HANNU UUSITALO, ANTTI PARPO, ANNI HAKKARAINEN (TOIM.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2000

STAKES
Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus

RAPORTTEJA 250

TOIMITUSNEUVOSTO
Mauno Konttinen, puheenjohtaja
Esa Eriksson
Jouko Karjalainen
Pia Mäkelä
Anja Noro
Aulikki Rautavaara
Timo Tuori
Riitta Viialainen

Kannen suunnittelu: Harri Heikkilä
Taitto: Christine Strid

ISBN 951-33-0931-2 (verkkojulkaisu)
ISBN 951-33-0974-6 (painettu julkaisu)
ISSN 1236-0740

Gummerus Kirjapaino Oy
Jyväskylä 2000

Esipuhe

Tämä järjestyksessä kolmas Stakesin julkaisema palvelukatsaus kuvaa sosiaali- ja terveyspalvelujen tilaa ja muutoksia 1990-luvulla: menoja ja henkilöstövoimavaroja, palvelujen käyttöä, tarvetta ja kysyntää, tuottavuutta, taloudellisuutta ja vaikuttavuutta. Palvelukatsaus sisältää 11 johonkin erityiseen palveluun tai kysymykseen omistautuvaa artikkelia. Ne keskittyvät sellaisiin tärkeisiin sosiaali- ja terveydenhuollon ongelmiin, jotka ovat erityisesti olleet esillä viime vuosina ja joista on tuotettu uutta ja mielenkiintoista tietoa. Artikkelit tarjoavat tiiviin yleiskatsauksen valitusta teemasta. Lisäksi katsaus sisältää laajan tilasto-osan lyhyine kommentteineen. Tilasto-osa kuvaa keskeisten sosiaali- ja terveyspalvelujen tarjontaa, käyttöä, kustannuksia ja rahoitusta. Huomiota kiinnitetään 1990-luvun kehitykseen sekä kuntien välisiin vaihteluihin. Yksittäisiä kuntia koskevia tietoja siinä ei ole. Niitä koskevat tiedot ovat saatavissa SOTKA-tilastotietokannasta sekä Stakesin kuntatilastoista. Palvelukatsauksen kokonaisuus antaa ajankohtaisen yleiskuvan sosiaali- ja terveyspalveluiden tilasta, kehityksestä ja ongelmista.

Kiitän kirjoittajia hyvästä yhteistyöstä. Erityisen kiitoksen osoitan Anni Hakkaraiselle, joka on toimittanut tilasto-osan. Aino Alha on työstänyt tilasto-osan kuvioita ja taulukoita. Antti Parpo on tehnyt ison työn palvelukatsauksen toimitussihteerinä. Kieltä ovat huoltaneet Sirkka Laukonsuo ja Arja Aarnio. Taittotyön on tehnyt Christine Strid. Lopuksi kiitän Raportteja -sarjan toimitusneuvoston puheenjohtajaa Mauno Konttista tuesta ja avusta, joka on parantanut kirjan luettavuutta, vähentänyt virheitä ja auttanut oikeiden painotusten löytämisessä.

Stakesissa 17.3.2000

Hannu Uusitalo
ylijohtaja

Tiivistelmä

Hannu Uusitalo, Antti Parpo, Anni Hakkarainen (toim.): Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2000. Stakes, Raportteja 250. Helsinki 2000. ISBN 951-33-0974-6

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2000 kuvaa sosiaali- ja terveyspalvelujen tilaa ja muutoksia 1990-luvulla. Se sisältää 11 jotakin erityistä palvelua tai kysymystä käsittelevää artikkelia. Artikkeleissa keskitytään sellaisiin tärkeisiin sosiaali- ja terveydenhuollon ongelmiin, jotka ovat erityisesti olleet esillä viime vuosina ja joista on tuotettu uutta ja mielenkiintoista tietoa. Lisäksi katsaus sisältää laajan tilasto-osan lyhyine kommentteineen.

Johdantoluvussa tarkastellaan sosiaali- ja terveyspalveluita 1990-luvulla taloudellisen kehityksen ja sosiaalipolitiikan taustaa vasten. Siinä todetaan, katsauksen artikkeleihin ja tilasto-osaan vedoten, että yleisesti ottaen sosiaali- ja terveyspalvelujen tilanne on viime vuosina hieman parantunut. Ongelmallisin tilanne on vanhusten palveluissa ja mielenterveyspalveluissa. Katsauksen perusteella tehdään myös se johtopäätös, että kuntien väliset erot sosiaali- ja terveyspalveluissa ovat pikemminkin supistuneet kuin kasvaneet.

Luvussa 2 osoitetaan, että kuntien välisten sosiaali- ja terveydenhuollon kustannusten vaihtelun syitä on etsittävä ensi sijassa kunnista itsestään eikä niinkään sellaisista kuntien ulkopuolisista tekijöistä kuten lama, kunnan talouden tila tai valtion ohjauksen muutos. Luvussa 3 kuvataan pienten lasten hoidon järjestelyjä. Tämän palvelun tilanne ei kuulu ongelmallisimpiin. Ryhmäkoot ovat suuria ja pienten lasten hoidon kautta perheille annettava tuki on muuttunut paremmin ansaitsevien eduksi.

Luvusta 4 käy ilmi, että lastensuojelun tarve ja palvelut ovat kasvaneet koko 1990-luvun. Tämä johtunee siitä, että laman jälkiseurauksena lasten ongelmat ovat lisääntyneet ja vaikeutuneet, mutta osasyy voi olla myös lasten yleisten palveluiden (kouluopetus, iltapäiväkerhot, lasten leikkitoiminta, terveystarkastukset, lapsiperheiden kotipalvelu) heikentyminen. Lastensuojelun avohuollon palveluihin ja raskaampiin lastensuojelun toimiin on 1990-luvulla jouduttu turvautumaan kasvavasti.

Luvussa 5 tarkastellaan vanhustenhuollon tilannetta. Vanhusten hoivan palvelurakenne on kymmenen viime vuoden aikana muuttunut ja palvelujen tarjonta suhteessa kohdeväestöön on selvästi niukentunut. Muutos koskee sekä laitoshoitoa että avopalveluja. Vanhusten hoidon tila on huolestuttava. Luvussa 6 tarkastellaan mielenterveyspalveluita. Viime vuosikymmenellä laitoshoidon purku jatkui, avopalveluita on tullut jonkin verran lisää, mutta ei laitoshoidon supistumista vastaavasti. Samalla palvelujen tar-

ve on kuitenkin kasvanut. Mielenterveyspalveluiden ja mielenterveysongelmaisten tilanne on edelleen vaikea. Luvussa 7 otetaan esille päihdepalvelujen tilanne. Päihdepalvelujen käyttö on kasvanut koko 1990-luvun ja kasvu on ollut nopeampaa kuin päihteiden kulutuksesta voitaisiin päätellä.

Luvussa 8 tarkastellaan sitä, miten terveyspalvelujen yhdenvertaisuus on toteutunut sairaalapalvelujen käytössä. Tulosten mukaan aikuisten sairaalapalvelujen käytön suhteelliset tuloryhmittäiset erot eivät ole 1980-luvun lopulta kovin paljon muuttuneet. Verrattuna aikuisiin lasten sairaalapalvelujen käytön tuloryhmien väliset erot olivat pienempiä, mutta myös lapsilla osa tuloksista mahdollisesti viittaa siihen, että palvelujen käyttö ei jakaudu niiden tarpeen mukaan, vaan sosioekonomisilla tekijöillä on vaikutusta. Luvussa 9 kuvataan suun terveydenhuollon kehitystä ja tilannetta. Hammashoidon tuki sairausvakuutuksen kautta on 1990-luvulla laajentunut. Myös terveyskeskusten suun hammashuollon palvelut ovat 1990-luvulla laajentuneet.

Luvussa 10 kysytään, millaisia jälkiä lama on jättänyt sosiaali- ja terveyspalveluihin ja ovatko nämä jäljet kenties pysyviä. Pysyviä muutoksia on. Asiakkaiden maksuosuus palveluiden rahoituksesta kasvoi lamavuosina merkittävästi, mutta on vuoden 1994 jälkeen pysynyt entisellään. Sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuudet ovat rajusti supistuneet. Kuntien sosiaali- ja terveystoimen käyttömenot ovat nousseet merkittävästi kuntien tulokehityksen ylittävällä vauhdilla. Kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön määrä supistui lamavuosina, mutta on sen jälkeen jälleen noussut.

Luvussa 11 tarkastellaan erästä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän ajankohtaista kehittämiskohdetta, palvelujen saumattomuutta. Tilastoaineiston avulla osoitetaan, että sosiaali- ja terveydenhuollon eri toimijoilla on runsaasti ja kasvavasti yhteisiä asiakkaita, joten tarve palveluiden joustavaan yhteistoimintaan on lisääntymässä. Luvussa 12 tuodaan esiin tarve lisätä sosiaali- ja terveysalan työelämän ja koulutuksen yhteistyötä ja kuvataan yhtä laajaa ja onnistunutta hanketta, joka pyrki vahvistamaan tätä yhteistyötä.

Katsauksen tilasto-osassa kuvataan lasten päivähoidon, lasten ja nuorten palveluiden, vanhusten palveluiden, vammaisten palveluiden, päihdehuollon, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon, mielenterveystyön ja suun terveydenhuollon kehitystä 1990-luvulla sekä tilannetta vuonna 1998, erityisesti kustannuksia, rahoitusta ja käyttöä. Huomiota kiinnitetään myös kuntien välisen vaihtelun kehitykseen ja eri kuntatyyppien eroihin.

Avainsanat: Sosiaali- ja terveyspalvelut, kustannus, rahoitus, käyttö

Sammandrag

Hannu Uusitalo, Antti Parpo, Anni Hakkarinen (red.). Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2000 [Översikt av tjänsterna inom social- och hälsovården 2000]. Stakes, Rapportter 250, Helsingfors 2000. ISBN 051-33-0974-6

I översikten av social- och hälsovårdstjänsterna 2000 behandlas situationen inom social- och hälsovården samt förändringarna under 1990-talet. Var och en av publikationens elva artiklar behandlar en specifik social- eller hälsovårdstjänst eller fråga. Artiklarna är fokuserade på aktuella problem som har väckt diskussion under de senaste åren. Kring dessa problem har producerats ny och intressant information. I översikten presenteras också ett omfattande statistiskt material med korta kommentarer.

I det inledande kapitlet granskas social- och hälsovårdstjänsterna mot bakgrund av den ekonomiska utvecklingen under 1990-talet och den socialpolitik som bedrevs under decenniet. Med hänvisning till översiktens artiklar och statistik konstateras att situationen för social- och hälsovårdstjänsternas vidkommande på det hela taget har förbättrats en aning under de senaste åren. Mest problematisk är situationen inom åldringsvården och mentalvården. Utgående från översikten kan också den slutsatsen dras att de mellan kommunerna rådande skillnaderna i social- och hälsovårdstjänsternas nivå snarare har minskat än ökat.

I kapitel 2 påvisas att orsakerna till kommunernas varierande social- och hälsovårdskostnader snarare kan spåras till kommunerna själva än till sådana yttre faktorer som den allmänna ekonomiska depressionen, det kommunalekonomiska läget eller förändringarna i den statliga styrningen. I kapitel 3 behandlas barndagvården. Denna sektor hör inte till de mest problematiska. Dagvårdsgrupperna har blivit större och det stöd som familjerna får genom dagvården har förskjutits till förmån för högre inkomsttagare.

Av kapitel 4 framgår att både behovet av barnskydd och antalet åtgärder ökade under hela 90-talet. Denna utveckling är sannolikt en följd av att den ekonomiska depressionen ledde till en ökning av problemen i vissa kategorier av barn och dessutom försvårade de problem som fanns sedan tidigare. En bidragande orsak kan emellertid också vara försämringen av den allmänna servicen för barn (skolundervisning, eftermiddagsklubbar, organiserad lekverksamhet, hälsoundersökningar, hemservice för barnfamiljer). Under 1990-talet har man i allt högre grad nödgats satsa dels på öppenvård, dels på tyngre barnskyddsåtgärder.

I kapitel 5 granskas situationen inom åldringsvården. Servicestrukturen inom denna har förändrats under de senaste tio åren och serviceutbudet har blivit klart knappare i förhållande till mottagargrupperna. Både anstaltsvården och öppenvården har berörts av förändringen. När det gäller åldringsvården är situationen oroväckande. I kapitel 6 granskas mentalvården. Avvecklingen av anstaltsvården fortsatte under 90-talet samtidigt som öppenvården byggdes ut en aning, dock

inte så mycket som nedmonteringen av anstaltsvården hade förutsatt. Samtidigt har behovet av service ökat. Situationen är fortfarande svår för mentalvårdsinstitutionerna och för dem som är i behov av psykiatrisk vård. I kapitel 7 behandlas situationen inom missbrukarvården. Under hela 1990-talet ökade missbrukarvårdens patientsiffror snabbare än droganvändningen indikerade.

I kapitel 8 granskas hur jämlikheten förverkligats när det gäller befolkningens tillgång till sjuk- och hälsovård samt nyttjandet av sjukhustjänster. De relativa skillnaderna mellan olika inkomstgruppers nyttjande av sjukhustjänster för vuxna är i stort sett oförändrade sedan slutet av 1980-talet. Nyttjandet av sjukhustjänster för barn uppvisar mindre skillnader mellan olika inkomstgrupper än motsvarande siffror för vuxenbefolkningen, men också för barnens vidkommande tyder vissa tecken på att nyttjandet av tjänsterna inte är fördelat enligt behovet. Socioekonomiska faktorer spelar sålunda en roll i sammanhanget. I kapitel 9 beskrivs utvecklingen och nuläget när det gäller befolkningens tandhygien. Under 1990-talet har sjukförsäkringen i en ökande omfattning betalat stöd för tandvård. Också hälsovårdscentralerna har under 1990-talet utvecklat sina tandvårdstjänster.

I kapitel 10 ställs frågan vilka spår den ekonomiska depressionen har lämnat i social- och hälsovården samt om dessa eventuellt blivit permanenta. Vissa av förändringarna har blivit bestående. Under depressionsåren ökade kundernas andel av tjänsternas finansiering märkbart, men sedan 1994 har andelen varit oförändrad. Statsandelarna för social- och hälsovården har skurits ner kraftigt. Kommunernas driftsutgifter för social- och hälsovårdsväsendet har ökat betydligt snabbare än deras inkomstutveckling. Under depressionsåren gjordes också personalnedskärningar inom den kommunala social- och hälsovården. De senaste åren har antalet anställda emellertid åter börjat stiga.

I kapitel 11 granskas den aktuella frågan om integrering av tjänster som tillhandahålls inom social- och hälsovårdssystemet. Med statistik påvisas att kunderna inom social- och hälsovårdens olika verksamhetsformer i allt högre grad är gemensamma och att det således finns ett växande behov av flexibel samverkan mellan dem. Kapitel 12 handlar om behovet av ett ökat samarbete mellan arbetslivet och utbildningen inom social- och hälsovårdssektorn. I kapitlet beskrivs också ett omfattande och framgångsrikt projekt som syftar till att utveckla fastare former för detta samarbete.

I översiktens statistikdel beskrivs den utveckling som under 1990-talet skett inom barndagvården, barn- och ungdomsvården, åldringsvården, handikappvården, missbrukarvården, primärvården och den specialiserade sjukvården, mentalvården och tandvården. Dessutom beskrivs läget 1998, särskilt med avseende på kostnader, finansiering och nyttjande. Statistiken visar också hur variationerna mellan kommunerna utvecklats samt vilka skillnader som förekommer mellan olika typer av kommuner.

Nyckelord: Social- och hälsovårdstjänster, kostnader, finansiering, nyttjande

Abstract

Hannu Uusitalo, Antti Parpo & Anni Hakkarainen (Eds.). Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2000 [Social Welfare and Health Care Service Review 2000]. National Research and Development Centre for Welfare and Health (STAKES). Reports 250. Helsinki 2000. ISBN 051-33-0974-6.

The Social Welfare and Health Care Service Review 2000 describes the state of and changes in Finnish social and health services in the 1990s. It contains 11 articles discussing particular services or issues. The articles focus on important problems in social and health services that have been widely debated and studied in recent years, resulting in new and interesting information. In addition, the review contains a broad statistical section with a short commentary.

The introductory chapter discusses social and health services in the 1990s against a backdrop of economic development and social policy. Based on the articles and statistical section, the chapter suggests that the situation in social and health services has improved somewhat in the past few years. The situation is the most problematic in elderly care and mental health services. The report also concludes that the differences between municipalities in social and health services have diminished rather than increased.

Chapter 2 shows that the reasons for the municipal disparities in social and health service costs must primarily be sought in the municipalities themselves rather than in external factors, such as the recession, financial position of a given municipality or changes in the state guidance systems. Chapter 3 describes arrangements in the care for small children. There, the situation is not the worst in the field. Nevertheless, the group sizes are large, and support given to the families through small-child care has shifted to favour the high-income brackets.

Chapter 4 indicates that the need for child welfare and the related services has increased throughout the 1990s, probably because children's problems have increased and aggravated as an after-effect of the recession, but another reason may be the cutbacks in general services for children (school education, afternoon clubs, children's play activities, check-ups, home service for families with children). In the 1990s there was an increasing need to make use of non-institutional child welfare services and to take more effective child welfare measures.

Chapter 5 discusses the situation in elderly care. During the past decade the structure of services for the elderly has changed, and the services available to the target population have clearly diminished. There have been changes in both institutional and non-institutional care. As a result, the situation in elderly care is difficult.

Chapter 6 examines mental health services. The dismantling of institutional care continued in the 1990s, and some new outpatient services were introduced, but not enough to replace the declining institutional services. At the same time the need for services has increased. The situation in mental health services and among people with mental health problems remains difficult. Chapter 7 deals with services for substance abusers, a field where service demand has grown throughout the 1990s and more rapidly than expected in the light of consumption.

Chapter 8 discusses equality in the use of hospital services. The results show that the relative differences in adult hospital service use between income groups have not changed much from the late 1980s. Compared to adults, differences in children's hospital use between income groups were smaller, but here some results indicate that the service use is not solely determined by the actual need, but also socio-economic factors play a role. Chapter 9 describes the developments in oral health care. Support for dental care through sickness insurance has increased in the 1990s. Oral health care services at health centres have expanded as well.

Chapter 10 asks whether the recession has left its marks in social and health services and whether these marks are permanent. Some permanent changes have indeed taken place. In financing the services, the share of payment covered by the clients increased considerably during the recession, but since 1994 it has remained the same. State subsidies for social and health services by municipalities have undergone drastic reductions. On the other hand, municipal costs related to social and health services have increased more than the revenues of the municipalities. During the recession the number of social welfare and health care personnel declined in municipalities, but subsequently this trend has been reversed.

Chapter 11 examines one topical development issue in the service system, namely seamless services. The statistical data indicate that the various actors in the field have many clients in common, and therefore there is an increasing need for flexible collaboration in service provision. Chapter 12 points out that co-operation between working life and education in the field should be enhanced. In addition, it describes a broad and successful project aiming at reinforcing this collaboration.

The statistical section sheds light on the development of children's day-care, services for children and young people, services for the elderly, services for the disabled, services for substance abusers, primary and specialised health care, mental health services and oral health services in the 1990s and the situation in 1998, especially in terms of the costs, funding and use. Attention is also paid to variation in municipalities and the differences between various types of municipality.

Key words: social and health services, cost, financing, use.

Sisällys

Sosiaaliturva ja sosiaali- ja terveyspalvelut 1990-luvulla 15
Hannu Uusitalo
1990-luvun kaksijakoinen kehitys 15
Vuoden 1997 sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 16
Tämän palvelukatsauksen artikkelit 17
Tilastollinen kuva sosiaali- ja terveyspalveluista 24

Mikä selittää kuntien sosiaali- ja terveystoimen menojen eroja? 29
Hannu Valtonen
Valtionosuusuudistus ei kasvattanut kuntien välisiä eroja 29
Kuntien menojen vaihtelun mahdollisia selityksiä on monia 32
Resurssit selittävät vain vähän kuntien välisistä sosiaali- ja terveydenhuollon menojen vaihtelusta 34
Tarpeet selittävät paremmin terveydenhuollon kuin sosiaalihuollon menojen eroja 36
Rakenteet vaikuttavat menojen vaihteluun 38
Kunnallisella politiikalla on merkitystä 39
Tuottavuus- ja tehokkuuseroja on 40
Huomio kuntien sisäisiin tekijöihin 41
Lähteet 42

Pienten lasten hoito 43
Pentti Takala & Matti Heikkilä
Kotihoito yleisin hoitomuoto alle 3-vuotiailla, kunnallinen päiväkoti sitä vanhemmilla 44
Kotihoito pienituloisten ja päivähoito hyvätuloisten hoitoratkaisu 46
Joka seitsemäs perhe ilman hoitotukea 48
Yksityiset päivähoitomaksut kunnallisia suurempia 48
Päivähoidon laatua pidetään hyvänä 50
Tyytyväisyys perhetuen eri muotojen kehitykseen vaihtelee 53
Lähteet 54

Lasten psykososiaaliset palvelut ja lastensuojelu 55
Tarja Heino
Lamavuosina lasten elinolot heikentyivät 56
Lasten yleiset palvelut heikentyneet 57
Lastensuojelun psykososiaaliset palvelut muodostavat moniulotteisen ja hajanaisen kokonaisuuden 59
Sosiaalitoimiston lastensuojelun avohuollon asiakkaana olevien lasten määrä lisääntynyt 63
Lasten sijoitukset kodin ulkopuolelle lisääntyneet 63
Lasten toistuvat lyhytaikaiset sijoitukset lisääntyneet 65
Kodin ulkopuolisen hoidon muodot monipuolistuneet 66
Tarvitaan neljänsuuntaista lastensuojelustrategiaa 69
Lastensuojelun sosiaalityön asema vaatii vahvistamista 70
Lähteet 71
Liite 74

Vanhusten palvelut 75
Marja Vaarama, Anne Hakkarainen, Päivi Voutilainen & Eeva Päivärinta
Vanhusten hoivapalvelujen kattavuus supistui erityisesti lama-vuosina – palveluasuminen poikkeuksena 76
Avopalvelujen asiakaskunta supistui vuoteen 1995 saakka – sen jälkeen kasvua 77
Laitospalvelujen asiakasmäärät supistuneet, monimuotoinen palvelu-asuminen kasvussa 79
Kotihoito kohdistuu huonokuntoisista huonokuntoisimmille 81
Vanhusten pitkäaikaisen laitoshoidon tila vuonna 1998 85
Hoidon porrastus pääosin toimiva, mutta herättää myös kysymyksiä 85
Henkilöstön mitoituksessa ongelmia 86
Hoidon laatu vaihtelee 87
Laitosten tilojen taso on kirjava 88
Vanhuspalvelujen kustannukset alentuneet 91
Kuva yli 60-vuotiaiden tyytyväisyydestä palveluihin ristiriitainen 92
Stakesin ”vanhuspuhelimeen” tullut kansalaispalaute toi esiin vanhustenhuollosta kannettua huolta 93
Yhteenveto ja päätelmät 96
Lähteet 98

Mielenterveyspalvelut 99
Ville Lehtinen & Vappu Taipale
Mielenterveystyö integroituu muuhun terveydenhuoltoon 100
Sairaansijat vähenevät, dementian hoito siirtyy yleissairaaloihin 101
Avohoito lisääntyy, erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon alueelliset erot ovat suuria 105
Henkilöstöä tarvitaan avopalveluihin 107
Avopalvelujen kirjo kasvaa ja tuottaminen hajaantuu 108
Selvityshenkilötoiminta 109
Perusterveydenhuolto suurin mielenterveyden avopalvelujen tarjoaja 110
Lasten ja nuorten palvelujen tarve kasvaa 111
Tyydyttämätön hoidon tarve on suuri 114
Kansainväliset kokemukset opiksi meille, meidän osaamisemme kansainväliseen käyttöön 115
Valtakunnallisten kehittämishankkeiden tärkeä rooli 116
Mielenterveystyön haasteet 2000-luvun alussa 116
Lähteet 118

Päihdepalvelut 121
Olavi Kaukonen, Leena Metso & Matti Halmeaho
Päihdepalvelujen kustannukset nousseet 122
Päihdepalvelujen käyttö kasvanut, palvelujärjestelmä muuttuu 124
Päihdepalvelujen käyttö vaihtelee kuntakoon mukaan 127
Arviointia 129
Lähteet 130

Sairaalapalvelujen käyttö tuloryhmittäin 133
Ilmo Keskimäki
Aikuisten sairaalapalvelujen käyttö tuloryhmittäin erilaista konservatiivisessa hoidossa ja kirurgisissa toimenpiteissä 135
Lasten sairaalapalvelujen käytössä aikuisia pienemmät tuloryhmien erot 141
Tuloryhmien väliset erot pääosin säilyneet 145
Lähteet 148

Suun terveydenhuolto 151
Anne Nordblad
Sairausvakuutuksen korvaama hammashoito laajentunut 151
Myös terveyskeskusten suun terveydenhuollon palvelut laajentuneet, alueelliset erot merkittäviä 152
Lasten suun terveydentilan parantuminen pysähtynyt, aikuisilla kehityskuva ristiriitainen 155
Laadunhallinnalla tuloksia 157
Yhteenveto 158
Lähteet 159

Talouskriisin jäljet sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmässä 161
Juhani Lehto & Peter Blomster
Mitä muutoksia odotettiin ja suunniteltiin? 162
Palvelujen osuus sosiaalimenoissa aleni, mutta on nyt nousussa 163
Asiakkaiden maksuosuus kasvoi lamavuosina 164
Kunnallisverojen merkitys kasvoi, valtion rahoitusosuus supistui 165
Menoissa ja henkilöstömäärissä ”notkahdus” 168
Lisää julkisen akuuttisairaanhoidon suoritteita 169
Ikääntyneiden hoivapalvelujen uudelleenjärjestely 171
Lasten hoivapalvelut muuttavat muotoaan 173
Marginaaliryhmien palvelut tiukoilla? 175
Palvelujen tuottajarakenteen muutoksia 175
Alueelliset erot 178
Johtopäätöksiä ja keskustelua 181
Lähteet 183

Julkinen sosiaali- ja terveydenhuolto verkottuu 185
Olli Nylander & Mikko Nenonen
Palveluketju ja hoitoprosessi 186
Palveluketjujen tunnistaminen nykyisten tilastojärjestelmien avulla puutteellista 187
Toimintayksiköillä kasvavasti yhteisiä asiakkaita 189
Lähteet 192
Liite 193

Työelämän ja koulutuksen yhteistyö – tulevaisuuden edellytys 195
Paula Risikko
Yhteistyön tarve 195
Sosiaali- ja terveysalan työelämän ja koulutuksen kehittämisprojekti (SoTeKeKo) yhteistyön edistäjänä 196
Yhteistyön edellytyksiä 197
Opiskelijat yhteistyön ytimessä 197
Uusia ja kehittyneitä yhteistyökäytänteitä 198
Johtopäätöksiä yhteistyöstä ja sen kehittämisestä 200
Suosituksia 200
Lähteet 202

Tilastoliite 203
Anni Hakkarainen

Sosiaaliturva ja sosiaali- ja terveyspalvelut 1990-luvulla

Hannu Uusitalo

1990-luvun kaksijakoinen kehitys

Suomen vuonna 1990 alkanut lama oli syvempi kuin yhdenkään toisen OECD-maan kokema lama toisen maailmansodan jälkeen. Vuosi 1994 oli jo kasvun vuosi, ja siitä lähtien BKT on kasvanut OECD-maiden kärjen tahtiin. Laman jäljet ovat kuitenkin edelleen näkyvissä ja osin ehkä vasta tulossa näkyviin.

Suomen julkinen velka suhteessa bruttokansantuotteeseen on OECD-maiden pienimpiä. Sen sijaan valtiontalouden tilanne on pulmallisempi. Valtionvelka kasvoi muutamassa vuodessa 50 miljardista markasta yli 400 miljardiin. Kasvu on jo taittunut, mutta valtionvelan korot ovat noin 30 miljardia markkaa vuodessa. Se on enemmän kuin työttömyydestä aiheutuvat menot (24 miljardia mk vuonna 1997), mutta vähemmän kuin sairauteen ja terveyteen liittyvät sosiaalimenot (noin 40 miljardia mk).

Talouden romahduksen takia bruttoveroaste nousi OECD-maiden kärkikastiin, mutta on kasvun alettua jonkin verran supistunut. Euroopan unionin jäsenyyden takia Suomi joutuu lähivuosina alentamaan useita välillisiä veroja, joiden suorat vaikutukset arvioidaan 2–8 miljardiksi markaksi vuodessa. Palkkatulojen verotus ja sen progressiivisuus ovat Suomessa kansainvälistä huipputasoa. Suomella on nyt hyvin työikävaltainen väestö, mutta tilanne muuttuu 2010-luvulla nopeasti, jolloin myös julkiset menot alkavat kasvaa ripeästi. (Ks. Julkinen talous 2000-luvulla, 1998.)

Valtionvelan kasvun hillitsemiseksi julkisia menoja on pyritty voimaperäisesti supistamaan. Merkittävimmät leikkaukset tehtiin kuntien valtionosuuksiin, työttömyysturvaan ja työllisyyden hoitoon, asumistukeen, muihin sosiaaliturvaetuuksiin (kuten tuleviin eläkkeisiin) sekä valtionhallinnon menoihin. Näiden säästövaikutus vuoden 1999 tasolla on yhteensä 55 miljardia markkaa.

Lama ja sosiaaliturvan leikkaukset vaikuttivat voimakkaasti hyvinvointivaltion tilaan. Pohjoismaisen sosiaaliturvamallin peruspiirteet ovat säilyneet, mutta vähemmän anteliaina. Universalismi on heikentynyt: entistä pienempi osa sosiaaliturvasta perustuu maassa asumiseen. Sosiaaliturvan tarjoama tulonmenetysten kompensaatio on heikentynyt. Tulo- ja tarveharkin-

nan rooli on korostunut: Suomessa tarveharkintaisten tulonsiirtojen osuus kaikista tulonsiirroista on EU-maiden kolmanneksi suurin Iso-Britannian ja Irlannin jälkeen. (Ks. Heikkilä & Uusitalo (toim.) 1997, Sosiaaliturva Suomessa 1997, 34.)

Hyvinvointivaltion suuri saavutus oli, että lamavuosina eriarvoisuus ja suhteellinen köyhyys pysyivät hallinnassa. Lamasta toivuttaessa kasvu on heijastunut ensin vakaassa asemassa oleviin väestöryhmiin. Työllisyyden nousu on parantanut toimeentulomahdollisuuksia. Sosiaaliturvasta riippuvien kotitalouksien toimeentulo ei ole kehittynyt yhtä suotuisasti, koska etuuksia on korotettu vähemmän kuin ansiot ovat kehittyneet tai niitä ei ole korotettu lainkaan. Pienituloisimpien tulot polkevat lähes paikoillaan. Euroopan unionin määrittelyn mukainen köyhyysaste on lamavuosien jälkeen noussut, ja tuloerot ovat kasvaneet jo neljänä vuonna peräkkäin.

Vuoden 1997 sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus

Vuonna 1997 julkaistun palvelukatsauksen mukaan palvelujärjestelmä oli laman aikana joutunut tiukoille. Sekä kustannukset että henkilöstövoimavarat olivat supistuneet ja palvelujen tarjonta oli pääsääntöisesti vähentynyt. Toisaalta monien palvelujen tuottavuus oli noussut. Entisellä henkilöstöllä on useassa tapauksessa saatu aikaan enemmän palveluja. Alle kouluikäisten lasten oikeus päivähoitoon laajensi palveluita kaikille -periaatteen toteutumista, joskin monissa muissa palveluissa voitiin nähdä kehitystä kohti vähemmän kattavaa palvelujärjestelmää. Erityisiksi huolenaiheiksi vuoden 1997 palvelukatsauksessa nostettiin vanhusten hoivan, mielenterveyspalvelujen, päihdehuollon ja lastenhuollon tilanne. Varsinkin näitä palveluja tarvitsevien aseman voidaan päätellä huonontuneen 1990-luvun alkupuolella. Kun vielä todetaan, että asiakasmaksujen osuus palvelujen rahoituksessa kasvoi, johtopäätös on, että sosiaaliturvan tulonsiirtojen ja edellä mainittujen palvelujen varassa elävien suomalaisten hyvinvoinnin taso heikentyi lamavuosina ja vielä niiden jälkeenkin.

Tämän palvelukatsauksen artikkelit

Millaiselta palvelujen tilanne näyttää nyt, kun 1990-luvun koko kehitys alkaa hahmottua? Onko laman pitkä varjo väistymässä palvelujen yltä vai jatkuuko ahdinko? Ovatko kuntien väliset erot kasvussa? Onko vuoden 1997 palvelukatsauksessa huolta aiheuttaneiden palvelujen tilanne parantunut?

Tässä kirjassa on johdantoluvun lisäksi 11 artikkelia, joissa tarkastellaan sosiaali- ja terveyspalvelujen 1990-luvun kehitystä ja tilannetta tutkimusten ja tilastojen valossa. Artikkeleihin sisältyy yhteenveto ja arvioiva osuus. Lisäksi niiden alaotsikot tiivistävät kyseessä olevan jakson keskeisen tuloksen. Tässä johdannossa en yritä tiivistää systemaattisesti kirjoitusten sisältöä, vaan poimin esiin muutamia mielenkiintoisia havaintoja ja tulkintoja.

Kuntien väliset erot sosiaali- ja terveystoimen kustannuksissa: katse kuntien sisäisiin tekijöihin

Luvussa 2 Hannu Valtonen kysyy, mitkä tekijät selittävät kuntien välisiä eroja sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksissa. Eräs keskeinen johtopäätös on, että menojen vaihtelun syitä on haettava tarmokkaammin kunnista itsestään kuin sellaisista kuntien ulkopuolisista tekijöistä kuten lama, kunnan talouden tila tai valtion ohjauksen muutos.

Pienten lasten hoidon tilanne ei ongelmallisimpien joukossa

Luvussa 3 Pentti Takala ja Matti Heikkilä kuvaavat pienten lasten hoitojärjestelyjä tuoreen tutkimuksen perusteella. Sosiaali- ja terveyspalveluissa lasten päivähoito on siinä mielessä poikkeus, että oikeutta päivähoitoon laajennettiin laman oloissa. Näyttääkin siltä, että pienten lasten hoidon tilanne ei ole kaikkein ongelmallisimpien joukossa. Hoidon kokonaiskustannukset ovat nousseet, mutta hoidettavaa lasta kohti alentuneet. Tämä voi kertoa tehokkuuden noususta, mutta ehkä sittenkin enemmän laadun heikkenemisestä esimerkiksi ryhmäkokojen kasvun kautta. Pienten lasten hoidon kautta perheille annettava tuki on muuttunut paremmin ansaitsevien eduksi, ja muutoinkin tukipolitiikka on määräytynyt enemmän muista syistä kuin perheiden tarpeista käsin.

Lastensuojelun tarve ja palvelut kasvaneet koko 1990-luvun

Luvussa 4 Tarja Heino kuvaa lasten psykososiaalisia palveluja ja lastensuojelua. Nämä palvelut koostuvat kirjavasta joukosta eri hallinnonalojen (opetus-, terveys- ja sosiaalitoimen) yleisiä palveluja sekä varsinaisista lastensuojelun palveluista. Kentän asiantuntijoiden käsitys on, että lasten ja nuorten ongelmat ovat syvempiä, monitahoisempia, vakavampia ja pitkäaikaisempia kuin aikaisemmin, ja tarve kodin ulkopuoliseen hoitoon ja huolenpitoon on lisääntynyt. Lasten yleisissä palveluissa (kouluopetuksessa, iltapäiväkerhoissa, lasten leikkitoiminnassa, terveystarkastuksissa, lapsiperheiden kotipalveluissa) tapahtui viime vuosikymmenellä taantumista. Ryhmäkokoja suurennettiin niin päiväkodeissa kuin koululuokissa, ja yksilöllisen tuen ulkopuolelle jäi yhä useampi lapsi.

Lastensuojelun palveluihin on jouduttu turvautumaan entistä useammin. Lastensuojelun avohuollon palvelujen (mm. kasvatus- ja perheneuvonnan, perheasiainsovittelun, elatustuen ja ensi- ja turvakotitoiminnan) piirissä olevien lasten osuus on koko 1990-luvun ollut kasvussa, joskin kasvu näyttää vuonna 1998 taittuneen. Myös raskaammat toimet, kuten lastensuojelulain nojalla kodin ulkopuolelle sijoitettujen lasten osuus, ovat 90-luvulla yleistyneet.

Tästä ei voida päätellä, että lastensuojelun tarpeet tyydytettäisiin nyt paremmin kuin aiemmin, koska myös tarpeet ovat kasvaneet. Lastensuojelutarpeen taustalla on usein vanhempien päihdeongelma ja siihen liittyviä perheristiriitoja, lapsen hoidon laiminlyöntiä sekä vanhempien mielenterveysongelmia. Päihteet, huumeet, rikokset, psyykkiset vaikeudet ja hankaluudet kodissa ja koulussa nivoutuvat yhdistelmäksi, joka löytyy usein nuorten lastensuojelutarpeen taustalta.

Vanhusten palvelujen tilanne huolettaa edelleen

Luvussa 5 Marja Vaarama, Anne Hakkarainen, Päivi Voutilainen ja Eeva Päivärinta tarkastelevat vanhusten palvelujen tilannetta. Vanhuspolitiikan tavoitteena on edistää vanhusten hyvinvointia ja kykyä selviytyä mahdollisimman itsenäisesti sekä huolehtia siitä, että vanhukset saavat hyvää hoitoa. 1990-luvulla tavoitteena on ollut muuttaa vanhusten hoivapalvelujen rakennetta vähentämällä laitoshoitoa ja lisäämällä kotiin annettavia palveluja, tehostaa voimavarojen käyttöä ja vähentää kustannuksia.

Vanhusten hoivan palvelurakenne on kymmenen viime vuoden aika-

na muuttunut, ja palvelujen tarjonta suhteessa kohdeväestöön on selvästi niukentunut. Kotipalveluita on supistettu ja painopiste on ollut palveluasumisen laajentamisessa. Vanhainkotihoitoa on vähennetty, ja vanhusten pitkäaikaishoito erikoissairaanhoidossa on miltei loppunut, mutta terveyskeskusten pitkäaikaishoito on puolestaan lisääntynyt. Vanhusten pitkäaikaishoito on siis siirtynyt perustason laitoksiin ja palvelutaloihin, joissa on henkilökuntaa ympäri vuorokauden. Laitoshoidon osalta palvelurakennemuutoksen tavoite näyttää toteutuneen, mutta toinen puoli tavoitteesta eli vastaava avopalvelujen lisääminen on jäänyt saavuttamatta. Vanhusten pitkäaikaishoivan kustannukset ovat 1990-luvulla alentuneet huolimatta vanhusten määrän kasvusta. Kun myös avopalvelut ovat huomattavasti niukentuneet, on palvelujen tarjonta suhteessa kasvavaan vanhusväestön määrään supistunut lamavuosina voimakkaasti. Vuoden 1995 jälkeen palvelujen kattavuus ei ole huonontunut, vaan eräiden palvelujen osalta kääntynyt nousuun. Palveluasumisen lisäksi voimavaroja on ohjattu tukipalveluun ja omaishoidon tukeen, mutta suhteessa vanhusväestön määrän kehitykseen kasvu näyttää hitaalta. Vanhusten hoidon tila on edelleen huolestuttava.

Mielenterveyspalvelujen rakennemuutos on jäänyt puolitiehen

Luvussa 6 Ville Lehtinen ja Vappu Taipale tarkastelevat mielenterveyspalvelujen tilannetta. Kahdenkymmenen viime vuoden aikana mielenterveyspalveluissa on tapahtunut raju laitoshoidon purku. 1980-luvun aikana rakennemuutos oli hallinnassa. Silloin psykiatristen sairaalapaikkojen määrää vähennettiin lähes puoleen ja psykiatrista avohoitoa kehitettiin voimaperäisesti. 1990-luvulla tapahtunutta psykiatrisen palvelukentän muutosta ei voi enää pitää hallittuna.

Psykiatrian erikoisalan sairaansijoja oli 1980-luvun alussa noin 20 000, 1990-luvun alussa noin 12 300 ja vuonna 1999 enää noin 6 200. Hoitopäivät ovat vähentyneet samaa tahtia ja pitkäaikaispotilaiden määrä vielä reippaammin, mutta vuosittain hoidettujen potilaiden kokonaismäärä on vähentynyt vain vähän. Tämä kertoo sekä sairaalahoidon tehostumisesta että lisääntyneestä pyrkimyksestä siirtää pitkäaikaisia sairaalapotilaita erilaisiin asumispalveluihin, lähinnä hoito- ja palvelukoteihin, joita 1990-luvulla ovat perustaneet sekä kunnat että yksityiset palveluntuottajat.

Psykiatrisen avohoidon osalta keskeinen muutos 1990-luvulla on ollut näiden palvelujen siirtäminen sairaanhoitopiireistä kuntien omaksi toiminnaksi. Avohoitokäyntien määrän

arvioidaan lisääntyneen 1990-luvulla. Henkilökunnan määrä ei ole lisääntynyt samassa suhteessa kuin käyntien määrä, mikä saattaa kuvata paitsi toiminnan tehostumista myös laadun heikkenemistä. Avohoitoa tukevat palvelut (psykiatriset kuntoutuskodit, mielenterveysongelmaisten palvelu- ja tukiasunnot) ovat lisääntyneet. Suurin osa mielenterveyspalveluista toteutetaan perusterveydenhuollossa, mutta näistä ei ole käytettävissä tilastotietoa.

Lasten mielenterveyspalvelut ovat hajautuneet kuntien sosiaalitoimeen, terveystoimeen ja opetusalalle sekä erilaisille järjestöille ja yksityisille ammatinharjoittajille. Lasten ja nuorten psykiatrian erikoisalan palvelut ovat laajentuneet, mutta tarve on kasvanut nopeammin ja jonotusajat ovat pidentyneet.

Tutkimukset ja tilastot viittaavat siihen, että psyykkiset häiriöt ovat 1990-luvulla lisääntyneet. Laitoshoidon purku on jatkunut, avopalveluita on tullut jonkin verran lisää, mutta ei laitoshoidon supistumista vastaavasti. Samalla palvelujen tarve on kasvanut. Mielenterveyspalvelujen ja mielenterveysongelmaisten tilanne on edelleen vaikea. Voimavarojen lisääminen lasten ja nuorten sekä vanhusten mielenterveyspalveluihin on tarpeen.

Päihdepalvelujen käyttö lisääntynyt, erityispalvelujen menojen kasvu pysähtynyt

Luvussa 7 Olavi Kaukonen, Leena Metso ja Matti Halmeaho tarkastelevat päihdepalvelujen tilannetta ja kehitystä. Päihdepalvelujen käyttö on kasvanut koko 1990-luvun, ja kasvu on ollut nopeampaa kuin päihteiden kulutuksesta voitaisiin päätellä. Kasvu on ollut reippainta päiväkeskuksissa, ensisuojissa ja asumispalveluissa. Päihteisiin liittyvät käynnit psykiatrisessa terveydenhuollossa ovat myös yleistyneet. Päihdehuollon erityispalvelujen osuus kaikesta päihde-ehtoisesta asioinnista oli vuoden 1999 laskennan perusteella lähes puolet. Päihdehuollon erityispalvelujen nettokustannukset kasvoivat 1980-luvulla huomattavasti, mutta 1990-luvulla kasvu on ollut hidasta, ja se on oikeastaan vuoden 1995 jälkeen pysähtynyt.

Päihdeasiakkaiden joukossa naisten osuus on edelleen lisääntynyt erityisesti terapeuttisissa avopalveluissa. Nuorehkojen asiakkaiden osuus on kasvanut, samoin huumeita käyttäneiden osuus, mutta myös huono-osaisten ensisuoja-asukkaiden määrä oli kasvussa. Päihdeasiakkaiden asunnottomuus on lisääntynyt neljän vuoden takaisesta tilanteesta.

Sosioekonomiset erot sairaalapalvelujen käytössä pääosin säilyneet

Luvussa 8 Ilmo Keskimäki tarkastelee sitä, miten terveyspalvelujen yhdenvertaisuus on toteutunut sairaalapalvelujen käytössä. Tulosten mukaan aikuisten sairaalapalvelujen käytön suhteelliset tuloryhmittäiset erot olivat vuonna 1996 pääpiirteissään samanlaiset kuin 1980-luvun lopulla. Vuonna 1996 alimmat tuloryhmät käyttivät sairaalapalveluja kokonaisuutena enemmän kuin muut. Palvelujen kokonaiskäytön erot muodostuivat pääasiassa konservatiivisesta hoidosta. Operatiivinen hoito painottui edelleen, kuten 1980-luvullakin, taloudellisesti paremmassa asemassa oleviin. Kirurgisten hoitojen määrä lisääntyi kaikissa tuloryhmissä, mutta tuloryhmien väliset erot näyttävät kasvaneen.

Verrattuna aikuisiin lasten sairaalapalvelujen käytön tuloryhmien väliset erot olivat pienempiä, mutta myös heillä osa tuloksista mahdollisesti viittaa siihen, että palvelujen käyttö ei jakaudu niiden tarpeen mukaan vaan sosioekonomisin perustein. Suomalaisessa terveydenhuoltojärjestelmässä on piirteitä, jotka eriarvoistavat potilaita taloudellisista syistä, tai ainakaan järjestelmä ei näyttäisi sairaalapalvelujen osalta vastaavan huonossa taloudellisessa asemassa olevien palvelutarpeisiin samoin perustein kuin varakkaampien potilaiden.

Julkisesti tuettu suun terveydenhuolto laajentunut

Luvussa 9 Anne Nordblad kuvaa suun terveydenhuollon kehitystä ja tilannetta. Julkisin varoin tuettuja suun terveydenhuollon palveluja tuottavat Suomessa pääasiassa kunnat, yksityiset palvelujen tuottajat ja Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö. Lisäksi sairausvakuutus korvaa hammashoidon kustannuksia.

Suun terveydenhuolto on siinä mielessä erikoinen terveydenhuollon osa, että sen asiakkaiden oma rahoitusosuus on poikkeuksellisen suuri, noin 60 prosenttia hammashuoltomenoista. Vuosina 1990–1997 kotitalouksien rahoitusosuus kasvoi 10 prosenttiyksikköä, ja valtion ja kuntien osuus pieneni vastaavasti.

Hammashoidon tuki sairausvakuutuksen kautta on 1990-luvulla laajentunut, ja tästä syystä sairausvakuutuksen hammashuollosta maksamat korvaukset ovat tasaisesti nousseet. Vuonna 1997 lokakuussa voimaan tuli määräaikainen lainmuutos, jonka perusteella koko väestölle korvataan yksi tutkimuksen ja ehkäisevän hoidon kerta kolmessa vuodessa, mikä myös näkyy sairausvakuutuskustannusten nousuna.

Terveyskeskusten antamat suun hammashuollon palvelut ovat 1990-luvulla laajentuneet. Nuorten aikuisten palvelujen käyttö on lisääntynyt voimakkaasti, sen sijaan vanhemman asiakaskunnan määrä on kasvanut vain vähän. Ongelmana on edelleen palvelujen kohdentuminen hyvähampaisiin nuoriin ja lapsiin. Vanhusten suun terveydenhuoltoa tulisi kehittää. Eläkeikäisessä väestössä hampaattomuus ja omien hampaiden osittainen puuttuminen vaikuttavat myös muuhun terveydentilaan ja sitä kautta palvelujen tarpeeseen. Ongelmana on myös se, että sosioekonomiset tekijät vaikuttivat merkittävästi palvelujen käyttöön.

Laman aiheuttamat muutokset osittain pysyviä

Luvussa 10 Juhani Lehto ja Peter Blomster kysyvät, millaisia jälkiä lama on jättänyt sosiaali- ja terveyspalveluihin ja ovatko nämä jäljet kenties pysyviä. Kirjoitusta voidaan lukea myös kiteytyksenä 1990-luvun muutoksista.

Viime vuosikymmenellä sosiaali- ja terveyspalvelujen rahoituksessa tapahtui muutoksia, jotka näyttävät verraten pysyviltä. Asiakkaiden maksuosuus palvelujen rahoituksesta kasvoi lamavuosina merkittävästi, mutta on vuoden 1994 jälkeen pysynyt entisellään. Sairaalahoidossa potilaiden oma rahoitusosuus kasvoi enemmän kuin muissa palveluissa. Myös sairausvakuutuksen omavastuuosuus lääkemenoissa ja yksityisten tutkimusten ja hoitojen menoissa on noussut. Terveydenhuollon rahoitus onkin 1990-luvulla muuttunut ylempiä tuloluokkia suosivaan suuntaan (Klavus 2000). Toinen merkittävä rahoituksellinen muutos on se, että valtion kunnille myöntämä sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuus on vähentynyt vuodesta 1993 lähtien oleellisesti. Näköpiirissä ei ole paluuta entiselle tasolle.

Kuntien sosiaali- ja terveystoimen käyttömenot ovat nousseet merkittävästi kuntien tulokehityksen ylittävällä vauhdilla. Kuntien menoissa sosiaali- ja terveystoimen osuus on siis kasvanut. Kyse voi olla tietoisesta priorisoinnista, osin siitä, että näiden menojen kasvua on ollut vaikeata karsia, kun esimerkiksi kuntien toimeentulomenot lamavuosina nousivat jyrkästi. Sosiaali- ja terveystoimen käyttömenot laskivat reaaliarvoltaan vain vuonna 1994. Muuten talouskriisi näyttää merkinneen kasvun pysähtymistä vuoteen 1996 asti, jonka jälkeen käyttömenojen kasvu on taas ripeytymässä. Kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön määrä supistui vuosina 1992–1993 noin viidellä prosentilla, mutta on sen jälkeen noussut lähes kymmenellä prosentilla (Sosiaaliturva Suomessa 1997, 102).

Erikoissairaanhoidossa tapahtunutta muutosta voi kutsua akuuttisairaanhoidon tehostumiseksi. Hoitojaksot ovat lyhentyneet ja hoitosuoritteiden ja tutkimusten määrät ovat kasvaneet. Akuuttisairaanhoidon lisääntymisen kääntöpuolena on ikääntyneiden pitkäaikaissairaanhoidon ja hoivan radikaali muutos, jota kuvattiin edellä.

Lehto ja Blomster päättelevät, että 1990-luvun alun talouskriisi tuotti sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmään suurempia muutoksia kuin vain lyhytaikaisen ”notkahduksen“. Verrattuna aiempien kahden vuosikymmenen menojen ja henkilöstön kasvutrendien jatkumista kuvaavaan kehitysuraan, kunnallinen sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmä joutuu vuosituhannen vaihteessa tulemaan toimeen noin 15 % pienemmillä voimavaroilla.

Kohti saumattomia palveluketjuja

Luvussa 11 Olli Nylander ja Mikko Nenonen tarkastelevat erästä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän kehittämiskohdetta, palvelujen saumattomuutta. Yksittäisen asiakkaan kannalta sosiaali- ja terveydenhuollon saumattomuus merkitsee joustavaa siirtymistä palvelusta toiseen. Ammattiauttajan kannalta kysymys on asiakasta koskevan vastuun järjestämisestä tarkoituksenmukaisella tavalla. Puutteellisenkin tilastoaineiston avulla kirjoittajat osoittavat, että sosiaali- ja terveydenhuollon eri toimijoilla on runsaasti ja kasvavasti yhteisiä asiakkaita, joten tarve palvelujen joustavaan yhteistoimintaan ja saumattomiin palveluketjuihin on lisääntymässä.

Työelämä ja koulutus tarvitsevat yhteistyötä

Sosiaali- ja terveydenhuolto on työvoimavaltainen toimiala, joka on voimakkaassa muutoksessa. Sitä pitävät yllä mm. väestön ikärakenteen ja palvelutarpeiden muutokset, tarve tehostaa toimintaa, (tieto)teknologian kehittyminen, lisääntyvä kansainvälisyys ja monikulttuurisuus sekä sosiaali- ja terveysongelmien muuttuminen. Ammattitaidon perusta luodaan peruskoulutuksessa, vaikka jatko- ja täydennyskoulutus onkin muutosten tahdin vuoksi entistä tärkeämpää. Näistä syistä työelämän ja koulutuksen yhteistyö on tähdellistä. Luvussa 12 Paula Risikko kuvaa laajaa projektia, jolla pyrittiin ja onnistuttiin virittämään hedelmällistä yhteistyötä sosiaali- ja ter-

veysalan työelämän ja koulutuksen välillä. Projektin tulosten mukaan yhteistyön onnistumisen edellytyksenä on, että mukana olevat työelämän ja koulutuksen organisaatiot näkevät hyötyvänsä yhteistyöstä. Onnistuminen edellyttää myös, että yhteistyöllä on voimavaroja, se on organisoitua, ja että hankkeessa kyetään luomaan myönteinen, aktiivinen, innostunut ja vastuuntuntoinen ilmapiiri.

Tilastollinen kuva sosiaali- ja terveyspalveluista

Katsauksen tilasto-osassa kuvataan eri palvelukokonaisuuksien kehitystä 1990-luvulla sekä tilannetta vuonna 1998. Tiedot on koottu SOTKA-tilastotietokannasta sekä muista Stakesin tilastoista ja rekistereistä. Tavoitteena on kuvata palvelujen tarjontaa, kustannuksia, rahoitusta ja käyttöä. Tarkastelun kohteena ovat

- lasten päivähoito
- lasten ja nuorten palvelut
- vanhusten palvelut
- vammaisten palvelut
- päihdehuolto
- perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoito,
- mielenterveystyö
- suun terveydenhuolto.

Kunkin palvelulohkon alussa on tiivistetysti kuvattu keskeiset havainnot, eikä niitä ole tarpeen toistaa tässä. Palvelukatsauksen perusteella voidaan nostaa esiin kolme yleisempää johtopäätöstä.

Viime vuosina sosiaali- ja terveyspalvelujen tilanne hieman parantunut

Tämän katsauksen perusteella näyttäisi siltä, että monien palvelujen tilanne on hieman parempi kuin se oli vielä muutama vuosi sitten, laman vaikutusten ollessa syvimmillään. Kunnallisten sosiaali- ja terveyspalvelujen henkilöstömäärät ovat viime vuosina kasvaneet lähes valtaosassa palveluja, palvelujen käyttö on yleensä lisääntynyt ja palvelusuoritteita on saatu aikaan aiempaa enemmän. Monien palvelujen nettokustannukset ovat kääntyneet nousuun. Asiakkaiden oman rahoitusosuuden nousu on pysähtynyt.

