastotoimisto. Database; Population and social conditions, population and fertility. [Verkkolähde](#) [luettu 7.2.2020]
- Hammar, T., Mielikäinen, L. & Alastalo, H. (2018). Teknologia tukee kotihoidon asiakkaan omatoimisuutta ja turvallisuutta – eroja käyttöönotossa maakuntien välillä. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL), Tutkimuksesta tiiviisti 44/2018. [Verkkolähde](#) [luettu 7.2.2020]
- Heino T., Forsell, M., Eriksson, P., Känkänen, P., Santalahti, P. & Tapiola, M. (2018). Lastensuojelun, lastenpsykiatrian ja nuorisopsykiatrian yhteiset asiakkaat – yhteinen vastuu. [Verkkolähde](#) [luettu 1.2.2020]
- Huikko, E., Kovanen, L., Torniainen-Holm, M., Vuori, M., Lämsä, R., Tuulio-Henriksson, A. & Santalahti, P. (2017). Selvitys 5–12-vuotiaiden lasten mielenterveyshäiriöiden hoito- ja kuntoutuspalvelujärjestelmistä Suomessa. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL), Raportti 14/2017. [Verkkolähde](#) [luettu 13.2.2020]
- Hämäläinen, P., Kovanen, M. & Räikkönen, O. (2019). Ehdotukset sote-ohjauksen mittareista ja tietopohjan varmentamisesta. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2019:33. [Verkkolähde](#) [luettu 27.9.2019].
- Jormanainen, V., Parhiala, K., Niemi, A., Erhola, M., Keskimäki, I. & Kaila, M. (2019). Half of the Finnish population accessed their own data: comprehensive access to personal health information online is a cornerstone of digital revolution in Finnish health and social care. Finnish Journal of EHealth and EWelfare, 11(4), 298–310. [Verkkolähde](#) [luettu 7.2.2020]
- Jormainen, V., Parhiala, K., & Reponen, J. (2019). Highly concentrated markets of electronic health records data systems in public health centres and specialist care hospitals in 2017 in Finland. Finnish Journal of EHealth and EWelfare, 11(1–2), 109–124. [Verkkolähde](#) [luettu 7.2.2020]
- Jormanainen, V., Röttsä, M. & Parhiala, K. (2019). Social care client information systems in Finnish municipality social services in 2017. Finnish Journal of EHealth and EWelfare, 11 (1–2), 125–138. [Verkkolähde](#) [luettu 7.2.2020]
- Kehusmaa S. & Erhola, K. (2019). Kotihoito omaishoidon tukipalveluna. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL), Tutkimuksesta tiiviisti 1/2018. [Verkkolähde](#) [luettu 7.2.2020]
- Koponen, P., Borodulin, K., Lundqvist, A., Sääksjärvi, K. & Koskinen, S. toim. (2018). Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa – FinTerveys 2017 -tutkimus. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL), Raportti 4/2018. [Verkkolähde](#) [luettu 7.2.2020]
- Kosola, Silja (2018). Tavallisten nuorten tavalliset vaivat: kenen niitä tulisi hoitaa ja millä resursseilla? Duodecim 2018;134(8):837-9. [Verkkolähde](#)
- Kuntarahoitus. Suhdannekatso 4.12.2019. Maailmantaloudessa vakautumisen merkkejä, kotimaassa kuntatalous heikkenee yleistä talustilannetta rajummin. [Verkkolähde](#) [luettu 7.2.2020]
- Lääkäriliitto (2019). Terveyskeskusten lääkäritilanne 2018. [Verkkolähde](#) [Luettu 14.2.2020].