Edellä sanottu ei tarkoita, että tilanne olisi hyvä. Niissäkin palveluissa, joissa ongelmat eivät ole suurimpia, on tehostamisen ja laadun kohottamisen varaa. Lasten päivähoidossa ryhmäkoot ovat suuria, toisin sanoen

hoitohenkilökunnan mitoitus ei ole riittävä. Lasten psykososiaalisissa palveluissa tarvitaan ennalta ehkäisevää työtä ja lasten yleisten palvelujen parantamista, jotta lastensuojelun tarve saataisiin vähentymään. Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön työuupumus on edelleen suuri.

Vanhusten palvelut ja mielenterveyspalvelut edelleen ongelmissa

Vaikka mielenterveyspalvelujen ja vanhusten palvelujen tilanne on viime vuosina kehittynyt ainakin osittain parempaan suuntaan, on syytä nostaa tämän katsauksen keskeisiin havaintoihin näiden palvelujen ongelmallinen tilanne.

Kuntien väliset erot pikemminkin supistuneet kuin kasvaneet

Palvelukatsaus ja erityisesti sen tilasto-osa osoittaa, että kuntien väliset erot sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämistavoissa, organisoinnissa, palvelurakenteessa ja kustannuksissa ja käytössä ovat suuret. Miltei mistä tahansa palvelumuodosta löytyy hyvinkin suuria kuntien välisiä eroja.

Viime vuosina kuntien välisiin eroihin on kiinnitetty runsaasti huomiota. On oletettu, että vuonna 1993 voimaan tullut valtionosuusuudistus, joka vähensi valtion mahdollisuuksia ohjata kuntien palvelutuotantoa korvamerkityin voimavarapäätöksin, on johtanut kuntien välisten erojen kasvuun, varsinkin kun taloudelliset ongelmat ovat kohdanneet kuntia kovin eri tavoin. Paluuta tiukempaan valtiolliseen valvontaan ja valtion rahoitusosuuden lisäämistä onkin vaadittu yhä useammin.

Tätä taustaa vasten palvelukatsauksessa esitetyt tulokset ovat tärkeitä. Hannu Valtosen artikkelissa osoitetaan, että kuntien sosiaali- ja terveystoimen menojen vaihtelu on pienentynyt. Muutos on tapahtunut niin, että korkeiden ja matalien menojen kunnat ovat lähentyneet kuntien keskiarvoa. Valtonen tutki erikseen myös kuntien sosiaalipalvelujen menojen vaihtelua ja osoittaa, että sekin on pienentynyt. Pienten menojen kunnissa sosiaalihuollon menot ovat lisääntyneet sekä suhteellisesti että markkamääräisesti enemmän kuin suurten menojen kunnissa. Häkkinen ja Laukkanen (1999, 29) ovat esittäneet tuloksia, joiden mukaan kuntien terveydenhuoltome-

nojen vaihtelu on vuoden 1993 valtionosuusuudistuksen jälkeen pienentynyt. Johtopäätös on siis se, että kuntien väliset sosiaali- ja terveydenhuollon menoerot (kun väestömäärästä, väestörakenteesta ja muista olosuhdetekijöistä johtuvat erot on otettu huomioon) eivät ole kasvaneet, vaan pikemminkin supistuneet.

Nämä havainnot perustuvat kuntien menojen tarkasteluun. Ei ole itsestään selvää, että sama johtopäätös on tehtävissä myös, jos tarkastellaan muita seikkoja, esimerkiksi palvelujen piirissä olevien väestöosuuden kehitystä. Palvelukatsauksen tilasto-osassa on kuvattu kuntien välistä vaihtelua myös muiden kuin kustannusten avulla. Kuntien suuret kokoerot samoin kuin tilastoaineistoon liittyvät ongelmat tekevät täsmällisten vertailujen tekemisen hankalaksi. Löydämme yhden palvelulohkon, lastensuojelun, jossa voidaan havaita kuntien välisten erojen kasvua. Sama havainto näyttää koskevan myös lastensuojelun raskaampia toimia, kuten sijoituksia kodin ulkopuolelle. Kokonaisuudessaan kuntien väliset erot eivät ole kasvaneet, pikemminkin havaitsemme erojen supistumista.

On myös viitteitä siitä, miksi yleisesti oletettu kuntien välisten erojen kasvu ei ole toteutunut. Erojen kasvuahan on pääasiassa perusteltu sillä, että kuntien väliset taloudelliset erot ovat 1990-luvulla kasvaneet, ja valtio ei enää puutu kuntien tapaan järjestää palveluja. Tämä selitys ei ole kovin vakuuttava: kuntien taloudellisen tilan erot selittävät vain vähän kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon menojen eroja. Erojen syitä pitää pikemminkin etsiä siitä, että kuntien väestörakenteiden aiheuttamat erot palvelutarpeessa ovat erilaiset, palvelurakenteet vaihtelevat, kuntien sosiaali- ja terveyspolitiikka vaihtelee ja eri kuntien palvelujen välillä on tehokkuus- ja tuottavuuseroja.

Lähteet

Heikkilä, M. & Uusitalo, H. (toim.) 1997. Leikkausten hinta. Tutkimuksia sosiaaliturvan leikkauksista ja niiden vaikutuksista 1990-luvun Suomessa. Raportteja 208. Helsinki: Stakes.

Häkkinen, U. & Laukkanen, M. 1999. Terveyspalvelujen tarve ja kustannukset alueittain 1990–1997. Aiheita 30. Helsinki: Stakes.

Klavus, J. 2000. No Pain, No Gain? Empirical Studies on the Measurement of Distribution in Health Care. Tutkimuksia. Helsinki: Stakes. (painossa.)

Julkinen talous 2000-luvulla. Reunaehdot, haasteet ja uudistusten suunta. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 1998/4.

Sosiaaliturva Suomessa 1997. SVT Sosiaaliturva 1999:1. Sosiaali- ja terveysministeriö.

Uusitalo, H. & Staff, M. (toim.) 1997. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 1997. Raportteja 214. Helsinki: Stakes.

Mikä selittää kuntien sosiaali- ja terveystoimen menojen eroja?

Hannu Valtonen

Valtionosuusuudistus ei kasvattanut kuntien välisiä eroja

Kuntien väliset erot sosiaali- ja terveystoimen menoissa ovat melko suuret. Suomalaiset elävät kunnissa, joissa sosiaali- ja terveyspalvelujen tarjonta ja käyttö ovat hyvinkin erilaisia. Mikä selittää kuntien sosiaali- ja terveystoimen menojen muutoksia ja kuntien välisiä menoeroja laman aikaisessa ja jälkeisessä Suomessa? Kuntien välisiä palvelujen tarjonnan ja kustannusten erojen syitä ei kunnolla tunneta.

Valtionosuusuudistustutkimuksessa (Valtonen 1996a; Valtonen 1996b) laadittiin kunnittaisia sosiaalihuollon tarveindikaattoreita, joiden avulla voitiin kuvata kuntien välisiä eroja sosiaalihuollon menotarpeessa. Nämä indikaattorit kuvaavat kuntien sosiaalihuollon menotarpeen asukasta kohden ikärakenteen, elinkeinorakenteen, työttömyyden ja kunnan koon (väkiluvun) funktiona. Esimerkiksi kunnissa, joissa ikärakenne on lapsi- ja vanhusvaltainen, jossa vanhukset ovat keskimääräistä vanhempia, joissa elinkeinorakenne on kaupunkimainen, joissa työttömyys on korkea, ja jotka ovat keskimääräistä suurempia, on myös sosiaalihuollon (lasten päivähoidon, vanhustenhuollon ja muunkin sosiaalihuollon) tarve keskimääräistä kuntaa suurempi.

Näiden tarveindikaattoreiden avulla on mahdollista laskea ”tarvevakioidut sosiaalihuollon menot kunnittain”. Toisin sanoen on mahdollista selvittää, millaiset ovat kuntien sosiaalihuollon menot sen jälkeen, kun on poistettu se vaikutus, joka aiheutuu kuntien välisistä eroista sosiaalihuollon tarpeessa. Taulukossa 1 on kuvattu kuntien jakautumista sekä menojen (mk/asukas) että tarpeen (koko maan indeksiluku on 100) suhteen.

Taulukko 1. Kuntien sosiaalihuollon menojen (mk/asukas) jakauma vuosina 1990 ja 1995 (Valtonen 1996b).

Sijainti kuntien	*Vuosi, mk*		*Vuosi, %*		*Menojen muutos 1990 - 1995*	
jakaumassa	*1990*	*1995*	*1990*	*1995*	*mk*	*%*
95 %	5 128	5 172	136	126	44	0,9
90 %	4 607	4 872	122	119	265	5,7
keskiarvo	3 769	4 104	100	100	335	8,9
50 %	3 683	4 036	98	98	353	9,6
10 %	2 938	3 399	78	83	539	18,1
5 %	2 783	3 276	74	80	493	17,7

"Sijainti jakaumassa" tarkoittaa, että esimerkiksi vuonna 1990 95 prosentissa kunnista sosiaalihuollon menot asukasta kohden olivat pienemmät kuin 5128 mk, ja että luku on 36 prosenttia korkeampi kuin kuntien menojen keskiarvo. Vastaavasti vain viidessä prosentissa kunnista menot olivat pienemmät kuin 2 783 mk/asukas.

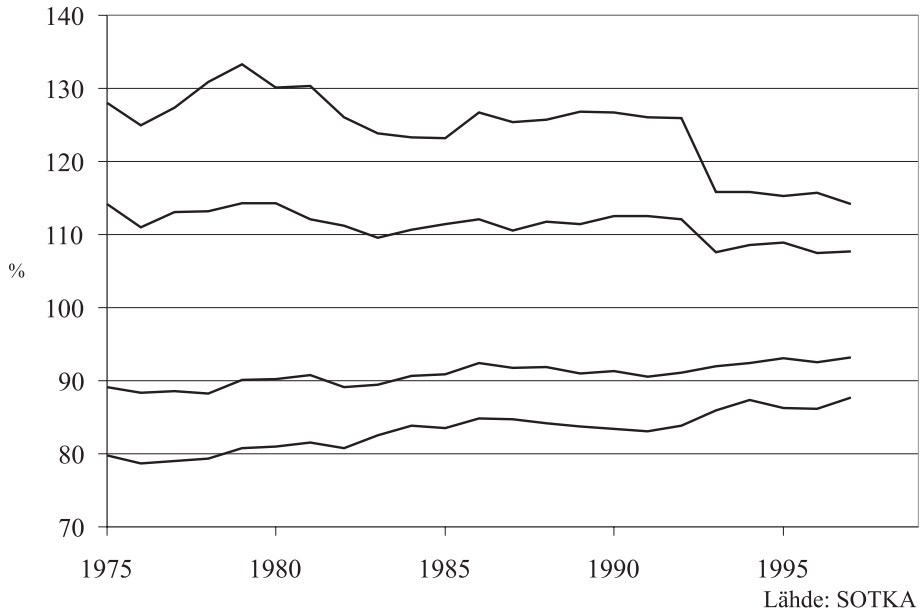
Kuntien asukasta kohden laskettujen sosiaalihuollon menojen vaihtelu on melkoisen suuri. Kymmenen prosenttia kunnista vuonna 1990 selvisi alle 3 000 mk:n menoilla asukasta kohden, kun samoin kymmenessä prosentissa kunnista menot olivat suuremmat kuin 4 600 mk/asukas. Vuosien 1990 ja 1995 välillä kuntien väliset erot menoissa näyttävät pienentyneen. Pieneneminen on tapahtunut niin, että pienten menojen kunnissa sosiaalihuollon menot ovat lisääntyneet sekä suhteellisesti että markkamääräisesti enemmän kuin suurten menojen kunnissa.

Mikä merkitys sitten on ollut valtion ohjausjärjestelmien muutoksella? Kuntien oman päätöksenteon merkitys on korostunut valtion normiohjauksen heikentyessä ja resurssiohjauksen jäätyä hyvin vähäiseksi vuoden 1993 jälkeen. Onko kuntien sosiaali- ja terveystoimi erilaistunut tämän uudistuksen jälkeen? Tätä kysymystä tarkastellaan menojen avulla taulukossa 2 ja kuviossa 1 vuodesta 1975–1997. Vuosien 1992 ja 1993 kohdalla sekä menojen kohdentuminen että tilastointi muuttuvat, ja siksi luvut eivät ole suoraan vertailukelpoisia.

Taulukko 2. Kuntien sosiaali- ja terveystoimen menojen jakaumat vuosina 1975–1997, mk/asukas, kuntien kahden ylimmän ja kahden alimman desiilin suhde mediaaniin (%).

Vuosi	*Ylin 10 %*	*Ylin 20 %*	*Alin 20 %*	*Alin 10 %*
1975	128	114	89	80
1976	125	111	88	79
1977	127	113	89	79
1978	131	113	88	79
1979	133	114	90	81
1980	130	114	90	81
1981	130	112	91	81
1982	126	111	89	81
1983	124	110	89	83
1984	123	111	91	84
1985	123	111	91	84
1986	127	112	92	85
1987	125	111	92	85
1988	126	112	92	84
1989	127	111	91	84
1990	127	113	91	83
1991	126	112	91	83
1992	126	112	91	84
1993	116	108	92	86
1994	116	109	92	87
1995	115	109	93	86
1996	116	108	93	86
1997	114	108	93	88

Lähde: SOTKA



Kuvio 1. Kuntien sosiaali- ja terveystoimen menojen jakaumat vuosina 1975–1997, mk/asukas, kuntien kahden ylimmän ja kahden alimman desiilin suhde mediaaniin (%).

Kuntien sosiaali- ja terveystoimen menojen jakaumassa ei vuosina 1975-1997 tapahdu kovinkaan suuria muutoksia. Huolimatta kuntien palvelujärjestelmän suurista muutoksista kuluneen yli kahdenkymmenen vuoden aikana, kuntien menojen hajonta on muuttunut vain vähän. Menojen erot ovat pienentyneet niin, että ääripäät ovat lähestyneet mediaania. Kokonaisuutena menojen jakauma on kaventunut vuodesta 1975 vuoteen 1997. 1980-luvulla kuntien menojen erot pyrkivät kasvamaan jonkin verran, mutta 1990-luvun alusta ei ole havaittavissa sellaista menoerojen muutosta, joka antaisi aiheen olettaa kuntien uuden vapauden kasvattaneen kuntien välisiä sosiaali- ja terveydenhuollon menoeroja.

Kuntien menojen vaihtelun mahdollisia selityksiä on monia

Kuntien sosiaali- ja terveystoimen menojen erojen syitä voidaan etisiä eri suunnista. Onko eroja siksi, että kuntien voimavarat ovat erilaiset? Jos asia on näin, niin kuntien taloudellinen tila ja sen muutokset, verotulot, velka ja

valtionosuudet vaikuttavat siihen, miten paljon niiden on mahdollista käyttää varoja sosiaali- ja terveystoimeen. Tämä on tutkittavissa selvittämällä sosiaali- ja terveystoimen menojen vaihtelun riippuvuutta kunnan taloudellisesta tilasta.

Selittyvätkö kuntien erot siitä, että asukkaiden tarpeet ovat erilaiset? Tämän selityksen mukaan kuntien sosiaali- ja terveystoimen menot ovat suurimmat siellä, missä myös sosiaali- ja terveystoimen tarve on suurin. Tätä voidaan tutkia selvittämällä sosiaali- ja terveystoimen menojen vaihtelun riippuvuutta kunnan väestön sosiaali- ja terveystoimen tarpeesta.

Onko syynä kuntien erilaisen palvelurakenne? Tämän oletuksen mukaan kuntien sosiaali- ja terveystoimen menoja selittää aikaisempien vuosikymmenten aikana pystytetty palvelujen rakenne kunnassa.

Johtuvatko erot siitä, että kunnissa harjoitetaan erilaista sosiaali- ja terveyspolitiikkaa? Tällöin kuntien sosiaali- ja terveystoimen menojen muutoksia selittäisikin parhaiten kunnan oma paikallinen politiikka riippumatta valtion ohjauksen tiukkuudesta.

Vai onko menojen erojen syynä se, että jotkut kunnat kykenevät tuottamaan palveluja tehokkaammin ja tuottavammin ja näin selviävät vähäisemmin kustannuksin? Kuntien erilaiset menotasot saattavat heijastaa erilaista palvelutuotannon tuottavuutta - samoilla resursseilla tuotetaan eri määriä palveluja. Ne voivat heijastaa myös tehokkuuseroja – samoilla resursseilla saadaan aikaan eri määriä hyvinvointivaikutuksia.

Näiden mahdollisten selitystekijöiden olennaisin merkitys hyvinvointipolitiikan näkökulmasta syntyy siitä, mihin ne sijoittavat eroja ja muutoksia tuottavat voimat. Jos muutoksia tuottavat voimat ovat esimerkiksi valtion ohjausjärjestelmät ja talous, niin kunnan oman (erityisesti budjettiprosessin) päätöksenteon näkökulmasta ne ovat kunnan ulkopuolisia annettuja voimia. Jos erot taas johtuvat kuntien omista hyvinvointipoliittisista päätöksistä, myös havaittujen erojen merkitys kansalaisten tasa-arvon näkökulmasta on toinen. Olennaista on, voidaanko kunnissa vaikuttaa kunnan omiin sosiaali- ja terveydenhuollon menoihin vai ovatko ne vaikutusmahdollisuuksien ulkopuolella. Resursseista lähtevässä selityksissä kunnan menojen suuruus määräytyy selvimmin sen oman päätöksentekoprosessin ulkopuolella. Jos resurssiselitys olisi tosi, määräisi talous annettuna ulkopuolisena voimana sen, miten kunta sijoittaa sosiaali- ja terveystoimeen.

Eri selitysten pätevyyttä on tutkittava hieman eri tavoin. Resurssi- ja tarveselityksiä voidaan arvioida tilastoaineiston perusteella mm. 1990-luvun taloudellista kriisiä koskevassa tutkimuksessa ja valtionosuusuudistukseen liittyneessä tutkimuksessa kertyneillä aineistoilla. Jossain määrin on myös mahdollista arvioida ohjausjärjestelmän muuttamisen seurauksia ja kuntien taloudellisen päätöksenteon lo-

giikkaa. Kuntien tehokkuutta ja tuottavuutta palvelutuotannossa ja etenkin erilaisen tuottavuuden mahdollista vaikutusta menojen tasoon ei tunneta riittävästi. Kunnan oman politiikka- ja rakenneselityksen kohdalla voidaan käyttää eräänlaista jäännösmenetelmää: jos kuntien menot pysyvät vakaina vuodesta toiseen ja resurssi- tai tarveselitys eivät toimi, niin se viittaa politiikan tai rakenteiden pysyvyyteen.

Resurssit selittävät vain vähän kuntien välisistä sosiaali- ja terveydenhuollon menojen vaihtelusta

Jos kunnan talous suoraan vaikuttaisi sosiaali- ja terveystoimen käytettävissä olevien resurssien määrään, laman syvyyden tulisi näkyä kunnan sosiaali- ja terveystoimen menojen suuruudessa. Mitä syvempi laman aikainen taloudellinen sukellus, ja mitä johdonmukaisemmin kunta leikkaa laman aikana menojaan, sitä suurempi tulisi olla notkahduksen myös kunnan sosiaali- ja terveystoimen menoissa.

Laman syvyyden vaikutusta kunnan sosiaali- ja terveystoimen menoihin voidaan tutkia kysymällä, miten aikaisempien vuosien (tässä tapauksessa kahden edellisen vuoden) taloudellinen tila näkyy kunnan sosiaalitoimen ja terveystoimen menoissa[1]. Kunnat voivat reagoida lamaan useammalla strategialla. Mattilan ym. (1993) mukaan kunta voi reagoida lamaan joko meno-, tulo- tai tehokkuusstrategialla. Tulostrategiassa kunta laman alussa pyrkii nostamaan tulojaan, menostrategiassa puolestaan pienentämään menojaan ja tehokkuusstrategiassa nostamaan koko kunnan taloudellisen toiminnan tehokkuutta. Näitä strategioita on testattu empiirisessä aineistossa.

Taulukossa 3 on kuvattu sekä tulo- että menostrategisen reaktion suuruutta. Taulukossa on esitetty paneeliaineiston analyysin tulosten perusteella lasketut laman syvyyden – talouden tilaa kuvaavan talousluvun vaihtelun – vaikutus kunnan velkamäärään asukasta kohti ja kunnan terveydenhuollon menoihin asukasta kohti vuosina 1989–1996. Paneeliaineisto on sekä kaikki kunnat käsittävä poikkileikkausaineisto kultakin vuodelta että aikasarja – jokaisesta kunnasta tiedot on koottu usealta vuodelta. Jos kunnat reagoisivat taloudellisen tilansa muutokseen ajatellun tulostrategian mukaisella tavalla, pitäisi kunnan taloudellisen tilan huonontuessa velan määrän kasvaa. Jos aikaisempina vuosina kunnan taloudellinen tila on vaikea, velan määrän tulisi seuraa-

[1] Tarkastelu perustuu Suomen Akatemian rahoittamaan Stakesissa toteutettuun tutkimukseen, jonka ensimmäisiä tuloksia on raportoitu (Valtonen, Rissanen & Gerkman 1999).

vina vuosina kasvaa. Näin todella näyttää käyvän. Kun verrataan toisiinsa kuntia, joiden talous on aikaisempina vuosina mennyt huonosti, eli talousluku saa alhaisia arvoja, paremmin menestyneisiin kuntiin, on ero velkamäärässä kohtuullisen suuri (12–13 %). Kaikkein huonoimmin taloudellisesti selvinneillä kunnilla (talousluvun vaihteluvälillä, alimmasta ylimpään desiiliin) on muiden tekijöiden vakioimisen jälkeen enemmän velkaa kuin paremmin selviytyneillä kunnilla[2].

Taulukko 3. Tulo- ja menostrategiat; talousluvun viivästettyjen arvojen vaikutus kunnan velkamäärään asukasta kohti ja terveydenhuollon menoihin asukasta kohti, 433 kuntaa ja 6 vuotta, (erotus, % mediaanista).

Talousluvun desiilit	*Talousluvun arvot desiileittäin (1996)*	*Velka, mk/asukas*		*Terveydenhuollon menot, mk/asukas*	
		Selittäjä: Talousluku viivästettynä			
		yhdellä vuodella	*kahdella vuodella*	*yhdellä vuodella*	*kahdella vuodella*
10	-0,56	6,4	6,7	-1,8	-2,8
20	0,37	4,3	4,5	-1,2	-1,9
30	1,03	2,8	2,9	-0,8	-1,2
40	1,60	1,5	1,6	-0,4	-0,7
mediaani	2,26	0,0	0,0	0,0	0,0
60	2,81	-1,3	-1,3	0,3	0,6
70	3,20	-2,1	-2,2	0,6	0,9
80	4,08	-4,1	-4,3	1,1	1,8
90	5,06	-6,3	-6,7	1,8	2,8

Talousluku kuvaa kunnan taloudellista menestystä. Korkea talousluvun arvo tarkoittaa hyvää menestystä ja alhainen huonoa tai peräti taloudellista ahdinkoa. Lukua ei kuitenkaan tule tulkita yksioikoisesti ainoaksi oikeaksi taloudellisen menestyksen mittariksi. Talousluvun osatekijät ovat: vuosikate, korkomenot, korkotulot, otto- ja antolainan lyhennykset, harkinnanvaraiset valtionavut, kunnan oman äyrin hinta ja koko maan keskimääräinen äyrin hinta.

Terveydenhuollon menot edustavat taulukossa 3 menostrategiaa. Valitsin taulukkoon terveydenhuollon menot, koska se oli tarkastelluista menoeristä (sosiaali- ja terveydenhuollon yhteenlasketut menot, sosiaalitoimen ja terveydenhuollon menot) ainoa, jossa havaittiin systemaattinen menostrategian mukainen vaikutus. Vaikutus on huomattavasti pienempi kuin velan kohdalla. Talousluvun muutoksen vaikutus on vain 3–5 prosenttia terveydenhuollon asukasta kohden lasketuissa menoissa. Sosiaalitoimen menoja kunnan aikaisempi taloudellinen menestys ei selittänyt.

[2] Analyysissa mukana olleet muuttujat, joiden vaikutus on siten otettu tuloksissa huomioon, olivat talousluku, sen yhdellä ja kahdella vuodella viivästetyt arvot, työttömyys, elinkeinorakenne, väkiluku (logaritmi), alle 7-vuotiaiden osuus väestöstä, yli 74-vuotiaiden osuus väestöstä, nettomuutto, valtionosuudet asukasta kohden (logaritmi), äyrimäärä asukasta kohden ja veroäyrin hinta.

Johtopäätös resurssiselityksen suhteen on, että kuntien taloudellisen tilan erot selittävät kohtuullisesti kuntien asukasta kohti lasketun velan määrää, mutta vain hyvin vähän kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon menojen eroja.

Tarpeet selittävät paremmin terveydenhuollon kuin sosiaalihuollon menojen eroja

Yksi luonteva selitys kuntien välisille sosiaalitoimen menojen eroille olisivat tietysti erot palvelujen tarpeessa. Kuntien palvelutarjonta voisi reagoida tarpeeseen niin, että menot ovat suuremmat siellä, missä tarpeetkin ovat suuremmat. Tämä selitys näyttää toimivan melko huonosti (Taulukko 4). Sosiaalihuollon menojen ja tarveindeksien[3] väliset järjestyskorrelaatiot ovat pienet. Tarve-erot kuntien välillä ovat ajassa sangen vakaat (tarveindeksin arvojen vuosien 1990 ja 1995 välinen korrelaatio on korkea) ja myös menojen erot kohtuullisen vakaat (eri vuosien menojen korrelaatio on merkitsevä, mutta pienempi kuin tarveindeksien korrelaatio).

Taulukko 4. Kuntien sosiaalihuollon menojen (mk/asukas) ja tarveindeksien järjestyskorrelaatiot 1990 ja 1995 (Valtonen 1996b).

Sosiaalihuollon menot	*Sosiaalihuollon menot*	*Tarveindeksi*	
	1995	*1990*	*1995*
1990	0,43***	0,10*	0,10*
1995		0,14**	0,17**
Tarveindeksit			
1990			0,79***

Hieman yksityiskohtaisemmin samaa asiaa osoittavat eräät valtionosuusuudistustutkimuksen (Valtonen 1996a) havainnot: Vanhustenhuollon palvelujen käyttö selittyy hyvin huonosti tarvemuuttujilla, kuten vanhusväestön ikärakenteen perusteella odotetulla palvelujen käytöllä tai vanhusten elinoloja kuvaavilla muuttujilla. Merkille pantavaa on, että tarvemuuttujista tärkeimpänä pidettävä ikä- ja sukupuolirakenne selittää vain noin 3 prosenttia

[3] Sosiaalihuollon tarveindeksi ottaa huomioon sosiaalipalvelujen tarvetta arvioitaessa kunnan 0–6-vuotiaiden määrän, elinkeinorakenteen, työttömyyden, yli 65-vuotiaiden ja yli 75-vuotiaiden määrät.

kuntien laitoshoidon asiakkaiden suhteellisen osuuden vaihtelusta ja vain noin 4 prosenttia hoitopäivien vaihtelusta.

Häkkinen ja Laukkanen (1999) ovat selvittäneet terveydenhuollon menojen ja terveydenhuollon tarpeen välistä yhteyttä. Heidän tulostensa mukaan tarpeen huomioon ottamisen jälkeenkin eroja kuntien ja sairaanhoitopiirien välillä on edelleen, vaikka nämä erot ovat pienentyneet 1990-luvulla. Kalleimman (23 % yli maan keskiarvon) ja halvimman (11 % alle maan keskiarvon) sairaanhoitopiirin tarvevakioitujen menojen ero on sangen suuri, eli terveydenhuollon tarpeen vaikutuksen poistamisen jälkeenkin sairaanhoitopiirien välille jää kolmasosan ero asukasta kohden lasketuissa kustannuksissa. Sairaanhoitopiirien väliset erot ovat heidän havaintojensa mukaan suhteellisen pysyviä samoin kuin kuntien väliset erot. Alueelliset erot ovat edelleen suuret, joskin kuntien väliset erot ovat vuoden 1993 valtionosuusuudistuksen jälkeen pienentyneet (Häkkinen, Laukkanen 1999, 29).

Häkkisen ja Laukkasen aineistosta voidaan laskea, miten terveydenhuollon tarve[4] selittää kuntien terveydenhuollon ja vanhustenhuollon yhteenlaskettuja menoja. Korrelaatio tarpeen ja menojen välillä on kohtuullisen korkea, eli 0.57, eli tarve-erot selittävät noin 33 prosenttia kuntien menojen vaihtelusta.

Tarve-erot näyttäisivät siten selittävän paremmin kuntien terveydenhuollon menojen eroja kuin sosiaalitoimen menojen eroja. Yksi syy voi olla se, että sosiaalitoimen menot sisältävät hyvin erilaisia menoeriä: lasten päivähoito on toimintana täysin erilaista kuin vaikkapa toimeentulotuen jakaminen. Näiden menoerien ja niiden tarpeen välinen yhteys kunnittain vaihtelee koko lailla. Tarve-erot selittävät selvästi alle puolet nykyisistä sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaismenojen eroista kuntien välillä. Osuus ilmeisesti vaihtelee toiminnoittain, niin että tarpeista johtuva osuus on kolmasosa terveydenhuollossa ja merkittävän suuri lasten päivähoidossa, kuten seuraavassa jaksossa osoitetaan.

[4] Terveydenhuollon tarveindikaattori löytyy Häkkisen ja Laukkasen liitetaulukosta 1, sarake ”Terveydenhuolto ja vanhusten laitospalvelut yhteensä” ja menot liitetaulukosta 2, sarake ”Menot/asukas, v. 1997”. Kiitän tekijöitä aineiston lainasta.

Rakenteet vaikuttavat menojen vaihteluun

Rakenneselitys on eräänlainen muutoksen kitkaselitys. Jos sosiaali- ja terveydenhuollon rakenne selittäisi kuntien välisiä menojen eroja, kunnissa tapahtuisi muutoksia vain hitaasti. Muutokset olisivat hitaampia kuin esimerkiksi kunnan taloudellisen tilan tai sosiaali- ja terveydenhuollon tarvetekijöiden muutokset. Yksi mahdollisuus tarkastella tätä kitkaa on katsoa, miten erilaiset tekijät selittävät kunnan sosiaalitoimen käyttömenojen muutoksia 1990-luvulla.

Kysymystä voidaan tarkastella paneeliaineistossa vuosilta 1993–1997 lasten päivähoidon ja vanhustenhuollon muutamien menoerien (laitoshoito, kotipalvelut ja muu vanhustenhuolto) asukasta kohden laskettujen menojen osalta. Tulos on, että kaikissa näissä menoerissä kuntamuuttuja[5] selittää 80–90 prosenttia menoerän vaihtelusta (Taulukko 5). Menoerien suuruutta selittävät kohtalaisesti myös tarvetekijät (kuten alle 7-vuotiaiden tai yli 74-vuotiaiden osuudet väestöstä[6]), mutta niiden selitysosuus on merkittävästi pienempi kuin kuntamuuttujan selitysosuus. Tämä selitysosuus vaihtelee 10 ja 60 prosentin välillä. Korkeimmillaan se on lasten päivähoidossa – 60 prosenttia menojen vaihtelusta. Lasten päivähoidon menot ja niiden tarve kulkevat melko hyvin käsi kädessä kunnittain.

Taulukko 5. Eri muuttujaryhmien selitysosuus kuntien eri käyttömenoerien selityksessä. Paneeliaineisto v. 1993–1997, 436 kuntaa ja 5 vuotta.

	Lasten päivähoito	*Vanhusten laitoshoito*	*Kotipalvelut*	*Muu vanhustenhuolto*
Muuttujaryhmä	R^2	R^2	R^2	R^2
Kunta	0,93	0,92	0,80	0,80
Tarvemuuttujat	0,67	0,35	0,19	0,12
Tarvemuuttujat ja kunta	0,95	0,93	0,82	0,84
Tarvemuuttujat, kunta ja aika	0,95	0,93	0,86	0,88

Tarvemuuttujat

Päivähoito: Kunnan työttömyysprosentti, palveluammateissa toimivien osuus ja 0-6 -vuotiaiden osuus väestöstä;

Vanhustenhuolto ja kotipalvelut: 75-84 -vuotiaiden osuus väestöstä, kaksi muuta vanhustenhuollon menoerää. Lähde: SOTKA.

[5] Kunta muuttujana tarkoittaa sitä, että jokaiselle kunnalle muodostetaan oma dummy-muuttuja, eli regressioyhtälössä jokainen kunta saa oman vakion arvon.

[6] Tarvetekijöiksi on valittu ao. palveluiden tarvetta kuvaavat muuttujat (Valtonen 1996a; Valtonen 1996b).

Tulos tarkoittaa, että sosiaalitoimessa lasten päivähoidon, vanhusten laitoshoidon, kotipalveluiden ja muun vanhustenhuollon menojen vaihtelu kuntien välillä on suhteellisen suurta, mutta kunnan menojen vaihtelu vuodesta toiseen suhteellisen pientä. Tämän takia kunta omana muuttujanaan selittää suuren osan koko menomuuttujan vaihtelusta. Kaikissa tapauksissa tarvemuuttujat selittävät kuntien menojen vaihtelusta vähäisemmän osan kuin kuntamuuttuja.

Kuntamuuttujan merkittävä selitysosuus ei kuitenkaan vielä ole vahva näyttö siitä, että kuntaan pystytetyt rakenteet säätelisivät menojen muutoksia. Muuttujana ”kunta” sisältää kaiken kuntaa koskevan informaation, emmekä voi tietää, mikä erityinen kuntaspesifi seikka tuottaa havaitun tuloksen. Rakenneselitys ja seuraavana käsiteltävä politiikkaselitys voivat tuottaa aivan samanlaisen jäljen tilastoaineistoissa. Molemmat voivat tuottaa sekä suhteellisen hitaasti muuttuvan sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän ja molemmat voivat tuottaa tilanteen, jossa kunta omana muuttujanaan selittää suuren osan menojen vaihtelusta.

Kunnallisella politiikalla on merkitystä

Kunnallisen politiikan vaikutusta voidaan selvittää mm. kysymällä, miten kunnan palveluiden rahoituksen päätöksenteko kulkee. Annetaanko kunnassa ensin esimerkiksi päivähoidon kokonaisbudjetti, ja sen jälkeen toiminta (palveluiden yksikkökustannukset ja määrä) asettuu tämän budjettirajoitteen mukaisiksi, vai tapahtuuko niin, että toiminnan järjestämisen tapa tuottaa yksikkökustannukset, kysyntä tuotetun määrän ja kokonaiskustannukset syntyvät näiden kahden tekijän tulona? Molemmissa tapauksissa yhtälö ”kokonaiskustannukset = tuotettu määrä kertaa yksikkökustannukset” pätee, mutta kokonaiskustannusten ja kahden muun suureen suhde on erilainen.

Ns. rakenneyhtälömallit tekevät tämäntyyppisen analyysin mahdolliseksi (Valtonen 1999). Analyysi tehtiin vuosien 1993 ja 1996 aineistossa sekä vanhusten laitoshuollossa että lasten päivähoidossa. Molemmissa tapauksissa ja kumpanakin vuonna tulos oli: kunnissa annetaan ensin kokonaisbudjetti ja toiminta (määrä ja yksikkökustannukset) sopeutuvat annettuun budjettiin. Tämä selitys sai enemmän tukea aineistosta kuin toiseen suuntaan kulkevan logiikan mukaiset mallit. Tuloksen mukaan paikallinen budjetti eli päätös kunkin toiminnan käytettävissä olevasta budjettimäärärahasta tehdään ensin ja toiminnan yksikkökustannukset ja tuotettu palvelujen määrä vasta tämän budjettirajoitteen alla.

Tätä tulosta tukee myös taulukko 6. Siinä on esitetty kuntien sosiaalitoimen menojen rakenne kvintiileittäin (20 %:n ryhmissä). Kvintiilit on muodostettu niin, että alin kvintiili koostuu niistä 20 prosentista kuntia, joiden sosiaalitoimen menot asukasta kohden ovat pienimmät, ja vastaavasti ylin kvintiili niistä kunnista, joiden menot asukasta kohden ovat korkeimmat.

Taulukko 6. Kuntien sosiaalitoimen menojen rakenne menojen suuruuden mukaisissa 20 %:n ryhmissä vuonna 1997 (%).

	Sosiaalitoimen menot mk/asukas					*Ylimmän ja alimman ryhmän ero (%)*
	alle 4 478	*4 478-4 853*	*4 853-5 155*	*5 155-5 608*	*yli 5 608*	
Sosiaali- ja terveystoimen hallinto	3,2	3,4	2,9	3,1	5,1	1,8
Pienten lasten hoito	37,4	36,4	34,7	34,6	35,5	-2,0
Lasten ja nuorison laitoshuolto	1,1	1,3	1,6	2,2	3,6	2,6
Muut lasten ja perheiden palvelut	5,1	5,7	5,5	6,2	6,2	1,1
Vanhusten laitoshuolto	15,1	15,3	14,7	14,2	9,9	-5,2
Vammaisten laitoshoito	3,3	3,0	3,4	3,1	2,6	-0,7
Suojatyö ja kehitysvammatoiminta	2,9	2,7	2,6	2,5	2,0	-0,9
Kotipalvelu	11,2	9,7	9,6	9,3	6,4	-4,8
Muut vanhusten ja vammaisten palvelut	11,2	11,7	12,1	10,8	10,5	-0,7
Päihdehuolto	0,6	0,7	1,0	1,4	2,0	1,5
Muu sos. ja terveystoimi	9,0	10,1	11,9	12,6	16,3	7,3
- jossa toimeentulotuki	*7,6*	*9,0*	*10,1*	*11,0*	*12,2*	*4,6*
Yhteensä	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	

Lähde: SOTKA

Tuottavuus- ja tehokkuuseroja on

Kuntien sosiaalitoimen menojen rakenne on hyvin samankaltainen sekä ”halvoissa” että ”kalliissa” kunnissa. Pienten lasten hoidon menot ovat koko sosiaalitoimen menoista ”halvoissa” kunnissa 37 prosenttia ja ”kalliissa” kunnissa 35 prosenttia. Suurimmat erot näiden kuntaryhmien välillä ovat vanhustenhuollon (laitoshoito ja kotipalvelu) ja toimeentulotuen meno-osuuksissa (4–5 prosenttiyksikköä). Tämän tarkastelun perusteella ei löydy mitään sellaista yksittäistä menoerää, joka selittäisi, miksi joissakin kunnissa sosiaalitoimen menot asukasta kohden ovat korkeat tai alhaiset. Pikemminkin syntyy kuva toiminnasta, jossa suuri (”kalliit kunnat”) tai pieni (”halvat

kunnat") kokonaisbudjetti jaetaan lähes samassa suhteessa eri toimintoihin. Olisiko niin, että sekä "kalliissa" että "halvoissa" kunnissa eri toimintoihin sijoitetut rahamäärät riippuvat ensisijaisesti maksajan eli kunnan maksuhalukkuudesta – poliittisista päätöksistä? Kuntien väliset menoerot voisivat myös selittyä niiden välisillä tehokkuus- ja tuottavuuseroilla. Tuotettujen palveluiden yksikkökustannukset kuvaavat tuotannon tuottavuutta. Tutkimuksen kannalta ongelmallista on, että tuottavuutta tulisi mitata sisällöltään ja laadultaan samanlaisten palveluiden tuotannossa, joten myös laatueroista tulisi olla selvillä. Tehokkuuserojen osoittamiseksi tulisi tietää palveluiden aikaansaatujen hyvinvointivaikutusten suuruus. Kaikista näistä tiedetään erityisesti kuntien palvelutuotannossa vain vähän.

Sairaaloista ja terveydenhuollosta tehokkuudesta ja tuottavuudesta tiedetään enemmän (perusteellisin analyysi on Linna 1999) kuin sosiaalihuollon tehokkuudesta ja tuottavuudesta. Arvio terveydenhuollon tuottavuuden kunnittaisista eroista 1990-luvun alussa oli noin 20 prosenttia (Häkkinen & Luoma 1994) ja yliopistosairaaloiden tuottavuuserot olivat vuosina 1993 ja 1994 noin 8 prosenttia (Häkkinen, Asikainen & Linna 1996). Vaaraman mukaan vanhusten hoivapalvelujen tuotannossa kuntien tuottavuus ja kustannukset vaihtelevat suuresti. Mikään yksittäinen ulkoinen tekijä ei selittänyt kustannusvaihtelua, vaan kyse oli kuntien omista toimintakäytännöistä ja painotuksista. Tuloksellisimpia olivat kunnat, joissa vanhusten hoivapalvelutoiminta oli hyvin suunniteltua ja sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnallinen yhteistyö kehittynyttä (Vaarama 1996, 5).

Kuntien välillä on siten ilmeisesti tuottavuus- ja tehokkuuseroja sosiaali- ja terveyspalvelujen tuotannossa. Erot tuottavuudessa voisivat tuottaa eroja kuntien menoissakin, jos kunnat tietoisesti tavoittelisivat samaa palvelutasoa. Ei kuitenkaan ole näyttöä siitä, että sellaiset kunnat, joissa palvelujen tuottavuus on korkea, olisivat käyttäneet korkeamman tuottavuutensa menojensa pienentämiseen.

Huomio kuntien sisäisiin tekijöihin

Tarkastellut viisi erilaista kuntien menoerojen selitystyyppiä sijoittavat eroja ja menojen muutoksia tuottavat voimat eri paikkoihin. Selitysten joukosta ei löydy tässä analyysissa yhtään sellaista, joka selvästi voitaisiin osoittaa erojen selittäjäksi. Osin tulos johtuu siitä, että kaikkia selityksiä (kuten rakenneselitys tai kunnan oman politiikan[7] vaikutuksen tarkastelu, tuotta-

[7] Aineistossa ei ollut käytettävissä muuttujaa kuvaamaan "palvelujärjestelmän rakennetta" tai "kunnan omaa politiikkaa".

vuus- ja tehokkuusselityksistä puhumattakaan), ei käytetyissä aineistoissa voitu asettaa suoraan empiiriseen testiin.

Sosiaali- ja terveystoimen menojen muutokset kunnissa tapahtuvat suhteellisen hitaasti, aiheuttipa ne mikä tahansa, ja muutosten ja menojen erojen syitä on haettava tarmokkaammin kunnista itsestään kuin kuntien ulkopuolisista tekijöistä. Tulokset viittaavat siihen, että kuntien ulkopuoliset selitykset (kuten lama, talous tai valtion ohjauksen muutos) vaikuttavat vähemmän menojen eroihin kuin usein on ajateltu ja kunnan sisäiset tekijät (politiikka, rakenteet, paikallinen toimintakulttuuri) puolestaan vaikuttavat enemmän kuin kunnissa ehkä ajatellaan.

Lähteet

Häkkinen, U., Asikainen, K. & Linna, M. 1996. Terveyspalvelujen tarve ja kustannukset alueittain sekä sairaaloiden tuottavuus 1990-luvulla. Aiheita 45. Helsinki: Stakes.

Häkkinen, U. & Laukkanen, M. 1999. Terveyspalvelujen tarve ja kustannukset alueittain 1990–1997. Aiheita 30. Helsinki: Stakes.

Häkkinen, U. & Luoma, K. 1994. Determinants of expenditure variation in health care and care of the elderly among Finnish municipalities. Themes 12. Helsinki: Stakes.

Linna. M. 1999. Measuring Hospital Performance: the Productivity, Efficiency, and Costs of Teaching and Research in Finnish Hospitals. Research Report 98. Jyväskylä: Stakes.

Mattila, M., Saukkonen, R. & Uusikylä, P. 1993. Hyvinvointivaltiosta kilpailuvaltioon – Markkinat ja verkostot sosiaali- ja terveyspolitiikan ohjauksessa. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja. 1993:4. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Vaarama, M. 1996. Vanhusten hoivapalvelujen tuloksellisuus hyvinvoinnin tuotantonäkökulmasta. Tutkimuksia 55 Helsinki: Stakes.

Valtonen, H. 1996a. Tutkimus kuntien sosiaalihuollon valtionosuuksien perusteista. Kuntaosaston julkaisu. 4. Helsinki: Sisäaisainministeriö.

Valtonen, H. 1996b. Kuntien sosiaalihuollon menot ja kunnittainen sosiaalihuollon menotarve vuosina 1990 ja 1995. Aiheita 42. Helsinki: Stakes.

Valtonen, H. 1999. The incentive structure of public budgets for public institutions. Themes. Stakes. painossa.

Valtonen, H., Rissanen, P., Gerkman, L. 1999. The economic crisis and the expenditure on social and health services – The mediation of the economic crisis into Finnish municipalities. Nordic Health Economists' Study Group Meeting, Reykjavik.

Pienten lasten hoito

Pentti Takala & Matti Heikkilä

Mihin suuntaan suomalainen perhepolitiikka on viime vuosina kehittynyt? Ovatko vuosina 1996 ja 1997 toteutetut perhepoliittiset uudistukset – pienten lasten hoitotukeen lisätty yksityisen hoidon tuki, kunnallisen päivähoito-oikeuden laajentaminen kaikkiin alle kouluikäisiin ja kunnallisen päivähoidon maksujen muutokset – lisänneet tasa-arvoa ja valinnan mahdollisuuksia? Kuinka tyytyväisiä lapsiperheet ovat hoitojärjestelyihin ja perhepolitiikkaan yleensä?

Muun muassa tällaisia kysymyksiä on selvitetty valtakunnallisessa lastenhoitotutkimuksessa, jonka toteuttivat Kansaneläkelaitos ja Stakes sosiaali- ja terveysministeriön toimeksiannosta. Sen tavoitteena on selvittää

- missä alle kouluikäiset lapset Suomessa hoidetaan ja miten vanhemmat ovat hoitoratkaisuunsa päätyneet,
- miten julkinen lapsen hoidon tuki kohdistuu perheille ja
- mitä mieltä vanhemmat ovat hoitopalvelujen laadusta ja perhepoliittisista etuuksista.

Vuoden 1998 joulukuussa perheille suunnatulla postikyselyllä selvitettiin mm. hoitoratkaisuja, syytä hoitomuodon valintaan, saatua hoitotukea, epävirallista tukea, käsityksiä hoitopaikan laadusta ja suomalaisesta perhepolitiikasta yleensä. Otos ositettiin siten, että Kelan lapsilisärekisteristä poimitun pääjoukon lisäksi yksityisen hoidon tuen saajia valittiin mukaan heidän väestöosuuttaan selvästi enemmän. Hyväksyttyjä vastauksia saatiin yhteensä 6 135 perheeltä. Vastausaktiivisuus oli yhtä suuri lapsilisäperheillä ja yksityisen hoidon tukea saavilla perheillä. Ainoastaan yksinhuoltajien keskuudessa kato oli selvästi keskimääräistä suurempi. Kadon vaikutusta on korjattu käyttämällä analyysissa kerrointa, jolla yksinhuoltajien vastauksia painotetaan. Tulokset esitetään siten painotettuina, että ne edustavat kaikkia suomalaisia lapsiperheitä. Toisen tärkeän aineiston muodostavat otosjoukkoa koskevat Kelan perheetuusrekistereistä poimitut tiedot. Tietojen poiminnassa ja yhdistelyssä on aineiston laatuun kiinnitetty erityistä huomiota (ks. Heikkilä & Takala 1999).

Otos on muodostettu siten, että se edustaa kaikkia perheitä, joissa on alle kouluikäisiä (0–6-v.) lapsia. Lapsen hoitomuoto, siihen liittyvät perustelut ja hoitopaikan laatu on kysytty erikseen perheen jokaisesta (kolmanneksi nuorimpaan asti) lapsesta.

Kotihoito yleisin hoitomuoto alle 3-vuotiailla, kunnallinen päiväkoti sitä vanhemmilla

Lapsen pääasiallinen hoitomuoto vaihtelee selvästi lapsen iän mukaan (Taulukko 1). Alle vuoden ikäiset hoidetaan valtaosin kotona. Kodin ulkopuolella järjestetyn päivähoidon osuus kasvaa lapsen iän myötä. Eräänlainen katkokohta on kolmen vuoden ikä: kun vielä 1–2-vuotiaista 64 prosenttia hoidetaan kotona, putoaa tämä osuus 3–5-vuotiailla 36 prosenttiin.

Julkisen päivähoidon peitto on liki 60 prosenttia 3–5-vuotiaiden ikäluokista ja saavuttaa huippunsa (69 %) 6-vuotiaiden kohdalla. Kokonaisuutena 6-vuotiaat lapset jakautuvat siten, että neljännes hoidetaan ensisijaisesti kotona, 70 prosenttia kunnallisessa päivähoidossa ja loput yksityissektorilla. Yksityisen päivähoidon osuus on suomalaisessa lastenhoitojärjestelmässä edelleen marginaalinen (4–5 % alle kouluikäisistä lapsista).

Taulukko 1. Alle kouluikäisten lasten hoitomuoto lapsen iän mukaan vuoden 1998 joulukuussa (%).

Lapsen ikä	*Hoitomuoto*								
	Kotihoito			*Kunnallinen päivähoito*		*Yksityinen päiväkoti*		*Muu*	
	Isä/äiti	*Muu omainen*	*Palkattu hoitaja*	*Päiväkoti*	*Perhepäivähoito*	*Päiväkoti*	*Perhepäivähoito*		*Yhteensä*
0	97	1	0	0	2	0	0	0	100 (906)
1 - 2	60	3	1	15	18	1	2	1	100 (2 426)
3 - 5	34	1	1	37	21	3	2	1	100 (3 992)
6	22	2	1	55	14	4	1	2	100 (1 364)
Kaikki	46	2	1	30	17	3	1	1	100 (8 688)

Kotihoidon ja kodin ulkopuolisen päivähoidon osuuksissa on yllättävän suuria eroja verrattuna eräisiin muihin aineistoihin. Kun tämän tutkimuksen mukaan yhteensä 49 prosenttia alle kouluikäisistä lapsista hoidetaan kotona, vuoden 1998 loppukeväällä kerätyn työvoimatiedustelun tietojen mukaan vastaava luku on 56 prosenttia. Vastaavasti kunnallisessa päivähoidossa on tämän tutkimuksen mukaan kaikkiaan 47 prosenttia alle kouluikäisistä ja työvoimatiedustelun mukaan 38 prosenttia (Vaajakallio 1999, 5). Ero selittyy osittain sillä, että työvoimatiedustelu on haastattelututkimus, jolla tavoitetaan kotona olevat paremmin kuin kyselytutkimuksella. Toinen eron selittäjä on se, että päivähoidon käytössä on huomattavaa vuodenaikaan liittyvää kausivaihtelua. Päivähoidon osuus lienee suurimmillaan

vuoden lopussa ja kotihoidon osuus taas kasvaa kesää kohti mentäessä (Sauli 1999). Päivähoidon käytön kausivaihtelusta ei ole tutkimustietoa, mutta kotihoidon tuen käyttö vaihtelee edellä mainitulla tavalla (Korpinen 1997, 59–61). Vuoden 1998 toisella neljänneksellä kotihoidon tukea maksettiin 132 015 lapsesta ja viimeisellä neljänneksellä 115 603 lapsesta (Kansaneläkelaitoksen tilastokatsaus 4/1998, 57). Päivähoidon käytön kausivaihtelu merkitsee sitä, että yhtä kuukautta koskevan aineiston perusteella ei voida tehdä tarkkoja arvioita käytön yleisyydestä.

Kotihoidon valinneet vanhemmat kertovat syyksi useimmiten halun hoitaa lasta itse (Taulukko 2). Noin joka kolmas kotona lasta hoitava mainitsee syyksi myös lapsen iän ja kehitysvaiheen. Kotihoito katsotaan ilmeisesti erityisen sopivaksi juuri nuorimmille lapsille. Hoitojärjestelyn helppous on kolmanneksi yleisin syy, mutta kotihoidon valinneet mainitsevat sen selvästi harvemmin kuin muut vanhemmat.

Taulukko 2. Nuorimman lapsen hoitomuodon valinnan syyt (%).

	Kotihoito	*Kunnallinen päivähoito*	*Yksityinen päivähoito*	*Kaikki*
Halu hoitaa lasta itse	72	1	5	33
Töihin meno	4	69	45	38
Ei saanut kunnan järjestämää hoitopaikkaa	2	0	17	2
Hoitomaksun suuruus	9	4	13	6
Hoitopaikan sijainti	3	42	37	24
Kasvatuksellisesti erikoistunut hoito	1	7	21	5
Virikkeellinen hoitoympäristö	3	38	29	21
Lapsen ikä tai kehitysvaihe	36	33	24	34
Lapsen erityistarpeet (sairaus, allergia)	4	4	4	4
Hoitojärjestelyn helppous	19	25	32	23
Yhteiskunnan taloudellinen tuki	6	2	13	4
Muu syy	18	7	16	12

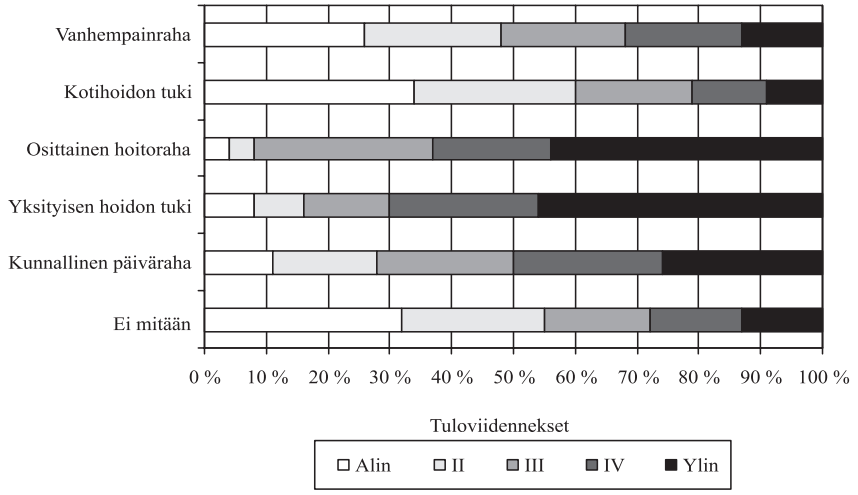
Kunnallisen päivähoidon valinneet mainitsevat syyksi useimmiten töihin menon. Hoitopaikan sijainti ja virikkeellinen hoitoympäristö ovat myös usein mainittuja syitä. Virikkeellinen hoitoympäristö on hoitomuodon valinnan syynä useimmin juuri kunnallisen päivähoidon valinneiden mielestä. Kunnallisen päivähoidon valinneet mainitsevat lapsen iän ja kehitysvaiheen lähes yhtä usein valintaperusteeksi kuin kotona lasta hoitavat, mutta ilmeisesti perustelu on sisällöltään toisenlainen (”lapsi on jo kyllin vanha kodin ulkopuoliseen päivähoitoon”). Myös hoitojärjestelyn helppous mainitaan varsin monessa vastauksessa.

Yksityisen päivähoidon valinneiden vastaukset vaihtelevat enemmän kuin muiden. Töihin meno on heillä – kuten kunnallisen päivähoidon valinneillakin – yleisin valintaperuste. Hoitopaikan sijainti ja hoitojärjestelyn helppous tulevat seuraavina syinä. Tälle ryhmälle ominainen syy on se, että he eivät ole saaneet kunnan järjestämää hoitopaikkaa. Myös halu kasvatuksellisesti erikoistuneeseen hoitoon on yleisesti mainittu syy. Lisäksi yksityisen päivähoidon valinneet mainitsevat hoitomaksun suuruuden ja yhteiskunnan taloudellisen tuen muita ryhmiä useammin valintansa perusteena. Todennäköisesti yksityisen päivähoidon käyttäjät ovat tyytyväisiä hoitomaksuihin juuri siksi, että yksityisen hoidon julkinen tuki on hiljattain parantunut.

Kotihoito pienituloisten ja päivähoito hyvätuloisten hoitoratkaisu

Lapsen hoidon julkinen tuki vaihtelee selvästi perheen sosiaalisen aseman mukaan. Tämä näkyy esimerkiksi siinä, miten hoitomuoto vaihtelee perheen tulotason mukaan (Kuvio 1). Tulotasoa mitataan tässä perheen kulutusyksikköä kohti lasketuilla käytettävissä olevilla tuloilla. Vanhempainrahan saajien tulojakauma on tasaisin. Alin viidennes on jonkin verran yliedustettu ja ylin vastaavasti aliedustettu tässä ryhmässä. Kunnallisen päivähoidon käyttäjien tulojakauma on lähes peilikuva vanhempainrahan saajien jakaumasta. Pienituloisimpaan viidennekseen kuuluu vain kymmenesosa näistä perheistä, mutta kumpaankin kahteen ylimpään neljännes.

Eniten pienituloisia on kotihoidon tuen saajissa, joista kolmannes kuuluu alimpaan viidennekseen ja 60 prosenttia kahteen alimpaan. Vastaavasti kaksi ylintä viidennestä jäävät voimakkaasti aliedustetuiksi. Myös ilman julkista tukea lasta hoitavissa perheissä on selvästi enemmän pienituloisia kuin hyvätuloisia. Sen sijaan yksityisen hoidon tuen saajat kuuluvat yhteiskunnan hyväosaisiin. Ylimpään viidennekseen kuuluu heistä lähes puolet ja kahden alimman viidenneksen osuus jää 16 prosenttiin.



Kuvio 1. Lapsen hoidon tuki perheen kulutusyksikköä kohti laskettujen käytettävissä olevien tulojen mukaan (%).

Myös muiden sosiaalisen aseman mittarien mukaan perheet jakautuvat karkeasti ottaen kolmeen luokkaan sen mukaan, mikä on lasten päivähoitomuoto. Äidin koulutustaso on matala kotihoidon tukea saavissa tai ilman julkista hoitotukea lasta hoitavissa perheissä. Korkeakoulututkinnon on suorittanut vain joka kymmenes. Vanhempainrahan saajissa ja kunnallisen päivähoidon käyttäjissä korkeakoulututkinnon suorittaneita on 16–17 prosenttia ja yksityisen hoidon tuen saajissa peräti joka kolmas.

Sama kolmijako tulee esille myös äidin sosioekonomisessa asemassa. Kotihoidon tuen saajissa tai ilman tukea lasta hoitavissa perheissä äiti on useimmiten alempi toimihenkilö tai työntekijä ja harvemmin ylempi toimihenkilö. Myös vanhempainrahan saajista ja kunnallisen päivähoidon käyttäjistä joka toinen kuuluu alempiin toimihenkilöihin tai työntekijöihin, mutta ylempien toimihenkilöiden osuus on selvästi suurempi. Yksityisen hoidon tuen saajissa sen sijaan ei juuri ole työntekijöitä ja joka toinen on ylempi toimihenkilö. Isän sosiaalisen aseman tarkastelu tuo esille vastaavan kolmijaon.

Joka seitsemäs perhe ilman hoitotukea

Yllättävää ei niinkään ole tukimuotojen sosiaaliset erot kuin niiden suuruus. Aikaisemmista tutkimuksista tiedetään, että esimerkiksi kotihoidon tukea ovat eniten käyttäneet ne äidit, joiden koulutustaso on matala ja suhde työelämään epävarmempi kuin äideillä keskimäärin (Tuominen 1991, 16). Yksityisen hoidon tukea edeltäneeseen ns. palvelusetelikokeiluun liittynyt tutkimus puolestaan osoitti, että yksityisen päivähoidon käyttäjissä oli jonkin verran enemmän hyvätuloisia kuin kunnallisen päivähoidon käyttäjissä (Heikkilä, Törmä & Mattila 1997, 82–83).

Yksityinen päivähoito näyttää siis olevan yhteiskunnan hyväosaisten valitsema hoitomuoto. Se on perhepoliittinen uutuus, jonka käyttöä on syytä seurata. Toistaiseksi se on pienen vähemmistön hoitomuoto. Aineistomme mukaan vain 3 prosenttia alle kouluikäisten lasten perheistä sai yksityisen hoidon tukea ja 4 prosenttia lapsista oli yksityisessä päivähoidossa. Vaikka yksityinen päivähoito saattaa lähivuosina jonkin verran yleistyä, kunnallinen päivähoito on useimmille perheille ainoa vaihtoehto silloin, kun lasta ei hoideta kotona.

Tärkeä ja tarkempaa tutkimusta vaativa ryhmä ovat myös ne perheet, jotka eivät saa mitään lapsen hoitoon tarkoitettua julkista tukea. Aineistomme mukaan tällaisia perheitä on 15 prosenttia kaikista alle kouluikäisten lasten perheistä. Tiedetään, että alle 3-vuotiaiden lasten perheistä tukea vaille jäävien osuus on 1990-luvulla lisääntynyt, mikä on johtunut kotihoidon tuen ehtojen tiukentamisesta ja korvausten leikkauksista (Sipilä & Korpinen 1998, 272). Lapsen hoitaminen kotona ilman julkista hoitotukea ei kuitenkaan useimmissa tapauksissa liity näihin muutoksiin. Tutkimuksemme mukaan kolme neljästä tällaisesta perheestä ei kuulu enää kotihoidon tuen piiriin, koska heidän kuopuksensa on jo täyttänyt kolme vuotta.

Yksityiset päivähoitomaksut kunnallisia suurempia

Tutkimuksessa selvitettiin myös päivähoitomaksujen suuruutta. Kunnallisessa päivähoidossa olevista lapsista lähes 40 prosenttia sijoittuu ylimpään maksuluokkaan (1 000 mk/kk). Monilla paikkakunnilla tiedetään tämän osuuden olevan vielä paljon suuremman. Maksuttomassa hoidossa on 13 prosenttia lapsista. Yksityisen ja kunnallisen päivähoidon maksuja vertailtiin perheittäin, ts. selvitettiin se, kuinka paljon perhe maksaa päivähoito-

maksuja yhteensä kaikista lapsista. Perheiden maksut yksityisestä päivähoidosta ovat selvästi suuremmat kuin kunnallisesta. Yli 1 500 markkaa kuukaudessa maksavia perheitä on yksityisellä puolella 27 prosenttia ja kunnallisella 13 prosenttia.

Tällainen maksupolitiikka saattaa tuntua perustellulta, koska yksityisen hoidon tuen käyttäjissä on enemmän hyvätuloisia kuin kunnallisen päivähoidon. Asia ei ole kuitenkaan näin yksinkertainen. Myös perheen maksukykyyn suhteutettuna yksityiset päivähoitomaksut ovat kunnallisia korkeammat (Taulukko 3). Kun joka neljäs yksityistä päivähoitoa käyttävä perhe maksaa hoitomaksuina yli kymmenesosan käytettävissä olevista tuloistaan, niin vastaava osuus kunnallista päivähoitoa käyttävillä on 14 prosenttia. Maksujen suuri tulo-osuus voi kuitenkin riippua paitsi suurista maksuista myös pienistä tuloista. Niistä, jotka maksavat yksityisestä päivähoidosta yli 10 prosenttia tuloistaan, joka kolmas saa yksityisen hoidon tukeen kuuluvaa hoitolisää, kun heitä kaikista yksityisen hoidon tuen saajista on vain neljännes. Pienet tulot siis selittävät osittain yksityisen päivähoitomaksun suurta tulo-osuutta.

Taulukko 3. Kunnallisen päivähoidon maksujen ja yksityisen päivähoidon nettomaksujen osuus perheen käytettävissä olevista tuloista (%).

Hoitomaksun osuus perheen käytettävissä olevista tuloista	*Kunnallinen päivähoito*	*Yksityinen päivähoito*
0,0	11	12
0,1 - 4,0	16	23
4,1 - 6,0	24	17
6,1 - 8,0	25	14
8,1 - 10,0	10	9
10,1 tai enemmän	14	25
Yhteensä	100 (2 990)	100 (915)

Yksityisen päivähoidon maksuissa on huomattavia eroja kuntien välillä. Niissä kunnissa, jotka maksavat yksityisen hoidon tuen yhteydessä kuntalisää, perheiden maksamat osuudet hoitomaksuista ovat kunnallisen päivähoidon tasolla, mutta muissa kunnissa joka kolmas perhe maksaa hoidosta yli kymmenesosan tuloistaan. Kelan kautta kuntalisää maksetaan hieman useammalle kuin joka toiselle yksityisen hoidon tuen saajalle. Päätös kuntalisän maksamisesta tehdään kuntatalouden eikä perheiden tarpeiden pohjalta. Kuntalisät näyttävät jakautuvan melko sattumanvaraisesti suhteessa perheiden toimeentuloon. Kuntalisän saajien osuus on esimerkiksi sitä suurempi, mitä korkeammin koulutettu perheen äiti on. Niissä kunnissa, joissa on keskimääräistä koulutetumpaa väkeä, myös kuntalisän käyttö yksityisen hoidon tuessa on keskimääräistä yleisempää.

Päivähoidon laatua pidetään hyvänä

Tutkimuksessa kartoitettiin myös päivähoidon koettua laatua. Niiltä vanhemmilta, joiden lapset ovat kodin ulkopuolisessa hoidossa, kysyttiin käsityksiä hoitopaikan laadusta kaksitoista osiota käsittävällä kysymyssarjalla. Kysymykset olivat kolmea lukuun ottamatta samoja, joita on käytetty aikaisemminkin päivähoidon laatua tutkittaessa (Heikkilä ym. 1997). Tieto hoidon laadusta saatiin jokaisesta lapsesta erikseen, mutta tulokset eivät juuri eroa lapsen järjestysluvun mukaan, joten tässä tarkastellaan vain nuorimman lapsen hoitoa.

Hoitopaikan laatua pyydettiin arvioimaan viisiluokkaisella asteikolla: huono, välttävä, tyydyttävä, hyvä tai erinomainen. Vastauksia tarkastellaan keskiarvoina.[1] Ensimmäinen ja tärkein havainto on se, että vanhemmat arvioivat lapsen saaman päivähoidon laadun yleisesti ottaen hyväksi (Kuvio 2). Useimpien osioiden keskiarvot olivat arvon 4 (”hyvä”) tuntumassa tai sen yli. Tämä arvio ei useimmissa asioissa juuri riipu hoitomuodosta. Hoitoa pidetään hyvänä, oli lapsi sitten yksityisessä tai kunnallisessa päiväkodissa tai perhepäivähoidossa.

Kaikissa asioissa hoitomuodot eivät kuitenkaan saa yhtä hyviä arvosanoja. Eniten vanhempien laatuarviot eroavat silloin, kun on kyse hoitopaikan lapsiryhmän koosta. Ääriarvioiden ero on kokonainen yksikkö: kunnallinen päiväkoti saa tyytyä arvosanaan ”tyydyttävä”, kun yksityinen perhepäivähoito arvioidaan paremmaksi kuin ”hyvä”. Yksityinen päiväkoti ja kunnallinen perhepäivähoito jäävät näiden välimaastoon. Lapsiryhmien suuruus onkin vanhempien mielestä pahin kunnallisten päiväkotien ongelma.

Laatuarviot eroavat huomattavasti eri hoitomuotojen suhteen myös silloin, kun on kyse vanhempien vaikutusmahdollisuuksista ja hoitopaikan tilojen sopivuudesta. Ääriarvioiden ero on kummassakin tapauksessa yli puoli arvosanaa. Vanhemmat kokevat vaikutusmahdollisuutensa huonoimmiksi kunnallisissa päiväkodeissa ja parhaimmiksi yksityisessä perhepäivähoidossa. Sen sijaan hoitopaikan tilojen sopivuudessa kunnallinen ja yksityinen päiväkoti eivät eroa toisistaan, vaan saavat molemmat huonomman arvosanan kuin perhepäivähoito. Myös vanhempien käsitykset siitä, kuinka hyvin lapsi otetaan huomioon yksilönä, vaihtelevat jonkin verran hoitomuodoittain.

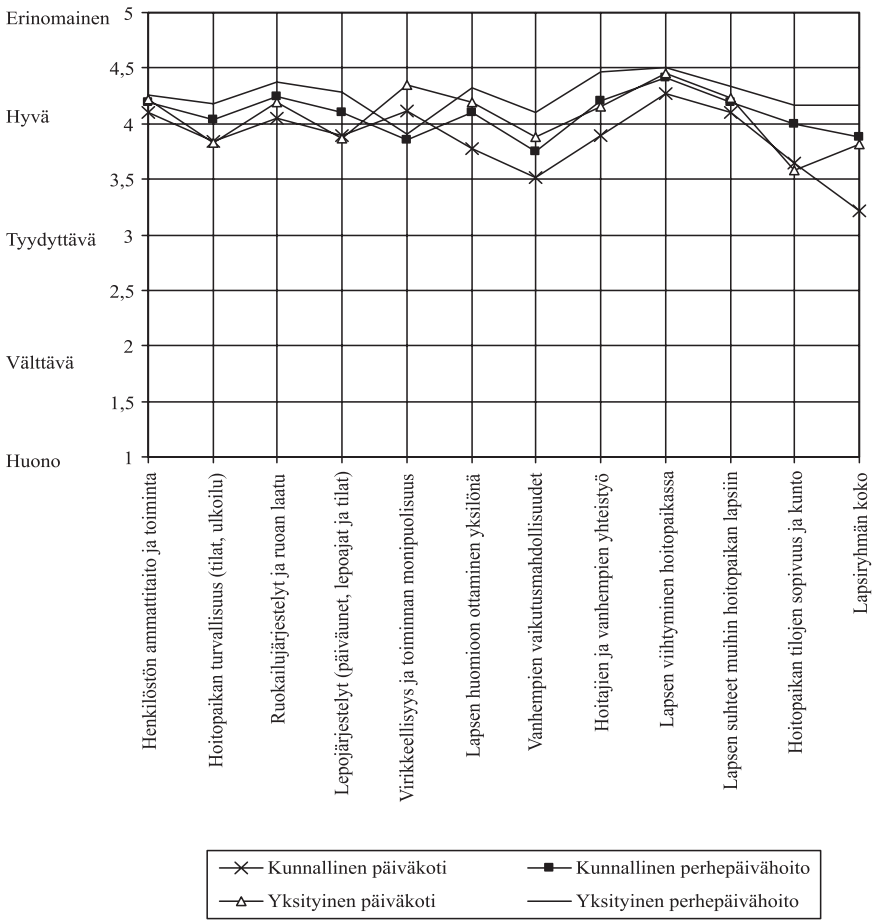
Useimmissa muissa asioissa kunnallinen ja yksityinen päiväkoti eivät suuresti eroa toisistaan. Hoitomuodosta riippumatta lapset viihtyvät hyvin hoitopaikassa ja heillä on hyvät suhteet hoitopaikan muihin lapsiin. Samoin vanhemmat pitävät henkilöstöä

[1] Erojen tilastollinen merkitsevyys on testattu käyttäen yksisuuntaisen varianssianalyysin Tukeyn monivertailutestiä (kriteerinä 95 %:n todennäköisyys).

yleisesti ottaen ammattitaitoisena ja osaavana hoitopaikasta riippumatta. Ainoastaan virikkeellisyys ja toiminnan monipuolisuus arvioidaan kunnallisissa ja yksityisissä päiväkodeissa perhepäivähoitoa paremmaksi, mutta erot perhepäivähoitoon jäävät suhteellisen vähäisiksi. Päivähoidon kasvatuksellisten tavoitteiden nähdään kuitenkin toteutuvan päiväkodissa hieman paremmin kuin perhepäivähoidossa.

Vanhempien arviot päivähoidon laadusta ovat lähes samanlaiset kuin muutama vuosi sitten tehdyssä tutkimuksessa (Heikkilä ym. 1997, 88–99). Verrattaessa yksityistä ja kunnallista päivähoitoa havaitaan, että ainoastaan hoitopaikan turvallisuutta koskevat arviot eroavat toisistaan. Vuonna 1996 vanhemmat pitivät yksityisen päivähoidon tilojen turvallisuutta jonkin verran parempana kuin kunnallisen, mutta tässä tutkimuksessa eroa ei ole. Syy muutokseen on se, että vanhemmat arvioivat nyt yksityisten päiväkotien turvallisuuden hieman huonommaksi kuin aikaisemmin.

Vanhempien vaikutusmahdollisuudet hoitopaikkaa koskevissa asioissa, lapsen ottaminen huomioon yksilönä sekä hoitajien ja vanhempien yhteistyö saavat nyt huonomman arvosanan kuin vuonna 1996 kaikissa hoitomuodoissa. Vanhempien vaikutusmahdollisuuksien koetaan eniten heikentyneen yksityisissä päiväkodeissa, vaikka niitä yhä pidetäänkin parempina kuin kunnallisissa päiväkodeissa.



Kuvio 2. Vanhempien arvio nuorimman lapsen hoidon laadusta kunnallisessa perhepäivähoidossa ja päiväkodissa sekä yksityisessä perhepäivähoidossa ja päiväkodissa (keskiarvot).

Tyytyväisyys perhetuen eri muotojen kehitykseen vaihtelee

Tutkimuksen mukaan perheet olivat kaiken kaikkiaan tyytyväisiä lastensa hoitojärjestelyihin. Yli 90 prosenttia oli sitä mieltä, että hoitojärjestelyt olivat parantuneet tai pysyneet ennallaan kuluneen vuoden aikana. Yksityiskohtaisemmat kysymykset osoittavat kuitenkin sen, että monet olivat myös tyytymättömiä perhepolitiikan kehityssuuntaan. Joka kolmas perhe oli kokenut yhteiskunnan taloudellisen tuen heikentyneen ja vain 4 prosenttia koki sen parantuneen (Taulukko 4). Päivähoitomaksut jakoivat perheet selvimmin kahteen ryhmään. Joka neljännen perheen maksut olivat nousseet ja joka kahdeksannen laskeneet. Joka yhdeksännen perheen kokemus oli se, että valinnan vapaus hoitomuodoissa oli lisääntynyt.

Perheiden kokemukset perhepoliittisen tuen kehityksestä vaihtelivat tukimuodon mukaan. Kotihoidon tuen saajien taloudellinen tuki oli useimmiten heikentynyt ja yksityisen hoidon tuen saajien parantunut. Sekä yksityisen että kunnallisen päivähoidon maksut olivat nousseet useammin kuin laskeneet. Kunnallisella puolella kuitenkin viidenneksen maksut olivat laskeneet, ennen kaikkia hyvätuloisimmalla viidenneksellä. Maksujen noususta kertoivat useimmiten pieni- ja keskituloiset. Kaikkiaan perheen taloudellisen hoitotuen koettiin heikentyneen sitä useammin, mitä pienemmät tulot perheellä oli. Valinnan vapauden lisääntymisestä kertoivat lähinnä vain yksityisen hoidon tuen käyttäjät.

Taulukko 4. Koetut muutokset kuluneen vuoden aikana lasten hoitojärjestelyissä ja lastenhoidon julkisessa taloudellisessa tuessa tukimuodon mukaan (%).

Tukimuoto	*Tuki heikentynyt*	*Tuki parantunut*	*Maksut nousseet*	*Maksut laskeneet*	*Valinnan vapaus lisääntynyt*
Vanhempainpäiväraha	39	5	16	7	9
Kotihoidon tuki	53	5	13	4	10
Yksityisen hoidon tuki	18	27	25	10	35
Kunnallinen päivähoito	21	3	34	20	10
Ei mitään	34	3	17	6	9
Kaikki	31	4	25	12	11

Perheiden näkökulmasta viime vuosien perhepolitiikassa on sekä myönteisiä että kielteisiä muutoksia. Päivähoidon laatua pidetään kaikissa hoitomuodoissa yleisesti ottaen hyvänä. Selvimmin vain kunnallisten päiväkotien suuret ryhmäkoot aiheuttavat kritiikkiä. Perheiden eriarvoisuutta ai-

heuttaneesta kunnallisten päivähoitomaksujen kirjavuudesta (Forssén 1998) on päästy. Uudistus toteutettiin kuitenkin tavalla, joka aiheutti toisenlaista eriarvoisuutta, vain hyvätuloisten maksujen alenemista.

Valinnan vapaus hoitomuotojen suhteen on lisääntynyt monien yksityisen hoidon tuen saajien mielestä, mutta silti 85 prosenttia kaikista vastaajista on sitä mieltä, että vanhempien valinnan vapautta lasten päivähoidossa tulisi lisätä. Käytännössä esimerkiksi yksityisen päivähoidon valinnassa perheet ovat hyvin erilaisessa asemassa asuinkunnasta riippuen. Ongelmallista on myös se, että perheiden hoitotuen leikkaukset ovat selvimmin kohdistuneet pienituloisiin ja vähän koulutettuihin, joiden todelliset valintamahdollisuudet ovat jo entuudestaan olleet muita lapsiperheitä vähäisemmät.

Lähteet

Forssén, K. 1998. Decentralization of decision making: the case of payment policies for children's daycare. Scandinavian Journal of Social Welfare 1998, 7, s. 277–287.

Heikkilä, M., Törmä, S. & Mattila, K. 1997. Palveluseteli lasten päivähoidossa. Raportti valtakunnallisesta kokeilusta. Raportteja 216. Helsinki: Stakes.

Heikkilä, M. & Takala, P. 1999. Kuinka lapset hoidetaan Suomessa. Alustavia tuloksia valtakunnallisesta lastenhoitotutkimuksesta. Aiheita 23. Helsinki: Stakes & Kela.

Kansaneläkelaitoksen tilastokatsaus 4/1998. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja T2:24. Helsinki 1999.

Korpinen, J. 1997. Lasten kotihoidon tuki ja sen muutokset 1990-luvulla. Kansaneläkelaitoksen sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 29. Helsinki.

Sauli, H. 1999. Eurooppalaisen työvoimatutkimuksen ja tulonjakotilaston otannasta, kadosta ja päivähoitoa koskevien tietojen edustavuudesta. Teoksessa Vaajakallio, L. (toim.) Lasten päivähoito 1995-1998. Katsauksia 1999:1. Helsinki: Tilastokeskus, s. 23–26.

Sipilä, J. & Korpinen, J. 1998. Cash versus child care services in Finland. Social Policy & Administration 1998, 32, s. 263–277.

Tuominen, M. 1991. Ketkä käyttävät kotihoidon tukea. Helsinki: Helsingin kaupungin tietokeskuksen tutkimuksia 9.

Vaajakallio, L. 1999. Lasten päivähoito 1995–1998. Raportti alle kouluikäisten päivähoidosta EU-työvoimatutkimuksen ja tulonjakotilaston pohjalta. Katsauksia 1999: 1. Helsinki: Tilastokeskus.

Lasten psykososiaaliset palvelut ja lastensuojelu

Tarja Heino

Lasten elinympäristössä on tapahtunut merkittäviä muutoksia 1990-luvulla. Pitkittyvän työttömyyden ja huonoosaisuuden on todettu kasautuvan (Kortteinen & Tuomikoski 1998). Haavoittavien olosuhteiden kasautuminen näkyy varsinkin perheissä, joiden lapset tarvitsevat erityistä suojelua (Kivinen 1994). Lasten syrjäytymisriski on todellinen, ja se ilmenee vakavina puutteina lasten sekä fyysisessä perushoivassa että psykososiaalisessa hyvinvoinnissa (Järventie 1999). Vaikeutuvissa perhetilanteissa lasten sosiaalisten suhteiden ja läheisten tukiverkko on riittämätön ja kestää yhä huonommin. Kun läheiset eivät jaksa tai kykene tukemaan lapsia, paine kohdistuu yhä enemmän viralliseen palvelujärjestelmään, joka ei ole kyennyt riittävästi vastaamaan lasten lisääntyneeseen ja kasaantuneeseen pahoinvointiin.

Lastensuojelun tehtävä on monitahoinen. Sen tulee turvata lasten etu ja toimia myös viimesijaisena turvaverkkona. Lastensuojelussa työskennellään yksittäisten lasten, nuorten ja perheiden kanssa, mutta lastensuojelun tehtävänä on myös kehittää palvelujärjestelmää ja lasten kasvuoloja. Lastensuojelun tehtävissä heijastuvat sekä ihmisten elämässä että myös yhteiskunnassa, viranomaistoiminnassa ja palvelujärjestelmissä tapahtuneet muutokset.

Lastensuojelun palvelujärjestelmään 1990-luvulla kohdistuneet paineet ovat lisääntyneet ja muuttuneet. Lapsia ja perheitä on yhä enemmän asiakkaana, mutta myös erilaisia yhteistyökumppaneita on yhä enemmän ja monenlaisia: virallisia ja epävirallisia. Muiden tahojen konsultointi ja asiantuntijatehtävät ovat lisääntyneet. Lisäksi lastensuojelutyön juridiset puolet ovat olleet aikaisempaa korostuneemmin esillä sekä sosiaalityössä ja oikeusprosesseissa että myös julkisessa sanassa.

On tärkeätä pitää mielessä palvelujärjestelmän muutoksien merkitys eri ikä- ja kehitysvaiheissa oleville lapsille. Vuonna 1980 syntyneet lapset olivat 1990-luvun laman pahimpaan aikaan tulossa murrosikään, ja vuosituhannen lopulla he aloittelivat aikuiselämäänsä. 1980-luvun loppupuolella syntyneet kävivät peruskoulunsa laman varjossa ja lähestyivät murrosikää 1990-luvun lopulla.

Lamavuosina lasten elinolot heikentyivät

Lasten elinolojen muutoksia voi tarkastella muutamien työllisyyttä, toimeentuloa ja perhesuhteita kuvaavien tilastollisten trendien avulla. Näissä asioissa lastensuojeluun valikoituvat perheet erottuvat selvästi muista perheistä. Lapsiperheiden vanhempien työllisyys on yleisesti parantunut 1990-luvun lopulla. Tämä ei kuitenkaan näy yksinhuoltajien työllisyyden kohentumisena. Vuonna 1998 Suomessa oli 35 000 lasta, joiden molemmat vanhemmat taikka yksinhuoltajavanhempi olivat työttömänä (Hermanson, Karvonen & Sauli 1998).

Lamavuosina toimeentulotukea saavien lapsiperheiden määrä kaksinkertaistui, ja vasta vuonna 1998 lapsiperheiden määrä toimeentulotuen asiakkaina väheni (Taulukko 1). Nuorten työttömyysaste on edelleen huolestuttava: joka kolmas 15–19-vuotias on ollut työttömänä 1995–1998. Nuoret, alle 30-vuotiaat aikuiset ovat toimeentulotuen saajissa suurin ikäryhmä. On arvioitu, että lastensuojelun asiakasvanhemmissa on yhä enemmän nuoria, itsekin aikanaan lastensuojelun asiakkaina olleita vanhempia, jotka eivät ole päässeet taikka hakeutuneet työelämään. 1990-luvun alussa pääkaupunkiseudun erään aluetoimiston lastensuojelun asiakasperheiden päämiehistä 28 prosentilla ei ollut kokemusta työelämästä (Kivinen 1994, 135).

Perhesuhteissa on tapahtunut monia muutoksia 1990-luvulla. Aviolasten osuus kaikista syntyneistä on pienentynyt vuoden 1985 84 prosentista 63 prosenttiin vuonna 1998. Noin 30 000 lapsen perhe rikkoontuu vuosittain (Karvonen, Hermanson, Sauli & Harris 2000). Avo- ja avioerojen sekä avioliiton ulkopuolella syntyneiden lasten määrän kasvu heijastuvat siinä, että sosiaalilautakuntien vuosittain vahvistamien lasten huoltoa, tapaamisoikeutta ja asumista koskevien sopimusten määrä on kymmenessä vuodessa kaksinkertaistunut. Perhesuhteiden muutoksiin usein kytkeytyy ja niistä seuraa lasten kannalta muitakin muutoksia.

Taulukko 1. Toimeentulomuutoksia lapsiperheissä 1990-luvulla.

Vuosi	*Toimeentulotukea saaneet lapsiperheet*	*Elatustukea saaneet lapset*
1989	43 175	71 333
1991	60 266	78 725
1992	71 130	85 582
1993	82 270	92 593
1994	86 788	98 481
1995	84 707	103 101
1996	89 573	106 814
1997	85 667	107 902
1998	77 561	108 493
Lähde: StakesTieto		

Alle 5-vuotiaista lapsista 70 prosenttia kuuluu väestön pienituloisempaan puolikkaaseen. Lasten ja varsinkin nuorten suhteellinen köyhyys on selvästi suurempaa muihin väestöryhmiin verrattuna (Karvonen ym. 2000). Lapsiperheiden, erityisesti yksinhuoltajien työttömyys ja toimeentulovaikeudet ovat lisääntyneet. Elatusvelvollisten vanhempien maksuvaikeuksien vuoksi yhä useampi lapsi on saanut elatustukea (Taulukko 1). Tällaiset muutokset ovat lisänneet epävakautta lasten arjessa, ja sosiaalinen tukiverkosto on joutunut koetteelle. Useampi kuin joka toinen lastensuojelun asiakkaana oleva lapsi on yksinhuoltajaperheestä, jopa 62 prosenttia lastensuojelun asiakasperheistä on yhden huoltajan perheitä (Kivinen 1994, 134).

Lasten yleiset palvelut heikentyneet

Kuntatalouden vaikeudet näkyivät 1990-luvun alkupuolella erilaisina julkisten palvelujen järjestämiseen liittyvinä supistuksina ja uudelleen organisoimisina. Lasten palvelujen osalta leikkaukset kohdistuivat ensi sijassa yleisiin, kaikille lapsille tarkoitettuihin palveluihin (kouluopetus, iltapäiväkerhot, lasten leikkitoiminta, terveystarkastukset, lapsiperheiden kotipalvelu). Lasten ryhmäkokoja suurennettiin niin päiväkodeissa kuin koululuokissa, ja yksilöllisen tuen ulkopuolelle jäi yhä useampi lapsi.

Taulukko 2. Kohdennettujen sosiaalipalvelujen piirissä olevia lapsia ja perheitä.

Sosiaalipalvelu	*1989*	*1991*	*1993*	*1995*	*1997*	*1998*
Lapsia/päiväkoti (%)	50,3	48,9	54,0	57,1	61,0	61,0
Kodinhoitoapua saaneet lapsikotitaloudet	57 850	48 018	34 470	29 718	29 738	25 089
- siitä tehostetun perhetyön piirissä	766	578	897	*	*	*
Perheasiain sovittelua saaneita asiakkaita	8 097	10 806	11 349	11 111	9 616	8 992
Kasvatus- ja perheneuvolan asiakkaita	*	57 197	61 021	66 917	73 586	70 562
- joista lapsia ja nuoria	30 271	32 599	30 213	*	*	*
Sopimuksia lasten huollosta, tapaamisoikeudesta ja asumisesta	14 074	20 290	25 683	30 911	33 780	34 743

Lähde: SOTKA; * Tietoa ei saatavilla

Palvelujen uudelleenorganisointi vei useilla paikkakunnilla terveydenhoitajat kouluilta terveyskeskuksiin, neuvoloiden lapsiin erikoistuneiden työntekijöiden työnkuvaa laajennettiin koskemaan koko väestöä, ja vanhusten palvelujen avopainotteisuus kohdensi kodinhoitopalvelut vanhusväestölle. Samalla vähenivät lastensuojelun tarvetta ehkäisevät palvelut. Suureneva joukko erilaisten riskien uhkaamia lapsia jäi vaille varhaista tukea. Samanaikaisesti kun kunnalliset ennalta ehkäisevät palvelut ohenivat, lasten erityispalveluja arvioitiin uudelleen, tarveharkintaa pyrittiin lisäämään ja palveluja kohdentamaan entistä tarkemmin.

Koko 1990-luvun ajan suurimmissa kunnissa on eletty muuttumisen ja organisaatiouudistusten aikaa. Yksityiset palveluntuottajat ja järjestöt ovat kehitelleet uusia tuotteita ja metodeja. Usein työntekijöiden (ja asiakkaiden) aluejako muuttui, työtoverit vaihtuivat, työtehtäviä määriteltiin uudelleen, tietokoneistuminen laajeni ja toimistot muuttivat. Työtiimejä muotoiltiin uudelleen, toiset tiimit vahvistuivat, toiset heikentyivät. 1990-luvun alkupuolella sosiaalitoimistojen asiakasmäärä lisääntyi ja yleisen sosiaalityön huoli kasvoi niistä lastensuojelun tarpeessa olevista lapsista, joita ei ehditty auttaa. Työ kuormitti henkisesti yhä enemmän. Sosiaalityöntekijöiden työuupumus on monin tutkimuksin todettu (esim. Viinamäki 1997). Useiden lasten palvelujen työntekijät raportoivat koventuneista työpaineista, työn vaativuuden lisääntymisestä ja omasta uupumisesta (Salmi, Huttunen, Yli-Pietilä 1996; Taskinen 1998; Lääninhallitusten raportit 1998).

Lastensuojelulain tavoitteet ja osa säädöksistä näyttävät useissa kunnissa jääneen toteutumatta käytännössä. Päteviä sosiaalityöntekijöitä ei ole kaikissa kunnissa (Marjamäki ym. 1998).

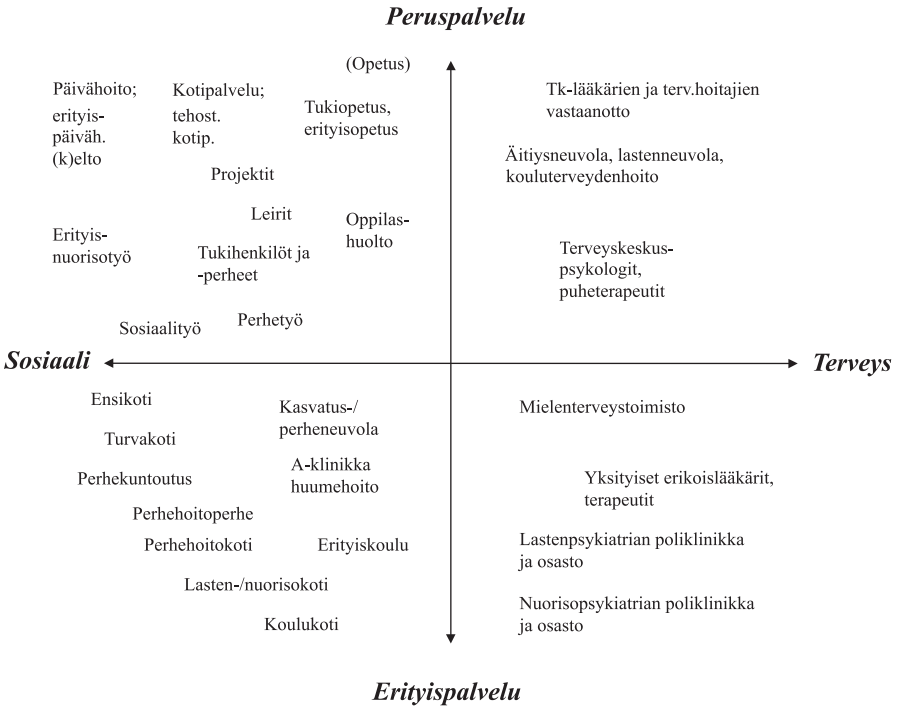
Työtaakka ja työn vaativuus ovat lisääntyneet enemmän kuin työntekijöiden resurssit, eikä työjärjestelyillä ole kyetty vastaamaan tarpeeseen riittävästi. Tarvittavan työnohjauksen ja konsultaation saamisessa on pulmia. Päivystystä ei ole järjestetty kaikissa kunnissa. Huoltosuunnitelmien tekemisessä on puutteita. Sijaisperheiden valmennus, koulutus ja ohjaus on edelleen riittämätöntä (Lääninhallitusten arviointiraportit). Olemassa oleva palvelurakenne näyttää määrittävän asiakkaiden saaman palvelun vahvemmin kuin lapsen, nuoren ja perheen yksilöllinen tarve.

1990-luvun loppua kohden alkoi ilmetä myös myönteisiä kehityspiirteitä. Projektityö sekä kokeilu- ja kehittämishankkeet lisääntyivät. Työ kohdistui yhä enemmän viraston sisältä ulos kentälle, asukkaiden ja asiakkaiden arkiympäristöihin. Toimeentulotukityöstä vapautuvia sosiaalityön resursseja ryhdyttiin suuntaamaan uudelleen.

1980-luvun alussa erityisesti lastensuojelun sosiaalityöntekijät sekä laitoshuollon ja perhehoidon työntekijät arvioivat lastensuojelutyön vaikeutuneen. 1990-luvulla tämän suuntainen arvio näyttää voimistuneen, ja arviot tulevat myös perinteisen lastensuojelun ulkopuolelta. Sekä perhe- ja kasvatusneuvoloiden että lasten- ja nuorisopsykiatrian henkilöstön piiristä on kuulunut arvioita, että lasten ja nuorten ongelmat ovat syvempiä, monitahoisempia, vakavampia ja pitkäaikaisempia kuin aikaisemmin, lasten tarve kodin ulkopuoliseen hoitoon ja huolenpitoon on lisääntynyt ja ongelmien kohtaaminen sekä hoitaminen on yhä vaikeampaa.

Lastensuojelun psykososiaaliset palvelut muodostavat moniulotteisen ja hajanaisen kokonaisuuden

Hallinnollisesti lastensuojelun psykososiaaliset palvelut sijoittuvat pääasiassa sosiaali- ja terveydenhuoltoon sekä koulutoimeen. Palveluita tuottavat valtio, kunnat, kuntayhtymät, järjestöt ja yksityiset yrittäjät sekä vapaaehtoistoimijat. Erityisosaamisen nojalla palvelut voidaan jakaa peruspalveluihin ja erityispalveluihin. Kuvioon 1 on koottu lastensuojelun pääasialliset toimijat. Ei ole aivan tavatonta, että kaikki ovat mukana tukemassa ja ratkomassa yhden perheen lastensuojeluasiaa.



Kuvio 1. Lastensuojelun psykososiaalinen palvelukokonaisuus.

Kuvio osoittaa, että kokonaiskuvan muodostaminen lasten psykososiaalisesta palvelujärjestelmästä on haasteellinen tehtävä. Ei ole olemassa tietokantaa, joka kuvaisi sitä yhdenmukaisesti. Valtakunnalliset tiedostot eivät yksinään anna luotettavaa ja yhdenmukaista tilastollista kuvaa lasten, nuorten ja lapsiperheiden psykososiaalisten palvelujen laajuudesta ja toiminnasta. Kuntakohtaisten vertailujen aikaan saaminen edellyttää, että kaikkien näiden yksiköiden asiantuntijat osallistuvat kokonaisuuden arviointiin kunnittain ja alueellisesti.

Palvelut ovat riippuvaisia toisistaan: jos avohuollossa tai peruspalveluissa on riittävästi sekä tarjontaa että erityisosaamista, erityispalvelujen kysyntä on vähäisempää. Jos kunnan kouluilla on riittävästi koulukuraattorin ja koulupsykologin palveluja käytössään, paine sosiaalitoimiston lastensuojelutyöhön on vähäisempi. Tarvittavan testauksen, konsultaation, tuen, ohjauksen ja terapian kysyntä ei kohdistu yksinomaan kasvatus- ja perheneuvolaan, lasten- tai nuorisopsykiatrian yksikköön tai terveyskeskukseen. Kun yhtäältä supistetaan, paine siirtyy toisaalle. Kuntien toiminnan painopisteet vaihtelevat myös ikäryhmittäin: yhtäällä panostetaan erityisesti alle kouluikäisten sosiaali- ja terveyden-

huollon palveluihin, toisaalla taas peruskouluikäisiin. Usein murrosikäisten palvelut ontuvat.

Lasten psykiatrisia ja psykososiaalisia palveluita on kehitetty kolmen järjestelmän kautta. Lastensuojelun ja sosiaalityön piiriin kehittyi koko maan kattanut kasvatus- ja perheneuvolajärjestelmä, johon suurimmillaan kuului 120–130 neuvolaa. Entisiin mielisairaanhoitopiireihin perustettiin 10–15 pientä lasten ja nuorten mielenterveystoimistoa. Kaikkiin keskussairaaloihin oli vuoden 1981 loppuun mennessä perustettu lastenpsykiatrian poliklinikka ja useimpiin myös vuodeosasto. Tämän kehityksen seurauksena maahan syntyi rakenteeltaan hajanainen, pienistä toimintayksiköistä koostuva palvelujärjestelmä. Nuorisopsykiatrisen palvelujärjestelmän erillisyys lastenpsykiatriasta on osaltaan lisännyt alaikäisten psykiatrisen ja psykososiaalisen palvelujärjestelmän hajanaisuutta. (Kaivosoja, Piha & Salomaa 2000.)

Merkityksellistä on, ettei lasten ja nuorten palvelujärjestelmän kehittämisessä ollut alueellista yhteistoimintaa, vaan kutakin haaraa kehitettiin omaa tahtiaan. Toimintayksiköiden henkilöstöresurssit jäivät pieniksi ja resurssit jakautuivat maantieteellisesti sangen epätasaisesti. Sairaanhoitopiiriuudistuksen myötä keskussairaaloiden lastenpsykiatrian yksiköt sekä lasten ja nuorten mielenterveystoimistot tulivat tosin samaan (sairaanhoitopiirin) hallintoon, mutta pienet toimintayksiköt jäivät ennalleen. 1990-luvulla on purettu kasvatusneuvolakuntainliittoja ja työntekijöitä on siirretty perustasolle, mikä on edelleen lisännyt palvelujärjestelmän pirstaleisuutta. Tällä hetkellä toimintayksiköitä on siten perusterveydenhuollossa, sosiaalitoimessa ja erikoissairaanhoidossa. Lastenpsykiatrian akuutti- ja kriisipsykiatriset palvelut puuttuvat miltei kokonaan. (Kaivosoja ym. 2000.)

Nuorisolle tarkoitettuja psykiatrisia avohoitopalveluita on tarjolla epätasaisesti. Joissain sairaanhoitopiireissä nuorisopsykiatrista vastaanottotyötä tekee vain yksi osa-aikainen työntekijä, jolla ei ole käytettävissään työryhmää eikä moniammatillista yhteistyötä. Joissain sairaanhoitopiireissä nuorisopsykiatrian avohoitotoiminnassa on useita täysimittaisia alueellistettuja työryhmiä (Luotoniemi 1999).

Kasvatus- ja perheneuvoloiden osalta 1990-luku on merkinnyt monia hallinnollisia muutoksia, jotka heijastuvat palveluihin. Perheneuvoloiden palvelupisteitä on tullut lisää, ja yksiköt ovat pienentyneet. Kun aikaisemmin perheneuvolassa oli useita työryhmiä, ovat yhden työryhmän yksiköt lisääntyneet. Vastaanottopisteitä on alueellistettu kuntayhtymiltä kunnille ja kunnissa osa-alueille. Toiminta on myös monipuolistunut. Samaan toimipaikkaan on muutamilla alueilla yhdistetty psykososiaalisen työn osaamista (mielenterveys-, päihde- ja kasvatusalan terapiaa sekä tutkimusta).

Taulukko 3. Kasvatus- ja perheneuvoloiden kehitys (Kauppinen & Taskinen 1998).

Vuosi	*Asiakkaita yhteensä*	*Palvelu-pisteitä*	*Tehtyjä tutkimuksia (sis. ohjauksen, neuvonnan ja perhe-asioiden sovittelun)*	*Annettuja terapioita*
1985	49 197	206	135 775	103 080
1991	51 363	210	140 236	112 482
1997	71 914	222	248 033	171 238

Kasvatus- ja perheneuvoloiden asiakaskäynnit ovat lisääntyneet 1990-luvulla. Erityisesti terapioiden määrä on lisääntynyt ja asiakaskäynneistä erilaisten tutkimusten osuus on kasvanut. (Ks. Taskinen 1998, 13.) Kasvatus- ja perheneuvolapalvelujen kysyntä on lisääntynyt lastensuojelutilanteissa, mutta tähän ei aina ole kyetty vastaamaan. Lastensuojelun asiakkaana olevat lapset ja nuoret tarvitsisivat sekä avohuollon lastenpsykiatrian ja nuorisopsykiatrian palveluja että osastohoitoa enemmän kuin näitä palveluja on tarjolla. Kysymys on sekä palvelujen riittämättömyydestä että niiden sisällöstä. Lastenpsykiatreista on pulaa, ja erityistä pulaa on sellaisista lasten- ja nuorisopsykiatreista, jotka olisivat halukkaita erikoistumaan lastensuojelun ja psykiatrian yhteistyöalueelle. Lastenpsykiatrian erikoislääkäreiden puute julkisella sektorilla on iso: helmikuussa 1999 maan 142 erikoislääkärin virasta 54 (38 %) oli joko kokonaan tyhjillään tai epäpätevien hoidossa (Kaivosoja ym. 2000). Sosiaalityöntekijöiden tilanne ei ole paljoakaan parempi: 25 prosentilla sosiaalityöntekijöistä ei ollut muodollista pätevyyttä tehtäväänsä keväällä 1998 (Marjamäki, Mäntysaari & Ristimäki 1998).

Sekä psykiatrisen että kasvatus- ja perheneuvolan tutkimuksen ja hoidon jälkeen työ saattaa valua hukkaan, koska tarkoituksenmukaista (jatko)hoitopaikkaa ei aina ole saatavissa. Lastenpsykiatriseen hoitoon pääsyä pitää jonottaa, ja odotusajat ovat pitkät. Tämä merkitsee sitä, että kasvatusneuvola joutuu yhä useammin hoitamaan lapsia, joiden on arvioitu tarvitsevan lastenpsykiatrista osastohoitoa (Taskinen 1998, 10–14). Lisäksi lasten- ja nuorisopsykiatrista tutkimusta ja hoitoa tarvitsevia lapsia joudutaan sijoittamaan epätarkoituksenmukaisesti myös sellaisiin lastensuojelun toimintayksiköihin (lasten-, nuoriso- ja koulukoteihin sekä perhekoteihin), jotka eivät ole psykiatrisesti riittävän resurssoituja. Vaikka yhteistyö lastensuojelun sekä lasten- ja nuorisopsykiatrian välillä onkin lisääntynyt ja konsultointia on kehitetty jopa henkilöstökierron keinoin, se ei ole ollut vielä riittävää eikä kattavaa.

Sosiaalitoimiston lastensuojelun avohuollon asiakkaana olevien lasten määrä lisääntynyt

Sosiaalitoimiston lastensuojelun avohuollon asiakkaana olevien lasten määrä on lisääntynyt vuosittain 2 000–3 000 lapsella vuodesta 1993 lähtien. Lastensuojelun avohuollon asiakkaana oli vuonna 1998 lähes 40 000 lasta ja nuorta eli 3 prosenttia alle 18-vuotiaista. Kunnittaiset vaihtelut ovat huomattavia, mutta voivat osittain johtua eroista tilastointikäytännöissä.

Taulukko 4. Lastensuojelun avohuollon asiakkaana olevien lasten määrä vuosina 1992–1998.

Vuosi	*Lapsia kaikkiaan*	*Siitä uusia asiakkaita*
1992	23 456	7 210
1993	24 691	6 972
1994	27 816	7 886
1995	30 686	8 832
1996	33 269	9 118
1997	35 809	9 243
1998	38 632	9 183
Lähde: StakesTieto		

Uusien lastensuojelun avohuollon asiakkaiden määrä lisääntyi 1990-luvun alkupuoliskolla, mutta se on viime vuosina tasaantunut noin 9 000 lapseen. Avohuollon asiakkaiden kokonaismäärän lisääntyminen on ollut huomattava. Vuonna 1992 melkein joka kolmas lastensuojelun avohuollon asiakas oli uusi asiakas, vuonna 1998 vain joka neljäs. Yhä suurempi osa asiakkaista on edellisenäkin vuonna lastensuojelun tukitoimia saaneita lapsia. Tämä viittaisi siihen, että lastensuojelun avohuollon asiakkuus ja tukitoimien tarve kestäisivät entistä pitempään.

Lasten sijoitukset kodin ulkopuolelle lisääntyneet

Lastensuojelutilastojen perusteella voi tehdä muutaman päähavainnon 1990-luvun trendeistä. Ensinnäkin vuosittain on ollut yhä enemmän lapsia ja nuoria sijoitettuna oman kodin ulkopuolelle. Kodin ulkopuolelle sijoitettuna olevien lasten kokonaismäärä on jatkuvasti kasvanut koko 1990-luvun. Vuoden 1998 aikana oli yli 12 000 lasta ja nuorta sijoitettuna kodin ulkopuolelle.

Taulukko 5. Kodin ulkopuolella sijoitettuna olleiden lasten kokonaismäärä vuosina 1992–1998 vuoden viimeisen sijoitusperusteen mukaan.[1]

Vuosi	*Avohuollon tukitoimi*	*Huostaanotetut yhteensä*	*Jälkihuolto*	*Kaikki sijoitetut lapset yhteensä*
1992	1 889	6 384	1 037	9 414
1993	1 868	6 393	1 318	9 689
1994	2 284	6 393	1 413	10 209
1995	2 562	6 466	1 599	10 798
1996	2 779	6 481	1 805	11 198
1997	3 290	6 807	1 536	11 766
1998	3 532	6 711	1 710	12 133

Lapsi voidaan sijoittaa kodin ulkopuolelle monin eri perustein. Melkein puolet lapsista on sijoitettu kodin ulkopuolelle ilman huostaanottoa. Sijoitettujen lasten määrän kasvu tarkoittaa siten lähinnä avohuollon tukitoimena tehtyjen sekä jälkihuollon sijoitusten lisääntymistä. Vuoteen 1992 verrattuna avohuollon tukitoimena tehdyt sijoitukset ovat lisääntyneet 1 600 lapsella, kun huostassa olevien lasten vuosittainen kokonaismäärä on lisääntynyt vain 400 lapsella.

Sijoitetuista lapsista vain joka toinen on otettu huostaan. Huostaan otettujen lasten määrässä ei ole ollut suuria vaihteluita. Vasta vuosina 1997 ja 1998 huostassa olevien lasten kokonaismäärä lisääntyi. Nuorten sijoituksia on jatkettu jälkihuoltona, ja sitä kuvaava määrällinen trendi näyttää aaltoilevan. Tältä osin tilasto saattaa sisältää epätarkkuuksia, sillä kuntien toimittamissa tiedoissa ei aina ole ollut jälkihuoltoa koskevaa lopettamismerkintää.

Huostassa olevien lasten kasvatus ja hoito oman kodin ulkopuolella perustuvat pääosin asianomaisten suostumukseen. Suostumukseen perustuvia huostaanottoja oli 83 prosenttia vuonna 1992, ja vuonna 1998 niitä oli 78 prosenttia kaikista huostaanotoista (noin 5 200 lasta). Kiireellisellä päätöksellä ja vastoin tahtoa vuosittain huostassa olevien lasten määrä on hieman lisääntynyt. Vastoin jonkun asianosaisen tahtoa on vuoden aikana ollut huostassa noin 1 100 lasta (17 %). Jos tämä suhteutetaan kaikkiin sijoitettuihin, vasten asianosaisen tahtoa huostassa olevien lasten osuus jää alle 10 prosentin.

[1] Taulukosta on poistettu yksityinen sijoitus, jonka osuus on noin 1 % sijoitetuista lapsista. Sen osuus sisältyy kuitenkin yhteensä-sarakkeeseen.

Taulukko 6. Huostaan otettujen lasten kokonaismäärä vuosina 1992 - 1998 vuoden viimeisen huostaanottoperusteen mukaan.

Vuosi	*Kiireellinen huostaanotto*	*Huostaanotto, suostumus*	*Vastentahtoinen huostaanotto*	*Yhteensä*
1992	179	5 314	891	6 384
1993	204	5 206	983	6 393
1994	212	5 155	1 026	6 393
1995	223	5 182	1 061	6 466
1996	254	5 188	1 039	6 481
1997	335	5 377	1 095	6 807
1998	386	5 207	1 118	6 711
Lähde: StakesTieto				

Kun joku asianosaisista vastustaa huostaanottoa, päätös on alistettava hallinto-oikeuden (aikaisemmin lääninoikeuden) ratkaistavaksi. Stakes on seurannut lääninoikeuksien ratkaisuja lastensuojeluasioissa (Heino, Korpinen & Sallila 1997; Heino, Rantamäki & Sallila 2000). Näiden tutkimusten perusteella lääninoikeudet ovat vuosittain ratkaisseet yli 400 lapsen lastensuojeluasian. Vuonna 1998 sai 421 lasta päätöksen alistus- ja valitusasioissa. Tämän aineiston perusteella lääninoikeudet ovat ratkaisseet 250 lapsen huostaanoton alistuspäätöstä (pakkohuostaanottoa). Lääninoikeuksien näinä vuosina tekemien ratkaisujen perusteella pakkohuostaanottoja on kunnissa tehty enemmän kuin kunnat ovat ilmoittaneet Stakesin lastensuojelutilastoon (135 lasta vuonna 1998)[2]. Asiakkaiden kannalta 1990-luvulla on tapahtunut kaksi merkittävää muutosta. He saavat asiansa yhä useammin käsittelyyn suullisena, ja yhä useammin heidän apunaan toimii oikeusavustaja.