- Maakuntien tilakeskus Oy (2018). Selvitys: Suomessa on käynnissä sairaalarakentamisen investointihuippu. 14.3.2018 [Verkkolähde](#) [luettu 7.2.2020]

- Nurmi-Koikkalainen, P. (2013). Laitoksesta lähiyhteisöön – Kuntakyselyn tuloksia vammaisten kuntalaisten palveluista. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL), Työpaperi 26/2013. [Verkkolähde](#) [luettu 3.2.2020]
- OECD. Health at a Glance 2019. OECD indicators. [Verkkolähde](#) [luettu 7.2.2020]
- Pelkonen, M., Hastrup, A., Normia-Ahlsten, L., Halme, N., Kekkonen, M., Kiviruu, O., Liukko, E., Lämsä, R. & Muranen, P. (2020). Perhekeskukset Suomessa 2019, Kehittämisen tilanne ja työn jatkuminen. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL), Työpaperi 6/2020. [Verkkolähde](#) [luettu 3.2.2020]
- Penttinen, L., Kehusmaa, S., Havulinna, S. & Alastalo, H. (2018). Kotihoitoon tarvitaan lisää kuntoutusosaamista. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL), Tutkimuksesta tiiviisti 34/2018. [Verkkolähde](#) [luettu 10.2.2020]
- Ranta, K., Parhiala, P., Pelkonen, R., Sepälä, T. T., Mäklin, S., Haula, T., Nikula, M., Mäkinen, M., Rintamäki, T. & Marttunen, M. (2018). Nuorten masennus, mielenterveyden hoitoketjut ja näyttöön perustuvan hoidon integroitu implementaatio perustasolle. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisu 90/2017. [Verkkolähde](#) [luettu 15.2.2020]
- Sirola, P. & Nurmi-Koikkalainen, P. (2014). Kuljetuksesta liikkumiseen – Kuntakyselyn ja asiakashaastattelujen tuloksia vammaisten henkilöiden kuljetuspalveluista ja auton hankinnan tukimuodoista. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL), Työpaperi 24/2014. [Verkkolähde](#) [luettu 11.2.2020]
- Sosiaali- ja terveysjärjestöjen avustuskeskus (STEA) <http://avustukset.stea.fi/>
- SOSTE Suomen sosiaali ja terveys ry. <https://www.soste.fi/>
- STM Sosiaali- ja terveysministeriö (2017). Iäkkäiden pitkäaikaisen laitoshoidon perusteiden alatyöryhmän muistio. Iäkkäiden laitoshoidon perusteet. [Verkkolähde](#) [luettu 3.2.2020]
- STM Sosiaali- ja terveysministeriö (2019). Suositus palliatiivisen hoidon palveluiden tuottamisesta ja laadun parantamisesta Suomessa. Palliatiivisen hoidon asiantuntijaryhmän loppuraportti. [Verkkolähde](#) [luettu 11.2.2020]
- Sotkanet. <http://www.sotkanet.fi>
- Suomen Hammaslääkäriliitto (2018a). Yksityisen sektorin työvoimaselvitys 2018, hammaslääkärikohtaiset tulokset. [Verkkolähde](#) [luettu 17.2.2020].
- Suomen Hammaslääkäriliitto (2018b). Työvoimaselvitys 2018, terveystieteiden hammaslääkäritilanne lokakuussa. [Verkkolähde](#) [luettu 17.2.2020].
- Suvisaari, J. 17.2.2020. Esitys. Suomalaisten mielenterveys ja mielenterveyspalvelujen käyttö. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL), mielenterveysyksikkö.
- Syrjä V., Parviainen L. & Niemi A. (2019). Terveystieteiden avosairaanhoidon järjestelyt 2019 – Ulkoistukset, henkilöstö, työpanokset ja tehtäväsiirrot. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL), Tutkimuksesta tiiviisti 51/2019. [Verkkolähde](#) [luettu 11.2.2020]
- Takala, E.-P., Leino, T., Harjunpää, K., Hirvonen, M., Kauranen, T., Liljeström, K., Syynimaa, S. & Österbacka, O. (2019). Työterveyshuollon toiminta ja laatu Suomessa 2018. Työterveyslaitos. [Verkkolähde](#) [Luettu 14.2.2020].