Lasten toistuvat lyhytaikaiset sijoitukset lisääntyneet

Uusien sijoitusten määrä on lisääntynyt koko 1990-luvun. Vuonna 1992 sijoitettiin noin 2 500 lasta ja vuonna 1998 melkein 3 800 lasta kodin ulkopuolelle. Kaksi kolmasosaa uusista sijoitetuista lapsista sijoitetaan avohuollon tukitoimena kodin ulkopuolelle, ja vain yksi kolmesta otetaan huostaan. Sijoitusten lisääntyminen ei kerro suoraan siitä, että sijoittamisen tarve sinänsä olisi lisääntynyt, vaan se kertoo myös toimintakäytäntöjen muutoksesta. Avohuollon tukitoimena tapahtuneiden sijoitusten lisääntyminen kuvaa

[2] Lääninoikeuden ko. vuonna tekemä ratkaisu voi kohdistua kunnan edellisenä vuonna tekemään päätökseen. Alistuspäätösten joukossa on sijaishuoltomuotoa koskevia muutospäätöksiä. Tämä ei kuitenkaan kokonaan selitä lukujen eroa, sillä molemmissa vuosittaiset vaihtelut ovat olleet vähäisiä ja ero on ollut samaa suuruusluokkaa joka vuosi.

laitoksessa tai perheessä annetun, lasta ja perhettä tukevan ja kuntouttavan lyhytaikaisen hoidon lisääntymistä. Tällainen tuki on yleensä lyhytaikaista (enintään kolme kuukautta alle 12-vuotiaiden kohdalla).

Vuoden 1998 uusista sijoitetuista lapsista oli noin joka kolmas ollut sijoitettuna jo edellisen vuoden aikana, kun vuonna 1995 oli vain joka viides. Yhdelle lapselle kasaantuu siis useita sijoituksia. Huostaanottoa edeltää usein lapsen sijoitus jollakin muulla perusteella. (Heino & Sallila 1998.)

Tilastovuonna ensimmäistä kertaa kodin ulkopuolelle sijoitettujen lasten määrä on vuosittain vaihdellut. Erityisesti vuonna 1993 mutta myös vuonna 1996 uusien asiakaslasten sijoitukset vähenivät. Lamavuonna 1993 ensikertalaisia oli vähiten. Voidaan olettaa, että uusien asiakkaiden sijoittamista vältettiin. Vuonna 1997 tapahtunut sijoitusten lisäys kohdistui nimenomaan ensikertalaisiin eikä sellaisiin lapsiin, jotka ovat olleet aikaisemminkin sijoitettuna. Tämä tukee ajatusta, että kunnan taloudellisen tilanne vaikuttaa siihen, missä määrin kunnat sijoittavat lapsia kodin ulkopuolelle. Kun budjetti oli tiukalla, sijoituksia ei toteutettu, ja kun taloudellinen tilanne koheni, pitkään avohuollossa tuetut lapset oli jo ”pakko” sijoittaa, ja huostaanototkin lisääntyivät.

Kodin ulkopuolisen hoidon muodot monipuolistuneet

Lastensuojelussa kodin ulkopuolinen hoito ja huolenpito on perinteisesti tarkoittanut perhehoitoa yksityisessä kodissa taikka laitoshuoltoa. Perhehoitoa on monenlaista niin kuin laitoshuoltoakin, ja näiden välimaastoon kehittyneet ”ammatilliset perhekodit” (perheryhmäkodit) ovat tuoneet oman lisänsä hoitopaikkatarjontaan. Uutta kehitystä edustaa moniammatillisen yhteistyön lisääntyminen lastensuojelun, päihdehuollon ja psykiatrian välille; Se on hiljalleen tuottamassa uudenlaisia kuntoutuspalveluja perheille ja myös sen jäsenille.

Sosiaalitoimistoissa on viime vuosina organisoitu sosiaalityötä uudelleen, ja yhdeksi resurssoiduksi kohdealueeksi on noussut perhetyö. Moni lastensuojelulaitos aloitti jo 1990-luvun alussa avotyön asiakkaiden kotona. Nyttemmin muutamissa kunnissa on perustettu sosiaalityön ja laitostyön välille erilaisia liikkuvia avotiimejä. Perus- ja erityispalvelujen väliin on muodostunut yhteistyötä ja uusia avoyksiköitä. Perheiden kotiin vietyjen erityispalvelujen rakenne näyttää hakevan muotojaan. Uuden toiminnan tilastoinnissa on kirjavuutta. Avotyö ja

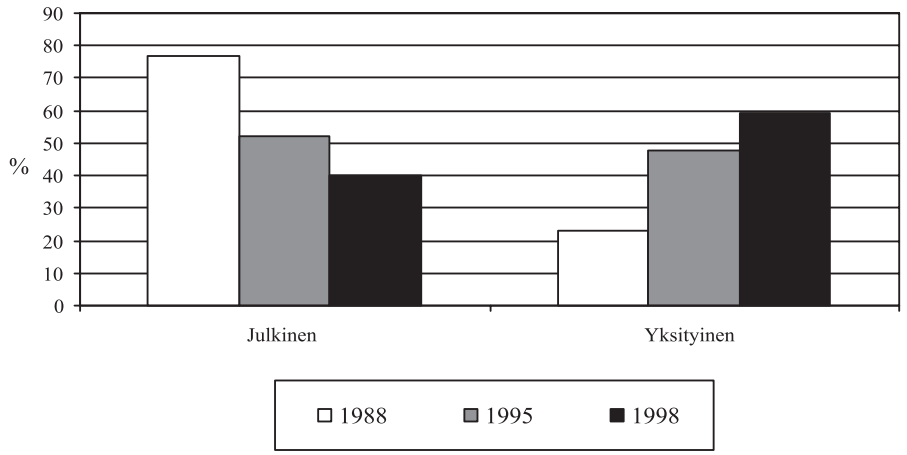
laitostyö ovat lähellä toisiaan ja samat asiakkaat käyttävät molempia palveluja.[3]

Lastensuojelulaitosten kokonaispaikkaluku on pysynyt kymmenen viime vuotta ennallaan. Sen sijaan yksiköiden lukumäärä on lisääntynyt. Yksiköt ovat siis aikaisempaa pienempiä. Kun vielä 1988 lastensuojelun yksiköitä oli alle 200, niitä oli vuonna 1998 jo yli 250. Kymmenessä vuodessa yhdistysten ja yksityisten perustamat yksiköt ovat lisääntyneet sadalla; niitä on 150 vuonna 1998. Näistä karkeasti 100 on yksityisiä ja 50 yhdistysten/säätiöiden ylläpitämiä. Kunnallisia yksiköitä on lakkautettu ja niiden paikkaluku on vähentynyt 500 paikalla. Vastaavasti yksityisten yksiköiden paikkamäärä on lisääntynyt saman verran. Vuonna 1998 noin 3 000 paikalla on vuoden aikana hoidettu 6 500 lasta.

Taulukko 7. Lastensuojeluyksiköiden paikkamäärän kehitys ylläpitäjän mukaan.

Vuosi	*Kunnat ja kuntainliitot*	*Yksityinen*	*Valtio*	*Yhteensä*
1979	2 407	1 398	296	4 101
1983	2 155	1 112	307	3 574
1988	1 900	882	232	3 014
1995	1 588	1 261	147	2 996
1998	1 457	1 450	134	3 041

Lähde: Vuosien 1979 - 1983 tiedot lastensuojelutilastosta ja vuosien 1988 - 1998 erillisselvityksistä: Kivinen & Hujala 1989; Kivinen & Sallila 1996; Heino & Sallila 2000.



Kuvio 2. Lastensuojeluyksiköiden ylläpitäjätahot (%) (Heino & Sallila 2000).

[3] Stakesin lastensuojelutilaston tilastoyksikkö on lastensuojelulain nojalla sijoitettu lapsi tai nuori. Siten lastensuojelullisista syistä esimerkiksi sosiaalihuoltolain perusteella kodin ulkopuolella hoitoa saavat lapset eivät sisälly tähän tilastoon.

Usein lapsen ensimmäinen sijoituspaikka on laitos, josta hän myöhemmin siirtyy perhehoitoon. Niinpä perhehoito on vuoden viimeinen sijoituspaikka melkein joka toisella sijoitetulla lapsella. Laitoshuoltoon on sijoitettu joka kolmas ja perheryhmäkotiin joka kymmenes. Samansuuruinen osa on sijoitettu muualle, pääasiassa itsenäiseen tuettuun asumiseen.

Perhehoidon osuus on 1990-luvulla hieman vähentynyt ja laitoshuollon osuus kasvanut. Lapsia on sijoitettu yhä enemmän perheryhmäkoteihin ja laitoshuoltoon. Laitosten toiminta ja palvelut ovat 1990-luvulla monipuolistuneet, ja laitokset tarjoavat sijoitetuille lapsille ja perheille lyhytaikaisen kuntouttavan hoitopaikan.

Taulukko 8. Sijoitettujen lasten vuoden viimeinen sijoituspaikka (%).

Sijoituspaikka/ vuosi	*1992*		*1996*		*1998*	
	lkm	*%*	*lkm*	*%*	*lkm*	*%*
Perhehoito	4 698	50	5 439	48	5 585	46
Perheryhmäkoti	391	4	749	7	1 226	10
Laitos	3 340	36	3 222	29	3 940	32
Muu	983	10	1 788	16	1 391	12
Yhteensä	9 412	100	11 198	100	12 142	100
Lähde: Heino & Sallila 1998, StakesTieto						

Vaikka perhehoitoon sijoitettujen lasten määrä on lisääntynyt, perhehoitajiksi ryhtyneiden perheiden määrä ei ole lisääntynyt samassa suhteessa (SOTKA). Yhdessä perheessä hoidetaan siis yhä useampaa sijoitettua lasta. Sijaisperheiden etsiminen, valmennus, koulutus ja ohjaus vaatii erityisosaamista sekä kuntaa ja seutukuntaa laajempaa väestöpohjaa. Perheisiin sijoitettujen lasten hoidon ja eheytymisen tarve on usein pitkäaikainen, lapset tarvitsevat monipuolista lääketieteellistä ja psykososiaalista hoitoa ja kuntoutusta ja perheet tarvitsevat tukea enemmän kuin heille on sitä tarjottu ja järjestetty.

Lastensuojelun tarvetta arvioivan ja palvelujen järjestämisestä vastuussa olevan henkilöstön määrä vaihtelee kuntakohtaisesti. Kuntien toimintapolitiikka vaihtelee myös sijaishuollon palvelujen käytön suhteen. Pienet kunnat suosivat avohuollon tukitoimia ja sijoittavat lapsen mieluummin perhehoitoon kuin laitokseen. Kaupungit käyttävät laitoshuoltoa enemmän kuin pikkukunnat, ja niillä on myös monipuolisemmin erityisosaamista ja -palveluja käytettävissään.

Stakesissa koottiin vuonna 1998 ensimmäistä kertaa tiedot kaikista lapsille, nuorille ja lapsiperheille ympärivuorokautista hoitoa, huoltoa ja kuntoutusta antavista yksiköistä (Heino ym. 2000). Selvitys kattoi lastensuojeluyksiköiden lisäksi päihdehuollon ja

psykiatrian yksiköt sekä osittain kehitysvammahuollon yksiköt.[4]

Lastensuojeluyksiköiden, päihdehuollon ja psykiatrian yksiköiden toiminnassa on luonnollisesti monenlaisia eroja. Painotuseroja on paljon: ylläpitäjät, yksikön sijainti, palvelujen tarjonta, yksikön koko, toiminnan luonne, henkilöstön määrä ja ammattitausta sekä hoidon hinta vaihtelevat. Koko perhettä ilmoitti hoitavansa lastensuojelun yksiköistä 55, psykiatrian yksiköistä kaksi ja päihdehuollon yksiköistä kuusi. Hoidon hinnat vaihtelevat laitostyypeittäin, mutta myös sisällön mukaan. Tuotteistamisen myötä yksiköillä ei useinkaan enää ole yhtä kiinteää hintaa, vaan erilaisten hoitojen ja palveluiden hinnat on määritelty erikseen. Esimerkiksi tehostetun intensiivisen hoidon (esim. huumehoito koulukodissa) hinta on korkeampi kuin ”tavallisen” hoidon.

Tarvitaan neljänsuuntaista lastensuojelustrategiaa

Lastensuojelun strategiaa tarvitaan ainakin neljällä tasolla: valtion toiminnassa, alueellisella ja seutukuntien tasolla, kunta- ja kaupunkipolitiikassa sekä asiakaskohtaisessa sosiaalityössä. Kaikilla tasoilla tarvitaan strategian ohella käytännön toimia, jotka turvaavat riittävät voimavarat, tukevat lasten osallisuutta ja ottavat erityisesti huomioon heikoimmassa asemassa olevat lapset ja vaikeat perhetilanteet.

Valtion lapsi- ja perhepolitiikkaa koskevia tavoitteita on viimeksi kirjattu Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelmaan 2000–2003. Tätä ennen valtioneuvoston selonteossa eduskunnalle on listattu tarpeita lapsipolitiikan kehittämiselle (Lastensuojelusta kohti lapsipolitiikkaa, 1995). Lääninhallitukset ovat viimeksi vuoden 1998 aikana arvioineet alueensa sosiaali- ja terveystoimen perus- ja erityispalveluja (Lääninhallitusten raportit 1998). Kuntaliitto on julkaissut lapsipoliittisen ohjelman kuntien tueksi. Kunnat ovat laatineet lastensuojelulakiin perustuvat lastensuojelun kehittämisohjelmat jo 1980-luvun lopulla, mutta niiden toteutumista ei ole kattavasti seurattu.

Lasten ja nuorten aseman vahvistaminen ja heidän elämäänsä kohdistuvien ratkaisujen vaikutusten arviointi ovat lapsipoliittisen strategian kivijalkoja. Palvelujen tasolla varhaisen tuen tarjontaa voi vahvistaa lisäämällä erityisosaamista ja kohdentamalla sitä peruspalveluihin. Erityispalvelujen keskinäisiin organisatoris-toiminnalli-

[4] Vastanneita yksiköitä oli yhteensä 336, ja niistä suurin osa (257) lastensuojeluyksiköitä. Psykiatrian yksiköitä vastanneissa oli 35 ja päihdehuollon yksiköitä 10.

siin ongelmiin on kehitelty yhteistyömuotoja seutukunnittain. Sosiaali- ja terveysministeriön Verkostoituvat erityispalvelut -hankkeen (VEP) alue- ja seutukunnittainen työskentely on käynnistynyt monitoimijaisella pohjalla ja edennyt hyvin. Erityisesti eri hallinnollisten sektorien ja ammatillisten rajojen väliin muodostuvalla yhteisalueella tarvitaan alueellisten ja seudullisten erityispalvelujen kehittämisvastuun määrittelyä. VEP-hankkeessa tällainen asema voisi luontevasti tarjoutua alueellisille johtoryhmille. Yhteistyö ja verkostoituminen voisivat konkretisoitua siihen, että eri toimijat yhdessä paneutuvat seudun lasten ja lapsiperheiden psykososiaaliseen palvelukokonaisuuteen: kartoittavat tilanteen keskinäisessä vuoropuhelussa, etenevät sen analysointiin, muotoutuvan toimintatavan kokeilevaan kehittelyyn sekä sen yhteiseen arviointiin.

Lastensuojelun sosiaalityön asema vaatii vahvistamista

Lastensuojelun asiakaskohtaisen sosiaalityön asema palvelujärjestelmässä on heikko verrattuna sille määriteltyihin tehtäviin ja siihen kohdistettuihin odotuksiin. Hoitoprosessin saumakohdat ja hoitoketjujen toimimattomuus korostuivat jossain muodossa kaikissa lääninhallitusten raporteissa. Kysymys on koko ketjusta: hoidon tarpeen arvioinnista – tarpeeseen vastaavan hoidon ja palvelun järjestämisestä – jälkihuollosta. Ongelma on sekä määrällinen että toiminnallinen. Sosiaalityön näkökulmasta kysymys on verkoston johtamisesta.

Lastensuojelutyö verkostoi lapsen ja perheen ympärille monia toimijoita. Lastensuojelutarpeen taustalla on usein vanhempien päihdeongelma ja siihen kytkeytyneenä perheristiriitoja, lapsen hoidon laiminlyöntiä sekä vanhempien mielenterveysongelmia. Päihteet, huumeet, rikokset, psyykkiset vaikeudet ja hankaluudet koulussa nivoutuvat yhdistelmäksi, joka löytyy usein nuorten lastensuojelutarpeen taustalta. Tällainen moniasiakkuus tarkoittaa sitä, että verkostoituvan työn tulisi voida muotoutua joustavasti lapsen tilanteen ja tarpeen mukaan sekä sisällöllisesti että rakenteellisesti.

Pulmana on, ettei verkoston johtajaa ole lastensuojeluasiassa yleisesti määritelty eikä sitä aina määritellä edes tapauskohtaisesti. Lastensuojelun sosiaalityön tehtävänä ovat lastensuojelu- ja huostaanottotarpeen selvittely, tutkiminen ja asiakaskohtaisen palvelusuunnitelman (huoltosuunnitelman) laatiminen. Hallinnonalojen ylittävien prosessien johtamista ei ole määritelty, vaikka lastensuojelun palvelusuun-

nitelman toteuttaminen usein edellyttää eri hallintokuntien panosta ja toimia. Lastensuojeluasian johtaminen lapsen asiaa verkostoivassa palvelujärjestelmässä tarkoittaisi sitä, että vastaava sosiaalityöntekijä kokoaisi kaikki lapsen kannalta relevantit tahot ja tähtäisi yhdessä heidän kanssaan ratkaisuun ja päätöksentekoon asiassa. Verkostotyön piirissä on kehitelty tähän toimivia metodeja.

Sosiaalityön erikoistumiskoulutus on käynnistymässä vuonna 2000, ja ensimmäiset opiskelijat tavoittelevat ammatillista lisensiaattitutkintoa. Koulutuksen yhtenä erikoistumisalana on lapsi- ja nuorisososiaalityö, jolla tarkoitetaan viimesijaiseksi ymmärrettyä lastensuojelua laaja-alaisempaa koulutusalaa (Hörkkö & Pohjola 1999). Tämä erikoistumiskoulutus tarjoaa mahdollisuuden tarttua kysymykseen ja kehittää lastensuojeluverkoston johtamisessa tarvittavia valmiuksia, tietoja ja taitoja.

Lähteet

Heino, T., Korpinen, J. & Sallila, S. 1997. Tutkimus lääninoikeuksien tekemistä ratkaisuista lastensuojeluasioissa. Aiheita 36. Helsinki: Stakes.

Heino, T., Rantamäki, R. & Sallila, S. 2000. Lääninoikeuksien ratkaisut 1995–1998. Käsikirjoitus.

Heino, T. & Sallila, S. 1998. Muutokset lasten sijoituksissa ja sijoituskäytännöissä vuosina 1991–1996. Aiheita 5. Helsinki: Stakes.

Heino, T. & Sallila, S. 2000. Selvitys lapsille, nuorille ja lapsiperheille ympärivuorokautista hoitoa, huoltoa ja kuntoutusta antavista yksiköistä. Käsikirjoitus.

Hermanson, E., Karvonen, S. & Sauli, H. 1998. Lasten ja nuorten hyvinvointi ja terveys Suomessa – valtakunnalliset trendit 1990-luvulla. Tilastoraportti. Helsinki: Stakes.

Hörkkö, S. & Pohjola, A. 1999. Sosiaalityön koulutus uudistuu. Sosiaaliturva 22/99, 10–12.

Itä-Suomen läänin peruspalvelujen tila '98. 1999. Itä-Suomen lääninhallituksen toimialan peruspalvelujen arviointi. Itä-Suomen lääninhallituksen julkaisuja nro 18.

Järventie, I. 1999. Syrjäytyvätkö lapset? Tutkimus 1990-luvun lasten perushoivasta, hyvinvoinnista ja lastensuojelupalvelujen käytöstä. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 6. Helsinki.

Kaivosoja, M., Piha, J. & Salomaa, K. 2000. Lasten mielenterveyspalveluselvitys. Mielekäs Elämä! -ohjelman mielenterveyspalvelujen kehittämistyöryhmä. STM & Stakes, tammikuu 2000. Käsikirjoitus.

Karvonen, S., Hermanson, E., Sauli, H. & Harris, H. (toim.) 2000. Lasten ja nuorten hyvinvointi 1990-luvulla. Tilastoraportti 1. Helsinki: Stakes.

Kauppinen, S. & Taskinen, S. 1998. Kasvatus- ja perheneuvonta 1997. Tilastoraportti 12. Helsinki: Stakes.

Kivinen, T. 1994. Valikoituminen lastensuojelun asiakkaaksi. Näkökulmia asiakkuuden määrittymiseen. Tutkimuksia 45. Jyväskylä: Stakes.

Kivinen, T. & Hujala, A. 1989. Selvitys lastensuojelun laitoshuollon tilasta ja kehityksestä. Sosiaalihallituksen raporttisarja Nro 11/1989. Helsinki.

Kivinen, T & Sallila, S. 1996. Lastensuojelulaitosten ja ammatillisten perhekotien kehitys 1990-luvulla. Moniste 18.12.1996.

Kortteinen, M. & Tuomikoski, H. 1998. Miten työttömät selviytyvät? Yhteiskuntapolitiikka 63:1, s. 5–13.

Lapin läänin sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalvelujen arviointiraportti vuosilta 1996 ja 1999. 1998. Lapin lääninhallitus. Rovaniemi.

Lapin läänin peruspalvelujen arviointiraportti vuodelta 1998. 1999. Lapin lääninhallitus. Rovaniemi.

Lastensuojelusta kohti lapsipolitiikkaa. Valtioneuvoston selonteko eduskunnalle. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 1995:6. Helsinki.

Luotoniemi, M. 1999. Nuorten mielenterveyspalvelujen selvitys. Mielekäs Elämä! -ohjelman mielenterveyspalvelujen kehittämistyöryhmä. Osaraporttiluonnos 2.6.1999. STM & Stakes.

Marjamäki, P., Mäntysaari, M. & Ristimäki, T. 1998. Sosiaalityöntekijät Suomessa 1998 – tehtävät, koulutus, määrä ja riittävyys. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 1998:9. Helsinki.

Peruspalvelujen arviointi 1997. Itä-Suomen lääninhallitus, toukokuu 1998.(Moniste)

Peruspalvelujen arviointiraportti. 1998. Oulun lääninhallituksen julkaisuja 42. Oulu.

Peruspalvelujen arviointiraportti. 1999. Oulun lääninhallituksen julkaisuja 45. ISSN 1236-1399. Oulu.

Peruspalvelut Etelä-Suomen läänissä. 1998. Etelä-Suomen lääninhallituksen julkaisuja 12. Hämeenlinna.

Peruspalvelut Etelä-Suomen läänissä. 1999. Arviointiraportti. Etelä-Suomen lääninhallituksen julkaisuja. Hämeenlinna. ISSN 1455-3244.

Peruspalvelut Länsi-Suomen läänissä 1998. 1999. Länsi-Suomen lääninhallituksen julkaisusarja nro 5/1999. Turku.

Salmi, M., Huttunen, J. & Yli-Pietilä, P. 1996. Lapset ja lama. Raportteja 197. Jyväskylä: Gummerus ja Stakes.

Sateenkaari. Länsi-Suomen läänin sosiaali- ja terveystoimen peruspalvelujen arviointi 1997. 1998. Länsi-Suomen lääninhallitus, Sosiaali- ja terveysosasto. Turku.

Sosiaalihuollon erityispalvelut. Verkostoituvat erityispalvelut-projektin perusselvitys Varsinais-Suomessa ja Satakunnassa. 1998. Länsi-Suomen lääninhallitus. Turku.

Sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalvelut Länsi-Suomen läänissä 1998. 1999. Eripainos julkaisusta Peruspalvelut Länsi-Suomen läänissä 1998. Sosiaali- ja terveysosasto. Länsi-Suomen lääninhallituksen julkaisu nro 7/1999.

Taskinen, S. 1998. Kasvatus- ja perheneuvolatoiminnan kehitys. Teoksessa Kauppinen, S. & Taskinen, S. (toim.) Kasvatus- ja perheneuvonta 1997. Tilastoraportti 12. Helsinki: Stakes.

Viinamäki, T. 1997. Opettajien ja sosiaalityöntekijöiden psyykkinen rasittuneisuus. Kuopion yliopiston julkaisuja.

Taulukko 1. Uudet kodin ulkopuolelle sijoitetut lapset eri tavoin määriteltynä.

Vuosi	*Tilastovuonna kodin ulkopuolelle sijoitetut lapset: "tilastovuoden uudet"*	*Uudet sijoitetut lapset, jotka eivät edellisenä vuonna ole olleet sijoitetuna: "uudet"*	*Uudet sijoitetut lapset, jotka eivät aikaisemmin (v. 1991 jälkeen) ole olleet sijoitettuna: "ensikertalaiset"*
1992	2 541	2 176	2 178
1993	2 314	1 976	1 883
1994	2 637	2 189	2 027
1995	2 978	2 420	2 217
1996	3 088	2 426	2 146
1997	3 572	2 863	2 533
1998	3 790	2 457	*
Lähde: StakesTieto; *tietoa ei saatavissa.			

Taulukko 2. Perhehoidossa olevien lasten ja perhekotien määrä vuoden lopussa.

Vuosi	*Lapsia perhehoidossa*	*Perhekoteja*
1994	4 491	3 283
1995	4 504	3 282
1996	4 581	3 290
1997	4 821	3 496
1998	4 741	3 375
Lähde: SOTKA		

Vanhusten palvelut

Marja Vaarama, Anne Hakkarainen, Päivi Voutilainen & Eeva Päivärinta[1]

Suomen vanhuspolitiikan tavoitteena on edistää vanhusten hyvinvointia ja kykyä selviytyä mahdollisimman itsenäisesti, sekä huolehtia siitä, että vanhukset saavat hyvää hoitoa. Tasa-arvo, itsemääräämisoikeus, sosiaalinen integraatio, taloudellinen itsenäisyys ja turvallisuus sekä oikeudenmukaisuus ovat vanhuspolitiikan perusarvoja. (STM 1999.)

Vanhuspolitiikkaa toteutetaan valtakunnallisesti ja paikallisesti. Valtakunnallinen vanhuspolitiikka luo puitteet paikalliselle, kunnissa harjoitettavalle vanhuspolitiikalle. Kuntien tehtävänä on vastata paikallisiin tarpeisiin lainsäädännön edellyttämällä tavalla omien prioriteettiensa ja resurssiensa puitteissa. Suomessa pidetään tärkeänä sosiaali- ja terveyspalvelujen hyvää integraatiota ja yhteistyötä asuntotoimen kanssa. Palvelujen järjestämisessä korostetaan tasa-arvoa palvelujen saannissa, saumattomia palveluketjuja ja henkilöstön hyvää ammattitaitoa ja riittävyyttä. 1990-luvulla tavoitteena on ollut muuttaa vanhusten hoivapalvelujen rakennetta vähentämällä laitoshoitoa ja lisäämällä kotiin annettavia palveluja, tehostamalla voimavarojen käyttöä ja vähentämällä kustannuksia.

Tässä artikkelissa arvioidaan saatavilla olevien tilastojen ja tutkimusten valossa, miten näitä palvelurakennetavoitteita on saavutettu vanhusten palvelujen osalta. Artikkelissa kuvataan vanhusten hoivapalvelujen eli sosiaali- ja terveydenhuollon avo- ja laitoshoidon peruspalvelujen nykytilaa ja kehitystä kymmenen viime vuoden aikana. Lisäksi arvioidaan hoidon kustannuksia ja tyytyväisyyttä vanhusten palveluihin.

[1] Aineistoa ovat kirjoittajien lisäksi tuottaneet *Sakari Kainulainen, Anja Noro, Marja-Leena Perälä ja Timo Sinervo* ja *Helinä Kotilainen* Stakesista. Katsauksen tekemisessä on hyödynnetty Stakesin kehittämää EVERGREEN 2000 -ohjelmistoa.

Vanhusten hoivapalvelujen kattavuus supistui erityisesti lamavuosina – palveluasuminen poikkeuksena

Taulukossa 1 esitetyssä vanhuspalvelujen profiilissa kuvataan tärkeimpien vanhuksille kohdennettujen sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalvelujen käytön muutoksia vuosina 1988–1998. Tiedot kuvataan palvelujen kattavuutena (ko. palveluja käyttänyt 65 ja 75 vuotta täyttänyt väestö prosentteina samanikäisestä väestöstä). Profiili kuvaa palvelujen käytön suhteellista muutosta.

Taulukko 1. Vanhuspalvelujen profiili ja muutokset 1988–1998.

	1988	*1995*	*1998*	*Muutos 88-98 (%)*
Asiakkaat % kaikista 65+				
Kodinhoitoapu	19,3	11,8	11,2	-42,0
Tukipalvelut	15,1	13,4	13,9	-7,9
Omaishoidon tuki	1,8	1,5	1,7	-5,5
Palveluasunnoissa asuvia	0,9	1,9	2,4	166,7
Asiakkaat % kaikista 75+				
Kodinhoitoapu	46,2	28,8	26,2	-43,3
Tukipalvelut	36,1	32,6	32,7	-9,4
Omaishoidon tuki	4,2	3,8	4,0	-4,8
Vanhainkotipaikat	10,5	7,0	7,6	-27,6
Terveyskeskuksen pitkäaikaispaikat	4,1	4,0	4,7	14,6
Erikoissairaanhoidon pitkäaikaispaikat	3,0	0,3	0,3	-90,0
Pitkäaikainen laitoshoito yhteensä	17,0	12,0	12,2	-28,2
Lähde: Evergreen 2000				

Palveluprofiilin olennaisin viesti on, että vanhusten hoivapalvelujen kattavuus on kymmenen vuoden aikana supistunut palveluasumista lukuun ottamatta. Kotiin annettavat palvelut ovat vähentyneet voimakkaasti. Kodinhoitoavun suhteellinen kattavuus on vähentynyt yli 40 prosenttia, tukipalvelujen (esim. ateria-, turvapuhelin-, siivous- tai saattopalvelut) 8–9 prosenttia ja omaishoidon tuen noin 5 prosenttia. Vanhainkotihoidon kattavuus on supistunut lähes 30 prosenttia. Vanhusten pitkäaikaishoito erikoissairaanhoidossa on miltei loppunut, mutta terveyskeskusten pitkäaikaishoidon kattavuus on puolestaan lisääntynyt. Vanhusten pitkäaikaishoidon yhteenlaskettu kattavuus on vähentynyt kolmanneksen, ja hoito on siirtynyt annettavaksi perustason laitoksissa. Kun myös avopalvelut ovat niukentuneet, on palvelujen tarjonta suhteessa kasvavaan vanhusväestön

määrään supistunut voimakkaasti. (Vrt. Vaarama 1995; Vaarama, Noro 1997).

Toinen palveluprofiilin merkittävä havainto on, että kattavuuden romahdus tapahtui vuosina 1988–1995 ja tarkemmin sanoen lamavuosina. Vuoden 1995 jälkeen eräiden palvelujen kattavuus on jopa kasvanut.

Taulukko 1 kuvaa palveluja hoidettujen asiakasmäärien perusteella. Yksi asiakas voi esiintyä useamman kerran asiakkaana samassa palvelussa. Tarvitaan poikkileikkausaineistoa, jotta saadaan tietoa palvelujen todellisesta kattavuudesta suhteessa kohderyhmään. Vuodesta 1995 HILMO-rekisteri on tuottanut tätä tietoa myös avopalveluista. Tämän poikkileikkausaineiston valossa kaikkiaan noin 14 prosenttia 65 vuotta täyttäneestä väestöstä oli palvelujen piirissä vuonna 1997. Vaihtelua oli kuntatyypeittäin 12,5–15,5 prosenttia. Keskimäärin siis reilu kymmenesosa 65 vuotta täyttäneistä sai jotakin palvelua. Määrä on lamaa edeltäneeseen aikaan verrattuna pieni, mutta eurooppalaisittain vielä kohtuullinen (Pacolet ym. 1999). Palvelujen käyttö ja painotus vaihtelee alueittain. Niukin palvelutarjonta suhteessa vanhusväestöön on kaupungeissa, runsain maaseudulla ja Helsingissä. Kaupunkikunnat yleensäkin ovat laitosvaltaisempia kuin maaseutukunnat.

Avopalvelujen asiakaskunta supistui vuoteen 1995 saakka – sen jälkeen kasvua

Edellä esitetty palveluprofiili kuvaa palvelujen käytön kehitystä suhteessa vanhusten määrään. Koska ikääntynyt väestö lukumääräisesti kasvaa, on hyödyllistä tarkastella myös asiakasmääriä. Sosiaalitoimen avopalveluiden asiakasmääriä on esitetty taulukossa 2. Terveydenhuollon keskeisistä avopalveluista (kotisairaanhoito ja päiväsairaanhoito) ei saada enää valtakunnallisia tietoja vanhusten osalta.

Taulukko 2. Vanhusten keskeisimpien sosiaalitoimen avopalvelujen asiakkaat vuosina 1988–1998.

	1988	*1995*	*1998*	*Muutos 1988-1995*		*Muutos 1995-1998*		*Muutos 1988-1998*	
				lkm	*%*	*lkm*	*%*	*lkm*	*%*
Kodinhoitoapu	125 914	87 101	84 816	-38 813	-30,8	-2 285	-2,6	-41 098	-32,6
Tukipalvelut	98 540	98 703	105 621	163	0,2	6 918	7,0	7 081	7,2
Kotipalveluasiakkaat (sis. päällekkäiskäytön)	224 454	185 804	190 437	-38 650	-17,2	4 633	2,5	-34 017	-15,2
Omaishoidon tuki	11 399	11 307	12 779	-92	-0,8	1 472	13,0	1 380	12,1

Lähde: Evergreen 2000

Taulukon 1 palveluprofiili kertoi kodinhoitoavun suhteellisen kattavuuden vähentyneen 10 viime vuoden aikana 40 prosenttia. Asiakasmäärän absoluuttinen vähennys oli 33 prosenttia. Ero johtuu vanhusväestön määrän kasvusta.

Koska kodinhoitoavun käyntejä tai tunteja ei tilastoida valtakunnallisesti, on mahdotonta arvioida asiakkaiden saaman palvelun määrän kehitystä. Monet paikalliset selvitykset kertovat, että asiakaskohtaisen avun määrää olisi lisätty. Toisaalta taas tuodaan esiin, että vaikka käyntien määrä olisikin lisääntynyt, on niiden kesto vähentynyt: vanhusten luona pistäydytään kiireisesti, kun aika ja tulostavoitteet eivät anna muuhun mahdollisuutta. Annetun avun määrän kehitystä tarkastellaan tuonnempana kotihoidon laskennan tulosten valossa.

Tukipalveluita saaneiden asiakkaiden määrä pysyi vuoteen 1995 lähes ennallaan, joskin kehitys on ollut aaltoilevaa. Vuoteen 1988 verrattuna asiakasmäärä on lisääntynyt 7 prosenttia. Lisäys on tapahtunut lamavuosien jälkeen vuosina 1995–1998. Se ei kuitenkaan kompensoi kodinhoitoavun supistumista vastaavana ajankohtana.

Omaishoidon tuen asiakkaiden määrä on 10 viime vuoden aikana lievästi kasvanut. Kasvu on tapahtunut laman jälkeen vuosina 1995–1998. Omaishoidon tuen valtakunnallisen selvityksen (Vaarama ym. 1999b) mukaan tukea käytetään eniten Oulun ja Lapin lääneissä ja vähiten Etelä-Suomen läänissä. Omaishoidon tuella hoidettavat ovat raskashoitoisia, useimmiten ympärivuorokautisen hoidon tarpeessa olevia henkilöitä. Omaishoidon tukea kysytään enemmän kuin sitä myönnetään. Ongelmana on myös se, että hoitoisuudeltaan yhtä vaativia vanhuksia hoitavia ei kohdella yhdenvertaisesti, vaan kunnasta riippuen he joko saavat erisuuruisia palkkioita tai eivät saa palkkiota lainkaan. Perälän ym. (2000) mukaan noin kolmasosa omaishoidon tuen saajista pitää määrää sopivana tarpeeseen nähden, kun taas kaksi kolmasosaa arvioi omaishoidon tuen liian niukaksi. Hoitajat kaipaavat huomat-

tavasti enemmän tukea ja hoitovapaata kuin he käytännössä saavat, ja sijaishoidosta perittävää maksua pidetään epäoikeudenmukaisena (Vaarama ym. 1999c).

Laitospalvelujen asiakasmäärät supistuneet, monimuotoinen palveluasuminen kasvussa

Vuonna 1998 palveluasumisen ja pitkäaikaisen laitoshoidon piirissä oli noin 54 000 yli 65-vuotiasta, kun määrä vuonna 1988 oli noin 50 000. Pitkäaikaishoidossa laitoksissa ja ympärivuorokauden henkilöstöä omaavissa palvelutaloissa oli heistä vuonna 1998 noin 45 000, kun luku vuonna 1988 oli arviolta 44 000. Vuonna 1995 palveluasuntojen tilastointitapa muuttui, mikä vaikeuttaa palveluasumisen pidemmän aikavälin tarkastelua. Tilastojen mukaan noin puolet palveluasumisesta on ns. ympärivuorokautista palveluasumista. Tämä määrä on tässä laskettu laitosmaisiin palveluihin.

Taulukko 3. Asumis- ja laitospalvelujen 65 vuotta täyttäneet asiakkaat vuosina 1988–1998.

	1988	*1995*	*1998*	*Muutos 1988-1995*		*Muutos 1995-1998*		*Muutos 1988-1998*	
				lkm	*%*	*lkm*	*%*	*lkm*	*%*
Palveluasuminen	6 581	13 990	17 985	7 409	112,6	3 995	28,6	11 404	173,3
Vanhainkoti tai vastaava	28 610	22 419	25 029	-6 191	-21,6	2 610	11,6	-3 581	-12,5
siitä pitkäaikaishoito	26 592	14 772	22 922	-11 820	-44,5	8 150	55,2	-3 670	-13,8
Terveyskeskussairaalan pitkäaikaishoito	10 104	12 717	12 449	2 613	25,9	-268	-2,1	2 345	23,2
Somaattisen erikoissairaanhoidon pitkäaikaishoito	2 667	544	206	-2 123	-79,6	-338	-62,1	-2 461	-92,3
Psykiatrisen sairaalan pitkäaikaishoito	4 467	823	366	-3 644	-81,6	-457	-55,5	-4 101	-91,8

Lähde: Evergreen 2000

Vuonna 1988 vanhusten pitkäaikaishoitoa oli tarjolla noin 17–18 prosentille 75 vuotta täyttäneestä väestöstä. Vuonna 1992 sosiaali- ja terveysministeriön palvelurakennetyöryhmä asetti tavoitteeksi sen vähentämisen 12 prosenttiin vuoteen 2000 mennessä. (STM 1992.) Vanhuspoliittinen strategiatyöryhmä ehdotti vuonna 1996 tavoitteeksi 5–7 prosenttia laitoksiin ja 3–5 prosenttia palveluasumiseen eli laitosmaista hoitoa yhteensä noin 8–12 prosentille (STM 1996). Nämä tavoitteet on saavutettu vuonna 1998. Voi kuitenkin kysyä, ovatko tavoitearvot liian matalat, etenkin kun avo-

palvelujen kehitys ei ole tukenut laitospalveluiden alentumista toivotulla tavalla.

Hoitoilmoitusrekisterin mukaan vuoden 1998 lopussa vanhusten käytettävissä oli noin 18 000 palveluasuntoa. Vuodesta 1988 palveluasumisen asiakasmäärä on kasvanut yli 170 prosenttia. Suurta kasvua selittää osaltaan se, että lähtötaso vuonna 1988 oli alhainen. Selittävä tekijä on myös se, että aiemmin joksikin muuksi, esimerkiksi vanhainkodiksi tai vanhusten asuintaloiksi määriteltyä toimintaa on muutettu palveluasumiseksi. Palveluasumisen alla voi olla hyvin erilaista toimintaa.

Vanhainkodissa tai vastaavassa yksikössä hoidettavien vanhusasiakkaiden määrä on vähentynyt vuodesta 1988 vuoteen 1995 noin viidenneksellä, mutta kasvanut vuodesta 1995 vuoteen 1998 jälleen 12 prosentilla. Vuoteen 1988 verrattuna määrä on vähentynyt 13 prosenttia. Vanhainkotihoitoa siis supistettiin lamavuosina voimakkaasti, mutta laman jälkeen on tapahtunut nousua. Osavuorokautiseen hoitoon käytettiin vain 6 prosenttia paikoista.

Terveyskeskussairaaloiden pitkäaikaishoidettavien vanhusten määrä on kasvanut 10 vuoden tarkastelujaksolla kaikkiaan 23 prosenttia, ja kasvu oli voimakasta myös lamavuosina. Tätä selittänee se, että terveyskeskukset ottivat vastaan erikoissairaanhoidosta ulos kirjoitetut pitkäaikaishoidossa olleet vanhukset. Somaattisen ja psykiatrisen erikoissairaanhoidon pitkäaikaishoidettavien määrät ovatkin vähentyneet 10 vuoden tarkastelussa lähes olemattomiin. Vanhusten laskennallisia (hoitopäivistä laskettuja) hoitopaikkoja koskevat luvut havainnollistavat muutosta (Taulukko 4).

Taulukko 4. 65 vuotta täyttäneiden laskennalliset hoitopaikat vuosina 1988–1998.

	1988	*1995*	*1998*	*Muutos 1988-1995*		*Muutos 1995-1998*		*Muutos 1988-1998*	
				lkm	*%*	*lkm*	*%*	*lkm*	*%*
Vanhainkotipaikat tai vastaavat	28 579	25 680	24 720	-2 899	-10,1	-960	-3,7	-3 859	-13,5
Terveyskeskuspaikat	22 917	20 019	20 822	-2 898	-12,7	803	4,0	-2 095	-9,1
siitä pitkäaikaishoitopaikat	11 176	15 015	15 198	3 839	34,4	183	1,2	4 022	36,0
Somaattisen erikoissairaanhoidon vuodeosastopaikat	11 688	7 170	6 405	-4 518	-38,7	-765	-10,7	-5 283	-45,2
siitä pitkäaikaishoitopaikat	11 080	772	424	-10 308	-93,0	-348	-45,1	-10 656	-96,2
Psykiatriset sairaalapaikat	5 032	1 427	876	-3 605	-71,6	-551	-38,6	-4 156	-82,6
siitä pitkäaikaishoitopaikat	4 467	1 101	526	-3 366	-75,4	-575	-52,2	-3 941	-88,2

Lähde: Evergreen 2000

Vuodesta 1988 vuoteen 1995 hoitopäivistä lasketut vanhainkotipaikat vähenivät 10 prosenttia. Vuonna 1998 vanhainkotipaikkoja oli kuitenkin enää neljä prosenttia vähemmän kuin vuonna 1995. Terveyskeskuksen pitkäaikaishoitopaikat lisääntyivät vuodesta 1988 vuoteen 1998 peräti 36 prosenttia. Samanaikaisesti somaattisessa erikoissairaanhoidossa laskennalliset pitkäaikaispaikat vähenivät 96 prosenttia ja psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa 88 prosenttia. Luvut osoittavat rakennemuutoksen laajuuden.

Kotihoito kohdistuu huonokuntoisista huonokuntoisimmille

Vanhusten kotona asumisen mahdollistaminen tarpeellisen avun turvin on vanhuspolitiikan keskeinen tavoite. Kotipalvelu ja kotisairaanhoito muodostavat yhdessä ns. kotihoidon, joka on vanhusten kotona asumista turvaavan palvelustrategian ydin. Stakesin kotihoidon laskentojen (marraskuu 1995 ja marraskuu 1997) mukaan kotihoidossa oli vuonna 1997 kaikkiaan noin 55 000 vanhusta. Määrä oli miltei 10 000 vanhusta vähemmän kuin vastaavana ajankohtana vuonna 1995.

Taulukko 5. Kotihoidon asiakkaat vuosina 1995 ja 1997, HILMO 29.11.1995 & 30.11.1997 (Kauppinen 1997, 1998).

Ikäryhmät	*1995*	*1997*	*Muutos 1995-1997*	
			lkm	*%*
0-14 vuotta	*	80		
15-44 vuotta	*	1 914		
45-64 vuotta	8 723*	5 421	-1 272	-14,6
65-74 vuotta	12 517*	10 416	-2 101	-16,8
75-84 vuotta	43 160*	23 288		
85 vuotta tai enemmän	*	13 743	-6 129	-14,2
Yhteensä	64 400	54 862	-9 538	-14,8
* Vuonna 1995 raportoitu VAIN ikäluokissa 0 - 64-v.; 65 - 74-v.; > 75-v.				

Kotihoidon asiakkaat ovat pääsääntöisesti vanhuksia: asiakkaista vain 14 prosenttia vuonna 1995 ja 11 prosenttia vuonna 1997 oli alle 65-vuotiaita. Suurin ryhmä ovat 75–84-vuotiaat. Asiakkaiden keski-ikä oli 76,1 vuotta, mediaani-ikä 79 vuotta vuonna 1997. (Kauppinen 1998.)

Olennaisin ulkopuolisen avun tarvetta aiheuttava tekijä on luonnollisesti vanhuksen heikentynyt toimintakyky. Kotihoidon piiriin tullaankin pääosin fyysisen toimintakyvyn heikkenemisen takia. Taulukko 6 sisältää kaikki kotihoidon asiakkaat.

Taulukko 6. Kotihoidon asiakkaiden hoitoon tulon pääsyy, HILMO 29.11.1995 & 30.11.1997. (Kauppinen 1997, 1998).

*) Hoitoon tulon syy	1995		1997	
	lkm	%	lkm	%
Fyysiset syyt	34 905	54,2	41 082	74,8
Hermostolliset syyt	5 667	8,8	4 407	7,4
Psyykkis-sosiaaliset syyt	9 531	14,8	7 274	13,3
Muut syyt	10 626	16,5	2 056	3,7
Tieto puuttuu	3 671	5,7	403	0,7
Yhteensä	64 400	100,0	54 862	100,0

*) Luokittelu oli tarkasteluvuosina hiukan erilainen, joten luotettavasti ei voi päätellä todellista muutosta.

Hermostollisten syiden vuoksi kotihoitoa saaneiden asiakkaiden määrän vähentymistä voi pitää yllättävänä siinä mielessä, että dementoituneiden ihmisten määrä kasvaa noin 1 000 henkilöllä vuodessa. Ilmeisesti omaishoidon osuus näiden dementiasta kärsivien henkilöiden kohdalla on paljon suurempi kuin fyysisen toimintakyvyn alenemiseen johtavista sairauksista kärsivien kohdalla.

Kotihoidon asiakkaat tarvitsevat pääosin paljon apua päivittäisissä toiminnoissaan, joskin täysin tai lähes omatoimisia asiakkaitakin vielä palvellaan. Taulukko 7 sisältää kaikki kotihoidon asiakkaat.

Taulukko 7. Kotihoidon asiakkaat hoidon tarpeen mukaan vuosina 1995 ja 1997, HILMO 29.11.1995 & 30.11. 1997 (Kauppinen 1997, 1998).

Hoidon tarve	*1995*	*1997*	*Muutos 1995-1997*	
			lkm	*%*
Täysin tai lähes omatoiminen	6 183	4 778	-1 405	-22,7
Ajoittainen, toistuva tai lähes jatkuva hoidon tarve	54 223	46 206	-8 017	-14,8
Jatkuva, ympärivuorokautinen hoidon tarve	3 994	3 383	-611	-15,3
Yhteensä	64 400	54 862	-9 538	-14,8
5-portainen HILMO -toimintakykyasteikko on taulukossa supistettu kolmeen.				

Myös kotihoidon laskenta osoittaa kotiin annettavien palvelujen supistuneen. Yhden päivän laskentojen valossa tarkasteltuna hoidettavien määrä on vähentynyt kaikissa toimintakykyluokissa. Erityisesti on vähentynyt ”hyväkuntoisten” asiakkaiden määrä, mikä heijastanee palvelujen priorisointia. Kun kuitenkin myös ympärivuorokautisesti hoitoa tarvitsevien asiakkaiden määrä on vähentynyt yli 15 prosenttia, ovat palvelut vähentyneet mitä ilmeisemmin myös niitä paljon tarvitsevilta.

Miltei puolet kotihoidon asiakkaista sai vain kodinhoitoapua. Vain kotisairaanhoitoa sai runsas joka neljäs. Noin kolmasosa sai kumpaakin palvelua. Taulukko 8 sisältää kaikki kotihoidon asiakkaat.

Taulukko 8. Kotihoidon asiakkaat saadun palvelun mukaan 30.11.1997 (Kauppinen 1998).

Saatu palvelu	*1997*	
	lkm	*%*
Kotipalvelun palvelut	24 696	45,0
Kotisairaanhoidon palvelut	14 325	26,1
Kotipalvelun ja kotisairaanhoidon palvelut	15 841	28,9
Yhteensä	54 862	100,0

Tuloksen mukaan kotipalvelu on edelleenkin kotihoidon peruspilari. Kotona kuitenkin hoidetaan myös vanhuksia, jotka eivät tarvitse kotiapua, vaan ainoastaan kotisairaanhoidon palvelua. Olisi mielenkiintoista selvittää, miten nämä kolme kotihoidon asiakasryhmää eroavat toisistaan ja miten paljon kunkin ryhmän hoitoon tarvitaan resursseja.

Kotihoidon asiakkaiden luona käytiin yleensä 4–8 kertaa kuukaudessa, ja mediaani oli 8 kertaa molempina vuosina. Taulukon 9 luvuissa ovat mukana myös muut kuin vanhusasiakkaat.

Taulukko 9. Kotihoidon asiakkaat käyntimäärien mukaan, (29.11.1995 ja 30.11.1997) (Kauppinen 1997, 1998).

Käyntien määrä/kk	*1995*		*1997*		*Muutos 1995-1997*	
	lkm	*%*	*lkm*	*%*	*lkm*	*%*
1 - 3	*	*	10 311	18,8	*	*
4 - 8	32 024*	49,7*	18 289	33,3	-3 424	-10,7
9 - 16	11 666	18,1	8 501	15,5	-3 165	-27,1
17 - 20	2 628	4,1	2 377	4,3	-251	-9,5
21 - 40	10 022	15,6	7 015	12,8	-3 007	-30,0
41 tai enemmän	8 060	12,5	8 369	15,3	309	3,8
Yhteensä	64 400	100,0	54 862	100,0	-9 538	-14,8

* Vuonna 1995 käyntien määrä/kk esitettiin 0-8, 4-8, 9-16, 17-20, 21-40, > 41 käyntiä/kk.

Käytännössä asiakkaiden luona käydään 1–2 kertaa viikossa. Kotihoidon intensiteetti asiakasta kohti on alhainen. Yli 4 käyntiä kuukaudessa saaneiden asiakkaiden käynnit ovat kuitenkin lisääntyneet, joskin kaikissa muissa luokissa käyntimäärät ovat kahden tarkasteluvuoden aikana vähentyneet. Kotihoito näyttää kohdentuvan huonokuntoisille kotona asuville vanhuksille, joiden kesken sitä vielä kohdennetaan kaikkein huonokuntoisimmille.

Kun asiakasmäärät kotihoidossa ovat vähentyneet, on hoitovastuuta siirtynyt omaisille. Vuoden 1998 vanhusbarometrin (Vaarama ym. 1999a) mukaan kolmannes tutkimukseen osallistuneista (n = 1 036) yli 60-vuotiaista ja 2/3 yli 75-vuotiaista sai pitkäaikaista apua tai hoitoa päivittäisissä toiminnoissa. Apua antoivat eniten puoliso (49 %) ja omat lapset (42 %). Vuonna 1998 puoliso toimi avun antajana kaksi kertaa useammin kuin vuonna 1994. Samalla kunnallisen kotipalvelun ja kotisairaanhoidon osuus auttajina oli voimakkaasti vähentynyt. Vähentyminen oli kohdistunut erityisesti 61–70-vuotiaiden ryhmään, jossa säännöllisen avun tarve oli vanhempia ikäluokkia vähäisempää. Kunnallisen kotipalvelun ja kotisairaanhoidon tarjonta näyttää näidenkin tulosten valossa kohdistuvan vanhemmille ja toimintakyvyltään heikommille ikäihmisille ja omaiset saavat luvan auttaa muita. Kotihoidossa priorisoidaan palvelut huonokuntoisista huonokuntoisimmille. Olisikin tarpeen selvittää tarkemmin, onko kotihoidossa mahdollista antaa hyvää hoitoa vanhuksille ja tukea heidän itsenäistä selviytymistään, mitä vanhuspolitiikassa on tavoiteltu.

Vanhusten pitkäaikaisen laitoshoidon tila vuonna 1998

Tuore valtakunnallinen selvitys (Vaarama ym. 1999d) antaa tilastollisesti edustavan kuvan vanhusten laitoshoidosta maassa vuodenvaihteessa 1998-1999. Tutkimus kohdistui terveyskeskusten vuodeosastoihin ja kunnallisiin ja yksityisiin vanhainkoteihin ja ympärivuorokautista hoitoa antaviin palvelutaloihin. Tutkimuksessa kerättiin tietoa laitosten kustannuksista ja rakenteesta, hoidon laadusta sekä henkilöstön hyvinvoinnista. Kyselyihin vastasi 192 laitosten johtajaa, 315 osastonhoitajaa, 2 998 laitosten henkilökunnan edustajaa sekä 2 445 asiakkaiden omaista.

Hoidon porrastus pääosin toimiva, mutta herättää myös kysymyksiä

Tutkimustulosten mukaan pitkäaikaishoitolaitosten hoito kohdennetaan erittäin huonokuntoisille vanhuksille. Julkisissa laitoksissa ja palvelutaloissa 8–9 kymmenestä ja yksityisissä 6–7 kymmenestä asiakkaasta tarvitsi jatkuvasti tai miltei jatkuvasti apua sellaisissa fyysisissä perustarpeissa kuin henkilökohtainen puhtaus, pukeutuminen, syöminen ja juominen, liikkuminen, asentojen vaihto, wc-käynnit, kivun hoito, nukkuminen ja turvallisuus. Kaksi kolmesta terveyskeskusten vanhusasiakkaasta, runsas joka toinen julkisten vanhainkotien ja vajaa puolet yksityisten vanhainkotien ja palveluasuntojen vanhusasiakkaista tarvitsee hoitoa koko vuorokauden. Noin puolet pitkäaikaisen laitoshoidon vanhusasiakkaista on dementoituneita, terveyskeskuksissa ja julkisissa vanhainkodeissa yksityisiä laitoksia useammin. Vuodepotilaiden osuus kaikkien laitosten hoidettavista on otoslaitoksissa noin 35 prosenttia. Terveyskeskuksissa osuus on 45 prosenttia ja julkisissa vanhainkodeissa ja palvelutaloissa 25 prosenttia. Yksityissektorilla vuodepotilaiden osuus on 22 prosenttia. Huonokuntoisimmat vanhukset hoidetaan siis terveyskeskuksissa ja julkisissa vanhainkodeissa, hieman parempikuntoiset yksityisissä laitoksissa.

Julkisten palvelutalojen ja vanhainkotien asukkaiden avuntarve ei sen enempää omaisten kuin henkilökunnankaan arvioiden perusteella olennaisesti eronnut toisistaan. Vaikka pitkäaikaishoito näkyykin olevan kohdennettu sen tarpeessa oleville vanhuksille, ei hoidon porrastus julkisten palvelutalojen ja vanhainkotien

välillä näytä perustuvan asiakkaiden kuntoon. Myös yksityisten vanhainkotien asukkaat ovat parempikuntoisia kuin julkisten palvelutalojen.

Henkilöstön mitoituksessa ongelmia

Vanhusten laitoshoidon henkilökunta on saanut pääasiassa joko keski- tai opistotason koulutuksen. Henkilöstö on yksityisellä sektorilla keskimäärin paremmin koulutettua kuin julkisella. Julkisella sektorilla terveyskeskusten henkilöstö on parhaiten koulutettua, mutta terveyskeskuksissakin kouluttamattoman henkilöstön osuus on 10 prosenttia. Kunnallisissa vanhainkodeissa vastaava osuus on 25 prosenttia ja palvelutaloissa 21 prosenttia. Yksityisissä laitoksissa nämä osuudet ovat 14 prosenttia ja 9 prosenttia.

Kokonaishenkilöstön määrä suhteessa asiakkaiden määrään on vanhusten pitkäaikaislaitoksissa keskimäärin 0,53. Pienimmällä henkilöstöllä toimivat yksityiset palvelutalot (0,31) ja suurimmalla terveyskeskukset (0,64). Kuva henkilöstön riittävyydestä muuttuu kuitenkin, kun tarkastellaan henkilöstön määrää suhteessa asukkaisiin eri vuorokauden aikaan laitoksissa. Kaikissa laitostyypeissä asiakkaiden kunnosta riippumatta hoitajia on työvuorossa päivällä keskimäärin kaksi, illalla yksi ja yövuorossa 0,5 työntekijää 10 vanhusta kohti. Suhde saattaa olla vieläkin alhaisempi öiseen aikaan. Kyselyä edeltäneinä vuosina julkisella sektorilla henkilöstön määrä oli useammin laskenut kuin noussut. Yksityisissä vanhainkodeissa ja palvelutaloissa oli sen sijaan tapahtunut lisäystä.

Kaikissa ympäri vuorokauden hoitoa antavissa laitoksissa ja palvelutaloissa oli tutkimuksen tulosten mukaan yövalvonta. Sen järjestäminen kuitenkin vaihtelee jonkin verran. Yövuorossa alin miehitys oli terveyskeskuksissa ja palvelutaloissa. Edellisissä henkilökunta kuitenkin on oman talon sisällä, kun taas palvelutaloista noin joka kolmas ilmoitti, ettei niissä ollut henkilökuntaa yöllä. Yövalvonta hankittiin laitoksen ulkopuolelta, esim. naapurilaitoksesta, kotipalvelun varallaolona tai yksityisistä hälytyskeskuksista. Tutkimuksessa ei selvitetty, millaista teknologiaa (esimerkiksi savuhälyttimiä, liesivahteja, palamattomia tekstiilejä, hälytyslaitteita) palvelutaloissa oli käytössä vanhusten yöaikaisen turvallisuuden takaamiseksi. Myöskään ei selvitetty, kävikö ulkopuolinen valvoja tarkistuskäynneillä ja miten usein. Viimeaikaiset onnettomuudet palvelutaloissa antavat vakavan aiheen selvittää perusteellisesti, onko vanhusten yöaikainen turvallisuus palvelutaloissa riittävästi järjestetty.

Kaksi kolmesta vanhusten laitoksissa työskentelevästä henkilöstä katsoi, että henkilökuntaa on suhteessa hoidon tarpeeseen liian vähän, eikä vanhuksille ole aikaa riittävästi. Myös omaisten mielestä henkilökuntaa on liian vähän ja henkilökunta on kiireistä. Vanhusten hoitoon on aikaa vähiten terveyskeskuksissa, mutta myös yksityisistä laitoksista noin puolet poti samaa ongelmaa. Pienissä laitoksissa tilanne oli tässä suhteessa paras. Olisi tarpeen selvittää vanhusten laitoshoidon henkilöstömitoitusta ja pohtia, tarvitaanko vanhusten pitkäaikaiseen laitoshoitoon lasten päivähoidon tavoin asetustasoiset henkilöstömitoitukset.

Kaikkien laitosten henkilöstöresurssit oli kohdennettu siten, että päivällä henkilökuntaa on iltaa ja yötä enemmän. Toimitaan siis toimenpidekeskeisen akuuttihoidon periaattein, vaikka kyse on perushoitoa ja kodinomaisuutta painottavasta pitkäaikaishoidosta. Kun pitkäaikaishoidossa olevien vanhusten avun tarve on pääosin ympärivuorokautinen, tällainen järjestely ei vastanne vanhusten tarpeita.

Henkilöstö kokee työssään runsaasti uupumusta. Työ on ergonomisesti ja henkisesti raskasta, pirstaleista ja kiireistä. Työn johtamisessa on toivomisen varaa. Koulutetut työntekijät kokevat, että työ ei ole riittävän haasteellista.

Hoidon laatu vaihtelee

Terveyskeskusten vuodeosastoilla ja suurissa laitoksissa olleiden vanhusten hoidon tarve oli selvästi suurempi kuin yksityisissä palvelutaloissa ja vanhainkodeissa sekä pienissä laitoksissa. Hoidon ja avun tarpeisiin vastattiin riittävimmin yksityisissä palvelutaloissa. Vastaavasti riittämättömintä hoito oli terveyskeskuksen vuodeosastoilla ja suurissa laitoksissa. Vanhusten fyysisiin tarpeisiin vastattiin paremmin kuin psykososiaalisiin tarpeisiin.

Tulosten mukaan omaiset saavat pääosin mielestään riittävästi tietoa omien vanhustensa hoidosta laitoksessa. Yksityisen sektorin tiedottamiseen oltiin tyytyväisimpiä, julkinen sektori sai eniten negatiivista palautetta, erityisesti terveyskeskukset. Pienessä laitoksessa tietoa saatiin muita paremmin, kaupungeissa taas muita kuntaryhmiä heikoimmin. Omaisten mielestä laitoshoidossa olevilla vanhuksilla on vain vähäiset mahdollisuudet vaikuttaa hoitoonsa ja mahdollisuudet vaikuttaa ovat keskimäärin pienemmät kuin vanhusten halu vaikuttaa. Suurimmiksi vaikuttamishalu arvioitiin yksityisissä palvelutaloissa, joissa myös vanhusten avun tarve oli mui-

den laitosten asukkaita pienempi. Pienimmiksi vaikutusmahdollisuudet koettiin terveyskeskuksissa, joissa puolestaan olivat hoidossa huonokuntoisimmat vanhukset.

Tulokset toivat esiin myös vanhusten huonon kohtelun suomalaisissa laitoksissa, vaikka se ei ole kovin yleistä. Yleisintä huono kohtelu oli suurissa yksiköissä ja terveyskeskuksissa, lääneistä Lapin läänissä. Yksityisissä palvelutaloissa hoidotta jäämistä ja loukkaavaa toimintaa oli vähiten. Huonon kohtelun muodoista vanhuksen hoidotta jättäminen yleisempää kuin vanhusta loukkaava käyttäytyminen. Vanhuksia jätetään tarpeettomasti yksin, makuutetaan märissä vaipoissa ja heidän toiveitaan ei oteta huomioon. Noin 10–20 prosenttia omaisista oli havainnut jotain huonon kohtelun muotoa päivittäin tai viikoittain. Näin arvioiden noin 4 000–7 000 vanhusta jää pitkäaikaishoidossa vaille tarvitsemaansa hoitoa ja huolenpitoa.

Laitosten tilojen taso on kirjava

Tutkimuksessa osaston ja yksikön koko nousi keskeiseksi vanhusten hoidon laatua määrittäväksi tekijäksi. Vanhusten kannalta oma huone pienessä yksikössä ja yleisten tilojen kodikkuus olivat tärkeitä elämisen laadun aineellisia edellytyksiä. Hoitohenkilökunnan arvioissa korostui se, että pienissä yksiköissä on helpompi hoitaa sekä asiakkaita että asioita. Omaiset arvostivat yleisten tilojen kodinomaisuutta ja siisteyttä. Julkiset, perinteiset laitokset ovat tutkimuksen tulosten mukaan pääosin vanhoja, suuria ja vastaavat huonosti nykyisiin kodinomaisuuden ja yksilöllisyyden vaatimuksiin. Suuret osastokoot ovat työviihtyvyyden, tiedonkulun ja työn organisoinnin kannalta ongelmallisia.

Vanhustenhuollon laitoksiin kohdistettu kysely (Vaarama ym. 1999d) antaa tiivistetysti yleiskuvan vanhusten hoidon ja asumisen ympäristöistä. Laitoksista yli puolta on peruskorjattu. Terveyskeskusten vuodeosastoja oli useimmin korjattu (noin 60 % kyselyyn vastanneista), kun taas yksityisissä palvelutaloissa korjauksia oli tehty harvimmin (kolmanneksessa tapauksista). Eroja selittää osaltaan rakennusten eri-ikäisyys: palvelutalojen rakennuskanta on nuorinta. Kauimmin on kulunut yksityisten vanhainkotien perusparannuksista. Seuraavassa taulukossa 10 ei ole eritelty perusparannuksia ajankohdan mukaan.

Taulukko 10. Vanhustenhuollon laitosten perusparannukset (%).

Perusparannus	*Yksityiset vanhainkodit*	*Yksityiset palvelutalot*	*Julkiset vanhainkodit*	*Julkiset palvelutalot*	*Terveys-keskukset*	*Yhteensä*
Ei	53,3	66,7	46,5	56,1	38,8	46,1
Kyllä	46,7	33,3	51,8	43,9	61,2	53,3

Ei myöskään tiedetä, mitä perusparannuksissa on tehty. Kysymyksessä saattaa olla pelkkä pintojen siistiminen, maalausremontti, tekninen parannus, esimerkiksi ilmanvaihdon järjestäminen tai muutaman wc-tilan rakentaminen. Erityisesti laman vuodet ovat olleet omiaan johtamaan pääasiassa teknisiin korjauksiin. Tilanteen tarkempi selvittäminen vaatisi erilliskyselyn. Hoitoympäristöllä on merkitystä: 1990-luvun puolivälissä tehdyn seurantaselvityksen (Häggman-Laitila & Kotilainen 1996) mukaan sillä oli suuri merkitys pitkäaikaispotilaiden kokemuksiin hoidon laadusta. Asukkaiden kokemukset olivat selvästi myönteisempiä 1980-luvun lopulla rakennetuissa uudenlaisissa taajamassa sijaitsevissa yksiköissä, joissa heillä oli omat tilavat huoneet ja hygieniatilat, vaihtelevat yhteistilat verrattuna terveyskeskusten vuodeosastoilla hoidettavien vanhusten kokemuksiin. Hyvä hoitoympäristö lisäsi myös läheisten osallistumista hoitoon.

Vuodenvaihteessa 1998–1999 tehdyn kyselyn (Vaarama ym. 1999d) aineistoissa terveyskeskusten yhden hengen huoneiden ja huonekohtaisten hygieniatilojen määrä on vähäinen verrattuna kyselyn vanhainkoteihin ja palvelutaloihin. Myös ruokailutiloja puuttuu, ja erilaisia päivän sisältöä tuovia tiloja kuten sauna ja kirjasto on vähemmän kuin vanhainkodeissa ja palvelutaloissa.

Taulukko 11 . Huonekoot eri asumismuodoissa (%).

Huonekoko	*Yksityiset vanhainkodit*	*Yksityiset palvelutalot*	*Julkiset vanhainkodit*	*Julkiset palvelutalot*	*Terveys-keskukset*	*Yhteensä*
1 hh	54,5	69,8	69,9	76,3	20,8	50,9
2 hh	39,3	26,1	26,7	19,6	38,5	31,0
3 hh	4,2	3,5	2,8	1,7	17,0	8,3
4 hh	2,0	0,6	0,7	2,4	24,0	9,9

Yhden hengen huoneita on terveyskeskuksissa noin viidennes ja neljän hengen huoneita noin neljännes. Tämä merkitsee sitä, että kahta yhden hengen huoneessa asuvaa kohti on noin kymmenen neljän hengen huoneessa asuvaa. Kolmen ja neljän hengen huoneiden määrä on kaikissa muissa asumismuodoissa alle prosentin tai muutaman prosentin luokkaa. Tästä päätellen yksityisyys ja yksilöllisyys toteutuvat terveyskeskusten vuodeosastoilla muita asumismuotoja huonommin.

Huonekoon lisäksi hygieniatilojen saavutettavuus merkitsee paljon hoidon ja asumisen yksityisyydelle ja yksilöllisyydelle sekä myös hoitohenkilökunnan työlle.

Taulukko 12. Hygieniatilat eri asumismuodoissa (%).

Hygieniatilat	*Yksityiset vanhainkodit*	*Yksityiset palvelutalot*	*Julkiset vanhainkodit*	*Julkiset palvelutalot*	*Terveys-keskukset*	*Yhteensä*
Huoneen yhteydessä	25,0	75,0	42,0	63,4	21,0	37,7
Käytävillä yhteiskäytössä	43,8	18,8	26,7	22,2	37,0	30,5
Huoneissa ja käytävillä	31,3	6,3	31,0	14,6	42,0	31,8

Käytävillä olevia yhteiskäyttöisiä hygieniatiloja on useimmin yksityisissä vanhainkodeissa (44 %). Terveyskeskuksissa yleisin tyyppi on sekamuoto (42 %), mikä tarkoittaa tavallisesti sitä, että yhden ja kahden hengen huoneissa on huonekohtaiset hygieniatilat ja suuremmista huoneista on lähdettävä käytävällä oleviin yhteisiin hygieniatiloihin. Tällainen järjestely ei enää vastaa asuin- ja hoitoympäristön hyvää tasoa eikä edistä yksityisyyttä.

Muutamasta prosentista terveyskeskusten vuodeosastoja ja julkisia vanhainkoteja ja palvelutaloja puuttuvat oleskelutilat ja yli puolet terveyskeskusten vuodeosastoja on vailla ruokailutiloja kuten myös 14 prosenttia julkisista vanhainkodeista. Erilaisia päivän sisältöjä mahdollistavia tiloja on kaikkein niukimmin terveyskeskusten vuodeosastoilla. Toimintaa haittaavia tilojen puutteita ilmoitettiin kuitenkin olevan terveyskeskusten vuodeosastoilla vähiten, noin 15 prosenttia, ja eniten yksityisissä palvelutaloissa, noin 67 prosenttia.

Useimmin nämä yksityisyyttä ja yksilöllisyyttä heikentävät ongelmat koskettavat kaupunkeja, joissa hoitoympäristöt ovat olleet perinteisesti laitosvaltaisia ja laitokset (sekä vanhainkodit että terveyskeskusten pitkäaikaisosastot) ovat suuria. Jotkin muut laatutekijät (esim. sijaintiin liittyvät) saattavat toteutua näissä paremmin kuin joissain muissa yksiköissä.

Vanhuspalvelujen kustannukset alentuneet

Vanhusten palvelujen kustannuksia ei voida analysoida luotettavasti ilman erillistä tutkimusta. Tässä pyritään kokonaisarvioon yhdistämällä erilaisia tietolähteitä. Sosiaalitoimen järjestämien vanhuspalvelujen menojen osalta käytetään sosiaalimenotilastoa (STM 1999). Terveyskeskusten vuodeosastojen pitkäaikaisen laitoshoidon kokonaiskustannukset lasketaan laskennallisten hoitopaikkojen ja tuoreen valtakunnallisen laitostutkimuksen keskimääräisen hoitopäiväkustannuksen avulla. Arvio jää vääjäämättä karkeaksi, ja siitä puuttuvat kokonaan kotisairaanhoidon kustannukset. Myös palveluasumisen kustannuksista ainakin osa jäänee tarkastelun ulkopuolelle. Koska mukana kuitenkin ovat suurimmat menoluokat, kannattaa tulos esittää.

Sosiaali- ja terveysministeriön (1999) laskelmien mukaan vanhusten sosiaalitoimen järjestämiin avo- ja laitospalveluihin käytettiin vuonna 1999 noin 6,5 miljardia markkaa (Taulukko 13). Tästä luvusta kuitenkin puuttuvat terveydenhuollon hoivapalvelujen eli terveyskeskusten antaman pitkäaikaishoidon ja kotisairaanhoidon sekä päiväsairaanhoidon ja muun osavuorokautisen hoidon osuudet.

Taulukko 13. Sosiaalimenojen vanhuus-pääryhmän menot (milj. mk) 1996–1999 (Sosiaali- ja terveysministeriö 1999).

	1996	*1997**	*1998***	*1999***
Menot yhteensä	54 000	54 600	55 400	57 300
Toimeentuloturva yhteensä	48 200	48 700	49 200	50 900
- Vanhuuseläkkeet	43 400	44 800	45 300	46 900
Palvelut yhteensä (netto)	5 800	5 900	6 200	6 500
- Laitoshoito (vanhainkodissa)	2 900	3 000	3 100	3 200
- Kotipalvelu	1 800	1 900	2 000	2 100
Menot, % sosiaalimenoista	29	29	30	30
Menot, % BKT:sta	9	9	8	8
* ennakkotieto; **ennuste;				

Vuonna 1998 vanhusten laitoshoitopäivä maksoi terveyskeskuksessa noin 566 mk (Vaarama ym. 1999c). Kun terveyskeskusten pitkäaikaishoidon kustannukset lasketaan edellä mainitulla tavalla ja lisätään mukaan laskelmaan, saadaan tulokseksi noin 8,4 miljardin markan kokonaismenot vuonna 1998 (Taulukko 14)

Taulukko 14. Vanhusten sosiaali- ja terveyspalvelujen kustannukset (milj. mk) vuonna 1998 (arvio).

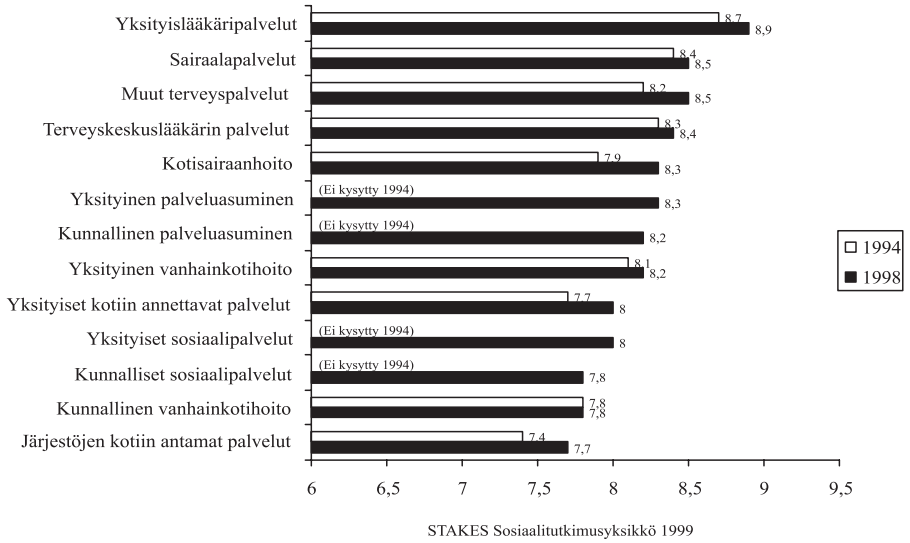
	Milj. mk
Kotipalvelu	2 100
Vanhainkoti	3 200
Terveyskeskusten pitkäaikaishoito	3 140
Yhteensä	8 440

Kun tähän lisätään palveluasuminen arvioituna keskimääräisen bruttokustannuksen ja asumispäivien mukaan saadaan arvioksi, että vanhusten pitkäaikaisen hoivan kustannukset olivat vuonna 1998 noin 10 miljardia markkaa. Tämä merkitsee noin 13 000 mk 65 vuotta täyttänyttä kohti ja noin 30 000 mk 75 vuotta täyttänyttä kohti. Aiempien arvioiden mukaan vanhusten pitkäaikaishoidon kustannukset olivat runsaat 10 mrd markkaa jo vuonna 1992 (Vaarama 1995). Siten vuoden 1998 vanhusten hoivapalvelujen kustannukset olivat reaalisesti vuoden 1992 kustannuksia pienemmät.

Kuva yli 60-vuotiaiden tyytyväisyydestä palveluihin ristiriitainen

Vuoden 1998 vanhusbarometrin (Vaarama ym. 1999a) mukaan valtaosa yli 60-vuotiaista suomalaisista oli sitä mieltä, että vanhuspalvelut ovat kehittyneet viime vuosina huonompaan suuntaan. Yli 75-vuotiaiden arviot palvelujen kehityksestä olivat myönteisemmät. Heistä kolmannes katsoi, että vanhuspalvelujärjestelmä oli muuttunut huonompaan suuntaan, mutta kolmannes katsoi sen muuttuneen parempaan suuntaan. Vuosien 1994 ja 1998 barometrien tulosten vertailu osoittaa edellä sanotun kanssa yhteensopivasti, että yli 60-vuotiaiden arviot vanhuspalvelujärjestelmästä ovat muuttuneet selvästi kielteisempään suuntaan.

Kuva muuttuu, kun barometrihaastatteluun osallistuneita yli 60-vuotiaita vastaajia pyydettiin antamaan arvosana erilaisille sosiaali- ja terveyspalveluille asteikolla yhdestä kymmeneen (Kuvio 1).



Kuvio 1. 60 vuotta täyttäneiden antama arvosana yksityisille ja julkisille sosiaali- ja terveyspalveluille (Vanhusbarometri 1998).

Yleislinjana on arvosanojen hienoinen parantuminen vuodesta 1994 vuoteen 1998. Kotisairaanhoidon, muiden terveyspalvelujen sekä yksityisten ja järjestöjen kotiin antamien palvelujen arvosanat nousivat merkittävästi neljän vuoden aikana. Parhaimman arvosanan saivat yksityiset lääkäripalvelut. Myös julkiset sairaalapalvelut, terveyskeskuslääkärin palvelut ja muut terveyspalvelut saivat hyvät arvosanat. Heikoimmat arvostelut saivat järjestöjen kotiin antamat palvelut sekä kunnallinen vanhainkotihoito. On huomattava, että kyse ei ole asiakkaiden arvioista, vaan mukana on myös kansalaismielipiteitä asiasta. Tulos kuvaa enemmänkin suhtautumista palveluihin kuin kokemusta niiden laadusta.

Stakesin ”vanhuspuhelimeen” tullut kansalaispalaute toi esiin vanhustenhuollosta kannettua huolta

Stakes avasi keväällä 1998 kiihkeänä käyneen vanhustenhuoltoa koskeneen julkisen keskustelun seurauksena vappuviikolla 1998 ”Puhutaan vanhustenhuollosta” -puhelinlinjan. Se oli avoin kansalaiskanava, joka tarjosi soittajille mahdollisuuden kertoa mielipiteitään vanhusten asemasta ja hoidosta Suomessa. Soittajille ilmainen puhelinlinja houkutteli ihmisiä kokemusten

vaihtoon ja keskusteluun Stakesissa työskentelevien tutkijoiden ja kehittäjien kanssa. Selvää on, ettei tällainen kanava voi antaa yleiskuvaa, koska soittajien joukko on valikoitunut. Se voi kuitenkin tuoda esiin tärkeitä, kokemukseen perustuvia havaintoja. Yhteydenottoja tuli kaikkiaan 472, joista 193 nauhoitettiin. Kaikki soittajat eivät halunneet puhelujaan nauhoitettavan.

Toisten avun varassa jokapäiväistä elämäänsä elävien vanhusten ihmisarvo ja oikeus yhteiskunnan jäsenyyteen askarrutti monen soittajan mieltä. Säästöjen armottomuus ja päätöksentekijöiden kuurous ikääntyneiden ihmisten tarpeille sekä hämmensi että herätti aggressiivisia tunteita päätöksentekijöitä ja yleisemminkin vallitsevia asenteita kohtaan. Vanhustyössä toimivan henkilöstön asemaa ymmärrettiin eikä heitä haluttu syyllistää.

Kysymys vanhojen ihmisten asemasta sosiaali- ja terveyspalvelujen muutoksessa, paikallisen päätöksenteon vastuullisuudesta ja ihmisen kohtaamisen etiikasta olivat soittojen keskeiset teemat. Toisaalta myös ristiriitaiset käsitykset ja jopa riidat siitä, mikä on vanhuksen ”paras” näytti tuottavan tuskaa ja ahdistusta sekä vanhoille ihmisille itselleen, heidän omaisilleen ja hoidossa ja päätöksenteossa mukana oleville ammattihenkilöille. Kysymykset kärjistyvät etenkin dementoituneiden ihmisten kohdalla. ”Kuka kuulee ihmistä itseään”, oli yhteinen huoli. Kansalaisten hätä ikääntyneiden, palveluista riippuvaisten ihmisten puolesta on puhelinpalautteen perusteella syvä.

Viime vuosina tapahtunut sosiaali- ja terveyspalvelujen rakennemuutos on mullistanut paitsi palveluyksiköiden sisäistä toimintaa myös niiden välistä työnjakoa. Vanhainkotien asukkaat ovat monesti ympäri vuorokauden apua tarvitsevia, monia sairauksia potevia tai keskivaikeasti tai vaikeasti dementoituneita ihmisiä. Terveyskeskussairaalat ovat muuttuneet yhä akuutimpia tilanteita ja sairauksia hoitaviksi yksiköiksi. Vanhuspuhelimeen soittaneet kansalaiset esittivätkin, että sairaalassa asuville pitkäaikaista hoitoa ja hoivaa tarvitseville tulisi osoittaa omat tilat ja työntekijät. Tällaisilla hoivaosastoilla tai ryhmäkodeissa huomioitaisiin ensisijaisesti asukkaiden tarpeet ja toiveet ilman akuuttisairaanhoidon paineita ja työmenetelmiä. Myös omaisten ja läheisten asema ja suhteet yhteisön lähiympäristöön voitaisiin hoitaa ilman sairaalan rajoitteita ja sääntöjä.

Palautteessa saatiin lukuisia esimerkkejä jo toimivista pitkäaikaishoidon yksiköistä ja ryhmäkodeista. Monet soittajat vetosivat erityisesti keinoihin herättää hoitohenkilöstön mielenkiinto todelliseen ”huolenpitoon ja hoitoon” ilman perinteisiä hoitamisen rutiineja, työjärjestyksiä ja sairaalahoidon vaatimia työkäytäntöjä ja tutkimuksia sekä sairaalan moniportaista hierarkiaa ja hallintoa. Vaaraman ym. (1999d) laitostutkimuksen tulosten perusteella tämä on julkisen sektorin

vanhusten hoidon todellinen haaste, ja se koskee erityisesti terveyskeskuksia.

Nykykäytännölle tyypillinen moniportainen johtaminen ja lukuisat asiantuntijaryhmät ovat puhelinpalautteen mukaan ympärivuorokautisen avun varassa elävien vanhusten näkökulmasta tarpeettomia ja kustannuksia lisääviä. Linjalle soittaneiden mielestä kaikkea erityisasiantuntemusta ei tarvita jokaisessa palveluja tuottavassa yksikössä, jos tunnetaan oman osaamisen rajat ja osataan kysyä ja konsultoida. Apua on tarvittaessa saatava myös vanhuksen luo. On aika päästä irti ihmisten ”pompottelusta” ja kierrättämisestä palvelupisteestä toiseen.

Kansalaiset odottavat, että vanhuksille tuotetaan yhtenäisiä, järkeviä ja joustavia palvelukokonaisuuksia. He kaipaavat ”omatyöntekijää”, joka tuntee heidät nimeltä ja tietää keitä he ovat. Omatyöntekijän kanssa neuvotellen edetään ja valitaan. ”Eletään oikeata elämää ihmisinä – ei kustannuksia tuottavana erityisryhmänä!”

Palautteessa vedotaan vahvasti työntekijöiden mielenkiinnon herättämiseen aitoon ihmisen kohtaamiseen ja perustyöhön. Erityisesti halutaan kehittää:

- vanhusten ruokailutilanteita ja turvata heidän riittävä, säännöllinen ravinnon saantinsa
- riittävän ja asukkaita kunnioittavan wc-avun saaminen
- aikuisuutta kunnioittavan vaippahoidon osaamista ja riittävien apuvälineiden turvaamista
- asiakkaan tarpeesta lähtevää hygienian hoitoa ja ihmistä kunnioittavaa peseytymiskulttuuria
- mahdollisuutta saunomiseen
- ihmistä kunnioittavaa ja lämmintä kohtaamista jokapäiväisissä hoitotoimissa
- yhteyksien luomista ympäröivään yhteiskuntaan
- paljon apua tarvitsevien vanhusten etujärjestötyötä.

Myös työntekijät tarttuivat kynään tai puhelimeen, vaikkakin harvoin. Työntekijöiden antamassa palautteessa kuului toivottomuus. Kuka kuulee, kuka kantaa vastuun silloin, kun hoitajan minuutit asukasta tai potilasta kohti eivät riitä edes perustarpeisiin? Hoitajan ei kuitenkaan ole hyvä puhua ääneen kokemaansa: ”Portilla on tulossa työhönsä tyytyväisiä.”

Toisaalta palautteesta välittyy myös toivo: pitkäaikaista hoitoa ja huolenpitoa tarvitsevista ihmisistä aletaan olla kiinnostuneita. Vanhustyössä on keinoja ja mahdollisuuksia vastata hoitoa ja huolenpitoa tarvitsevien ihmisten tarpeisiin ja lisätä heidän elämänlaatuaan. Työyhteisöissä on kokemusta, osaamista ja tietoa. Hoitoympäristöt ovat kehittyneet. Uusia apuvälineitä on saatu. Omaisten mielenkiinto on herännyt. Myös paikalliset päättäjät käyvät yhteisöissä ja ovat kiinnostuneita vanhustyöstä. Yhteistyö, yhdessä yrittäminen, hyvä työyhteisö ja työstä oppiva työnäky antavat voimia ja rohkeutta mennä eteen-

päin toisaalta päivä ja hetki kerrallaan toisaalta tulevaisuuteen luottaen.

Myös omaishoitajat osallistuivat palautteen antamiseen. Omaishoitajina toimivat ovat aktiivisia vaikuttajia. Omaishoitajien työ näyttäytyy palautteissa toisaalta palkitsevana ”rakkauden työnä”, jossa yhdistyvät kiintymys ja kunnioitus autettavaa kohtaan. Toisaalta omaishoito voi olla myös sitova velvollisuus, johon hoitava tuntee olevansa velvoitettu 24 tuntia vuorokaudessa. Omaishoitajat odottavat ymmärrystä työllensä, sen sitovuudelle ja raskaudelle. Omaishoitajien työssä tulevat näkyväksi myös sukulaisten väliset ristiriidat ja erilaiset näkemykset hoidettavan ”parhaasta”. Omaishoitaja voi olla epäiltynä hyväksikäytöstä ja oman edun tavoittelusta, joksi huolenpito voidaan tulkita. Useat omaishoitajat korostavat työnsä yhteiskunnallista merkitystä ja perustelevat myös sillä oikeuttaan yhteiskunnan näkyvään tukeen. Etenkin vapaapäivien ja palvelujen ja rahallisen tuen jäykät järjestelyt herättävät mielipahaa ja arvostelua. Yleensä omaiset ovat kuitenkin tyytyväisiä voidessaan elää läheisensä kanssa tämän viimeiset, vaikka usein vaikeiksi ja raskaiksi koetut vuodet.

Yhteenveto ja päätelmät

Vanhusten hoivan palvelurakenne on kymmenen viime vuoden aikana muuttunut ja palvelujen tarjonta suhteessa kohdeväestöön on selvästi niukentunut. Kotipalveluita on supistettu jatkuvasti, ja painopiste on ollut palveluasumisen laajentamisessa. Pitkäaikaishoito laitoksissa on myös muuttanut muotoaan. Kun vanhainkotihoitoa on vähennetty ja vanhusten pitkäaikaishoito erikoissairaanhoidossa on miltei loppunut, on terveyskeskusten pitkäaikaishoito puolestaan lisääntynyt. Vanhusten pitkäaikaishoito on siis siirtynyt perustason laitoksiin ja ympärivuorokauden henkilökuntaa omaaviin palvelutaloihin. Laitoshoidon osalta palvelurakennemuutoksen tavoite näyttää toteutuneen, mutta toinen puoli tavoitteesta eli vastaava avopalvelujen lisääminen on jäänyt saavuttamatta.

Kehitys nostaa esiin tärkeitä kysymyksiä. Kun vähennys on psykiatrisessa hoidossa ollut voimakas, herää epäily, saavatko psykiatrista hoitoa tarvitsevat vanhukset enää tarvitsemaansa hoitoa. Voidaan myös kyseenalaistaa palvelutalot ”kevyen laitoshoidon” muotona. Pystyvätkö ne hoitamaan asianmukaisesti huonokuntoisia vanhuksia ja takaamaan heidän turvallisuutensa? Missä määrin siinä on kyse todellisesta avopalvelupainotteisesta hoitomuodosta ja missä määrin vain säästöjen nimissä kehitetystä ”keven-

netystä laitoshoidon” muodosta? Monessa kunnassa tämä kehitys näkyy siten, että kotiin annettavien palvelujen henkilöstöä on supistettu, koska kotipalveluhenkilöstö on lisääntyvästi siirtynyt palvelemaan palvelutaloissa asuvia vanhuksia. Näin on saatu aikaan kotipalveluhenkilöstön varassa toimiva laitoshoito. Koska voimavarat on otettu kotiin annettavista palveluista, voidaan kehitystä luonnehtia myös avopalvelun laitosvaltaistamiseksi.

Lamavuosina vanhusten palveluja supistettiin voimakkaasti. Laman jälkeen on alettu panostaa palveluasumisen lisäksi myös tukipalveluun ja omaishoidon tukeen, mutta suhteessa vanhusväestön määrän kehitykseen kasvu näyttää hitaalta. Vanhusten palveluissa näkyy nyt panostettavan kunnalle halvimpien hoitomuotojen lisäämiseen. Kotihoidon ja kodinhoitoavun niukentaminen on huolestuttavaa, samoin kuin vanhusten kokoaminen liian kevyesti varustettuihin palvelutaloihin.

Palvelurakenne vaihtelee kuntatyypeittäin ja alueittain. Jos ajatellaan palvelujen käytön kuvastavan palvelujen saatavuutta eli tarjontaa, tuloksesta voi päätellä, että vanhuspalvelujen kysyntä ja tarjonta kohtaavat huonosti. Vanhuksia on eniten kaupungeissa ja Manner-Suomessa, mutta niissä on yksipuolisin palvelutarjonta. Laitospalveluja on tarjolla muita kuntia runsaammin, avopalveluja muita niukemmin. Maaseutukunnissa tilanne on päinvastainen. Näyttäisi siltä, että juuri kaupunkimaiset kunnat tarvitsevat jonkinlaista avopalvelujen kehittämisohjelmaa pystyäkseen vastaamaan vanhusten palvelutarpeeseen. Toisaalta myös harvaan asutuissa maaseutupitäjissäkin on pystyttävä tarjoamaan myös vanhusväestölle tarpeen mukaiset palvelut.

Vanhuspalveluissa järjestelmä on muuttunut erittäin valikoivaksi. Vanhuspalvelut ovat supistuneet kymmenen viime vuoden aikana merkittävästi. Palvelujen saantia on kiristetty, ja enää vain huonokuntoisimmat asiakkaat pääsevät julkisten palvelujen piiriin. Sekä kotona että laitoksissa hoidettavat vanhukset ovat iäkkäitä ja paljon apua tarvitsevia. Huolestuttavaa on kotihoidon jatkuva vähentäminen jopa huonokuntoisilta asiakkailta sekä laitosten kiire ja siitä aiheutuva henkilöstön kuormittuminen ja hoidon laadun heikkeneminen. Kustannuksia on karsittu niin, että palvelujen saatavuus ja laatu kärsivät. Sekä kansalaiset että työntekijät ovat tilanteesta huolestuneita.

Vanhusten hoidon tila tulisi ottaa erityistarkasteluun. Kehitys pitäisi kääntää kohti vanhusten, työntekijöiden ja omaisten kannalta inhimillisempää hoitoa.

Lähteet

Evergreen 2000 – ohjelmisto (Vaarama M., Kandelberg K. & Kitinoja A.-P. 1998). Helsinki: Stakes.

Häggman-Laitila, A. & Kotilainen, H. 1996. Tämäkö on nyt sitten se paras ratkaisu? Uudentyyppiset ja perinteiset pitkäaikaishoidon tilat ja ympäristö vertailussa. Raportteja. Helsinki: Stakes.

Kauppinen, S. 1997. Sosiaalihuollon laitoshoito, asumispalvelut ja kotihoito 1995. Tilastotiedote 3/1997. Helsinki: Stakes.

Kauppinen, S. 1998. Kotihoito 1997. Tilastoraportti 32/1998. Helsinki: Stakes.

Pacolet, J., Bouten, R., Lanoye, H. & Versieck, K. 1999. Social Protection for Dependency in Old Age in the 15 EU Member States and Norway. Statistical and Institutional Annexes. Katholieke Universiteit Leuven. Hoqer insituut voor de arbeit.

Perälä, M.-L., Pöyry, P., Hammar-Mikkonen, T. & Noro, A. 2000. Vanhusten kotihoidon järjestäminen kunnissa. Käsikirjoitus.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 1992. Palvelurakennetyöryhmän väliraportti. Työryhmämuistio. Sarjat 7. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 1996. Vanhuspolitiikkaa vuoteen 2001. Suomen vanhuspoliittisen tavoite- ja strategiatoimikunnan mietintö. Komiteamietintö 1996:1. Oy Edita Ab. Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 1999. Vanhuspolitiikka. Esitteitä 4.

Vaarama, M. 1995. Vanhusten hoivapalvelujen tuloksellisuus hyvinvoinnin tuotanto-näkökulmasta. Stakes. Tutkimuksia 55. Gummerus. Jyväskylä.

Vaarama, M. & Noro, A. 1997. Vanhusten sosiaali- ja terveyspalvelut. Teoksessa Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 1997. Uusitalo, H., Staff, M. (toim.). Stakes. Raportteja 214. Gummerus. Jyväskylä. s. 93–104.

Vaarama, M., Hakkarainen, A. & Laaksonen, S. 1999a. Vanhusbarometri. Selvityksiä 3. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Vaarama, M., Rintala, T., Eteläpää-Vainio, S. & Sinervo, T. 1999b. Omaishoidon tuki sosiaalipalveluna. Selvitys omaishoidon tuesta ja sen vaihtelusta vuonna 1998. Selvityksiä 1999:6. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Vaarama, M., Törmä, S., Laaksonen, S. & Voutilainen, P. 1999c. Omaishoidon tuen tarve ja palvelusetelillä järjestetty tilapäishoito. Omaishoidon palvelusetelikokeilun loppuraportti. Selvityksiä 10. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Vaarama, M., Kainulainen, S., Perälä, M.-L. & Sinervo, T. 1999d. Vanhusten laitoshoidon tila. Voimavarat, henkilöstön hyvinvointi ja hoidon laatu. Aiheita 46/1999. Helsinki: Stakes.

Mielenterveyspalvelut

Ville Lehtinen & Vappu Taipale

20 viime vuoden aikana mielenterveyspalveluissa on tapahtunut raju muutos. 1980-luvun aikana rakennemuutos oli hallinnassa. Silloisen lääkintöhallituksen ohjauksessa psykiatristen sairaalapaikkojen määrä väheni lähes puoleen vuosikymmenen alun tilanteesta, ja samanaikaisesti psykiatrista avohoitoa kehitettiin voimaperäisesti. Sen sijaan 1990-luvulla tapahtunutta psykiatrisen palvelukentän muutosta ei enää kaikilta osin voi pitää hallittuna (Korkeila & Tuori 1996). Psykiatristen sairaansijojen määrä putosi edelleen noin puoleen tämänkin vuosikymmenen aikana, mutta avohoidon vahvistaminen lähes pysähtyi ja paikoin jopa taantui.

Näkyvä trendi psykiatristen palvelujen rakennemuutoksessa 1990-luvulla on ollut myös palvelujen ”kunnallistaminen”, siirtäminen sairaanhoitopiirien hallinnasta kuntien omaksi toiminnaksi tavallisimmin osaksi perusterveydenhuoltoa. Muutoksella on tavoiteltu kokonaisvaltaisempaa mielenterveystyön hallintaa kuntatasolla, mikä monessa kunnassa onkin onnistunut. Toisaalta siirron yhteydessä voimavaroja on usein karsittu. Tilastojen aikasarjoissa tätä muutosta ei pystytä seuraamaan tarkasti.

1990-luvun kehityksen syynä on ollut vuosikymmenen alussa koettu syvä taloudellinen lama mutta myös mielenterveyspalvelujen posteriorisointi. Laman aikana karsittiin psykiatrisen erikoissairaanhoidon palveluita paljon runsaammin kuin somaattisen sairaanhoidon palveluita. Häkkisen ym. (1996) mukaan erikoissairaanhoidossa toteutetut kustannussäästöt olivat vuosina 1991–1994 kaikkiaan noin 1,6 miljardia markkaa. Valtaosa näistä säästöistä näytti toteutuneen psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa. Epäsuorasti voidaan arvioida, että kyseisenä aikana psykiatrisen erikoissairaanhoidon resurssit vähenivät yli 40 prosentilla. Mielenterveyspalvelujen kehittäminen perustasolla ei ole läheskään kyennyt kompensoimaan näitä resurssileikkauksia.

On myös viitteitä siitä, että väestön psyykkinen sairastavuus olisi 1990-luvulla lisääntynyt. Kelan tilastojen mukaan mielenterveyden häiriöiden takia myönnettyjen (sekä uusien että voimassa olevien) työkyvyttömyyseläkkeiden määrät lisääntyivät vuoden 1995 loppuun saakka, jolloin vertailukelpoinen tilastointi päättyi. Näiden häiriöiden takia myönnettyjen päivärahakausien määrä lisääntyi ainakin vuoden 1995 loppuun saakka (Koskinen 1997). Suomen lääketilaston mukaan psyykenlääkkeiden kulutus on kasvanut 26 prosenttia vuodes-

ta 1991 vuoteen 1998. Masennuslääkkeiden käyttö on samana aikana yli kolminkertaistunut. Tähän lienee osasyynä uusien, aikaisempia kalliimpien mutta vähemmän sivuvaikutuksia omaavien masennuslääkkeiden tulo markkinoille, mutta kasvu kertoo myös mielenterveysongelmien lisääntymisestä. Myös kyselyyn perustuvien väestön terveystutkimusten mukaan väestön psyykkinen oireilu näyttäisi 1990-luvulla lisääntyneen (Kontula & Koskela 1993; Arinen, Häkkinen, Klaukka, Klavus, Lehtonen & Aro 1998; Rimpelä 1999).

Useiden arvioiden mukaan psykiatriassa toteutettu rakennemuutos on 1990-luvulla käytännössä ollut resurssien alasajoa (Taipale 1996). Avohoidon ja sitä tukevien toimintojen kehittämisen vauhti ei ole kyennyt kompensoimaan sairaalahoidon vähenemistä vaan on johtanut psykiatristen potilaiden ja heidän perheidensä kannalta kestämättömään tilanteeseen.

Mielenterveystyö integroituu muuhun terveydenhuoltoon

1980-luvulla sosiaali- ja terveydenhuolto sai työn sisältöä ohjaavaa lainsäädäntöä mm. sosiaalihuoltolakeineen, lastensuojelu- ja päihdehuoltolakeineen ja vammaisuuteen liittyvine lakeineen. Tavoiteltiin sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistä vastuuta. Tavoitteena oli myös vahvistaa mielenterveystyötä omalla lainsäädännöllä ja laatia erikoissairaanhoidon asemaa koskeva laki. Nämä säädökset toteutuivat 1990-luvun alussa.

Mielenterveystyön lainsäädännölliseksi perustaksi muodostui vuonna 1990 annettu Mielenterveyslaki, jonka mukaan ”mielenterveystyöllä tarkoitetaan yksilön psyykkisen hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja persoonallisen kasvun edistämistä sekä mielisairauksien ja muiden mielenterveyden häiriöiden ehkäisemistä, parantamista ja lievittämistä”. Mielenterveystyöhön kuuluu lain mukaan varsinaisten mielenterveyspalvelujen lisäksi ”myös väestön elinolosuhteiden kehittäminen siten, että elinolosuhteet ehkäisevät ennalta mielenterveyden häiriöiden syntyä, edistävät mielenterveystyötä ja tukevat mielenterveyspalvelujen järjestämistä”. Mielenterveystyö on siis laaja käsite, johon sisältyy mielenterveyden laaja-alainen edistäminen sekä mielenterveyden häiriöiden ehkäisy, hoito ja kuntoutus.

Vuonna 1991 voimaan astunut erikoissairaanhoitolaki integroi psykiatrisen erikoissairaanhoidon somaattiseen erikoissairaanhoitoon. Laki merkitsi mielisairaanhuollon hallinnollisesti ja toiminnallisesti eriytetyn ase-

man päättymistä, mihin oli vuosikymmeniä pyritty kehittämällä yleissairaalapsykiatriaa. Samalla se kuitenkin merkitsi psykiatrian erityiskysymyksiä tuntevien päättäjien syrjäytymistä tämän alueen keskeisestä kehittämisestä ja päätöksenteosta, kun erilliset mielisairaanhuoltopiirit purettiin. Palvelujen rakennemuutokseen ja sairaalapaikkojen vähentämiseen kouliintunut psykiatrikunta joutui somaattisen erikoissairaanhoidon joukkoon keskellä pahinta lamaa. Mielenterveystyön suhteellinen asema uusissa sairaanhoitopiireissä heikkeni selvästi.

Lainsäädäntö edellyttää mielenterveyspalvelujen järjestämistä eri sektoreiden ja hallinnonalojen yhteistyönä. Sekä erikoissairaanhoitolaissa että kansanterveyslaissa asetetaan erikoissairaanhoidolle ja perusterveydenhuollolle yhteistyövelvoite. Mielenterveyslaissa säädetään lisäksi yhteistyövelvoite kunnan kansanterveystyön ja sosiaalihuollon välille. Käytännössä mielenterveystyön toteuttamiseen osallistuvat monet toimijat, terveyden- ja sosiaalihuollon lisäksi monet kansalaisjärjestöt sekä kansalaiset itse. Näin ollen psykiatrinen (erikois)sairaanhoito on vain pieni joskin tärkeä osa mielenterveystyötä. Yhteistyössä on edelleen parantamisen varaa.

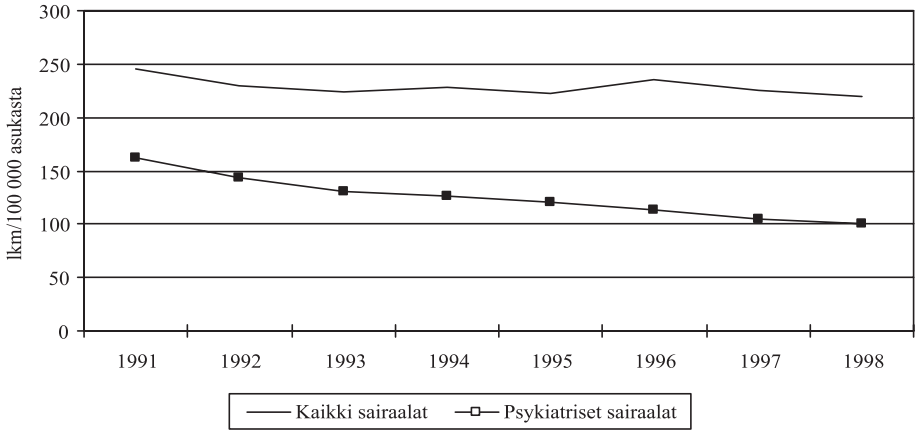
Sairaansijat vähenevät, dementian hoito siirtyy yleissairaaloihin

1990-luvulla tapahtunutta mielenterveyspalvelujen rakennemuutosta kuvataan tarkemmin ja systemaattisemmin tämän palvelukatsauksen tilastoosassa ja Stakesin tuoreessa tilastoraportissa (Nenonen, Pelanteri & Rasilainen 2000). Tässä yhteydessä otetaan esiin joitakin tärkeimpiä kehityspiirteitä.

Mielenterveyspalvelujen rakennemuutos on näkynyt voimakkaimmin psykiatrian erikoisalan sairaansijojen määrässä, joka 1980-luvun alussa oli vielä noin 20 000, 1990-luvun alussa noin 12 300 ja vuonna 1999 enää noin 6 200 sairaansijaa eli 1,2 sairaansijaa 1 000 asukasta kohti. Psykiatrian erikoisalalla tuotetut hoitopäivät ovat vähentyneet samaa tahtia, mutta vuosittain hoidettujen potilaiden kokonaismäärä on vähentynyt vain vähän. Sen sijaan pitkäaikaisten (yli vuoden yhtäjaksoisesti psykiatrian erikoisalan sairaalahoidossa olleiden) potilaiden määrä on vähentynyt 1990-luvulla edelleen selvästi: 1991 näitä potilaita oli vielä noin 2 900 ja 1998 enää alle 1 000. Tämä kertoo sekä sairaalahoidon tehostumisesta että lisääntyneestä pyrkimyksestä siirtää pitkäaikaisia sairaalapotilaita erilaisiin asumispalveluihin, lähinnä hoito- ja palvelukoteihin,

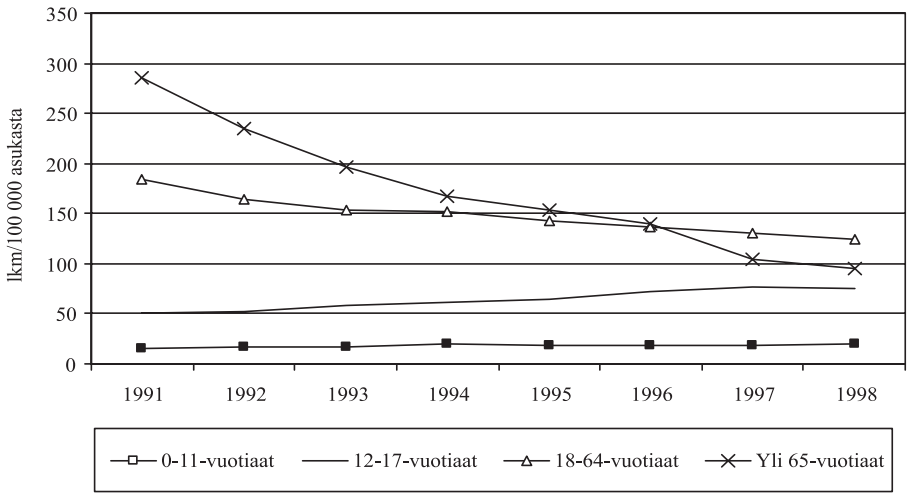
joita 1990-luvulla ovat perustaneet sekä kunnat että yksityiset palvelun-tuottajat.

Toinen merkittävä sairaalahoidon kehitystrendi on ollut se, että psykiatrisen diagnoosin saaneiden potilaiden hoito on yhä enemmän siirtynyt psykiatrian erikoisalan sairaaloista muihin kunnallisiin sairaaloihin (Kuvio 1). Havaitaan, että psykiatrisella diagnoosilla hoidossa olevien potilaiden keskimääräinen päivittäinen lukumäärä kunnallisissa sairaaloissa yhteensä on pysynyt lähes samalla tasolla koko 1990-luvun, mutta psykiatrian erikoisalan sairaalahoidossa olleiden potilaiden osuus väestöstä on samana aikana selvästi vähentynyt. Vuonna 1998 selvästi alle puolet psykiatristen potilaiden hoitopäivistä toteutui psykiatrian erikoisalalla. Psykiatristen sairaalapotilaiden kokonaislukumäärä keskimäärin päivässä oli kyseisenä vuonna koko maassa noin 11 900, joista vain vähän yli 5 500 oli psykiatrian erikoisalan hoidossa.



Kuvio 1. Psykiatristen sairaalapotilaiden keskimääräinen lukumäärä päivässä 100 000 asukasta kohti psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa ja kaikissa kunnallisissa sairaaloissa.

Psykiatrisen sairauden takia tapahtuvan kunnallisten sairaaloiden käytön kehitys on 1990-luvulla ollut selvästi erilaista eri ikäryhmillä (Kuvio 2). Voimakkain lasku on ollut vanhimpien eli yli 64-vuotiaiden kohdalla: sairaalahoidossa keskimäärin päivässä olevien potilaiden määrä on tänä aikana pudonnut kolmasosaan vuosikymmenen alun tilanteesta. Selvää laskua on tapahtunut myös 18 - 64-vuotiaiden ryhmässä, mutta lasten ja nuorten ryhmissä on tapahtunut samana aikana hienoista lisääntymistä.