- TEAvisari. <http://www.teaviisari.fi>
- THL (2020a). Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattioikeudet 2010–2018. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL), Tilastoraportti 2/2020. [Verkkolähde](#) [luettu 11.2.2020]
- THL (2020b). Sairaaloiden tuottavuus 2018. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL), Tilastoraportti 1/2020. [Verkkolähde](#) [luettu 11.2.2020]
- THL (2020c). Päihdetilastollinen vuosikirja 2019. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). [Verkkolähde](#) [luettu 11.2.2020]
- THL (2019a). Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen kuntajohdossa – TEA 2019. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL), Tilastoraportti 38/2019. [Verkkolähde](#) [luettu 11.2.2020]
- THL (2019b). Lasten ja nuorten ylipaino ja lihavuus 2018. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL), Tilastoraportti 9/2019. [Verkkolähde](#) [luettu 11.2.2020]
- THL (2019c). Suomalaisten huumeiden käyttö ja huumeasenteet 2018. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL), Tilastoraportti 2/2019. [Verkkolähde](#) [luettu 16.2.2020]
- THL (2019d). Somaattinen erikoissairaanhoido 2018. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL), Tilastoraportti 51/2019. [Verkkolähde](#) [luettu 11.2.2020]

- THL (2018). Terveys- ja sosiaalipalvelujen henkilöstö 2014. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos (THL), Tilastoraportti 1/2018. [Verkkolähde](#). [luettu 11.2.2020]
- THL. RAI-järjestäjätietokanta. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos (THL). [Verkkolähde](#) [luettu 11.2.2020]
- THL. Vanhuspalvelujen tila 2018. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos (THL). [Verkkolähde](#) [luettu 3.2.2020]
- THL. Omais- ja perhehoidon kysely OMPE 2018. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos (THL). [Verkkolähde](#) [luettu 10.2.2020]
- THL. Neuvonnan ja asiakasohjauksen kysely 2018. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos (THL). [Verkkolähde](#) [luettu 10.2.2020]
- THL. Hepatiitti C -tapausten esiintyvyys Suomessa. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos (THL). [Verkkolähde](#) [luettu 11.2.2020]
- THL. Tartuntataudit Suomessa 2018. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos (THL). [Verkkolähde](#) [luettu 11.2.2020]
- THL. Tarvekaioidut menot. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos (THL). [Verkkolähde](#) [luettu 1.2.2020]
- THL. Jätevesitutkimus (14.03.2019). Terveysten ja hyvinvoinnin laitos (THL). [Verkkolähde](#) [luettu 11.2.2020]
- Tilastokeskus (2019a). Kuntatalous neljännesvuosittain. 4. vuosineljännes 2019. Helsinki. [Verkkolähde](#) [luettu 3.2.2020]
- Tilastokeskus (2019b). Kuntatalous 2018. [Verkkolähde](#) [luettu 2.2.2020]
- Tilastokeskus. Tilastotietokannat. Väestö. [Verkkolähde](#) [luettu 1.2.2020]
- Vaalavuo, M., Haula, T. & Bakkum, B. (2020). Nuoret aikuiset, terveys ja toimeentulotuki. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos (THL), Raportti 4/2020. [Verkkolähde](#) [luettu 1.2.2020]
- Vaalavuo, M. (2016). Toimeentulotukiasiakkaiden terveyspalveluiden käyttö pääkaupunkiseudulla. Janus sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön tutkimuksen aikakauslehti, 24(3). [Verkkolähde](#) [luettu 15.2.2020]
- VTV Valtiontalouden tarkastusvirasto (2020). Perustoimeentulotuen siirto Kelalle: Toimeenpanon vaikutusten arvioinnin merkitys lainvalmistelussa. Valtiontalouden tarkastusviraston tarkastuskertomukset 1/2020. [Verkkolähde](#) [luettu 18.2.2020]
- VM Valtiovarainministeriö (2020). Kunnat käännekohtassa? Kuntien tilannekuva 2020. Valtiovarainministeriön julkaisuja 2020:13. [Verkkolähde](#) [luettu 15.2.2020]
- VM Valtiovarainministeriö (2019). Manner-Suomen kuntakonsernien, kuntien ja kuntayhtymien ennakkolliset tilinpäätökset vuonna 2018. Muistio 7.6.2019. [Verkkolähde](#) [luettu 10.2.2020]
- WHO (2019). Core Health Indicators in the WHO European Region. Special focus: Health 2020. [Verkkolähde](#) [luettu 13.2.2020]
- Inchley, J., Currie, D., Young, T., Samdal, O., Torsheim, T., Augustson, L., Mathison, F., Aleman-Diaz, A., Molcho, M., Weber, M. & Barnekow, V. (2016). Growing up unequal: gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being. Health behavior in school-aged children (HBSC) study: International report from the 2013/2014 survey. Health policy for children and adolescents, no. 7. World Health Organization. Sivut 130–131. [Verkkolähde](#) [luettu 17.2.2020].