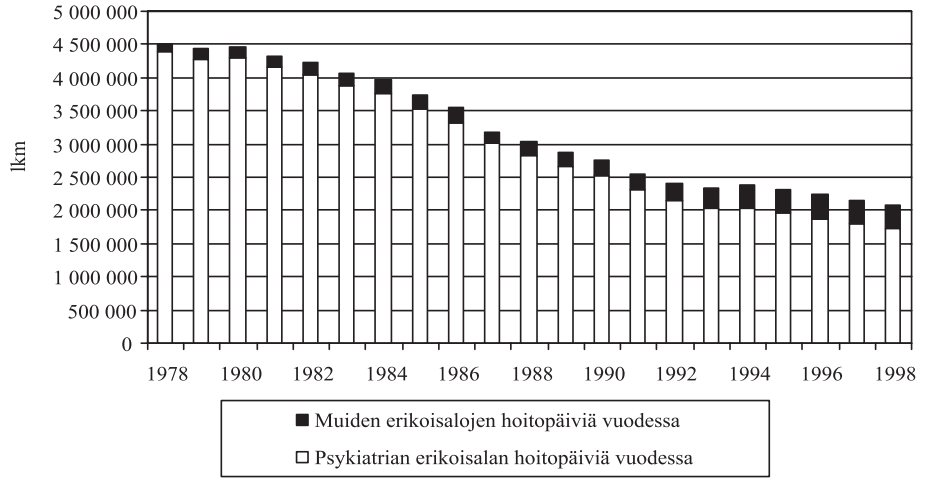


Kuvio 2. Kunnallisten sairaaloiden psykiatristen potilaiden keskimääräinen lukumäärä päivässä 100 000 asukasta kohti eri ikäryhmissä.

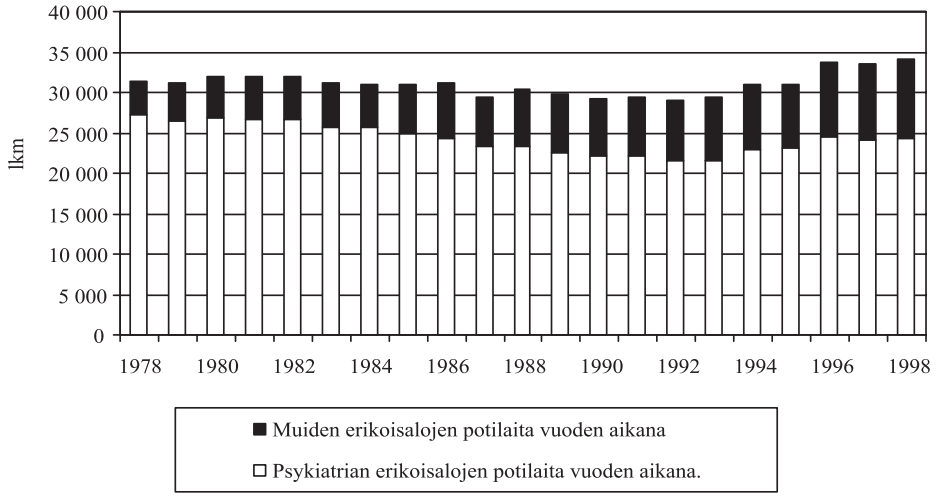
Psykiatrisen sairaalahoidon kehitystä tarkasteltaessa on otettava huomioon myös hoitokäytäntöjen tietoinen muuttaminen. Kehitysvammaiset henkilöt on pyritty siirtämään muihin heille paremmin sopiviin hoitomuotoihin. Samoin iäkkäät vaikeita mielenterveyden häiriöitä sairastavat pitkäaikaispotilaat, jotka eivät tarvitse aktiivista psykiatrista hoitoa, on siirretty erilaisiin vanhustenhuoltolaitoksiin. Siksi seuraavaan aikasarjatarkasteluun on valittu vain neljä psykiatrian erikoisalan omimpaan alueeseen kuuluvaa diagnoosiryhmää, eli skitsofrenia ja muut vastaavat psykoosit, mielialahäiriöt (depressio, mania ym.), neuroosit sekä persoonallisuushäiriöt (Nenonen 1999). Ongelmana tässä vuodet 1978–1998 kattavassa tarkastelussa on, että diagnostiikka on kyseisenä aikana muuttunut kahdesti. Voidaan kuitenkin arvioida, että vertailtavuus on säilynyt varsin hyvänä, kun näitä diagnoosiryhmiä tarkastellaan yhdessä.

Kuviosta 3 havaitaan, että kyseisten ryhmien hoitoon käytetyt hoitopäivät ovat tarkastelujakson aikana pudonneet alle puoleen (noin 4,5 miljoonasta noin 2 miljoonaan). Nähdään myös, että psykiatrian erikoisalan osuus on näiden potilasryhmien hoidossa edelleen selvästi merkittävin: vain viidesosa hoitopäivistä toteutui vuonna 1998 muissa kunnallisissa sairaaloissa. Itse asiassa valtaosa muissa kunnallisissa sairaaloissa hoidetuista potilaista on sairastanut dementiaa tai muita vanhuuden mielenterveyden häiriöitä. Samana aikana psykiatrian erikoisalan keskeisten potilasryhmien hoitoon käytettyjen hoitojaksojen määrä on selvästi lisääntynyt: alle 30 000 vuotuisesta hoitojaksosta yli 50 000

hoitojaksoon. Hoidettujen potilaiden määrä on kyseisenä aikana pysynyt hyvin tasaisena: noin 32 000–34 000 potilasta vuodessa (Kuvio 4). Oleellisin muutos näiden psykiatrian keskeisten diagnoosityyppien kohdalla on siten ollut hoitoaikojen huomattava lyhentyminen ja potilaiden ottaminen useammin uudestaan sairaalahoitoon, mutta vuotuisten potilasmäärien pysyminen entisellään.



Kuvio 3. Hoitopäivien lukumäärä neljällä keskeisellä psykiatrisella diagnoosiryhmällä 1978 - 1998.



Kuvio 4. Hoidettujen potilaiden lukumäärät neljällä keskeisellä psykiatrisella diagnoosiryhmällä 1978 - 1998.

Psykiatrian erikoisalan sairaalapalvelujen käytössä havaitaan suuria alueellisia ja kuntien välisiä eroja. Hoitopäivien väestöön suhteutetuissa määrissä todettiin vuonna 1997 alueiden välillä jopa kolminkertaisia eroja ja hoidettujen potilaidenkin määrissä kaksinkertaisia eroja (Lounamaa, Pelanteri & Tuori 1998). Kuntien väliset erot olivat vielä suuremmat. Korkeilan ym. (1998) tutkimuksen mukaan alueelliset sairaalakäytön erot olivat samansuuntaisia Mini-Suomi-tutkimuksessa (Lehtinen ym. 1991) todettujen alueellisten sairastavuuserojen kanssa, mutta osa eroista selittyi selvästi myös erilaisilla hoitokäytännöillä.

Valtion mielisairaaloiden tilanne on ollut varsin vakaa koko 1990-luvun, vaikka vuosikymmenen alussa esitettiin arvioita niidenkin tarpeen vähenemisestä. Niiden paikkaluku on koko ajan ollut runsaat 400 sairaansijaa. On ilmeistä, että paikkaluvun raju vähennys kunnallisella puolella selittää valtion mielisairaaloihin kohdistuvan kysynnän säilymisen.

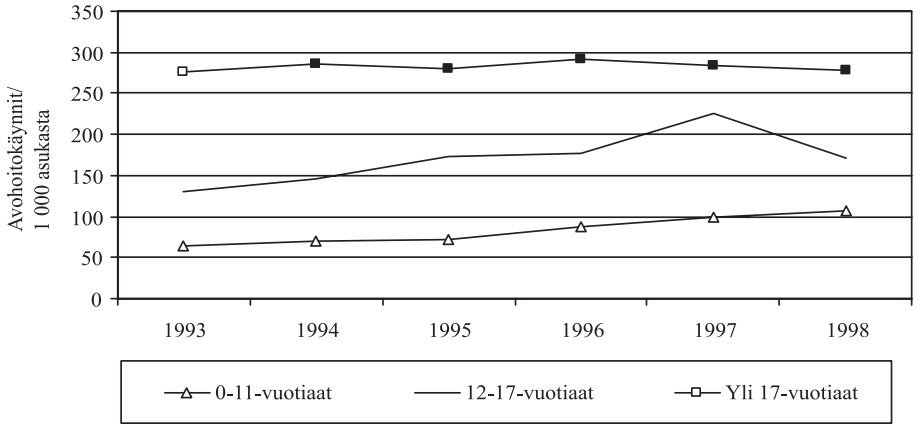
Avohoito lisääntyy, erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon alueelliset erot ovat suuria

Psykiatrisen avohoidon osalta keskeinen muutos 1990-luvulla on ollut ns. ”kunnallistaminen”, kyseisten palvelujen siirtäminen hallinnollisesti sairaanhoitopiireistä kuntien omaksi toiminnaksi. Vuonna 1995 tehdyn selvityksen mukaan 69 prosenttia maamme kunnista osti psykiatriset avohoitopalvelunsa sairaanhoitopiiriltä, 23 prosenttia tuotti ne perusterveydenhuollon palveluina ja 6 prosenttia kunnista sovelsi jotain muuta järjestämismallia (Kokko 1995).

Tuoreinta tietoa tilanteesta on saatavissa sairaanhoitopiirien psykiatrian ylilääkäreille vuoden 2000 alussa lähetetystä kyselystä, jossa saatiin tietoja 226 kunnasta (Tuori 2000). Vuonna 1995 71 prosenttia näistä kunnista osti psykiatriset avohoitopalvelunsa sairaanhoitopiiriltä mutta vuonna 1999 enää 54 prosenttia. Toiminnan siirtäminen kuntien omaksi toiminnaksi on siis jatkunut ripeänä koko 1990-luvun ajan.

Psykiatristen avohoitokäyntien määrä on kokonaisuudessaan lisääntynyt 1990-luvulla. Kokonaiskehityksen hahmottaminen on kuitenkin jossakin määrin hankalaa, koska on todennäköistä, että osa kunnallistetusta avohoidosta ei tule tilastoinnin piiriin. Toisaalta on mahdollista, että osa käynneistä rekisteröityy kahteen kertaan eli ne tulevat mukaan sekä kuntien että palveluntuottajien ilmoittamana. Toimintatilastojen mukaan vuonna 1998 toteutui kaikkiaan noin 1 650 000 avo-

hoitokäyntiä, joista 76 prosenttia tapahtui erikoissairaanhoidon piirissä ja 24 prosenttia perusterveydenhuollon yhteydessä (ks. taulukko 1). Kuviosta 5 nähdään, että sairaanhoitopiirien toteuttamat avohoitokäynnit ovat lisääntyneet lasten ja nuorten ryhmissä, mutta aikuisten käyntien määrä on 1990-luvulla pysynyt varsin vakiona. Toisaalta tilastoidut ”kunnallistetut avohoitokäynnit” ovat lisääntyneet vuodesta 1995 vuoteen 1998 noin 200 000:sta noin 350 000:een. On ilmeistä, että valtaosa näistä käynneistä oli aikuisten käyntejä.



Kuvio 5. Sairaanhoitopiirien avohoitokäynnit 1 000 asukasta kohti vuosina 1993–1998.

Sairaanhoitopiirien välillä oli vuonna 1998 suuria eroja psykiatrisen avohoidon toteutumisessa. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon psykiatristen avohoitokäyntien kokonaismäärä vaihteli 196 käynnistä 521 käyntiin 1 000 asukasta kohti, eli ero oli lähes kolminkertainen. Koko maan keskiarvo oli 321 käyntiä 1 000 asukasta kohti.

Psykiatriset avohoitokäynnit ”miljoonapiireittäin” vuonna 1998 esitetään taulukossa 1. Myös tässä näkyvät avohoitokäyntien määrien erot perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa. Selvästi eniten psykiatrista avohoitoa oli ”kunnallistettu” Kuopion miljoonapiirissä: lähes puolet käynneistä toteutui perusterveydenhuollossa. Oulun miljoonapiirissä ”kunnallistaminen” oli myös varsin pitkällä, mutta muissa miljoonapiireissä perusterveydenhuollossa toteutuneiden käyntien osuus oli noin 10 prosenttia tai sen alle. On kuitenkin huomattava, että sekä Helsingin että Turun miljoonapiireissä luvut eivät välttämättä anna aivan oikeaa kuvaa, koska sekä

Helsingin että Turun koko psykiatrinen erikoissairaanhoito on ollut näiden kaupunkien omaa toimintaa, vaikka se perinteisesti onkin laskettu erikoissairaanhoitoon.

Taulukko 1. Psykiatriset avohoitokäynnit viidessä miljoonapiirissä vuonna 1998.

Miljoonapiiri	*Avohoitokäynnit*		
	Perusterveydenhuolto	*Erikoissairaanhoito*	*Perusterveydenhuollon osuus kaikista avohoitokäynneistä*
HYKS	40 659	643 567	5,9
TYKS	18 954	175 950	9,7
TAYS	42 348	303 987	12,2
KYS	187 312	78 635	51,2
OYS	105 976	130 307	44,8
Koko maa	395 249	1 253 074	24,0

Toisaalta pelkkä avohoitokäyntien määrän seuraaminen ei anna luotettavaa kuvaa näiden palvelujen kokonaistilanteesta. Tilastot eivät kerro käyntien sisällöstä ja laadusta. Henkilökunnan määrä ei ole lisääntynyt samassa suhteessa kuin käyntien määrä (ks. seuraava jakso), mikä voi kertoa paitsi toiminnan tehostumista myös laadun heikkenemistä. Meillä ei ole varmaa kuvaa esimerkiksi perhekäyntien kehityksestä. Ne vaativat enemmän aikaa ja sitovat enemmän henkilökuntaa kuin yksilökäynnit. Perhekeskeinen hoito olisi kuitenkin monessa tapauksessa paras ja laadukkain vaihtoehto, mutta sen lisääminen voi tapahtua vain käyntien määrän vähentämisellä.

Henkilöstöä tarvitaan avopalveluihin

Mielenterveystyössä henkilökohtaisella kontaktilla on enemmän merkitystä kuin sosiaali- ja terveyspalveluissa yleensä. Hoidosta merkittävä osa on erilaista vuorovaikutusta ja terapiaa, joka on työvoimaintensiivistä. Vuodeosastohoito kehittyy yhä intensiivisemmäksi, joten myös siihen tarvitaan runsaasti ammattitaitoista henkilöstöä. Mitä vähemmän sairaalapaikkoja halutaan käyttää, sitä monipuolisempaa avohoidon palvelurakennetta tarvitaan, jolloin henkilöstön määrällinen tarve ja työotteen moniammatillisuus lisääntyvät. Sitten 1980-luvun Suomessa ei ole arvioitu sairaala- ja avopalveluiden henkilöstön mitoitusta, mutta tämä työ tulee tarpeelliseksi valtioneuvoston tavoite- ja toimintaohjelman 2000–2003 toteuttamisen myötä.

Vuosien 1982–1992 aikana psykiatrisessa avohoidossa toimivan hen-

kilöstön määrä kaksinkertaistui, ja se oli vuonna 1992 koko maassa keskimäärin 5,1 hoitohenkilöä 10 000 asukasta kohti (Tuori 1994). Vuoden 1992 jälkeen ei ole tehty koko maan kattavaa selvitystä avopalveluiden henkilöstömääristä, mutta edellä mainitun ylilääkärikyselyn mukaan näyttäisi siltä, että psykiatrisessa avohoidossa toimiva henkilöstö (mukaan lukien myös kuntien omana toimintana toteuttama psykiatrinen avohoito) olisi vuonna 1995 ollut pienempi (4,5 hoitohenkilöä 10 000 asukasta kohti) kuin vuonna 1992 (Tuori 2000). 1990-luvun jälkipuoliskolla kehitys olisi kuitenkin kääntynyt jälleen nousuun siten, että vuonna 1999 avohoitohenkilöstön määrä oli palautunut vuoden 1992 tasolle, eli oli taas 5,1 10 000 asukasta kohti.

Hoitohenkilökunnan työuupumuksesta on 1990-luvulla puhuttu runsaasti. Tämä ongelma ei varmaankaan koske vähiten juuri psykiatrisessa työssä olevaa henkilökuntaa, koska ala on kokenut muita erikoisaloja suuremmat supistukset ja koska myös palvelujen tarve ja kysyntä on lisääntynyt. Henkilökunta on monin paikoin joutunut ponnistelemaan jaksamisensa äärirajoilla.

Avopalvelujen kirjo kasvaa ja tuottaminen hajautuu

Avohoitoa tukevien toimintojen, kuten päiväsairaaloiden, päivätoimintakeskusten, pienkotien, kuntoutuskotien ja tuettujen asumispalvelujen, käytöstä ei ole saatavissa luotettavaa tietoa, koska palvelut ovat hajautuneet sairaanhoitopiirien tuottamaksi, kuntien omaksi ja yksityisten palveluntuottajien toiminnaksi. Koskisen (1997) tekemän selvityksen mukaan näyttäisi siltä, että näiden palvelujen käyttö olisi vähentynyt selvästi 1990-luvun alkupuoliskolla: mielenterveyspotilaiden lukumäärä sairaanhoitopiirien kuntoutuskodeissa väheni vuosina 1992–1995 1 444:stä 879:ään. Toisaalta kunnat alkoivat samana aikana siirtää näitä palveluja omaksi toiminnakseen. Tilanne näyttääkin parantuneen viime vuosina, sillä tilastoliitteen mukaan vuonna 1998 psykiatristen kuntoutuskotien asukasmäärä oli jo 2 079.

Toisaalta kuntien tuottama mielenterveysongelmaisten palvelu- ja tukiasuntojen käyttö pysyi suunnilleen samalla tasolla vuosina 1990–1994: näitä palveluja käyttäneiden asiakkaiden määrä oli 600–700 vuodessa. Kyseiseltä ajalta ei ole tietoa yksityisten palvelu- ja tukiasuntojen käytöstä. 1990-luvun loppupuolen kehitystä näyttää leimaavan näiden palvelujen siirtyminen kunnan omasta toiminnasta yksityisten palvelutuottajien toiminnaksi, ja samalla näitä palveluja käyttävien asiakkaiden määrä on jonkin

verran lisääntynyt. Vuonna 1995 yhteensä 1 433 henkilöä käytti näitä palveluja (joko kunnan omia tai yksityiseltä ostamia), ja vuonna 1998 luku oli 1 952.

Tuoreimpien tietojen perusteella tilanne näyttäisi siis avohoidon tukipalvelujen osalta kääntyneen myönteisempään suuntaan 1990-luvun loppupuoliskolla (ks. tilasto-osa). Mielenterveysongelmista kärsivien määrä palvelu- ja tukiasunnoissa on tilastojen mukaan lisääntynyt vuodesta 1994 vuoteen 1998 keskimäärin 23 prosentilla ja kuntoutuskodeissa vastaava lisäys on ollut peräti 95 prosenttia. Näissä suhteissa kehitys on siis mennyt hyvään suuntaan, joskin luvut saattavat antaa liian myönteisen kuvan muutoksesta. Sairaanhoitopiirien väliset erot ovat suuret.

Selvityshenkilötoiminta

Suomessa on 1990-luvulla tehty kaksi valtakunnallista selvitystä mielenterveyspalvelujen kokonaistilanteesta ja erillisselvitys palveluasunnoista. Ensimmäinen selvitys tehtiin ministeri Terttu Huttu-Juntusen toimeksiannosta vuonna 1996 (Taipale 1996). Selvityksessä kiinnitettiin huomiota mm. lasten ja nuorten palvelujen karsimiseen 1990-luvun alkupuolella. Nuorten tahdonvastainen hoito erityisesti vakavan mielenterveyden häiriön vuoksi lisääntyi, mutta lasten oikeuksien sopimusta ei kaikkialla noudatettu alaikäisten hoidossa, vaan lapsia hoidettiin yhä tahdonvastaisesti aikuisten osastoilla. Työikäisten mielenterveyspalveluja leimasivat erityisesti avohoidon yksipuolisuus ja riittämättömyys. Vammaisuuteen liittyvät mielenterveysongelmat jäivät usein liian vähälle huomiolle. Myöskään maahanmuuttajien mielenterveyskysymyksiin ja palvelujen kehittämiseen ei kiinnitetty riittävästi huomiota.

Selvitys mielenterveyskuntoutujien asumistason kohentamiseksi tehtiin ministeri Sinikka Mönkäreen toimeksiannosta (Taipale 1998). Siinä ehdotetaan vuosina 1999–2003 rakennettavaksi 2 000 palveluasuntoa ja perustettavaksi valtakunnallinen Y-palveluasuntosäätiö.

Toisen kokonaisvaltaisen mielenterveyspalveluselvityksen toteutti osana Mielekäs Elämä! -ohjelmaa yhdeksän selvityshenkilöä vuonna 1999. He keskittyivät mielenterveyden avopalveluihin, nuorten palveluihin ja lasten palveluihin (Sosiaali- ja terveysministeriö 2000). Selvityshenkilöiden tekemän kartoituksen keskeinen löydös oli, että lähes kaikki todetut puutteet, heikkoudet ja ongelmat olivat entuudestaan tuttuja ja niihin on vaadittu korjausta jo aikaisemminkin. Tilanne on jatku-

nut vuosikausia epätyydyttävänä. Suurimpina epäkohtina selvitys piti resurssien niukkuutta, suunnittelun hajanaisuutta, palveluvalikoiman vähäisyyttä, potilaiden/asiakkaiden vähäistä vaikutusmahdollisuutta sekä pulaa arkisen selviytymisen ja kuntoutuksen tuesta. Erityistä huomiota kiinnitettiin eri toimijoiden välisen yhteistyön ongelmiin sekä erityisesti lasten ja nuorten psykiatrisen hoidon riittämättömyyteen.

Selvityshenkilötoiminnan pohjalta Mielekäs Elämä! -ohjelman mielenterveyspalvelujen kehittämisryhmä on antanut omat suosituksensa mielenterveyspalvelujen kehittämiseksi (Sosiaali- ja terveysministeriö 2000). Niissä tuotiin esille mm. seuraavia ehdotuksia:

- Valtion tulisi osoittaa vuosina 2001–2005 yhteensä 1,5 miljardin markan lisärahoitus mielenterveystyön palveluiden lisäämiseen, kehittämiseen ja henkilöstön täydennyskoulutukseen.
- Kuntien ja kuntayhtymien tulisi tehdä kuntakohtaiset tai alueelliset mielenterveyspalveluiden kokonaissuunnitelmat osana sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaohjelmaa siten, että ne perustuvat kunnan palvelutilanteen kokonaisvaltaiseen arviointiin sekä selvitykseen mielenterveys- ja päihdeongelmien esiintyvyydestä eri ikäryhmissä ja eri ongelmista kärsivän väestönosan tarpeista.
- Kuntalaisten pääsy palveluihin olisi turvattava. Akuuttipalveluihin olisi päästävä joustavasti ja nopeasti. Riittävät palvelut olisi turvattava myös ns. lievemmistä psyykkisistä häiriöistä kärsiville.
- Kuntoutusta olisi kehitettävä erityisesti kuntoutujalähtöiseksi.
- Asumis- ja muita tukipalveluita olisi taattava sairaalasta kotiutettaville potilaille. Palvelukotien toiminnalle olisi luotava yleisesti hyväksytyt laatukriteerit, ja lääninhallitusten tulisi säännöllisesti valvoa niiden toteutumista.
- Tiedonkulkuun ja hoitoketjujen saumattomuuteen tulisi kiinnittää erityistä huomiota.
- Henkilökunnan koulutusta mielenterveyskysymyksissä ja kehittämistoimintaa olisi lisättävä.

Perusterveydenhuolto suurin mielenterveyden avopalvelujen tarjoaja

Epidemiologisten tutkimusten mukaan suurin osa mielenterveyspalveluista toteutuu perusterveydenhuollon toimesta (Lehtinen ym. 1991, 1993), mutta tilastotietoa tästä ei ole, koska perusterveydenhuollon tilastoinnissa ei rekisteröidä potilaiden diagnooseja. Joka tapauksessa on selvää, että perus-

palveluissa (kuntien sosiaali- ja perusterveydenhuollossa) toteutettava mielenterveystyö on tärkein osa mielenterveystyön kokonaisuutta. Tämän toiminnan kehittäminen vaatii erityistä huomiota.

Peruspalvelujen tehtävänä on huolehtia mielenterveyden edistämisestä ja ehkäisevästä työstä sekä tavallisimpien mielenterveyden häiriöiden diagnostiikasta, hoidosta ja kuntoutuksesta. Monissa kunnissa on sosiaali- ja terveystoimen yhdistymisen myötä perustettu erityisiä mielenterveys- ja/tai päihdetyön tiimejä, joiden vastuulla on mielenterveystyön kokonaisvaltainen toteuttaminen ja kehittäminen kunnan alueella. Kuntien väliset erot ovat suuret: joissakin kunnissa mielenterveyspalvelut on hoidettu mallikkaasti, toisissa tämä on selvästi laiminlyöty alue (Luomahaara, Vuorinen & Naarala 2000). Kuntien tukeminen erilaisin kehittämishankkein on tärkeää. Kuntien tulisi tuottaa oma mielenterveystyön kehittämis- ja toimintasuunnitelmansa.

Lasten ja nuorten palvelujen tarve kasvaa

Lasten mielenterveyspalvelujen painopiste on aina ollut avopalveluissa. Vain harvoin lapsen elämäntilannetta voidaan korjata ilman että hänen läheisensä osallistuvat aktiivisesti hoitotoimenpiteisiin. Tämä tapahtuu luontevimmin avopalveluissa. On tärkeätä, että lasten ongelmiin päästään käsiksi riittävän aikaisin, jotta ne voitaisiin ratkaista ilman että lapsen kehitys hidastuu tai häiriytyy. Varhainen puuttuminen voi estää ongelmien syvenemisen ja vähentää sairaalahoidon tarvetta.

Lasten mielenterveyspalvelut ovat hajautuneet kuntien sosiaalitoimeen, terveystoimeen ja opetusalalle sekä erilaisille järjestöille ja yksityisille ammatinharjoittajille. Mielenterveyttä tuetaan myös erilaisissa vapaa-ajan toimissa, ja esimerkiksi koulujen kerhotoiminta on ollut laajaa ennen lamaa, mutta se karsiutui lamavuosina alle puoleen eikä ole lamasta toipunut (Blom, Laukkanen, Lindström, Saresma & Virtanen 1996). Kouluterveydenhuollon tehtävänä on toimia myös mielenterveyttä edistävänä ja häiriöitä ehkäisevänä, mutta sekin taantui lamavuosina.

Kasvatus- ja perheneuvolat vastaavat lasten, nuorten, heidän vanhempiensa ja perheiden neuvonnan ja terapian tarpeisiin, ja niiden 222 palvelupistettä kattavat lähes koko maan. Kasvatus- ja perheneuvoloihin hakeudutaan useimmiten lapsen ongelmien vuoksi (60 % käynneistä). Myös perheongelmat ja parisuhdeongelmat ovat yhteydenoton syinä. Asiakkaista on 60 prosenttia aikuisia ja 40 prosent-

tia lapsia, joista suurin osa on kouluikäisiä, 7–15-vuotiaita (Kauppinen & Taskinen 1998). 1990-luvulla asiakkaiden ja käyntien määrä on kasvanut huomattavasti. Vuonna 1997 asiakkaita oli 40 % ja perheitä 38 % enemmän kuin vuonna 1991. Käyntejä oli kaikkiaan 419 271, mikä oli 46 % enemmän kuin vuosikymmenen alussa. Asiakasmäärän kasvu taittui vuonna 1998. Asiakkaaksi hakeutumisen syissä ei ole tänä aikana tapahtunut merkittäviä muutoksia.

Kehitys on ollut samansuuntainen lasten- ja nuorisopsykiatrisen erikoissairaanhoidon avohoitokäyntien määrässä. 1990-luku on tuonut mukanaan rajua kasvua erityisesti lasten ja heidän perheidensä tarvitsemiin avohoitokäynteihin. Nuorisopsykiatriassa kasvu on ollut maltillisempaa (Kuvio 5).

Koska avohoidon tilastointi pohjautuu lukumäärätietoihin, tarkempaa erittelyä asiakkaista ja heidän ongelmistaan ei saada. Kasvatus- ja perheneuvoloiden asiakkaista ei kerätä lapsen oireen mukaisia valtakunnallisia tilastoja, joten vertailua asiakkaiden ongelmien välillä ei voida tehdä. On syytä olettaa, että erikoissairaanhoidon potilailla on vaikeampia psyykkisiä häiriöitä tai muiden alojen erikoislääkärin palveluja vaativia ongelmia, mutta tilastollista näyttöä asiasta ei ole. Lukumääräisesti kasvatus- ja perheneuvolatoiminta tuottaa noin kolminkertaisen määrän käyntejä erikoissairaanhoidon avopalveluihin verrattuna.

Lasten ja nuorten sairaalahoito vastaa vaikeimmin häiriytyneiden tarpeista. Osa potilaista on myös akuutin hoidon tarpeessa joko perhekriisin tai oman sairautensa vuoksi. Häiriöiden määrä ja hoidon tarve lisääntyvät nopeasti nuoruusikää lähestyttäessä, mikä näkyy palvelujen käytössä: keskimäärin 20 alle 12-vuotiasta on kunnallisissa sairaaloissa päivässä 100 000 vastaavanikäistä kohti, ja noin 75 12–17-vuotiaita 100 000 vastaavanikäistä kohti (ks. tilasto-osa).

Oman palvelunsa nuorille tarjoavat 6[1] valtion koulukotia, jotka antavat laitoshoitoa avohoidon tueksi, pitkäaikaisempaa hoitoa ja kuntoutumista koulunkäynteineen sekä itsenäisen asumisen yksikköjä jälkihuoltoon. Nykyisin koulukotien oppilaat ovat monioireisia nuoria, joista kaksi kolmannesta on jo ennen koulukotisijoitustaan käyttänyt psykiatrisia palveluja. Huomattavan monella on erilaisia oppimishäiriöitä. Vuosittain noin 300 koulukotinuoren joukossa on aiempaa enemmän maahanmuuttajalapsia.

Erityisen pulmallinen on nuorten tahdonvastaisen sairaalahoidon tilanne. Suomen ratifioima lasten oikeuksien sopimus (1991) velvoittaa hoitamaan tahdonvastaisesti psykiatriseen sairaalaan joutuneet alle 18-vuotiaat alaikäisten osastoilla eikä aikuisten parissa, ellei tähän ole erityistä syytä.

[1] Koivikko ja Sairila yhdistyivät vuoden 2000 alussa.

Kyse ei ole kovin suuresta määrästä nuoria, mutta sairaanhoitopiirien välillä on suuria eroja sekä sopimuksen toteuttamisessa että tahdonvastaisten toimien määrässä. Tahdonvastaisesti sairaalaan joutuvien nuorten suhteellinen osuus vuodessa on kasvanut 1990-luvulla 20:sta 40 nuoreen 100 000:ta vastaavanikäistä kohti. Vuonna 1998 sairaanhoitopiirien minimi oli 12 ja maksimi 89 100 000:ta vastaavanikäistä kohti. Näistä nuorista jokunen sata hoidetaan aikuisten osastoilla ilman, että ”erityinen syy” olisi riittävän motivoidusti esitetty. Eduskunnan apulaisoikeusasiamies on toistuvasti joutunut huomauttamaan sopimuksen rikkomisesta kuntia ja valvovia viranomaisia.

Viime vuosikymmenen aikana lama jätti jälkensä suomalaisten perheiden elämään, ja tästä aiheutuneet kriisit tulevat viiveellä näkyviin lasten ja nuorten elämässä. Lasten moninaiset pulmatilanteet tulevat esille lisääntyvänä oirehtimisena, päihteiden käyttönä, lastensuojelun tarpeen kasvuna ym. Vaikka useammassakin sairaanhoitopiirissä on perustettu uusia lasten tai nuorten osastoja, niin tarve on kasvanut nopeammin. 1990-luvun lopulla tämä on näkynyt jonotusaikojen pidentymisenä. Lasten pääsy niin avohoidossa toteutettavaan terapiaan kuin sairaalaankin on saattanut viivästyä kuukausilla, jopa vuosilla.

Koska lasten ja nuorten mielenterveyspalvelut ovat usean hallinnonhaaran vastuulla, kokonaistavoitteita on ollut vaikea asettaa (Sosiaali- ja terveysministeriö 1992). Pyrkimyksistä huolimatta vakaata valtakunnallista kehitystä ei ole saatu aikaan. Lasten mielenterveystyön ammattilaisista on meillä koettu olevan jatkuvasti pulaa, vaikka Suomessa on kansainvälisten vertailujen mukaan maailman toiseksi tai kolmanneksi eniten lastenpsykiatreja. On tarvetta kehittää palvelurakennetta saumattomammaksi ja moniammatillista yhteistyötä sujuvammaksi.

Eduskunta on kiinnittänyt huomiota lasten tilanteeseen käsitellessään valtion talousarviota vuodelle 2000. Vuodesta 1999 alkaen syntyi lastensuojelutapauksia varten valtakunnallinen tasausrahasto, kun vaikutti ilmeiseltä, että kunnat eivät tee tarpeellisia huostaanottoja pyrkiessään kustannussäästöihin. Vuodelle 2000 eduskunta varasi 70 miljoonaa markkaa lasten ja nuorten psykiatristen palvelujen kohentamiseen.

1990-luku on tuonut lasten ja nuorten mielenterveystyöhön uudenlaisia ilmiöitä. Avioerojen lisääntyessä kasvavat myös vaikeat huoltoristiriidat. Vaikeissa huostaanottotapauksissa käännytään yhä useammin lakimiehen puoleen, jolloin mielenterveystyön asiantuntijat joutuvat lausunnonantajiksi ja joskus osallisiksi oikeudenkäynteihin. Lasten seksuaalinen hyväksikäyttö on ollut valokeilassa muun perheväkivallan ohella. Juuri lasten mielenterveystyössä on tullut ensi kertaa Suomessa näkyviin terveydenhuollon vähittäinen oikeudellistu-

miskehitys, eli asiakkaiden halu turvautua asianajajaan, kun he eivät koe saaneensa tarpeelliseksi katsomiaan palveluja.

Tyydyttämätön hoidon tarve on suuri

Suomalaisessa aikuisväestössä mielenterveyden häiriöiden esiintyvyydeksi on 1980-luvulla tehtyjen selvitysten mukaan arvioitu noin 20–25 prosenttia (Lehtinen ym. 1991, 1993). Mielenterveyspalvelujen tarpeessa arvioitiin näiden samojen tutkimusten mukaan olevan noin 17 prosenttia aikuisväestöstä. Puolet tarpeesta jakautuu erikoissairaanhoitoon ja puolet perusterveydenhuoltoon. 1990-luvulla ei ole tehty vastaavia kokonaisvaltaisia väestötutkimuksia.

Tyydyttämätön hoidon tarve on mielenterveyspalvelujen merkittävä kehittämishaaste. Edellä mainittujen tutkimusten mukaan selvästi yli puolet mielenterveyspalvelujen tarpeessa olevista kansalaisista ei ollut hoidon tai avun piirissä. Ei ole mitään syytä olettaa, että tyydyttämättömän hoidon tarpeen osuus olisi oleellisesti vähentynyt, varsinkin kun näyttää ilmeiseltä, että mielenterveyden ongelmat ovat yleistyneet. Vuosina 1997–1998 toteutetun eurooppalaisen depressioprojektin Suomen osatutkimuksen mukaan vain noin 30 prosenttia masennusdiagnoosin saaneista kansalaisista oli jossakin hoidossa masennuksensa takia (Lehtinen 2000).

Viisi yliopistosairaalaa toteutti yhdessä laajan epidemiologisen tutkimuksen vuonna 1981 syntyneiden lasten tilanteesta 8 vuoden iässä. Julkaistujen tutkimusten (mm. Puura 1998, Ikäheimo 1999) mukaan lasten häiriintyneisyys kyselytutkimuksen mukaan arvioituna oli 12 prosenttia, ja se vaihteli alueittain 8 ja 14 prosentin välillä, lapsen ja vanhemman haastattelun perusteella 17 prosenttia, pojilla 23–25 prosenttia ja tytöillä 7–10 prosenttia.

Psyykkisesti häiriintyneiden lasten oireilu havaitaan noin kahdessa kolmesta tapauksesta. Noin puolet lapsista hakeutuu tutkimuksiin tai hoitoon, näistä kaksi kolmannesta mielenterveystyöhön erikoistuneisiin työpisteisiin. Koulussa häiriön toteamiseen johtivat oppimisvaikeudet ja se, että lapsi kiusasi toisia lapsia. Yksinhuoltajuus tai vaikeat perheongelmat olivat yhteydessä hoitoon hakeutumiseen.

Kansainväliset kokemukset opiksi meille, meidän osaamisemme kansainväliseen käyttöön

Ei ole mielenterveystyön mallimaata. 1990-luvun kansainvälinen keskustelu mielenterveyskysymyksistä on liikkunut yhtäältä palvelureformikysymyksissä, toisaalta myös syrjäytymisen ehkäisy ja ihmisoikeuskysymykset ovat nousseet esiin. Muutoksia palvelujärjestelmässä on tehty säästöjen toivossa, tai ääritilanteissa, joissa hoidotta jääneiden mielenterveyspotilaiden tekemät väkivallanteot ovat kuohuttaneet kansalaisia siinä määrin, että ne ovat pakottaneet hallitukset toimimaan lähinnä kontrollia lisäävästi.

Suomalaisille luontevimpia vertailukohteita ovat Pohjoismaat, Hollanti ja Iso-Britannia maiden varsin samankaltaisen toimintamallin vuoksi. Tavanomaisen resurssoinnin lisäksi näissä maissa on tehty kohdennettuja panostuksia erityisesti mielenterveysalalle. Tanska on lisännyt voimavaroja tuettuun asumiseen ja tukihenkilötoimintaan, Ruotsi kohdensi 1,2 miljardia kruunua mielenterveystyöhön vuosina 1996–1998. Norjan tuore päätös merkitsee 6 miljardia kruunun sijoittamista 8 vuoden aikana tälle alueelle. Vuosikymmenen alussa britit joutuivat keskittymään ympärivuorokautisesti valvottujen asuntoloiden kehittämiseen väkivallan aallon vuoksi ja suuntaavat nyt palvelurakenteen monipuolistamiseen satoja miljoonia puntia. Tällaiset kohdennetut rahamäärät ovat erittäin suuria suomalaisesta näkökulmasta. On syytä seurata, millaisia tuloksia nämä panostukset mielenterveystyöhön tuottavat.

Suomi on ottanut mielenterveyskysymykset esille EU-yhteyksissä. Keskeisenä tavoitteena on ollut lisätä mielenterveyden näkyvyyttä ja painoarvoa Euroopan unionin ja jäsenvaltioiden kaikessa päätöksenteossa sekä erityisesti vaikuttaa uuden kansanterveyden kehysohjelman valmisteluun siten, että mielenterveyskysymykset tulisivat riittävästi esille. Ministerineuvostossa sekä Terttu Huttu-Juntunen että Eva Biaudet ovat olleet aloitteellisia. Suomen puheenjohtajuuskauden mielenterveyskokous Tampereella lokakuussa 1999 vei mielenterveyden edistämisen teemaa eteenpäin. Tämän kokouksen tulosten pohjalta valmisteltu Neuvoston kannanotto mielenterveyden edistämisestä hyväksyttiin terveysministerien neuvostossa marraskuussa 1999. Suomen jälkeiset puheenjohtajamaat ovat sitoutuneet viemään mielenterveysasioita eteenpäin. Mielenterveyden edistämisestä on tullut koko EU:n asia.

Valtakunnallisten kehittämishankkeiden tärkeä rooli

Laajat valtakunnalliset psykiatrian ja mielenterveystyön kehittämishankkeet ovat tukeneet maamme mielenterveyspalvelujen kehittymistä. Valtakunnallinen skitsofrenian tutkimuksen, hoidon ja kuntoutuksen kehittämisprojekti vaikutti 1980-luvulla ratkaisevasti tämän vaikeimman mielenterveyden häiriön hoidon kehittymiseen. Skitsofreniaprojektin hoitomallin pohjalta kehitetty akuutin psykoosin integroitu hoito -projekti on 1990-luvulla jatkanut tätä kehitystyötä. Valtakunnallinen itsemurhien ehkäisyprojekti saatiin päätökseen 1990-luvun loppupuolella. Sen suositusten perusteella käynnistynyt valtakunnallinen depressioprojekti MIELI MAASTA! toteutettiin vuosina 1994–1998. Viimeisimmät valtakunnalliset kehittämishankkeet ovat käynnistyneet vuosina 1997–1998. Mielekäs Elämä! -projektin keskeisenä tavoitteena on mielekkään elämän turvaaminen henkilöille, joilla on mielenterveyden ongelmia tai niiden uhkaa. PÄÄSKY-projekti tähtää erityisesti peruspalveluissa toimivan henkilöstön mielenterveysosaamisen parantamiseen täydennyskoulutuksen keinoin. Uusi sosiaali- ja terveydenhuollon tavoitteita tukeva kuntien mielenterveystyön kehittämishanke on suunnitteluvaiheessa.

Edellä kuvattujen valtakunnallisten kehittämishankkeiden merkitys on suuri Suomen kaltaisessa maassa, jossa palvelujen järjestämisvastuu on 452 kunnalla. Kunnat tarvitsevat työnsä tueksi valtakunnallisia suosituksia ja kehittämisvirikkeitä, jotka voivat syntyä myös innovatiivisista ja tuloksellisista paikallisista toimintamalleista. Hyvä yhteistyö eri toimijoiden välillä on ensiarvoisen tärkeää mielenterveystyön kehittämisessä.

Mielenterveystyön haasteet 2000-luvun alussa

Mielenterveyden häiriöt kuuluvat 2000-luvun alun sosiaali- ja terveydenhuollon suuriin haasteisiin vanhustenhuollon ohella. Ne koskettavat laajasti kaikkia väestöryhmiä, ne vaurioittavat erityisesti lasten tulevaisuuden mahdollisuuksia ja ne näkyvät sosiaalimenoissa lisääntyvinä työkyvyttömyyseläkkeinä ja kansantaloudessa vähentyneenä työpanoksena. Kehitys on samansuuntaista kaikissa teollisuusmaissa, eikä mikään maa ole kyennyt luomaan sellaista kokonaisvaltaista mielenterveyspalvelujärjestelmää, joka voisi toimia maailmanlaajuisesti hyvänä esikuvana. Tarvitaan mielenterveystyön tutkimus- ja kehittämistoimintaa; näyttöön perustuvaa

tietoa vaikuttavista hoidoista on saatava lisää samoin kuin eri palvelumuotojen kustannus- ja vaikuttavuusvertailuja.

Suomen kehitys on 1990-luvulla ollut pääosin kielteinen. Pitkällinen pyrkimys yleissairaalapsykiatriaan ja mielenterveyden häiriöiden tiedostamiseen sairauksiksi sairauksien joukossa toteutui 1990-luvun alussa mahdollisimman vaikeana ajankohtana. Laman supistuksissa psykiatrian erikoisala osoittautui haavoittuvaksi, samalla kun ehkäisevän mielenterveystyön kevyt ja kustannuksiltaan huokea palveluvarustus kunnissa joutui leikkausten kohteeksi. Mielenterveyden ongelmista kärsivien pitkäaikaistyöttömyys ja toimeentulo-ongelmat ovat lisänneet heidän vaaraansa syrjäytyä. Lasten ongelmat ilmenevät lastensuojelun tarpeessa ja koulujen työrauhaongelmina. Työelämän vaatimukset näkyvät lisääntyneenä työuupumuksena. On siis kaikki syy olettaa mielenterveyspalvelujen tarpeen olevan vielä kasvussa lähivuosina.

2000-luvun haasteena on lisätä mielenterveyspalvelujen tarjontaa ja nostaa laatua. Palvelujen tehostaminen ei riitä, vaan on niihin tulee kohdentaa lisää voimavaroja. Pelkästään lisäämällä määrää ongelmia ei kuitenkaan ratkaista. Kuntien palveluvalikoiman on monipuolistuttava, ja palvelujen on oltava asiakkaiden kannalta saumattomia. Mielenterveyden häiriöihin edelleen liittyvä häpeä ja hiljaisuus on murrettava. Samalla potilaiden ja heidän omaistensa edellytyksiä järjestäytymiseen, vertaistoimintaan ja kuntoutukseen on kohennettava. Ilman vaativia asiakkaita palvelut eivät voi kehittyä.

Lasten ja nuorten palvelujen ensisijaisuuden rinnalla tulee painottaa vanhusten mielenterveyspalvelujen merkitystä. Harvat asiat ovat niin ennakoitavissa kuin vanhusten ja erityisesti hyvin vanhojen vanhusten määrän raju kasvu Suomessa. Mielenterveyspalvelujen tarve ei katoa ihmisten ikäännyttyä, vaikka skitsofrenian ja muiden nuorella iällä alkavien mielenterveyden häiriöiden vaikutukset saattavat iän myötä tasaantua. Masennus ja taipumus paranoiaan ovat yleisiä, ja dementia yleistyy selvästi iän myötä. Kaikissa vanhusten palveluissa tarvitaan mielenterveysongelmien tunnistamista ja asianmukaista kohtaamista.

Nykyisen hallituksen hyväksymä sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma 2000–2003 on uusi ohjausväline sosiaali- ja terveydenhuollossa. Se on nostanut mielenterveystyön vahvistamisen yhdeksi painoalueeksi. Ohjelma edellyttää mm. vuoden 1999 aikana tehdyn mielenterveystyön palvelukartoituksen suositusten toimenpanoa, kuntien mielenterveyspalvelujen saumattomuuden ja monipuolisuuden varmistamista ja laadunhallinnan kehittämistä, alaikäisten palvelujen lisäämistä, telemaattisten kriisipalvelujen kehittämistä, ehkäisevän työn vahvistamista sekä henkilöstön mielenterveystyön osaamisen li-

säämistä. Konkreettiseksi tavoitteeksi on mm. esitetty, että maahan pitää saada psykiatristen potilaiden palveluasuntoja vuoteen 2004 mennessä määrä, joka vastaa 0,2 promillea asukasluvusta.

2000-luvun alku on tärkeä mielenterveyspalvelujen kehittymissuunnan kannalta. Monenlaisia hankkeita ja aloitteita on liikkeellä. Niiden avulla on mahdollista saavuttaa hyviä tuloksia. Paljon riippuu siitä, miten eri toimijat, valtio, kunnat, järjestöt, palvelujen tarvitsijat, seurakunnat jne., sitoutuvat yhdessä viemään eteenpäin WHO:n ja Euroopan unionin komission yhteisessä mielenterveysseminaarissa vuonna 1999 muotoiltua viestiä: ”Ei ole terveyttä ilman mielenterveyttä.”

Lähteet

Arinen, S., Häkkinen, U., Klaukka, T., Klavus, J., Lehtonen, R., Aro, S. 1998. Suomalaisten terveys ja terveyspalvelujen käyttö. Terveydenhuollon väestötutkimuksen 1995/96 päätulokset ja muutokset vuodesta 1987. Terveys 5. Helsinki: SVT.

Blom, H., Laukkanen, R., Lindström, A., Saresma, U. & Virtanen, P. (toim.) 1996. Erityisopetuksen tila. Arviointi 2. Helsinki: Opetushallitus.

Häkkinen, U. Asikainen, K. & Linna, M. 1996. Terveyspalvelujen tarve ja kustannukset alueittain sekä sairaaloiden tuottavuus 1990-luvulla. Aiheita 45. Helsinki: Stakes.

Ikäheimo, K. 1999. Lastenpsykiatrinen hoitoonohjautumisprosessi. Sarja C 151. Turku: Annales Universitatis Turkuensis.

Kauppinen, S. & Taskinen, S. 1998. Kasvatus- ja perheneuvonta 1997. Tilastoraportteja 12. Helsinki: Stakes.

Kokko, S. 1995. Suullinen tiedonanto.

Kontula, O. & Koskela, K. 1993. Taloudellisen laman terveysvaikutuksia 1992–1993. Julkaisuja 10. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Korkeila, J., Lehtinen, V., Tuori, T. & Helenius, H. 1998. Regional differences in the use of psychiatric hospital beds in Finland. A national register study. Acta Psychiatrica Scandinavica 1998:95.

Korkeila, J. & Tuori, T. 1996. Mielenterveyspalvelujen rakennemuutos. Teoksessa Lehto, J. & Viialainen, R. (toim.) Sosiaali- ja terveyspalvelujen rakennemuutos. Laitoshoidon vähentämisestä avopalvelujen kehittämiseen. Raportteja 192. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö & Stakes, s. 61–76.

Koskinen, S. 1997. Mielenterveyden häiriöiden hoito 1990-luvulla – mitä tilastot kertovat? SVT Terveys 1997:4. Helsinki: Stakes.

Lehtinen, V. Suullinen tiedonanto, 2000.

Lehtinen, V., Joukamaa, M., Jyrkinen, T., Lahtela, K., Raitasalo, R., Maatela, J. & Aromaa, A. 1991. Suomalaisten aikuisten mielenterveys ja mielenterveyden häiriöt. Julkaisuja AL:33. Turku ja Helsinki: Kansaneläkelaitos.

Lehtinen, V., Veijola, J., Lindholm, T., Väisänen, E., Moring, J. & Puukka, P. 1993. Mielenterveyden pysyvyys ja muutokset suomalaisilla aikuisilla. Julkaisuja AL:36. Turku: Kansaneläkelaitos.

Luomahaara, J., Vuorinen, M. & Naarala, M. 2000. Puhkisäästetyt mielenterveyspalvelut. Aiheita 7. Helsinki: Stakes.

Lounamaa, A., Pelanteri, S. & Tuori, T. 1998. Psykiatria 1997. Tilastoraportti 34. Helsinki: Stakes.

Mielenterveystyö kunnan asialistalle. Oppaita 19. Helsinki: Stakes, 1993.

Nenonen, M. Suullinen tiedonanto, 1999.

Nenonen, M., Pelanteri, S., Rasilainen, J. 2000. Mielenterveyden häiriöiden hoito Suomessa 1978-1998. Tilastoraportti 3. Helsinki: Stakes.

Puura, K. 1998. What children tell and adults notice. Tampere: Acta Universitatis Tamperensis 605.

Rimpelä, M. Nuorten terveystapatutkimus. Suullinen tiedonanto, 1999.

Sosiaali- ja terveysministeriö. Lasten ja nuorten psykososiaalista hyvinvointia edistävät palvelut. Julkaisuja 3. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö 1992.

Sosiaali- ja terveysministeriö. Mielenterveyspalvelujen kehittäminen. Mielenterveyspalvelujen kehittämisryhmän suosituksia. Julkaisuja 4. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, 2000.

Taipale, I. 1998. Mielen sairaat ja palveluasunnot. Selvitysmiehen raportti. Monisteita 32. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Taipale, V. 1996. Mielekäs Elämä. Työryhmämuistio 20. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Tuori, T. 1994. Skitsofrenian hoito kannattaa. Raportti skitsofrenian tutkimuksen, hoidon ja kuntoutuksen valtakunnallisen kehittämisohjelman 10-vuotisarvioinnista. Raportteja 143. Helsinki: Stakes.

Tuori, T. Suullinen tiedonanto, 2000.

Päihdepalvelut

Olavi Kaukonen, Leena Metso & Matti Halmeaho

1990-luku on ollut sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmien kehityksessä poikkeuksellista aikaa monessa suhteessa. Päihdehuollon erityispalveluissa 1990-luvun alkupuolella toteutuneet muutokset olivat nekin huomattavia, mutta eivät yksiselitteisiä (Kaukonen, Haavisto, Hein, Kääriäinen & Simpura 1997). Kunnallisiin palveluihin kohdistetut säästöt eivät näyttäneet helpottavan kuntien päihdepalveluihin kohdistuvia kustannuspaineita talouslaman aikana siitäkään huolimatta, että alkoholin kokonaiskulutus laski usean vuoden ajan. Toisaalta huumeiden käytön lisääntyminen on koko 1990-luvun ajan tuonut uusia haasteita. Tilastointijärjestelmien muutokset vaikeuttavat kokonaiskuvan hahmottamista sekä toiminnasta ja toimijoista että päihdehuollon taloudesta.

Tässä artikkelissa arvioidaan päihdepalvelujen kehitystä koko vuosikymmenen ajalta. Ensiksi tarkastellaan päihdehuollon erityispalvelujen talouden kustannusten kehitystä ja sen vaikutuksia palvelupolitiikkaan. Toiseksi arvioidaan päihdepalvelujen kehitystä vuosien 1987, 1991, 1995 ja 1999 päihdetapauslaskentojen aineistojen valossa. Kolmanneksi arvioidaan, miten erityyppisten päihdepalvelujen saatavuus on kehittynyt erikokoisissa kunnissa nousukaudella, siis vuosina 1995–1999.

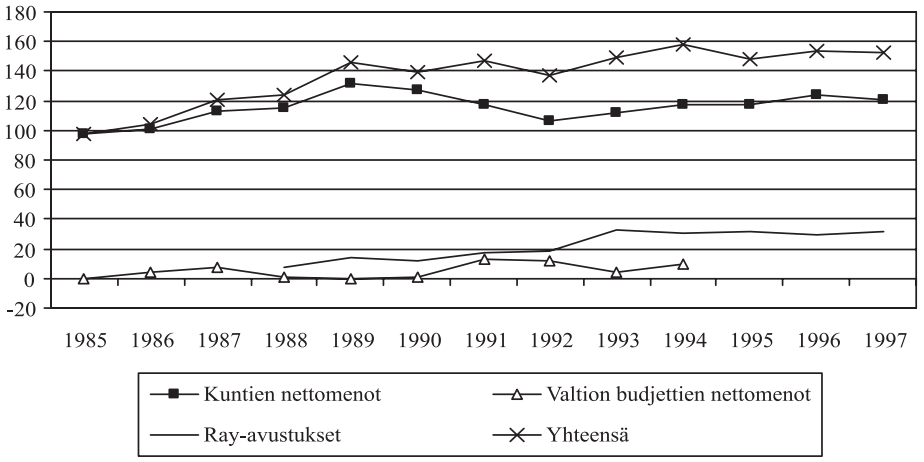
Aikaisemmin on vuoden 1995 laskenta-aineiston valossa tarkasteltu päihdepalvelujen kysyntää kuntaa laajemmilla suuraluetasoilla ja todettu, että riittävän suurilla väestöpohjilla päihdepalvelujen käyttö seurailee selvästi alkoholin ja muiden päihteiden kulutusta väestössä (ks. Kaukonen, Metso & Österberg 2000). Sekä lääkkeiden että muiden laittomien huumeiden käyttö on noin kaksi kertaa yleisempää pääkaupunkiseudulla kuin muualla maassa keskimäärin. Juuri kunnan koko määrittelee pitkälti palvelujen institutionaalista rakennetta ja siten palvelujen saatavuutta. Jos alueella oli käytettävissä ja oli käytetty päihdehuollon erityispalveluita vähemmän, palvelukysyntä kohdistui muihin sosiaali- ja terveyspalveluihin. Kunnallisella erityispalvelupolitiikalla on merkitystä paitsi asiakkaiden, myös koko palvelujärjestelmän toiminnan näkökulmasta. Vaikka päihteiden käyttöön liittyvien asiointien määrä on selvimmin yhteydessä päihteiden käytön tasoon, niin palvelujärjestelmä voi vastata käytöstä aiheutuviin haittoihin erilaisin tavoin.

Päihdepalvelujen kustannukset nousseet

Erityisesti päihteiden käyttäjille suunnatuissa palveluissa tapahtuneita muutoksia on 1990-luvulla seurattu ja tulkittu erilaisista lähtökohdista. On arvioitu, että kuntouttavan päihdehuollon väheneminen olisi johtanut asumispalvelujen aikaisempaakin nopeampaan kasvuun ja huono-osaisimpien kierrätykseen palveluvaltion erilaisilla luukuilla (Kaukonen 1995; Kaukonen & Haavisto 1996). Erityisesti kuntouttavan laitoshoidon väheneminen on tulkittu pikemminkin sopeuttavaksi toimeksi kuin palvelurakenteen muutokseksi, koska sairaaloiden päihde-ehtoiset hoidot ovat vastaavasti lisääntyneet. Päihdeasiakkaan vuode sijaitsee aikaisempaa useammin sairaalassa kuin päihdehuollon kuntoutusyksikössä, mutta avopalvelujen osuus palvelujen kokonaisrakenteessa on lisääntynyt varsin vähän. (Kaukonen & Mäki 1996; Haavisto ym. 1997.)

Tulkinnat vaikuttavat edelleen osittain oikeutetuilta, mutta ne korostavat lähes poikkeuksetta 1990-luvun laman suoraa ja ensisijaista merkitystä palvelujen saatavuudelle: palveluja olisi saatavissa, mutta maksajaa on vaikea löytää, joten palvelujen sopeutus ja erityispalvelujen leikkaukset olisivat olleet ensisijaisena syynä niiden toimintaedellytysten heikkenemiseen. Kuva on kuitenkin monisyisempi, osin edellä mainituista syistä, osin siksi, että sekä erityispalveluiden sisäiset rahoitusjärjestelmät että niiden toimijarakenne ovat 1980-luvulta alkaen eriytyneet.

Kuviossa 1 on kuvattu päihdehuollon erityispalvelujen nettomenojen kehitystä vuosina 1985–1997. Tarkastelujakson lopulla kuntien päihdehuollon erityispalveluiden nettokustannukset olivat yhteensä vajaat 400 miljoonaa markkaa nimellisarvossaan, josta noin kaksi kolmannesta käytettiin kuntouttavaan avo- ja laitoshoitoon. Asuttamisen ja päivätoiminnan henkilöstökulut jäävät alhaisemmiksi kuin kuntouttavan päihdehoidon. Silti vuosikymmenen alkupuolella päihdeehtoisen asuttamisen kulut olivat jokseenkin yhtä suuret kuin laitoskuntoutuksen (Kaukonen 1994, 17). Se johtui Suomessa poikkeuksellisen laajasta laitosmuotoisesta asumispalvelujärjestelmästä.



Kuvio 1. Päihdehuollon erityispalvelujen nettomenojen kehitys 1985–1997, (milj. mk vuoden 1985 hinnoin).[1]

Valtionosuudet kunnalliseen ja järjestöjen päihdepalveluihin alkoivat varsinaisesti vuoden 1974 valtionosuusuudistuksen myötä, siis vuodesta 1975 alkaen. Tätä seuraavaa vuosikymmentä voidaan kutsua päihdehuollon yhteiskunnallistamisen ajaksi (Bruun 1980). Julkinen rahoitus oli vain osa tätä yhteiskunnallistumista – mainitun kymmenvuotiskauden aikana järjestöpohjaisia palveluita myös kunnallistettiin nopeassa tahdissa.

Valtava-uudistus (1984) siirsi kunnallisen ja järjestöpohjaisen päihdetyön järjestämisvastuun kunnille, mitä korosti myös vuoden 1986 päihdehuoltolaki. Järjestöjen ja kuntien palveluita alettiin rahoittaa samojen suoritekohtaisten periaatteiden mukaisesti. Valtion budjettivastuulle jäi kolme omaa huoltolaa, joista oli luovuttu 1990-luvun puoliväliin mennessä.

Järjestöjen avustukset siirrettiin vuodesta 1988 alkaen kulkemaan Raha-automaattiyhdistyksen kautta muuttamalla RAY-asetusta. Laman julkistaloudelle tuottama notkahdus kompensoitui päihdehuollon kokonaismenoissa järjestöjen RAY-avustuspolitiikalla, jossa korostui investointiavustusten kasvu, mutta vielä enemmän kehittämisprojektien rahoitus. Kunnat ovat kuitenkin osallistuneet näiden kulujen maksuun toimintamenojen (ostopalvelujen maksun) yhteydessä, joten juuri järjestöpohjaisen päihdepalvelujärjestelmän kasvu on pitänyt myös kuntien menoja kas-

[1] Lähteet: 1985–1992 kuntien kertomustietojärjestelmä ja 1993–1997 Sotka-tilastotietokanta. Valtion omiin, kuntien ja järjestöjen päihdehuoltoon korvamerkityt rahat on poimittu valtion budjettien tilinpäätösluvuista nettomääräisinä. RAY:n avustuspäätöksistä mukana ovat avustukset järjestöjen päihdepalveluihin. Luvut on korjattu julkisten menojen hintaindeksin mukaan.

vu-uralla. Erityispalvelujen talouden selkein kuvaaja on kuntien erityispalveluihin käyttämien nettomenojen kehitys, jossa tapahtui notkahdus 1990-luvun alussa, mutta kasvu jatkui varsin pian.

Kunnallisia erityispalveluja on kuitenkin vähennetty, erityisesti vuoden 1992 lainsäädäntömuutoksen jälkeen, kun valtionosuuksia ei enää korvamerkitty. Palvelujen kehittämisen ja tuottamisen ehdot ovat siis olleet hyvin erilaisia julkisen hallinnon ja järjestöhallinnon lohkoilla. Käytännössä se on merkinnyt osassa kuntia niiden erityispalvelupolitiikan painottumista ostopalveluihin aikaisempaa enemmän. Tämän seurauksena selittyy ainakin osin myös laitoskuntoutuspalvelujen niukentunut käyttö: kuntoutuspäätökset tehdään aikaisempaa tarkemman harkinnan jälkeen.

Päihdehuollon erityispalvelujen taloudelliset toimintaedellytykset vaihtelevat kunnittain, mutta kokonaisuutena näyttää siltä, että vaikka valtio on vetäytynyt palvelujen ohjauksesta, se osallistuu niiden rahoitukseen valtionosuuksien ja RAY-avustusten kautta varsin tuntuvasti. Kuntien ja valtion keskinäisistä sopimuksista taas johtuu, että myös kuntien rahoitusosuus erityispalveluihin on lamankin aikana vain notkahtanut. Sisällöllisesti – palvelupolitiikan näkökulmasta – tämä on merkinnyt kuitenkin kokonaisnäkemyksen katoamista. Vuodesta 1984 alkaen erityispalvelujen kustannukset ovat olleet suoriteperustaisia, mutta niiden kohdentumisessa on nojattu enenevästi professionaaliseen harkintaan.

Päihdepalvelujen käyttö kasvanut, palvelujärjestelmä muuttuu

Vuoden 1999 päihdetapauslaskennan tietojen mukaan päihdepalvelujen kysyntä kasvoi vuoteen 1995 verrattuna noin 14 prosenttia, siis huomattavasti nopeammin kuin päihteiden kulutus. Se on jossain määrin yllättävää, koska vuosina 1991–1995 palvelukysyntä kasvoi jo noin viidenneksellä.

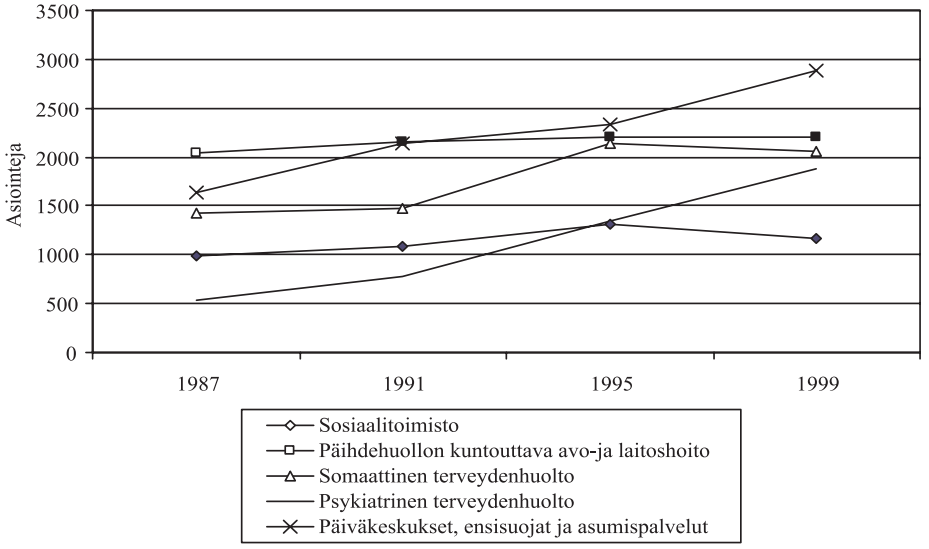
Vuonna 1999 avopalveluiden osuus kaikista toteutuneista palveluista oli 55 prosenttia. Palvelutarpeisiin vastattiin edelleen pääosin sosiaalihuollon toimintayksiköiden kautta. Terveydenhuollon osuus kaikista päihdepalvelukontakteista oli 34 prosenttia, joka on jokseenkin yhtä suuri osuus kuin neljä vuotta aikaisemmin. Sosiaalitoimistojen sosiaalityössä päihteiden käytöstä aiheutuva asiointi oli kääntynyt laskuun, mutta perusterveydenhuollon avopalveluissa se oli ennallaan. 1990-luvun kehitys päihdeasiakkaiden oh-

jautumisesta sairaalapaikoille on sekin jatkunut. Vaikka somaattisen terveydenhuollon päihdepotilaat olivat vähentyneet neljän vuoden takaisesta tilanteesta, psykiatrisissa palveluissa heidän osuutensa oli edelleen lisääntynyt. Kaikkineen psykiatrian piirissä hoidettiin jo noin 16 prosenttia kaikista poikkileikkausvuorokauden päihdeasiakkaista.

Päihdehuollon erityispalvelujen käyttö on sekä vähentynyt että lisääntynyt. 1980-luvun lopulta alkanut päihdehuollon laitoskuntoutuksen käytön väheneminen on jatkunut. Tätä pitkän aikavälin trendiä on vaikea palauttaa kokonaan taloudellisiin suhdannevaihteluihin. Pikemminkin kyse on perinteisten päihdekontrollin muotojen korvautumisesta uusilla vaihtoehdoilla, kun päiväkeskusten ja asumispalvelujen käyttö on vastaavasti laajentunut ja lisääntynyt.

Polikliinisten päihdehuollon erityispalvelujen käytön suhteellinen osuus on pysynyt ennallaan, vaikka absoluuttisesti käyntejä on ollut aikaisempaa enemmän. Avohoidon asiakasmäärät ovat siis kasvaneet 1990-luvun jälkipuoliskolla varsin maltillisesti siitäkin huolimatta, että toimintayksiköitä on tullut lisää (Päihdetilastollinen vuosikirja 1999, 109). Päihdehuollon erityispalvelujen osuus kaikesta päihde-ehtoisesta asioinnista oli vuoden 1999 laskennan perusteella noin 44 prosenttia, mutta laitoskuntoutuksen (katkaisuhoitoasemat ja kuntoutuslaitokset) osuus on vähentynyt neljän vuoden takaiseen tilanteeseen verrattuna.

Poikkileikkaustietojen valossa tarkastellen päihdehuollon erityispalveluista noin 59 prosenttia koostui erityisesti huono-osaisimmalle asiakaskunnalle suunnatuista asumis- ja päiväkeskus- ja ensisuojapalveluista. Päihdehuollon erityispalvelujen kenttä on siis 1990-luvun kuluessa jakautunut nopeasti kasvaneisiin, paljolti aineellisia perustarpeita tyydyttäviin massapalveluihin ja toisaalta yksilöllisiin terapeuttisiin kuntoutuspalveluihin. Myös päihdeasiakasaineistossa on tapahtunut kahden suuntaisia muutoksia: naisten osuus asiakkaista on edelleen lisääntynyt erityisesti terapeuttisissa avopalveluissa. Nuorehkojen asiakkaiden osuus on kasvanut, samoin huumeita käyttäneiden osuus, mutta myös huono-osaisten ensisuoja-asukkaiden määrä oli kasvussa. Päihdeasiakkaiden asunnottomuus on lisääntynyt neljän vuoden takaiseen tilanteeseen verraten, vaikka heidän suhteellinen osuutensa kasvaneessa päihdeasiakkaiden joukossa oli jokseenkin ennallaan (Nuorvala ym. 2000). Kuviossa 2 on esitetty päihdeasiointien määrä eri vuosien laskentojen poikkileikkausvuorokausien aikana eräissä keskeisimmissä palveluissa.



Kuvio 2. Päihde-ehtoiset asioinnit keskeisissä sosiaali- ja terveyspalveluissa vuosien 1987, 1991, 1995 ja 1999 laskennoissa.[2]

Samalla kun päihdehuollon erityispalvelujen rahoitusperusta on jakautunut, ovat palvelut myös sisällöllisesti ja kulttuurisesti selvästi eriytyneet. Varsinaisia hyväosaisia on julkisten päihdepalveluiden asiakkaiden joukosta vaikea löytää, mutta terapeuttiseen työhön paremmin soveltuvat saavat edelleen yksilöllistä apua ja tukea. Työnjako on muuttunut, kun päihdehuollon kuntouttava järjestelmä ei tavoita kasvaneesta palvelukysynnästä aiempaa enempää. Vaikka avohoidon asiakasmäärät ovat jonkin verran kasvaneet, kuntoutuslaitosten käyttö on vähentynyt.

Perinteinen pitkäaikainen laitoskuntoutus saattaa olla pysyvästi menettämässä paikkansa päihdepalvelujen kirjossa. Katkaisuhoitoasemien käyttö oli hieman vähentynyt vuosina 1995–1999, mutta myös muiden kuntoutuslaitosten hoitojaksot olivat keskimäärin niin lyhyitä, että käytännössä niidenkin toiminnassa painottui ennen muuta vieroitushoito. Vuoden 1999 laskennassa päihdehuollon kuntoutuslaitosten hoitojaksoista 43 prosenttia oli kestänyt alle kaksi viikkoa ja noin 70 prosenttia alle kuukauden. Katkaisuhoitoasemilla hoitojaksot ovat keskimäärin alle viikon mittaisia.

[2] Päihdetapauslaskennoissa on kartoitettu valtakunnallisesti yhden poikkileikkausvuorokauden aikana kaikki eri päihteiden käytöstä aiheutunut sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttö. Kuviossa esitetyt käyrät kuvaavat yksittäisten asiointitapahtumien lukumäärien kehitystä kullakin palvelusektorilla.

Päihdepalvelujen käyttö vaihtelee kuntakoon mukaan

Päihteiden käyttö on runsainta suurissa keskuksissa, joissa palvelutarpeisiin vaikuttavat myös muut sosiaaliset kysymykset: asunnottomuus ja asuinalueiden eriytyminen, työttömyys ja sen seurannaisvaikutukset, sekä huumeiden ja lääkkeiden käyttö. Päihteiden käytöstä johtuva asiointi kasautuu myös selvästi suurimpiin kuntiin (Taulukko 1).

Taulukko 1. Väestön ja päihteiden käyttöön liittyvien asiointien (n = 11 535) jakautuminen erikokoisiin kuntiin vuoden 1999 laskennassa.

Kuntaryhmä asukasluvun mukaan	*Kuntia kussakin ryhmässä*	*Osuus väestöstä (%)*	*Osuus päihde-ehtoisista asiakkuuksista (%)*
Alle 10 000	342	27	19
10 000 > 20 000	62	16	13
20 000 > 50 000	34	19	19
50 000 tai enemmän	14	37	49
Koko maa	452	100	100

Taulukko 2 osoittaa, että päihteiden käyttöön liittyvät sosiaaliset ongelmat kasvavat kuntakoon kasvaessa. Noin puolet kaikista päihdepsykiatrisista potilaista oli kotoisin yli 50 000 asukkaan kaupungeista, samoin A-klinikoilla tai laitoskuntoutuksessa hoidetuista. Katkaisuhoitoaseman asiakkaista oli lähes 80 prosenttia näistä suurimmista kaupungeista, asumispalvelujen asiakkaista kolme neljästä ja ensisuojien asukkaista useampi kuin yhdeksän kymmenestä.

Taulukko 2. Päihteiden käyttöön liittyviä asiointeja yhteensä sekä huumeiden käyttäjien, korvikkeiden käyttäjien ja asunnottomien asiakkaiden asiointeja 10 000 asukasta kohti yhden vuorokauden aikana 1999.

Kuntaryhmä asukasluvun mukaan	*Päihde-ehtoisia asiointeja 10 000 asukasta kohti*			
	Yhteensä	*Huumeita käyttäneitä*	*Korvikeaineita käyttäneitä*	*Asunnottomia*
Alle 10 000	15,8	1,0	1,2	0,6
10 000 > 20 000	17,2	1,7	1,0	1,2
20 000 > 50 000	21,9	3,1	1,5	1,6
50 000 tai enemmän	29,9	5,9	2,7	3,6
Koko maa	22,4	3,4	1,8	2,0

Kuntaryhmien väliset erot eivät kuitenkaan ole kasvaneet. Taulukossa 3 kuvataan väestöön suhteutettuja päihdeasiointien muutoksia sosiaali- ja terveyspalvelujen keskinäisen työnjaon näkökulmasta vastaavissa kuntaryhmissä.

Taulukko 3. Päihde-ehtoisia asiointeja sosiaali- ja terveydenhuollon erilaisissa palveluissa 10 000 asukasta kohti yhden vuorokauden aikana 1995 ja 1999.

Kuntaryhmät asukasluvun mukaan	*Päihde-ehtoisia asiointeja 10 000 asukasta kohti*											
	Yhteensä		*Sosiaali- ja terveydenhuollon yleiset palvelut*		*A-klinikat ja nuorisoasemat*		*Katkaisuhoitoasemat ja kuntoutuslaitokset*		*Asumispalvelut, päiväkeskukset, ensisuojat*		*Psykiatria*	
	1995	*1999*	*1995*	*1999*	*1995*	*1999*	*1995*	*1999*	*1995*	*1999*	*1995*	*1999*
Alle 10 000	12,6	15,8	8,0	9,3	1,0	1,1	0,8	0,7	0,8	2,0	2,0	2,7
10 000 > 20 000	13,9	17,2	6,7	8,0	1,9	2,3	0,8	0,7	2,1	3,0	2,3	3,2
20 000 > 50 000	19,0	21,9	7,4	8,6	3,4	3,5	1,6	1,8	4,2	4,6	2,4	3,4
50 000 tai enemmän	28,3	29,9	9,8	9,0	3,1	3,4	3,4	2,8	8,7	10,0	3,3	4,7
Koko maa	19,8	22,4	8,3	8,8	2,4	2,6	1,9	1,7	4,6	5,6	2,6	3,6

Kokonaisuutena päihteisiin liittynyt asiointi on lisääntynyt kaikissa kuntaryhmissä. Sosiaali- ja terveydenhuollon yleisinä palveluina tehtävässä työssä ei ole oleellisia tasoeroja kuntaryhmien välillä. Suurissa kaupungeissa on tapahtunut hieman vähenemistä, pienissä taas lisääntymistä, joten kuntaryhmien väliset erot ovat tasoittuneet, vaikka yksittäisten kuntien välillä voi olla suurtakin vaihtelua. Päihdehuollon asumis- ja päiväkeskuspalvelujen käyttöä on lisätty 1990-luvun loppuvuosina kaikissa kuntaryhmissä, mutta eniten suurimmissa kunnissa, joissa nopea kasvu johtuu lähinnä päiväkeskusten käytön lisääntymisestä.

Avohuollon erityispalveluita käytettiin kaikissa kuntaryhmissä aiempaa hieman enemmän. Kuntouttavan laitoshoidon käytön kehitys on ristiriitaisempi. Kun väestöstä reilu kolmannes asuu näissä suurimmissa kunnissa ja kun päihde-ehtoisista asioinneista noin puolet kasautuu niihin, juuri suurimpien kaupunkien osalla tapahtunut laitoskuntoutuksen väheneminen ja huono-osaispalvelujen kasvattaminen ohjaa kuvaa päihdehuollon erityispalvelurakenteen muutoksesta. Kyseessä ovat kunnat, joilla olisi ollut institutionaalisia ja taloudellisia edellytyksiä myös kuntouttavan laitoshoidon lisäämiselle. Päihdehuollon erityispalvelut eivät olleet pienten kuntien asukkaiden ulottuvilla vuonna 1995, eikä nousukausi ole oleellisesti muuttanut tätä kuvaa.

Psykiatristen palvelujen päihdeehtoinen käyttö on lisääntynyt kaikis-

sa kuntaryhmissä tasaisesti, mikä kertoo pikemminkin asiakkaiden kasvaneesta psykiatrisen hoidon tarpeesta kuin paikallisesta tai alueellisesta kiinnostuksesta päihdepotilaiden hoitoon.

Arviointia

Päihdepalvelupolitiikan taloudellinen ohjaus ei ole vähentynyt, vaikkakin se on muuttanut muotoaan. Ohjaus on Valtava-uudistuksesta alkaen tapahtunut enenevästi paikallisia oloja kuunnellen, mutta sillä ei 1990-luvulla ole ollut suoraa kontaktia kuntien hyvinvointipoliittiseen järjestelmään. Ohjaus on ollut järjestöjen työn painopisteiden uudelleen määrittelyä, ja kunnallista järjestelmää on puolestaan purettu. Molempien työtä arvioidaan suoritepohjaisesti. Lisätty taloudellinen panostus ei ole kuitenkaan lisännyt päihdeasiakkaiden kuntoutukseen pääsyä. Rahoitus on ohjautunut enimmältään kuntouttaviin erityispalveluihin, vaikka asiakaskunnan kasvu on tapahtunut sosiaali- ja terveydenhuollon yleisten palvelujen – ennen muuta psykiatrian – ja huono-osaisimpien asiakkaiden palvelujen puolella.

Palveluissa rekisteröidyt päihdehaitat kasautuvat samalla tavoin kuin päihteiden kulutus, ennen muuta suuriin kaupunkeihin. Tässä mielessä saattaisi olla paikallaan, että päihdepalvelut nähtäisiin ja niitä arvioitaisiin ennen muuta osana kaupunkikuntien syrjäytymistä ehkäisevää huono-osaisuuspolitiikkaa. Myös palvelujärjestelmän jakautuminen terapeuttisiin kuntoutuspalveluihin ja huono-osaisten perusturvapalveluihin näyttää pysyvältä vaihtoehdolta huono-osaisten ja asunnottomien asiakkaiden pitkäaikaisille laitossijoituksille. Suuri osa 1990-luvun työnjaollisista muutoksista näyttäisi palautuvan järjestelmämuutoksiin, ja suurimmissa kaupungeissa toteutettu palvelupolitiikkaa ohjaa keskimääräiskuvan muodostumista.

Palvelujen tuottamisessa sosiaali- ja terveydenhuollon yleiset palvelut ovat edelleen keskeisiä ja sosiaalitoimen merkitys aivan olennainen. Suurimmissa kaupungeissa, missä erityispalvelujärjestelmä on kattavin, muun sosiaali- ja terveydenhuollon vastuu on 1990-luvun loppuvuosina keventynyt. Varsinaisten päihdehuollon erityispalvelujen saatavuudessa on kuitenkin selviä eroja erikokoisten kuntien välillä, eivätkä nuo erot näytä nousukaudella tasoittuneen. Psykiatristen päihdepalvelujen käyttö on lisääntynyt koko maan.

Kokonaisuutena päihdehuollon palvelurakenteen kehityksessä 1990-luku on merkinnyt historiallisen muutoksen vakiintumista: pitkäaikaisista laitossijoituksista on siirrytty ene-

nevästi lyhytaikaisen intensiivihoidon suuntaan (Siltala 1990). Tähän muutokseen liittyy sekä vieroitushoitojen korostuminen päihdehuollon laitoksissa että psykiatrisen sairaalahoidon paluu päihdehuoltoon. Muutos on edellyttänyt ennen muuta sosiaali- ja terveydenhuollon yleisten avopalvelujen päihde-ehtoisen työn lisääntymistä ja huono-osaisille suunnattujen peruspalvelujen vahvistamista 1990-luvun kuluessa. Kehitys ei kaikin osin ole ollut kuntien kokonaistalouden kannalta positiivinen, mutta se on lisännyt päihdepalvelujen kulttuurista ja ammatillista kirjoa. Toisaalta, vaikka päihdeasiakkaiden aineellisiin tarpeisiin kiinnitetään ansaitusti enemmän huomiota kuin aikaisemmin, päihdepalvelupolitiikan kokoavaa toimijaa on vaikea löytää (Kaukonen 1999).

Nykyiset tilastojärjestelmät sen enempää kuin päihdetapauslaskennatkaan eivät kerro päihdehuollon toimijarakenteesta. Myöskään päihdepalvelujen kustannusrakennetta ei ole mahdollista selvittää ilman eri laskelmia. Kuitenkin tiedetään, että valtaosa huono-osaispalveluista ja myös huumeiden käyttäjille suunnatuista erityispalveluista toimii järjestöpohjaisesti. Monitoimijajärjestelmä ei ole erityisen läpinäkyvä ja vaikeuttaa mahdollisuuksia palvelupoliittiseen keskusteluun. On kuitenkin paikallaan kysyä, mihin suuntaan päihdepalvelupolitiikkaa tulisi sisällöllisesti ohjata ja onko kunnallisen palvelupolitiikan näkökulmasta järkevää siirtää huono-osaisimpien palveluja enenevästi järjestöjen vastuulle.

Lähteet

Altika-tilastotietokanta kuntien sosiaali- ja terveydenhuollosta vuosilta 1975–1983, Tilastokeskus.

Bruun, K.1980. Keksinnön tausta. Tiimi 6: 5–11.

Haavisto, K., Kaukonen, O., Nuorvala, Y. & Niemelä, J. 1997. Puitteet paperista – raamit rahasta. Kymmenen vuotta päihdehuoltolakia – mikä on muuttunut? Alkoholipolitiikka 62: 4:, s. 292–304.

Kaukonen, O. 1994. Sosiaaliseen päihdehuoltoon? Keskusteluaineistoa päihdehuollon nykytilasta ja kehittämismahdollisuuksista. Raportteja 137. Helsinki: Stakes.

Kaukonen, O. 1995. Leikatut päihdepalvelut – kuntoutuksesta pysyviin huoltosuhteisiin? Teoksessa Uusitalo, H., Konttinen, M. & Staff, M. 1995 (toim.) Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus. Raportteja 173. Helsinki: Stakes, s. 158–173.

Kaukonen, O. 1999. 1990-luvun päihdepalvelut etsivät politiikkaansa. Dialogi 9: 6: 29.

Kaukonen, O., Haavisto, K. 1996. Päihdetapauslaskenta vuonna 1995. Alkoholipolitiikka 61: 2: 130–138.

Kaukonen, O., Haavisto, K., Hein, R., Kääriäinen, A. & Simpura, J. 1997. Talouslama, päihteiden käyttö ja päihdepalvelut. Teoksessa Uusitalo, H. & Staff, M. 1997 (toim.). Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus. Raportteja 214. Helsinki: Stakes, s. 140–158.

Kaukonen, O., Metso, L. & Österberg, E. 2000. Päihteiden käytön ja päihdepalvelujen kysynnän alueellinen jakautuminen (tulossa)

Kaukonen, O. & Mäki, J. 1996. Rakennemuutos vai sopeutus? Päihdepalvelut 1990-luvun alkuvuosina. Teoksessa Viialainen, R. & Lehto, J. 1996 (toim.). Sosiaali- ja terveyspalvelujen rakennemuutos. Laitoshoidon vähentämisestä avopalvelujen kehittämiseen. Raportteja 192. Helsinki: STM ja Stakes, s. 101–121.

Kuntien kertomustietojärjestelmä (1985–1992), Sosiaalihallitus.

Nuorvala ym. 2000. Päihdetapauslaskenta 1999, Yhteiskuntapolitiikka-lehti, tulossa.

Päihdetilastollinen vuosikirja 1999. SVT, sosiaaliturva 1999:2. Helsinki: Stakes.

Raha-automaattiyhdistyksen avustuspäätökset 1988–1997.

Siltala, A. 1990. Rangaistuksesta kuntoutukseen, eristyksestä perheterapiaan. Sosiaalihallituksen julkaisuja 21.

Sosiaali- ja terveydenhuollon tilastotietokanta (Sotka), Stakes.

Valtion tulo- ja menoarvioiden tilinpäätöstiedot 1975–1995.

Sairaalapalvelujen käyttö tuloryhmittäin

Ilmo Keskimäki

Terveyspalvelujen yhdenvertainen saatavuus on ollut vakiintunut tavoite jo 1960-luvulta lähtien. Terveyspalvelujen saatavuudessa ja käytössä olevat sosiaaliryhmien väliset erot olivat tärkeä peruste 1960- ja 1970-luvun merkittävimmille terveydenhuoltojärjestelmän uudistuksille, sairausvakuutusjärjestelmän perustamiselle ja kansanterveyslaille. 1990-luvulla sosiaalinen tasa-arvo säilyi keskeisenä suomalaisen terveydenhuoltopolitiikan tavoitteena. Terveyspalvelujen yhdenvertaisesta saatavuudesta tuli vuosikymmenen alkupuolella myös lainsäädännössä vahvistettu kansalaisoikeus. Hallitusmuodon uudistuksen yhteydessä hallitusmuotoon lisättyjen sosiaalisia oikeuksia koskevien säännöksien on katsottu yhdessä kansalaisten yhdenvertaisuutta koskevien säännösten kanssa takaavan kaikille suomalaisille yhtäläiset mahdollisuudet tarvitsemiinsa terveyspalveluihin (Scheinin 1995; Feldman 1996). Sama tavoite on ilmaistu 1993 voimaan tulleessa potilaiden oikeuksia ja asemaa koskevassa laissa, jossa myös säädetään kaikkien potilaiden oikeudesta korkeatasoisiin terveyspalveluihin.

Sairasvakuutuksella ja kansanterveyslailla pyrittiin ensisijaisesti avoterveydenhuollon palvelujen tarjonnan suurten alue-erojen supistamiseen, mutta tavoitteena oli myös lisätä sosiaaliryhmien välistä tasa-arvoa. Kansaneläkelaitoksen sekä lääkintöhallituksen ja sittemmin Stakesin 1960-luvulta lähtien toteuttamien väestöhaastattelujen mukaan uudistuksien vaikutukset olivat näiden tavoitteiden mukaisia. Sosiaaliryhmien väliset erot palvelujen käytössä ovat asteittain pienentyneet (Purola ym. 1967, 1971; Kalimo ym. 1992; Nyman 1993; Arinen ym. 1998). Kansaneläkelaitoksen ja lääkintöhallituksen haastattelututkimukset käsittelivät pääasiassa avosairaanhoidon palveluja. Aineistojen pienuuden takia sairaalakäyttöä ei niiden avulla ole pystytty perusteellisesti analysoimaan.

Sairaalapalvelujen käytön sosiaaliryhmäeroista on luotettavaa tietoa vasta 1980-luvun lopulta, jolloin todettiin yleissairaalahoidon kokonaiskäytön osalta sosiaaliryhmien välisten erojen olevan Suomessa samansuuntaisia kuin erot eri sairastavuusindikaattorien mukaisessa tarpeessa (Keskimäki 1997a, b). Alemmissa sosiaaliryhmissä, joissa sairastavuus on suurempaa, yleissairaalahoitoa käytettiin enemmän. Tämä tulos koski kuitenkin vain sairaaloiden kokonaiskäyttöä. Yksittäisiä hoitoja tutkittaessa todettiin sai-

raalakäytössä tarvetta vastaamattomia sosiaaliryhmien välisiä eroja. Useissa diagnoosiryhmissä ylemmät sosiaaliryhmät käyttivät enemmän kirurgisia hoitoja. Erityisen selvä ero oli sepelvaltimotoimenpiteissä, joita ylemmille sosiaaliryhmille tehtiin selvästi enemmän, vaikka sepelvaltimotauti ja sen hoidon tarve on runsaampaa alemmissa sosiaaliryhmissä. Sosiaaliryhmien sairaalapalvelujen käyttö ei siis kaikilta osin jakautunut tarpeen mukaisesti.

Terveydenhuollossa ja sen toimintaympäristössä tapahtui runsaasti muutoksia 1990-luvun alkupuolella. Vuonna 1993 toteutettiin valtionosuusuudistus, joka lisäsi kuntien päätäntävaltaa terveyspalvelujen järjestämisessä. Myös taloudellisen laman aiheuttamat kuntatalouden ongelmat heijastuivat voimakkaasti terveydenhuoltoon. Vuosina 1991–1994 terveydenhuollon kokonaismenot laskivat kiintein hinnoin noin 12 prosenttia. Erikoissairaanhoidon menojen lasku oli samaa suuruusluokkaa. Arvioiden mukaan erikoissairaanhoidon taloudelliset leikkaukset kohdistuivat pääasiassa psykiatriseen sairaanhoitoon. Yleissairaalahoidon supistukset olivatkin selvästi pienemmät kuin muussa terveydenhuollossa eli alle viisi prosenttia (Linna & Häkkinen 1996). Samaan aikaan yleissairaaloiden toiminta tehostui. Tuottavuuden kasvun vaikutus jopa ylitti voimavarojen supistukset ja yleissairaaloissa hoidettujen potilaiden lukumäärä kasvoi sekä avo- että vuodeosastohoidossa. Myös useiden kirurgisten toimenpiteiden lukumäärät lisääntyivät voimakkaasti (Vuorma, Teperi, Hurskainen, Keskimäki & Kujansuu 1998; Seitsalo, Keskimäki & Kotilainen 1999; Sydäntautiliitto 1999).

Tässä kirjoituksessa tarkastellaan, miten 1990-luvun muutokset heijastuivat yleissairaalapalvelujen tuloryhmittäiseen käyttöön. Vuoden 1996 hoitoilmoitusrekisteri ja vuoden 1995 väestölaskenta-aineistoon liitetyt verotustiedot yhdistämällä on saatu aineisto, jonka avulla selvitettiin tuloryhmien välisiä eroja sairaalapalvelujen käytössä. Tavoitteena oli kuvata tuloryhmäeroja yleissairaalapalvelujen käytössä ja arvioida, toteutuiko terveyspolitiikan tavoite palvelujen tarpeen mukaisesta jakautumasta sairaalapalveluissa. 1990-luvun aikana palvelujen jakautumisessa tapahtuneita muutoksia tarkasteltiin vertailemalla tuloksia 1980-luvun jälkipuolta kuvaavalla vastaavalla aineistolla tehtyihin tutkimuksiin (Keskimäki 1997a, b).

Yleissairaalapalvelujen käyttöä tarkastellaan tuloryhmittäin, jotka on muodostettu jakamalla väestö tuloviidenneksiin perheen käytettävissä olevien tulojen mukaan. Perheen tulot on suhteutettu perheen OECD-kulutusyksikkölukuun, jota laskettaessa perheen ensimmäinen aikuinen jäsen saa arvon 1, muut aikuiset 0,7 ja alle 18-vuotiaat lapset arvon 0,5 (OECD 1982). Palveluja tarkastellaan erikseen 25 vuotta täyttäneillä aikuisilla ja 1–14-vuo-

tiailla lapsilla. Alle yksivuotiaiden palvelujen käyttöä ei ole selvitetty, koska osaa tämän ryhmän hoitojaksoista ei puuttuvien henkilötunnusten takia voitu yhdistää väestölaskentatietoihin.

Aikuisten käyttämiä sairaalapalveluja tarkastellaan DRG-potilasryhmityksen (Diagnosis Related Groups) päädiagnoosiryhmien ja yleisimpien kirurgisten toimenpiteiden avulla. DRG-luokitus on alun perin Yhdysvalloissa sairaalalaskutukseen kehitetty, pääasiassa hoidon syyhyn, hoitotoimenpiteisiin sekä potilaan ikään ja sairaalasta poistumistilaan perustuva hoitojaksojen luokitusjärjestelmä, jota on käytetty viime vuosina myös Suomessa sairaalalaskutukseen ja sairaaloiden vertailuun (Virtanen, Brommels & Keskimäki 1995; Mikkola, Keskimäki & Häkkinen 1998). DRG-ryhmitys sopii huonosti lasten sairaalapalvelujen käytön kuvaamiseen, joten lapsiväestön palvelujen käyttö on jaoteltu kansainvälisen tautiluokituksen pääryhmittäin. Lisäksi tarkastellaan lapsille suoritettavien tavallisimpien kirurgisten toimenpiteiden yleisyyttä. Tavoitteena on selvittää akuutin somaattisen yleissairaalahoidon käyttöä, joten aineistosta on poistettu yli 90 päivää kestäneet hoitojaksot, raskauksista ja lapsivuodeajasta aiheutunut sairaalahoito sekä mielenterveyden häiriöiden takia hoidossa olleet potilaat. Palvelujen käyttöä kuvaavat tiedot on ikävakioitu käyttäen molemmilla sukupuolilla vakioväestönä vuoden 1995 väestölaskentaväestöä.

Aikuisten sairaalapalvelujen käyttö tuloryhmittäin erilaista konservatiivisessa hoidossa ja kirurgisissa toimenpiteissä

Sairaalapalvelujen kokonaiskäytössä tuloryhmien väliset erot olivat aikuisilla kutakuinkin odotusten mukaisia. Palveluita käytettiin enemmän alemmissa tuloryhmissä, mikä vastaa odotettuja eroja tuloryhmien välisessä sairastavuudessa. Erot eivät kuitenkaan ole täysin johdonmukaisia. Eniten palveluita käyttivät keskiryhmät, toiseksi alimpaan ja keskimmäiseen tuloviidennekseen kuuluvat potilaat. Sairaalahoidossa oli 25 vuotta täyttäneistä miehistä vuoden 1996 aikana 15,1 prosenttia (vaihtelu tuloryhmittäin 14,2–16,2 %) ja naisista 15,3 prosenttia (14,6–16,2 %) (Taulukko 1).

Taulukko 1. Sairaalahoidossa olleet potilaat, hoitojaksot ja hoitojaksojen keskipituus tuloryhmittäin vuonna 1996. Ikävakioidut luvut, 25 vuotta täyttäneet aikuiset ja 1–14-vuotiaat lapset.

Tuloryhmät	*Miehet*			*Naiset*		
	Hoidetut potilaat (%)	*Hoitojaksot (/1 000)*	*Hoitojakson pituus (päiviä)*	*Hoidetut potilaat (%)*	*Hoitojaksot (/1 000)*	*Hoitojakson pituus (päiviä)*
Korkein	14,2	266	6,0	14,8	249	5,6
4.	15,3	301	6,2	15,4	267	5,9
3.	15,9	320	6,4	16,2	289	6,1
2.	16,2	326	6,3	16,2	290	6,1
Matalin	14,7	288	6,3	14,6	255	6,1
	14,3	269	8,1	11,5	196	8,2
Kaikki	15,1	295	6,3	15,3	264	5,9

Tuloryhmät	*Pojat*			*Tytöt*		
	Hoidetut potilaat (%)	*Hoitojaksot (/1 000)*	*Hoitojakson pituus (päiviä)*	*Hoidetut potilaat (%)*	*Hoitojaksot (/1 000)*	*Hoitojakson pituus (päiviä)*
Korkein	7,2	101	2,2	5,9	81	2,2
4.	7,7	105	2,2	6,3	91	2,3
3.	7,9	115	2,3	6,4	93	2,4
2.	7,8	108	2,2	6,2	87	2,3
Matalin	7,1	95	2,3	5,5	76	2,4
	6,8	93,4035436	2,6	6,2	98	3,2
Kaikki	7,6	105	2,2	6,1	86	2,3

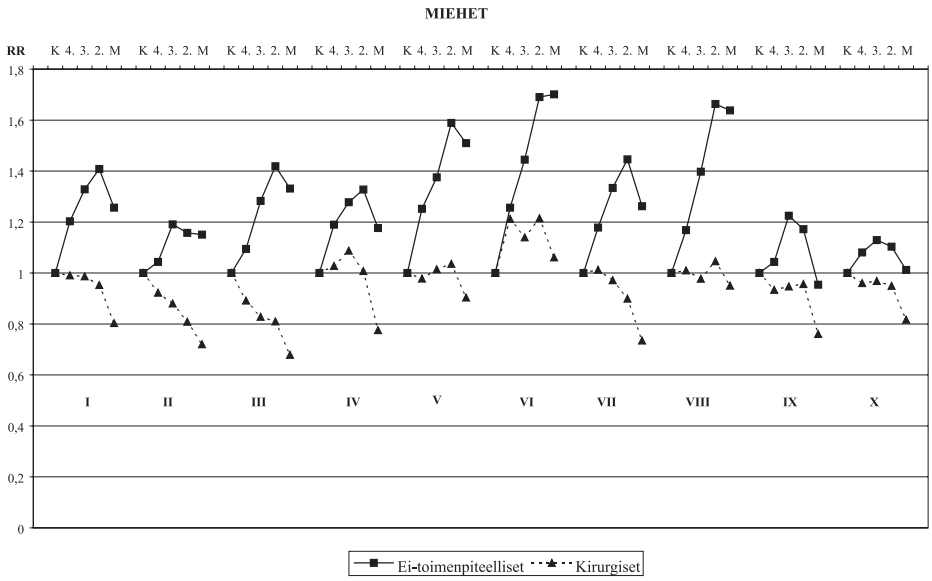
DRG-päädiagnoosiryhmittäin tarkasteltuna erot olivat useimpien ryhmien osalta samanlaisia kuin kokonaiskäytössä. Eniten palveluita useissa diagnoosiryhmissä käytti toiseksi alin tuloryhmä. Tuloryhmäerot olivat jyrkimpiä vammoista ja myrkytyksistä aiheutuneista sairaalahoidoista, joissa miehillä alimmissa tuloryhmissä hoitojaksoja oli lähes kaksi kertaa ylintä ryhmä enemmän. Tuloryhmien väliset erot olivat päinvastaisia vain silmän sairauksien hoidossa ja naisten keskuudessa muista terveydentilaan vaikuttavista tekijöistä johtuvissa hoitojaksoissa. Selviä tuloryhmäeroja sairaalapalvelujen käytössä ei ollut ns. myeloproliferatiivisissa taudeissa eli imu- ja verta muodostavien kudosten kasvaimissa eikä naisilla ihon, ihonalaisen kudoksen sekä rintarauhasen tautien sekä miehillä munuais- ja virtsateiden sekä lisääntymiselinten tautien hoidosta aiheutuneissa hoitojaksoissa (Taulukko 2).

Taulukko 2. Sairaalahoitojaksot 10 000 henkeä kohden DRG-luokituksen päädiagnoosiryhmissä perheen käytettävissä olevien tulojen mukaan tuloviidenneksittäin vuonna 1996. Ikävakioidut luvut, 25 vuotta täyttäneet miehet ja naiset.

Päädiagnoosiryhmä		Miehet						Naiset					
		Korkein	4.	3.	2.	Matalin	Yhteensä	Korkein	4.	3.	2.	Matalin	Yhteensä
Hermojärjestelmän sairaudet	E	273	326	343	318	268	296	189	205	228	223	192	196
	K	22	24	26	23	21	23	24	25	29	24	23	25
	Y	295	350	369	341	289	319	213	230	257	247	215	221
Silmän sairaudet	E	23	24	26	26	26	24	24	27	29	31	31	28
	K	100	90	84	77	68	79	134	120	116	111	92	103
	Y	123	115	111	103	95	103	159	148	145	142	123	131
Korvan, nenän ja kurkun sairaudet	E	48	53	63	68	64	58	45	57	63	69	67	60
	K	49	43	40	39	33	41	40	38	37	34	28	36
	Y	97	96	103	107	97	99	85	96	100	104	96	96
Hengityselinten sairaudet	E	233	321	365	406	353	340	127	155	183	183	157	158
	K	19	20	21	23	20	20	9	10	9	8	6	9
	Y	252	341	386	429	372	360	136	165	192	192	163	166
Verenkiertoelinten sairaudet	E	430	513	544	556	496	498	265	326	366	383	344	329
	K	61	64	66	61	48	59	59	64	71	65	57	63
	Y	491	577	610	617	544	558	324	390	437	448	401	393
Ruuansulatuskanavan sairaudet	E	157	196	213	239	226	203	149	178	196	213	201	185
	K	144	139	145	147	130	140	89	89	91	90	83	87
	Y	301	336	358	386	356	343	239	267	288	303	284	272
Maksan, sappiteiden ja haiman sairaudet	E	46	59	65	75	75	62	33	38	51	53	52	45
	K	20	24	22	24	21	22	29	32	34	35	34	33
	Y	66	83	88	99	97	84	63	70	85	88	86	79
Tuki- ja liikuntaelinten ja sidekudoksen sairaudet	E	136	155	177	188	163	160	188	214	243	245	206	213
	K	246	248	237	219	180	227	259	264	266	241	192	243
	Y	382	403	414	407	343	387	447	479	509	487	398	456
Ihon, ihonalaisen kudoksen ja rintarauhasen sairaudet	E	56	64	76	87	85	72	88	91	106	114	98	96
	K	26	26	25	27	24	26	68	58	56	53	49	57
	Y	82	90	101	114	110	97	156	149	163	167	148	153
Endokriiniset, nutritionaaliset ja metaboliset sairaudet	E	53	69	77	85	71	69	47	63	79	82	76	68
	K	5	5	6	6	4	5	13	14	15	14	11	13
	Y	58	74	83	91	75	74	60	77	94	95	87	81
Munuaisten ja virtsateiden sairaudet	E	84	88	100	95	78	88	55	66	76	79	66	66
	K	56	51	51	51	42	48	25	26	27	28	21	25
	Y	140	139	151	146	120	137	80	93	103	108	87	92
Miehen ja naisen lisääntymisjärjestelmän sairaudet	E	64	69	72	71	65	67	75	64	70	71	62	67
	K	66	63	64	63	55	61	244	228	224	211	183	219
	Y	130	133	136	134	120	128	319	292	294	282	245	286
Veren, vertamuodostavan kudoksen ja immunologisen järjestelmän sairaudet	E	24	24	29	29	28	27	21	27	29	31	28	27
	K	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Y	25	25	29	31	29	27	22	27	30	31	29	28
Myeloproliferatiiviset sairaudet ja erillaistumattomat kasvaimet	E	65	75	75	65	49	63	49	47	42	46	48	44
	K	3	2	3	2	2	2	2	2	1	1	2	2
	Y	67	77	78	67	51	66	51	49	43	48	50	46
Infektiosairaudet	E	25	28	31	30	27	28	18	21	21	22	20	21
	K	2	3	3	3	2	3	2	2	2	2	2	2
	Y	27	30	34	32	30	30	20	23	24	25	22	23
Vammat, myrkytykset ja lääkkeiden toksiset vaikutukset ja palovammat	E	18	25	25	31	36	26	16	18	23	29	25	21
	K	2	2	3	3	4	3	1	1	1	1	1	1
	Y	20	27	28	33	40	28	18	20	24	31	27	22
Terveydentilaan vaikuttavia tekijöitä	E	115	132	140	147	128	130	132	126	130	127	114	120
Kaikki päädiagnoosiryhmät	E	1 851	2 222	2 419	2 517	2 240	2 211	1 520	1 725	1 937	2 003	1 787	1 745
	K	821	806	798	769	654	760	1 000	976	982	920	787	920
	Y	2 672	3 028	3 217	3 285	2 894	2 971	2 521	2 701	2 918	2 923	2 574	2 665

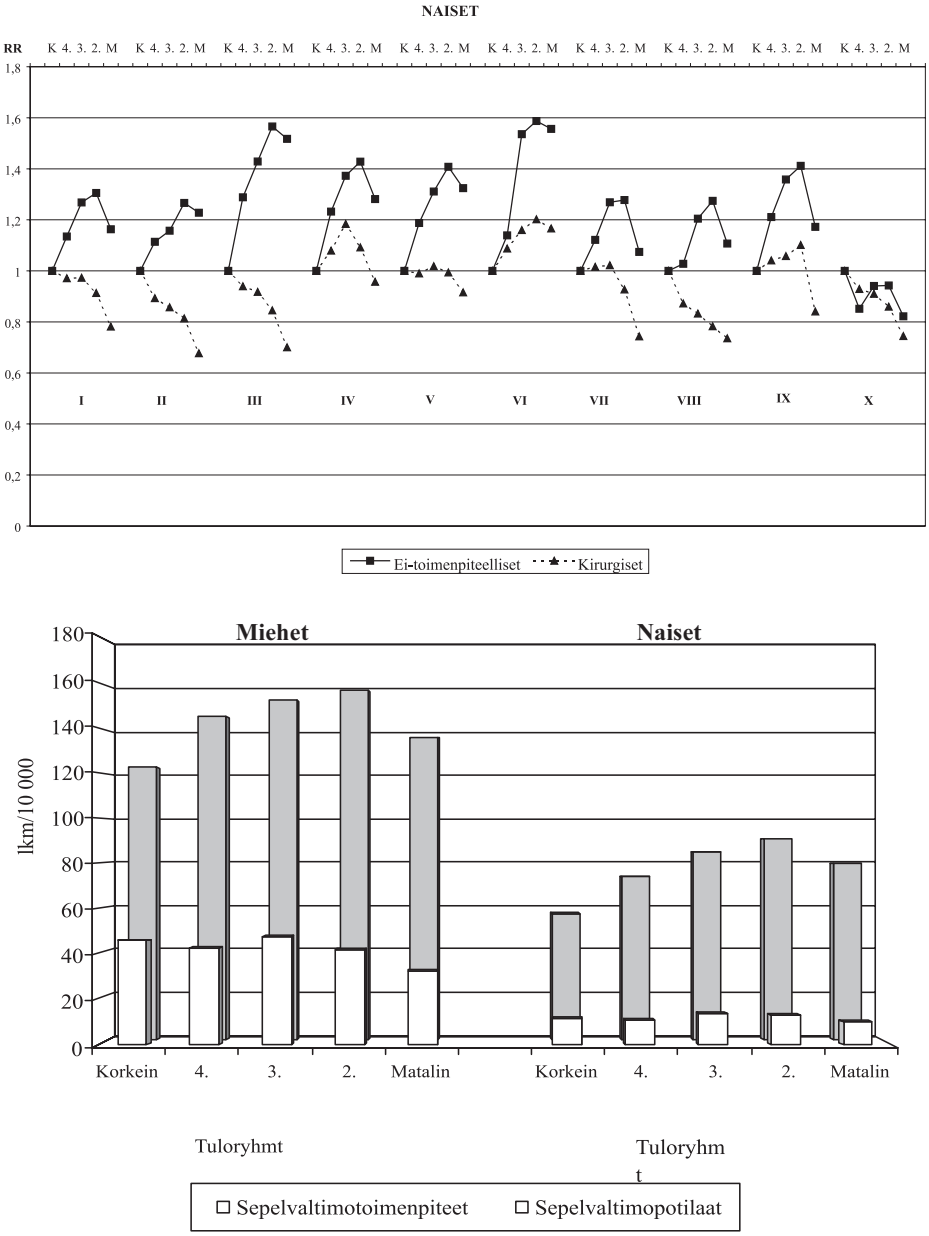
E = Ei-toimenpiteelliset hoitojaksot, K = Kirurgiset hoitojaksot, Y = Yhteensä

Kirurgisissa hoitojaksoissa tuloryhmien väliset erot poikkeavat palvelujen kokonaiskäytössä vallitsevista eroista. Alimmassa tuloryhmässä on kirurgisia hoitojaksoja molemmilla sukupuolilla noin 20 prosenttia vähemmän kuin ylimmässä ryhmässä. Päädiagnoosiryhmistä, joissa suoritetaan paljon kirurgisia toimenpiteitä, selviä tuloryhmäeroja ei ollut ruoansulatuskanavan ja verenkiertoelinten sairauksissa. Muissa runsaasti kirurgisia hoitojaksoja sisältävissä päädiagnoosiryhmissä eli silmän, tuki- ja liikuntaelinten ja sidekudoksen sekä naisten lisääntymiselinten sairauksissa ylemmälle tuloryhmälle suoritettiin 25 – 30 prosenttia enemmän toimenpiteitä kuin alimmalle tuloryhmälle (Kuviot 1 ja 2).



Kuvio 1. Suhteelliset erot kirurgisten ja ei toimenpiteellisten hoitojaksojen ikävakioidussa yleisyydessä eräissä DRG-luokituksen päädiagnoosiryhmissä tuloviidenneksittäin käytettävissä olevien tulojen mukaan vuonna 1996, 25 vuotta täyttäneet miehet ja naiset[1] .

[1] K = Korkein tuloviidennes, M = Matalin tuloviidennes, I = Kaikki päädiagnoosiryhmät, II = Silmän sairaudet, III = Korvan, nenän ja kurkun sairaudet, IV = Verenkiertoelinten sairaudet, V = Ruuansulatuskanavan sairaudet, VI = Maksan, sappiteiden ja haiman sairaudet, VII = Tuki- ja liikuntaelinten ja sidekudoksen sairaudet, VIII = Ihon, ihonalaisen kudoksen ja rintarauhasen sairaudet, IX = Munuaisten ja virtsateiden sairaudet ja X = Miehen ja naisen lisääntymisjärjestelmän sairaudet. RR = Relative Rate.



Kuvio 2. Sepelvaltimotoimenpiteet ja sepelvaltimotaudin takia hoidossa olleet potilaat 10 000 henkeä kohden tuloviidenneksittäin perheen käytettävissä olevien tulojen mukaan vuonna 1996. Ikävakioidut luvut, 25 vuotta täyttäneet miehet ja naiset.

Taulukon 3 usein ei-kiireellisinä suoritettavista toimenpiteistä vain sappirakon poistoleikkaukset ja alaraajojen amputaatiot sekä naisilla valtimoiden ohitusleikkaukset, sterilisaatiot ja tyräkorjaukset olivat alemmissa tuloryhmissä selvästi yleisempiä kuin ylemmissä. Useita toimenpiteitä tehtiin erityisen vähän nimenomaan alimmassa tuloryhmässä. Esimerkiksi sepelvaltimotoimenpiteiden yleisyys oli neljässä ylimmässä tuloryhmässä samaa suuruusluokkaa ja naisilla sepelvaltimoiden pallolaajennuksia tehtiin jopa eniten keskiryhmissä, mutta alimmassa tuloryhmässä sepelvaltimotoimenpiteiden määrä oli miehillä 29 prosenttia ja naisilla 16 prosenttia matalampi kuin ylimmässä tuloviidenneksessä. Erityisen selvä ja johdonmukainen ylempiä ryhmiä suosiva tuloryhmien välinen ero oli kaihileikkauksissa ja miehillä polven nivelkierukan poistoissa sekä naisilla kohdunpoistoissa.

Taulukko 3. Eräiden kirurgisten toimenpiteiden yleisyys 10 000 henkeä kohden tuloviidenneksittäin perheen käytettävissä olevien tulojen mukaan vuonna 1996. Ikävakioidut luvut, 25 vuotta täyttäneet miehet ja naiset.

Miehet

Toimenpiteet	*Tuloryhmät*					*Yhteensä*
	Korkein	*4.*	*3.*	*2.*	*Matalin*	
Glaukoomaleikkaukset	3,8	4,3	3,8	3,2	3,0	3,5
Kaihileikkaus	81,6	73,5	67,3	62,9	54,3	63,6
Nielu- ja kitarisaleikkaukset	6,7	5,9	6,0	6,0	4,9	5,9
Sepelvaltimotoimenpiteet	46,0	42,9	47,8	41,8	32,9	40,8
joista						
sepelvaltimoiden ohitusleikkaukset	36,3	33,5	38,2	32,2	26,5	32,0
sepelvaltimoiden pallolaajennukset	9,7	9,5	9,6	9,6	6,3	8,7
Tyräkorjaukset	59,1	55,8	57,9	59,0	51,4	56,6
Hemorroihidileikkaus	8,7	8,7	8,4	7,3	6,8	8,1
Kolekystektomia +/- sappitietoimenpide	11,4	13,3	12,7	13,5	13,8	12,7
Eturauhasenpoisto (transurektraalinen tai avoin)	38,9	36,7	38,0	38,6	35,2	37,0
Ympärileikkaus	5,0	4,7	4,6	4,6	3,7	4,6
Selkärangan leikkaukset (pl. skolioosi- ja traumaleikkaukset sekä deesin purku)	23,7	25,1	23,5	21,5	16,6	22,0
joista						
lannerangan diskusprolapsin leikkaus,	13,8	15,4	14,3	12,6	9,8	13,4
spinaalikanavan dekompressio	5,4	5,0	4,8	4,4	3,4	4,4
Nivelkierukan poisto avoimesti/endoskooppisesti	37,9	36,6	30,9	26,4	17,4	30,6
Lonkan tekonivelleikkaukset artroosin tai deformiteetin takia						
ensileikkaus	12,0	13,9	11,8	12,8	11,0	11,8
uusintaleikkaus	5,0	4,3	3,5	3,5	3,4	3,7
Polven tekonivelleikkaus	5,5	5,8	6,8	6,1	5,2	5,8
Alaraajan amputaatio	5,3	7,6	9,2	8,7	7,8	8,1
Alaraajan ohitusleikkaus	4,4	6,3	7,1	7,9	5,1	6,3
Suonikohjuleikkaus	17,8	16,1	15,4	13,7	10,3	14,8

Naiset

Toimenpiteet	*Tuloryhmät*					*Yhteensä*
	Korkein	*4.*	*3.*	*2.*	*Matalin*	
Glaukoomaleikkaukset	6,9	5,5	4,5	4,5	3,4	4,2
Kaihileikkaus	110,7	100,7	94,7	91,5	77,6	84,5
Nielu- ja kitarisaleikkaukset	9,6	10,1	8,9	9,2	6,3	9,0
Sepelvaltimotoimenpiteet	12,0	10,9	13,9	13,1	10,1	11,7
joista						
sepelvaltimoiden ohitusleikkaukset	9,1	7,8	9,5	9,7	8,0	8,6
sepelvaltimoiden pallolaajennukset	2,9	3,1	4,4	3,4	2,1	3,2
Tyräkorjaukset	10,8	13,1	15,1	15,1	15,4	13,8
Peräpukamaleikkaus	8,7	10,7	10,7	9,0	7,4	9,5
Sappirakon poisto +/- muu sappitietoimenpide	12,0	16,0	18,0	20,3	18,9	17,1
Sterilisaatio (avoin tai endoskooppinen)	43,7	68,0	79,8	79,6	66,3	67,2
Kohdunpoisto	63,3	57,7	54,9	50,5	47,2	55,5
Prolapsileikkaukset	25,3	26,8	29,5	27,8	23,7	26,0
Selkärangan leikkaukset (pl. skolioosi- ja traumaleikkaukset sekä deesin purku)	19,1	17,0	16,6	16,1	12,1	16,2
joista						
lannerangan diskusprolapsin leikkaus	9,6	9,7	8,9	9,0	6,8	8,9
spinaalikanavan dekompressio	5,3	3,8	3,9	4,3	2,8	3,9
Nivelkierukan poisto avoimesti/endoskooppisesti	23,5	23,7	23,7	20,0	14,1	21,1
Lonkan tekonivelleikkaukset artroosin tai deformiteetin takia						
ensileikkaus	15,3	13,0	14,0	14,8	13,8	13,3
uusintaleikkaus	4,5	4,7	4,6	4,4	3,3	4,0
Polven tekonivelleikkaus	12,9	13,5	14,8	15,3	13,3	13,4
Alaraajan amputaatio	2,4	3,8	4,9	4,9	4,5	4,5
Alaraajan ohitusleikkaus	2,3	3,4	4,3	3,2	1,9	2,8
Suonikohjuleikkaus	55,0	56,7	59,7	55,9	50,3	55,6

Lasten sairaalapalvelujen käytössä aikuisia pienemmät tuloryhmien erot

Tuloryhmien väliset erot sairaalapalvelujen käytössä eivät lapsilla olleet yhtä selviä kuin aikuisilla. Palvelujen kokonaiskäyttö oli runsainta keskiryhmissä. Vähiten palveluita käytettiin alimmassa tuloryhmässä (Taulukko 1). Palvelujen käytön tärkeimmät syyt olivat sekä pojilla ja tytöillä hengityselinten taudit, joihin hoitojaksoista pojilla käytettiin 28 prosenttia ja tytöillä 26 prosenttia, hermoston ja aistimien sairaudet (pojat 16 %, tytöt 15 %) sekä vammat ja myrkytykset (pojat 10 % ja tytöt 8 %). Keskeisistä sairaalapalvelujen käytön syistä tuloryhmäerot olivat systemaattisimmat poikien vammoista ja myrkytyksistä aiheutuneissa hoitojaksoissa, joita alimman tuloviidenneksen pojilla oli 19 prosenttia ylintä tuloryhmää enemmän. Alemmissa tuloryhmissä oli enemmän sairaalahoitoja sekä tytöillä että pojilla oireiden ja epätäydellisesti määriteltyjen sekä muiden syiden takia. Ylemmissä tuloryhmissä oli alempia enemmän hoitojaksoja ihotautien takia. Tuloryhmien väliset erot olivat hyvin suuria perinataaliajan eli syntymässä tai

pian sen jälkeen havaittavista sairauksista johtuvassa sairaalahoidossa, jossa ylimmällä tuloryhmällä oli muita ryhmiä vähemmän sairaalahoitojaksoja. Kaikissa tuloryhmissä oli perinataalisairauksien hoitojaksoja kuitenkin niin vähän, että suuret erot saattavat aiheutua myös sattumasta (Taulukko 4).

Taulukko 4. Sairaalahoitojaksot 10 000 lasta kohden ICD-luokituksen tautipääryhmissä tuloviidenneksittäin perheen käytettävissä olevien tulojen mukaan vuonna 1996. Ikävakioidut luvut, 1–14-vuotiaat pojat ja tytöt.

Pojat

Tautipääryhmä	*Tuloryhmät*					*Yhteensä*
	Korkein	*4.*	*3.*	*2.*	*Matalin*	
Tartunta- ja loistaudit	54	56	58	60	55	57
Kasvaimet	75	44	91	54	36	59
Umpieritys- ja aineenvaihduntasairaudet sekä ravitsemus- ja immuunijärjestelmän häiriöt	16	24	19	28	17	21
Vertamuodostavien elimien ja veren sairaudet	10	7	14	13	8	11
Hermoston ja aistimien sairaudet	166	183	182	173	143	170
Verenkiertoelinten sairaudet	7	8	8	8	5	7
Hengityselinten taudit	277	297	314	305	255	291
Ruoansulatuselimistön sairaudet	65	67	78	81	76	75
Virtsa- ja sukupuolielinten taudit	51	59	55	51	49	53
Ihon ja ihonalaiskudoksen taudit	26	25	23	21	18	22
Tuki- ja liikuntaelimet	35	34	46	34	28	36
Synnynnäiset epämuodostumat	68	73	71	65	63	68
Perinataaliset sairaudet	1	2	3	2	3	2
Oireet ja epätäydellisesti määritellyt tapaukset	52	58	64	66	65	62
Vammat ja myrkytykset	96	102	110	106	114	107
Muut syyt	14	13	14	15	19	15
Yhteensä	1012	1052	1153	1082	955	1056

Tytöt

Tautipääryhmä	*Tuloryhmät*					*Yhteensä*
	Korkein	*4.*	*3.*	*2.*	*Matalin*	
Tartunta- ja loistaudit	53	54	56	55	48	53
Kasvaimet	44	68	65	65	53	60
Umpieritys- ja aineenvaihduntasairaudet sekä ravitsemus- ja immuunijärjestelmän häiriöt	21	24	27	22	19	23
Vertamuodostavien elimien ja veren sairaudet	9	7	15	7	3	8
Hermoston ja aistimien sairaudet	135	153	140	129	109	133
Verenkiertoelinten sairaudet	5	6	8	7	4	6
Hengityselinten taudit	219	234	243	230	192	224
Ruoansulatuselimistön sairaudet	45	51	51	58	51	52
Virtsa- ja sukupuolielinten taudit	21	21	25	23	20	23
Ihon ja ihonalaiskudoksen taudit	22	24	21	19	18	20
Tuki- ja liikuntaelimet	54	67	76	55	52	62
Synnynnäiset epämuodostumat	57	62	65	52	46	56
Perinataaliset sairaudet	0	1	2	2	1	1
Oireet ja epätäydellisesti määritellyt tapaukset	49	58	61	65	60	60
Vammat ja myrkytykset	75	70	70	74	72	72
Muut syyt	10	12	15	18	13	15
Yhteensä	818	913	939	879	761	869

Myös kirurgisessa hoidossa tuloryhmien väliset erot olivat lapsilla vähemmän systemaattisia kuin aikuisilla (Taulukko 5). Eräissä toimenpideryhmissä eroja oli kuitenkin myös lapsilla. Virtsatieoperaatioita tehtiin enemmän ylemmissä tuloryhmissä. Diagnostisia virtsarakon tähystyksiä suoritettiin aineiston alimmassa tuloryhmässä pojille noin 40 prosenttia ja tytöille lähes 60 prosenttia harvemmin kuin ylimmän tuloryhmän lapsille. Tytöillä myös maha-suolikanavan tähystyksiä oli ylemmissä tuloryhmissä selvästi enemmän. Tärykalvopistoja, joihin saattoi myös liittyä tärykalvoputkien asentaminen, suoritettiin sekä tytöillä että pojilla neljässä ylimmässä tuloryhmässä kutakuinkin yhtä usein. Sen sijaan alimmassa tuloryhmässä toimenpiteitä tehtiin 30 prosenttia ylintä ryhmää vähemmän. Ylimmän tuloryhmän pojille suoritettiin noin 1,5 kertaa enemmän ihoon kohdistuvia leikkauksia kuin alimman tuloryhmän pojille. Alimmissa tuloryhmissä suoritettiin ylempiä enemmän karsastus- ja tyräleikkauksia.

Taulukko 5. Kirurgiset sairaalahoitojaksot 10 000 lasta kohden toimenpidetyypeittäin tuloviidenneksittäin perheen käytettävissä olevien tulojen mukaan vuonna 1996. Ikävakioidut luvut, 1–14-vuotiaat pojat ja tytöt.

Pojat

Toimenpiteet	*Tuloryhmät*					*Yhteensä*
	Korkein	*4.*	*3.*	*2.*	*Matalin*	
Hermoihin kohdistuvat toimenpiteet	9,1	4,4	7,1	5,2	3,6	5,6
Silmäleikkaukset	15,3	17,8	21,8	23,0	25,0	14,6
joista						
karsastusleikkaukset	5,2	5,1	7,1	6,9	8,4	6,8
Korva-, nenä- ja kurkkuleikkaukset	159,7	169,9	156,2	144,2	109,3	85,0
joista						
tärykalvopisto +/- putki	65,3	71,4	63,9	59,6	45,5	59,8
Leikkaukset kasvojen luihin, suuhun ja nieluun	338,5	377,7	377,1	355,8	293,0	180,5
joista						
nielu- ja kitarisaleikkaukset	162,8	182,4	181,7	170,5	139,9	166,9
Sydän ja intratorakaaliset leikkaukset	2,1	2,2	1,4	2,4	1,6	1,9
Keuhkojen, mediastinumin ja rintakehänseinämän leik.	3,8	3,4	4,3	4,2	3,4	3,9
Ruoansulatuskanavan leikkaukset	105,4	117,5	123,3	125,7	112,2	63,3
joista						
yläruoansulatuskanavan endoskopia + biopsia	4,8	5,9	7,3	7,1	5,2	6,1
alaruoansulatuskanavan endoskopia + biopsia	3,8	5,3	5,4	4,1	2,6	4,3
tyräkorjaukset (52 sis. 51:een)	23,3	23,7	25,8	30,1	27,6	26,4
umpilisäkkeen poisto	16,6	19,1	18,2	17,5	17,6	17,9
Urologiset leikkaukset	100,6	108,4	107,8	94,2	100,4	61,4
joista						
transuretraalinen skopia + biopsia	5,6	4,5	4,1	3,2	3,5	4,0
ympärileikkaus	25,3	26,8	28,5	26,7	28,4	27,3
orkidopeksia	9,6	10,9	10,5	8,1	8,7	9,5
Tukielimiin kohdistuvat leikkaukset	97,2	97,7	107,7	90,1	93,3	70,9
joista						
murtuman/luksaation sulkeinen hoito	17,7	19,4	21,5	18,0	19,5	19,4
murtuman/dislokaation avoin hoito	9,0	8,2	7,7	6,1	7,4	7,6
Ihoon ja subkutikseen kohdistuvat leikkaukset	22,1	19,5	17,9	16,1	14,6	17,5
Muut kirurgiset toimenpiteet	2,8	1,7	3,2	2,4	2,6	2,5
Yhteensä kirurgiset hoitojaksot	507,5	537,5	546,3	505,3	445,0	507,2

Tytöt

Toimenpiteet	*Tuloryhmät*					*Yhteensä*
	Korkein	*4.*	*3.*	*2.*	*Matalin*	
Hermoihin kohdistuvat toimenpiteet	4,1	6,7	4,0	5,1	2,9	4,6
Silmäleikkaukset	24,1	25,7	25,6	23,4	27,1	16,4
joista						
karsastusleikkaukset	8,4	8,3	8,0	8,9	10,9	9,0
Korva-, nenä- ja kurkkuleikkaukset	111,7	122,9	116,0	108,4	82,4	64,1
joista						
tärykalvopisto +/- putki	44,8	50,4	46,8	44,1	31,7	42,9
Leikkaukset kasvojen luihin, suuhun ja nieluun	287,8	321,6	336,7	293,9	245,2	153,8
joista						
nielu- ja kitarisaleikkaukset	138,9	155,7	162,7	141,6	117,1	143,1
Sydän ja intratorakaaliset leikkaukset	3,1	1,1	3,0	1,8	2,2	2,2
Keuhkojen, mediastinumin ja rintakehänseinämän leik.	3,2	2,3	2,9	1,9	1,7	2,3
Ruoansulatuskanavan leikkaukset	83,0	83,5	85,7	81,8	72,9	44,7
joista						
yläruoansulatuskanavan endoskopia + biopsia	8,2	7,5	7,7	5,9	6,3	7.0
alaruoansulatuskanavan endoskopia + biopsia	3,7	3,3	2,7	2,4	1,3	2,6
tyräkorjaukset (52 sis. 51:een)	6,4	8,7	10,5	9,1	10,5	9,3
umpilisäkkeen poisto	19,0	17,1	18,0	19,0	15,4	17,6
Urologiset leikkaukset	23,6	17,6	18,1	15,4	12,4	11,2
joista						
transuretraalinen skopia + biopsia	8,3	5,6	6,2	4,7	3,5	5,3
Tukielimiin kohdistuvat leikkaukset	76,6	80,5	81,9	77,6	65,9	60,7
joista						
murtuman/luksaation sulkeinen hoito	13,0	11,7	11,7	11,5	8,2	11,1
murtuman/dislokaation avoin hoito	4,5	4,8	5,7	4,7	5,2	5,1
Ihoon ja subkutikseen kohdistuvat leikkaukset	14,8	20,2	17,9	16,6	14,6	16,9
Muut kirurgiset toimenpiteet	8,7	6,3	9,2	7,4	6,5	7,6
Yhteensä kirurgiset hoitojaksot	385,6	415,5	421,0	381,5	323,9	384,6

Tuloryhmien väliset erot pääosin säilyneet

Terveydenhuollossa 1990-luvun alkupuolella tapahtuneista muutoksista ja sairaaloiden toiminnan tehostumisesta huolimatta näyttävät aikuisten sairaalapalvelujen käytön suhteelliset tuloryhmittäiset erot vuonna 1996 pääpiirteissään samanlaisilta kuin 1980-luvun lopulla. Vuonna 1996 alimmat tuloryhmät käyttivät sairaalapalveluja kokonaisuutena enemmän. Palvelujen kokonaiskäytön erot kuitenkin muodostuivat pääasiassa konservatiivisesta hoidosta. Kirurginen hoito painottui edelleen, kuten 1980-luvulla, taloudellisesti paremmassa asemassa oleviin (Keskimäki 1997b).

Kirurgisten hoitojen määrä lisääntyi kaikissa tuloryhmissä, mutta tuloryhmien väliset erot eivät ole kaventuneet. Pikemminkin tuloryhmäerot kirurgisten hoitojen yleisyydessä ovat kasvaneet. 1980-luvun lopussa kirurgisia toimenpiteitä suoritettiin alimmassa tuloviidenneksessä miehille 13 ja naisille 10 prosenttia vähemmän kuin ylimmässä viidenneksessä. Vuonna 1996 suhteelliset erot toimenpiteiden yleisyydessä olivat kasvaneet miehillä 20 ja naisilla 22 prosenttiin (Keskimäki 1997b). Jopa hoidoissa, joissa toimenpiteiden määrä on voimakkaasti lisääntynyt, kuten sepelvaltimotoimenpiteissä, kaihileikkauksissa, kohdunpoistoissa ja lonkan tekonivelleikkauksissa, ei tuloryhmien välisten suhteellisten erojen voi sanoa erityisesti muuttuneen.

Kaihileikkauksien lukumäärä kasvoi sairaaloiden hoitoilmoitustietojen mukaan vuosina 1988–1996 noin kolminkertaiseksi (Keskimäki, Teperi, Aro & Pohjanlahti 1993; Rasilainen & Nenonen 1997), kohdunpoistojen määrän on arvioitu lisääntyneen 1980-luvun lopulta 1990-luvun puoliväliin vajaan kolmanneksen (Vuorma ym. 1998) ja lonkkaproteesien ensiasennukset lisääntyivät samana aikana yli 50 prosenttia. Verrattuna 1980-luvun lopun tilanteeseen kohdunpoistoissa tuloryhmäkohtaiset erot olivat 1996 kutakuinkin samanlaisia, eli alimmassa tuloviidenneksessä suoritettiin noin 25 prosenttia ylintä tuloryhmää vähemmän kohdunpoistoja. Kaihileikkauksia suoritettiin 1980-luvun lopulla alimmassa tuloviidenneksessä noin 20 prosenttia vähemmän kuin ylimmässä. Vuoteen 1996 mennessä ryhmien välinen ero oli kasvanut 30 prosenttiin. Epidemiologisten tutkimusten perusteella tekonivelleikkauksen yleisimmän syyn eli lonkan nivelrikon on todettu olevan huomattavasti yleisempää alemmissa sosiaaliryhmissä (Heliövaara 1993). Tästä huolimatta alimmassa tuloryhmässä tehtiin sekä 1980-luvun lopulla että vuonna 1996 näitä toimenpiteitä ylintä ryhmää vähemmän.

1980-luvun loppua koskevassa selvityksessä todettiin sepelvaltimotoimenpiteissä selvimmät erot oletetun tarpeen ja palvelujen käytön välillä.

Vuosina 1988–1996 sepelvaltimotoimenpiteiden määrä kasvoi 180 prosenttia (Sydäntautiliitto 1999). Samana aikana sosiaaliryhmien väliset erot tasoittuivat miehillä jonkin verran. Kun 1980-luvun lopulla alimmalla tuloviidenneksellä oli 40 prosenttia vähemmän toimenpiteitä kuin ylimmällä, oli vuonna 1996 ero kaventunut noin 30 prosenttiin. Naisten osalta kehityksen arviointia vaikeuttavat tuloryhmittäisten toimenpiteiden alhaiset lukumäärät 1980-luvun lopulla. Naisilla kahden ylimmän tuloviidenneksen toimenpiteiden määrät kasvoivat vuosina 1988–1996 suhteellisesti enemmän kuin alimpien viidenneksien. Tarkastelujakson sepelvaltimotautisairastavuuden sosiaaliryhmien väliset erot ovat säilyneet suhteellisesti samanlaisina esimerkiksi kuolleisuuseroilla arvioituna (Valkonen 1999). 1990-luvun alussa työntekijämiesten sepelvaltimotautikuolleisuus oli noin 1,8 kertaa ja naisten noin kaksi kertaa korkeampi kuin toimihenkilöiden kuolleisuus. Vuonna 1996 tuloryhmien välillä oli myös selvät erot ylipäätään sepelvaltimotaudin takia sairaalahoitoon joutuneiden osuudessa. Riski joutua sairaalahoitoon sepelvaltimotaudin takia kasvoi systemaattisesti käytettävissä olevien tulojen laskiessa, mutta alin tuloryhmä muodostaa poikkeuksen (Kuvio 2).

Eräiden toimenpiteiden osalta hoitokäytäntöjen muutokset saattavat vaikeuttaa vertailua. Näin on asianlaita nimenomaan kohdunpoistoissa ja kaihileikkauksissa. Kohdunpoistoissa otettiin käyttöön 1990-luvulla ns. laparoskooppisesti avustettu leikkaustapa, jolle ei ole vuonna 1996 ollut sairaaloiden käyttämässä leikkausluokituksessa omaa koodiaan (Sairaalaliitto 1983). Kaihinpoistoissa yleistyivät erityisesti yksityissairaaloissa polikliiniset leikkaustekniikat, joilla suoritettuja toimenpiteitä ei välttämättä ole rekisteröity sairaaloiden hoitoilmoitusrekisteriin. On luultavaa, että nämä toimenpiteet eivät ole erityisesti kohdentuneet taloudellisesti huonossa asemassa oleviin potilaisiin, joten on todennäköistä, että aineiston alipeiton korjaaminen ei pienentäisi tuloryhmäeroja.

Lasten sairaalapalveluissa sosiaali- tai tuloryhmäeroja ei ole aiemmin selvitetty Suomessa. Verrattuna aikuisiin lasten sairaalapalvelujen käytön tuloryhmien väliset erot olivat vähemmän selviä, mutta myös lapsilla osa tuloksista mahdollisesti viittaa siihen, että palvelujen käyttö ei jakaudu niiden tarpeen mukaan. Sekä pojat että tytöt käyttivät sairaalapalveluja vähiten alimmassa tuloviidenneksessä, jossa palvelujen kokonaiskäyttö oli 6–7 prosenttia vähäisempää kuin ylimmässä viidenneksessä. Kirurgisessa hoidossa erot tuloryhmien välillä olivat vielä suuremmat, 10–15 prosenttia. Yksittäisissä toimenpiteissä erot olivat hyvinkin jyrkkiä. Esimerkiksi tärykalvopistoja tehtiin alimpaan tuloviidennekseen kuuluville tytöille ja pojille noin 30 prosenttia ylintä ryhmää vähemmän.

Pelkkien sairaalapalvelujen käyttötietojen perusteella on vaikea arvioida, johtuvatko väestöryhmittäiset käytön erot muista tekijöistä kuin eroista palvelujen tarpeessa. Tällainen arvio edellyttäisi tarkkoja tietoja palvelujen tarpeesta. Monet, suoraan potilaan terveydentilaan liittymättömät tekijät vaikuttavat palvelujen käyttöön. Muun muassa on ehdotettu, että Suomen jo 1980-luvun lopulla kansainvälisesti korkeiden kohdunpoistolukujen kasvu olisi saattanut olla seurausta yleistyvästä hormonikorvaushoidon käytöstä, jonka toteuttamisen kohdunpoisto tekee yksinkertaisemmaksi. Vastaavasti sosiaaliryhmien väliset erot hormonikorvaushoidon käytössä ovat saattaneet johtaa sosiaaliryhmien välisiin eroihin kohdunpoistojen yleisyydessä (Luoto, Keskimäki & Reunanen 1997; Vuorma ym. 1998). Lisäksi sosiaaliryhmäerot saattavat olla seurausta esimerkiksi sosiaalisista eroista sairauskäyttäytymisessä tai hoitoon hakeutumisessa. Myös potilaiden tiedot hoitovaihtoehdoista ja mahdollisuudet hyödyntää terveydenhuoltojärjestelmää saattavat vaihdella koulutuksen ja sosiaalisen aseman mukaan (Keskimäki 1997a).

Osa erityisesti kirurgista hoitoa koskevista tuloksista näyttäisi viittaavan tuloryhmäeroihin, jotka eivät selity palvelutarpeiden eroilla. Silmiinpistävää on alimman tuloviidenneksen muita tuloryhmiä alempi sairaalapalvelujen käyttö useiden sairaalahoidon syiden takia. Tässä kirjoituksessa esitetyt käyttöluvut on ikävakioitu, joten havaittu ero ei voi johtua tuloryhmien välisistä ikärakenteen eroista. Palvelujen käyttö alimmassa tuloviidenneksessä poikkeaa muista ryhmistä myös lapsilla, vaikkakin vähemmän systemaattisesti. Aikuisilla alimman tuloryhmän ja muiden ryhmien välinen poikkeavuus näyttää useissa hoidonsyissä lisääntyneen 1980-luvun lopun jälkeen. Syitä alimman viidennekseen muita vähäisempään sairaalakäyttöön on tarpeen selvittää yksityiskohtaisemmin. Tulos viittaa kuitenkin siihen, että suomalaisessa terveydenhuoltojärjestelmässä on piirteitä, jotka eriarvoistavat potilaita taloudellisin perustein, tai ainakaan järjestelmä ei näyttäisi sairaalapalvelujen osalta vastaavan huonossa taloudellisessa asemassa olevien palvelutarpeisiin samoin perustein kuin varakkaampien potilaiden.

Sairaalapalvelujen käytön sosiaaliryhmäeroja 1980-luvun lopulla käsitelleessä tutkimuksessa esitettiin, että palvelujen saatavuuden ja käytön sosiaaliryhmäeroihin ainakin osittain vaikuttavat myös eräät Suomen terveydenhuoltojärjestelmän rakenteelliset piirteet: yksityisten palvelujen suuri osuus erikoissairaanhoidon avopalveluissa ja eräissä kirurgisissa toimenpiteissä, yksityissektorin tärkeys erityisesti kirurgisten potilaiden ohjautumisessa kunnallisiin sairaaloihin sekä erikoismaksuluokan merkitys kunnallisten sairaaloiden kirurgisessa toiminnassa (Keskimäki 1997a). 1990-luvun alun taloudellisen laman ja valtion-

osuusuudistuksen yhteydessä näiden tekijöiden merkitys ei juuri ole muuttunut. On luultavaa, että niiden vaikutus sairaalapalvelujen sosiaaliryhmäeroihin ei myöskään ole vähentynyt.

Lähteet

Arinen, S., Häkkinen, U., Klaukka, T., Klavus, J., Lehtonen, R & Aro, S. 1998. Suomalaisten terveys ja terveyspalvelujen käyttö. Terveydenhuollon väestötutkimuksen 1995/96 päätulokset ja muutokset vuodesta 1987. SVT, Terveys 1998: 5. Jyväskylä: Stakes ja Kela.

Feldman, E. 1996. Oikeus terveyspalveluihin Suomen hallitusmuodossa. Aiheita 6. Helsinki: Stakes.

Heliövaara. M., Mäkelä, M., Sievers. K., Melkas, T., Aromaa, A., Knekt. P., Impivaara, O., Aho, K. & Isomäki, H. 1993. Tuki- ja liikuntaelinten sairaudet Suomessa. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja AL:35. Helsinki: Kansaneläkelaitos.

Kalimo, E., Klaukka, T., Lehtonen, R. & Nyman, K. 1992. Suomalaisen terveysturva ja sen kehitystarpeet – Terveysturvan väestötutkimuksen 1987 päätulokset. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja M: 81. Helsinki: Kansaneläkelaitos.

Keskimäki, I. 1997a. Social equity in the use of hospital inpatient care in Finland. Research reports 84. Helsinki: Stakes.

Keskimäki, I. 1997b. Tuloryhmien väliset erot sairaalapalvelujen käytössä. Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti 1997b:34, s.213–222.

Keskimäki, I., Teperi, J., Aro, S. & Pohjanlahti, J.-P. 1993. Leikkaustoimenpiteiden alueellinen vaihtelu Suomessa. Raportteja 83. Helsinki: Stakes.

Linna, M. & Häkkinen, U. 1996. Sairaaloiden tuottavuus 1991–1994. Teoksessa: Häkkinen U, Asikainen, K. & Linna, M. Terveyspalvelujen tarve ja kustannukset alueittain sekä sairaaloiden tuottavuus 1990-luvulla Aiheita 45. Helsinki: Stakes, s. 38–53.

Luoto, R., Keskimäki, I. & Reunanen, A. 1997. Socioeconomic variations in hysterectomy: evidence from a linkage study of the Finnish hospital discharge register and population census. J Epid Comm Health 1997:51, s.67–73.

Mikkola, H., Keskimäki, I. & Häkkinen, U. 1998. Tietoa DRG:stä. Kansainvälisistä kokemuksista suomalaisiin sovelluksiin. Aiheita 39. Helsinki: Stakes.

Nyman, K. 1993. Tasa-arvo suomalaisessa terveydenhuollossa. Valtakunnallinen arviointitutkimus terveyspalvelujen käytön eroista. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja M: 88. Helsinki: Kansaneläkelaitos.

OECD. The OECD list of social indicators. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development, 1982.

Purola, T., Kalimo, E., Sievers, K. & Nyman, K. 1967. Sairastavuus ja lääkintäpalvelusten käyttö Suomessa ennen sairausvakuutusta. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja A: 1. Helsinki: Kansaneläkelaitos.

Purola, T., Nyman, K., Kalimo, E. & Sievers, K. 1971. Sairausvakuutus, sairastavuus ja lääkintäpalvelusten käyttö. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja A: 7. Helsinki: Kansaneläkelaitos.

Rasilainen, J. & Nenonen, M. 1997. Toimenpiteelliset hoitojaksot vuonna 1996. Tilastotiedote 18/ 1997. Helsinki: Stakes.

Sairaalaliitto 1983. Toimenpidenimikkeistö. Helsinki

Scheinin, M. Sosiaaliset perusoikeudet ja lainsäätäjä I. Oikeus 1995:24, s. 343–350

Seitsalo, S., Keskimäki, I. & Kotilainen, E. 1999. Selkäkipujen leikkaushoito on poikkeushoito - vai onko? Selkäleikkaukset rekisterien valossa. Duodecim 1999:115, s.1734–1742.

Sosiaali- ja terveysministeriö. Terveyttä kaikille vuoteen 2000. Suomen terveyspolitiikan pitkän aikavälin tavoite- ja toimintaohjelma. Valtion painatuskeskus, Helsinki 1986.

Sydäntautiliitto. Sydänleikkausrekisteri 1998. Moniste. Suomen sydäntautiliitto ry, Helsinki 1999.

Valkonen, T. 1999. The widening differentials in adult mortality by socio-economic status and their causes. Teoksessa: Chamie J, Cliquet RL, toim. Health and mortality. Issues of global concern. Proceedings of the symposium on health and mortality. Brussels, 19-20 November 1997. Population Division, Departement of Economic and Social Affairs, United Nations Secretariat and Population and Family Study Centre, Flemish Scientific Institute, Leuven 1999.

Virtanen, M., Brommels, M. & Keskimäki, I. 1995. FinDRG-potilasryhmitys. Luokitusopas. Ohjeita ja luokituksia 1995:2. Helsinki: Stakes.

Vuorma, S., Teperi, J., Hurskainen, R., Keskimäki, I. & Kujansuu, E. 1998. Hysterectomy trends in Finland in 1987–1995 – a register based analysis. Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica 1998:77, s.770–776.

Suun terveydenhuolto

Anne Nordblad

Julkisin varoin tuettuja suun terveydenhuollon palveluja tuottavat Suomessa pääasiassa kunnat, yksityiset palvelujen tuottajat ja ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö. Lisäksi palveluja tuottavat yliopistojen hammaslääketieteen laitokset, puolustusvoimat ja vankeinhoitolaitos. Kuntien tuottamista palveluista vastaavat terveyskeskukset. Sairausvakuutus korvaa tietyin edellytyksin yksityisten hammaslääkärien antamaa hoitoa sekä tutkimuksista ja ehkäisevästä hoidosta aiheutuvia kustannuksia. Vuonna 1998 noin puolet väestöstä oli joko käyttänyt terveyskeskusten suun terveydenhuollon palveluja tai saanut korvausta Kelalta hammashoitomaksuihin (ks. tilastoosan suun terveydenhuolto, taulukko 1).

Kotitaloudet rahoittivat vuonna 1997 noin 60 prosenttia hammashuoltomenoista. Kotitalouksien osuus lisääntyi 10 prosenttiyksikköä jaksolla 1990–1997. Valtion ja kuntien osuus hammashuollon rahoituksesta aleni vastaavasti noin 10 prosenttiyksiköllä 30 prosenttiin. Kelan rahoitusosuus on noussut 1990-luvulla kahdesta prosentista kahdeksaan prosenttiin vuonna 1997 (Kansaneläkelaitoksen julkaisuja T56:9, 1999, 30–31).

Sairausvakuutuksen korvaama hammashoito laajentunut

Järjestelmällistä hammashoitoa on korvattu sairausvakuutuslain mukaan vuodesta 1986. Vuodesta 1991 lähtien hammashuollon korvauksiin ovat olleet oikeutettuja 1956 ja sen jälkeen syntyneet ja korvauksen piiriin on näin vuosittain tullut yksi uusi ikäluokka. Pääosin tästä syystä hammashuollon korvaukset ovat 1990-luvulla tasaisesti nousseet. Keskimääräiset korvaukset saajaa kohden ovat pysyneet lähes samansuuruisina jakson aikana (Kansaneläkelaitoksen tilastollinen vuosikirja 1998, 125–139; Tiainen & Laitinen 1997, 1072–1078).

Vuonna 1997 lokakuussa voimaan tuli määräaikainen lainmuutos, jonka perusteella koko väestölle korvataan yksi tutkimuksen ja ehkäisevän hoidon kerta kolmessa vuodessa. Tämä aiheutti korvausta saaneiden määrän nousun, joka näkyy taulukossa 1 ryhmässä 1955 ja sitä ennen syntyneet. 1955 ja sitä ennen syntyneille

on muutoin korvattu hammashoitoa vain silloin, kun se on välttämätöntä muun sairauden kuin hammassairauden parantamiseksi. Hammashoidon sairausvakuutuskorvaukset olivat vuonna 1993 yhteensä 166 miljoonaa markkaa, kun vastaava luku vuonna 1998 oli 248 miljoonaa markkaa.

Taulukko 1. Hammashoidon sairausvakuutuskorvaukset vuosina 1993–1998, milj. mk. vuoden 1998 rahana.

	1993	*1994*	*1995*	*1996*	*1997*	*1998*
1956 ja sen jälkeen						
synt., korvaukset milj.mk	113,8	122,7	131,5	136,1	145,5	159,7
Korvauksen saajat, lkm	194 724	206 580	223 214	243 147	265 059	292 769
1955 ja sitä ennen synt. tutk.						
ja ehk. hoito, korvaukset milj.mk					8,6	37,8
Korvauksen saajat, lkm					74 619	332 251
Muut (sis. rintamaveteraanit),						
korvaukset milj.mk	52,2	47,1	42,6	40,6	38,3	50,4
Korvauksen saajat, lkm	46 578	46 621	45 309	44 732	43 231	44 467
Yhteensä korvaukset milj. mk	165,9	169,6	174,2	176,8	192,4	247,9

Lähde: Kansaneläkelaitos

Myös terveyskeskusten suun terveydenhuollon palvelut laajentuneet, alueelliset erot merkittäviä

Vuonna 1956 ja sen jälkeen syntyneet sekä pään ja kaulan alueelle sädehoitoa saaneet henkilöt tulivat ensisijaisina järjestelmällisen hammashoidon piiriin vuoden 1990 heinäkuusta lähtien. Järjestelmällisen hammashoidon toteuttamiseksi asiakkaat voivat vaihtoehtoisesti käyttää yksityisiä hammashoitopalveluja, joita korvataan sairausvakuutuksesta. Kuntien tulee ylläpitää opiskelijaterveydenhuoltoa, johon kuuluu hammashuolto sekä eräiden kuntien merimiesterveydenhuoltoa. Valtakunnallisissa suunnitelmissa kiinnitettiin kuntien huomiota eräiden erityisryhmien suun ja hampaiden terveydentilaan ja ongelmiin. Tällaisia erityisryhmiä olivat vanhukset, vammaiset sekä sellaiset potilaat, joiden perustauti tai sen lääkitys vaikuttivat suun ja hampaiden hoitoon Seuraavat merkittävät lainsäädännölliset muutokset tehtiin vuonna 1992, jolloin mm. kansanterveyslain voimaanpanosta annettua lakia muutettiin siten, että alle 19-vuotiaiden hammashoito tuli maksuttomaksi terveyskeskushoidossa. Laki rintamaveteraanien hammashuollon järjestämisestä ja korvaamisesta tuli voimaan vuonna 1992.

Taulukko 2. Terveyskeskusten suun terveydenhuollon asiakkaat 1990–1998, lkm.

Hoidossa käyneet	*1990*	*1992*	*1994*	*1996*	*1998*
0-16-vuotiaat	929 131	906 479			
0-18-vuotiaat			969 268	958 931	943 571
Muut järj. hoidon potilaat, 1956 ja sen jälkeen synt.	362 323	387 943	433 515	470 330	503 766
Muu väestö	261 595	269 053	271 222	284 238	300 209
Yhteensä	1 553 049	1 563 475	1 674 005	1 713 499	1 747 546

Taulukossa on vuosina 1990 ja 1992 odottavat äidit sekä opiskelijat sisällytetty järjestelmälliseen hammashoitoon ryhmään 1956 ja sen jälkeen syntyneet.
Lähde: SOTKA. Kuntien toimintatilastot

1990-luvulla terveyskeskusten hammashoitopalveluja käytti vuosittain noin 1,6–1,7 miljoonaa henkilöä. Alle 19-vuotiaiden maksuttomassa hammashoidossa kävi yli 900 000 asiakasta. Merkittävimmät muutokset ovat tapahtuneet nuorten aikuisten ryhmässä (1956 ja sen jälkeen syntyneet), jossa palveluiden käyttäjien määrä on lisääntynyt noin 140 000 asiakkaalla. Vanhemman asiakaskunnan määrä on kasvanut vain vähän. Hienoista vähennystä on nähtävissä viime vuosina maksuttomassa hoidossa käyneiden määrässä eli alle 19-vuotiaiden ryhmässä. Tämä saattaa johtua yksilöllisen tutkimusvälin käyttöönotosta.

Taulukko 3. Perusterveydenhuollon hammashuollon käyttömenot (toimintamenot) ja asiakasmaksut 1993–1998, milj. mk. vuoden 1998 rahana.

	1993	*1994*	*1995*	*1996*	*1997*	*1998*
Kunnat	1361,4	1284,0	1264,9	1295,9	1332,6	1315,9
Maksut	256,4	276,6	267,9	278,0	271,8	268,4
Maksut käyttömenoista (%)	18,8	21,5	21,2	21,5	20,4	20,4

Vuosina 1997 ja 1998 hammashuollon toimintamenoihin on laskettu mukaan käyttöomaisuuden poistot ja vyörytyserät.
Maksut sisältävät kuntien ja kuntayhtymien perimät asiakasmaksut.
Lähde: Tilastokeskus: Tiedosto kunnan taloudesta perusterveydenhuollon hammashuollon käyttömenot yhteensä.

Kansanterveyslain voimaanpanosta annettua lakia muutettiin 1.7.1992 lukien siten, että alle 19-vuotiaiden hampaiden tutkimus ja hoito on maksutonta. Tämä lisäsi maksuttomaan hoitoon oikeutettuja kahdella ikäluokalla. Samalla poistuivat vuonna 1956 syntyneiltä ja sitä nuoremmilta 40 prosentilla alennetut maksut. Vuoden 1993 alusta asiakasmaksuja korotettiin huomattavasti, käytännössä 20–30 prosenttia. Vuonna 1994 korotettiin käyntimaksua, mikä ei juuri vaikuttanut asiakasmaksukertymään. Vuonna

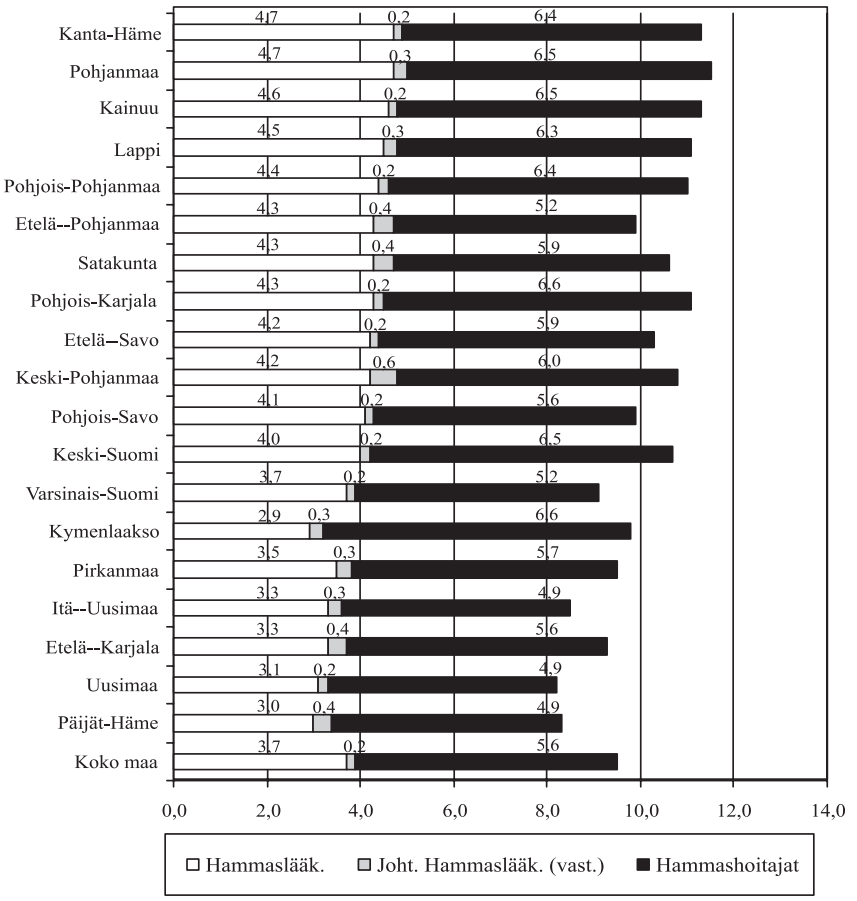
1998 loppuvuodesta asiakasmaksuja korotettiin 10 prosentilla. Terveyskeskusten asiakkailta perimät maksut ovat merkittävä osa suun terveydenhuollon toimintataloutta (Suomen tilastollinen vuosikirja 1999).

Taulukko 4. Terveyskeskusten suun terveydenhuollon henkilökunta 1990 ja 1998, lkm.

	1990	*1998*
Hammaslääkärit/vast. hammaslääkärit	1 934	2 087
Orientoivan vaiheen apulaishammaslääkärit	58	16
Erikoishammashoitajat/vast.hammashoitajat	288	462
Hammashoitaja	2 424	2 516
Muut	244	163
Tiedot on kerätty lokakuussa kuntien palkkatiedoista Lähde: Tilastokeskus, kunnallinen henkilörekisteri.		

Kunnissa suun terveydenhuollon henkilöstön kokonaismäärä kasvoi 1990 luvun alun tilanteesta noin 300 henkilöllä vuoteen 1998 mennessä. Toisaalta osa-aikatyötä tekevien määrä kasvoi hieman enemmän. Vuonna 1990 osa-aikatyössä oli kunnan suun terveydenhuollon henkilöstöstä 318 henkilöä, kun vastaava luku vuonna 1998 oli 782. Näistä osa-aikaisia hammaslääkäreitä oli 387. Orientoivan vaiheen hammaslääkärinimikkeellä toimivien määrä oli vähentynyt huomattavasti 1990-luvulla. Hammashoitajahenkilökunnasta osa-aikatyössä vuonna 1990 oli 189 henkilöä, kun vastaava luku vuonna 1998 oli 375.

Kuntien suun terveydenhuollon henkilöstön määrä ja rakenne vaihtelee selvästi maakunnittain. Kunnallista suun terveydenhuollon henkilöstöä oli vuonna 1998 runsaimmin Pohjanmaalla, Kanta-Hämeessä ja Kainuussa ja vähiten Uudellamaalla ja Päijät-Hämeessä (Kuvio 1). Hoitohenkilökunnan osuus koko suun terveydenhuollon henkilöstöstä oli keskimäärin noin 60 prosenttia. Kymenlaaksossa hoitohenkilökunnan osuus suun terveydenhuollon henkilöstöstä oli suurin verrattuna maan muihin maakuntiin.



Kuvio 1. Kunnallisen hammashuollon henkilosto 10 000 asukasta kohti maakunnittain vuonna 1998.

Lasten suun terveydentilan parantuminen pysähtynyt, aikuisilla kehityskuva ristiriitainen

Terveyskeskusten suun terveydenhuollon toiminnan seurantatiedot ovat rajoittuneet 1970- ja 1980-luvuilla toiminnan painotusten vuoksi lähinnä lapsiin ja nuoriin. Vuonna 1997 tehdyssä erillisselvityksessä mukaan otettiin aikuisväestön ja vanhusväestön suun terveyttä kuvaavia mittareita. Erityisesti lasten ja nuorten suun terveys on parantunut kahden viimeksi kuluneen vuosikymmenen aikana (Nordblad, Suominen-Taipale & Rasilainen 1993; Nordblad, Tiainen, Turtola, Lahti, Laitinen & Niskanen 1996, 31–32). Pohjoismaisessa vertailussa suomalaisten lasten suun ter-

veys 12-vuotiailla reikiintyneiden ja paikattujen hampaiden määrillä (DMF-indeksi) mitattuna sijoittuu samalle tasolle kuin ruotsalaisten ja tanskalaisten lasten suun terveys. Toisaalta Ruotsissa suun terveyden paraneminen on ollut nopeampaa kuin Suomessa tai Tanskassa, joissa lähtötilanne oli 1990- luvun alussa parempi kuin Ruotsissa. Norjassa kehitys on ollut muita pohjoismaita hitaampaa. Tervehampaisten (DMF = 0) lasten lukumäärässä suomalaiset kouluikäiset jäävät vertailussa jälkeen Ruotsista, Tanskasta ja Norjasta. Näissä maissa täysin tervehampaisia lapsia on enemmän kuin Suomessa. Indikaattorina tämä tervehampaisten lasten osuus kuvaa parhaiten tulevaa kehitystä. Yleisesti tarkastellen Suomessa myönteinen suun terveyden kehitys lapsilla ja nuorilla on 1990 kuluessa pysähtynyt, kun se muissa pohjoismaissa on vielä jatkunut koko 1990-luvun ajan (Von der Fehr FR 1994, 371–378; Årsmelding 1991, Helsedirektoratet; Statens Helsetilsyn 1999; Sosialstyrelsen Meddelandeblad 1995, 1998, Sundhedsstyrelsen 1996, 1999).

Aikuisväestön suun terveydentila on muuttunut 20 viime vuoden kuluessa huomattavasti. Täydellinen omien hampaiden puuttuminen työikäisessä väestössä on vähentynyt merkittävästi. Työikäisistä täysin ilman omia hampaita vuonna 1978 oli 14 prosenttia, kun vastaava luku vuonna 1997 oli 6 prosenttia. Samanaikaisesti niiden osuus työikäisistä, joilla omat hampaat olivat säilyneet, oli noussut 60 prosentista 80 prosenttiin. Hampaattomuus oli vähentynyt merkittävästi niin miehillä kuin naisilla, mutta naisilla muutos oli suurempi. Sukupuolten väliset erot olivat käytännössä hävinneet ja alueelliset erot olivat vähentyneet, joskaan eivät hävinneet. Hampaattomuuteen johtavat riskitekijät liittyivät vähäiseen koulutukseen, sosiaalisiin ja alueellisiin tekijöihin ja yleiseen terveydentilaan. Työikäisessä väestössä hampaattomuutta esiintyi pienellä väestöryhmällä, jonka koulutustaso oli alhaisempi ja jonka terveydentila oli muutoinkin heikompi (Suominen-Taipale, Alanen, Helenius, Nordblad & Uutela 1999, 353–365).

Terveydenhuollon väestötutkimuksen 1995/96 mukaan suun terveydentilan kehitys näytti huonommalta, kun sitä tarkasteltiin hammassäryn ja -vaivojen esiintymisenä (Arinen, Häkkinen, Klaukka, Klavus, Lehtonen & Aro 1998, 32–36). Vuonna 1987 joka viides ja vuosina 1995/96 joka neljäs ilmoitti kärsineensä hammasvaivoista. Hammasoireet olivat lisääntyneet eniten 25–44-vuotiaiden keskuudessa (9 %). Nuoret naiset ja ikääntyneet miehet olivat kärsineet vastakkaista sukupuolta useammin hammasoireista. Tuloilla ei näyttänyt olevan yhteyttä hammasoireiden esiintymiseen.

Laadunhallinnalla tuloksia

Ensimmäinen valtakunnallinen sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallintaa koskeva suositus julkaistiin 1995. Se korostaa sitä, että laadunhallinta on osa arkista työtä, näkee asiakaslähtöisyyden laadunhallinnan lähtökohtana ja pitää tiedolla ohjaamista tärkeänä (Laadunhallinta sosiaali- ja terveydenhuollossa 1995). Toinen valtakunnallinen suositus kannustaa ottamaan asiakkaat mukaan laadunhallintaan. Organisaatioiden toivotaan kehittävän toimiva, tuottajalle itselleen ja asiakkaalle palautetta antava asiakaspalautejärjestelmä (Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinta 2000-luvulle 1999). Suun terveydenhuollossa tätä on tuettu kehittämällä valtakunnallinen asiakaspalautejärjestelmä käytettäväksi niin kunnallisella kuin yksityisellä sektorilla. Väline tarjoaa mahdollisuuden omien tulosten vertaamisen muiden tuloksiin. Ensimmäisenä toimintavuotena 1998–1999 asiakaspalautejärjestelmän otti käyttöön 19 terveyskeskusta ja yksi yksityinen hammashoitokeskus. Saadun palautteen mukaan asiakkaat olivat yleisesti tyytyväisiä suun terveydenhuollon palveluihin. Palautetta kerätään asiakkaiden tärkeinä pitämistä asioista ja heidän kokemuksistaan. Tärkeiksi ja kokemuksena parhaiksi seikoiksi asiakkaat ilmoittivat henkilökunnan ammattitaidon ja ystävällisyyden.

Terveyskeskusten suun terveydenhuollon laatuhankkeita selvitettiin vuosina 1995 ja 1998 tehdyillä valtakunnallisilla kyselyillä (Lehtinen, Nordblad, Rönnberg & Outinen 1999). Tulosten mukaan laadunhallintatyöllä on saatu aikaan myönteisiä tuloksia. Sen nähtiin tehostaneen toimintaa. Palvelut olivat myös niitä käyttävien asiakkaiden mielestä laadukkaita. Laadun kehittämistyötä tekevät terveyskeskukset erottuivat omaksi joukokseen ja varsinaista systemaattista laatutyötä tekevän kärkipään muodosti vain pieni osa vastanneista terveyskeskuksesta. Terveydenhuolto 2000-luvulle toimintaohjelmassa on terveyspalveluiden laadun ja vaikuttamisen parantamisen toimenpiteenä esitetty, että kaikissa terveydenhuollon toimintayksiköissä otetaan käyttöön terveyspalveluiden laadunhallintajärjestelmä. Nykyisin käytetyt menetelmät ja mittaustavat eivät ole yhtenäisiä, mikä olisi tarpeen yksiköiden vertaamiseksi ja työn kehittämiseksi.

Yhteenveto

Julkisten hammashuollon palvelujen järjestämisvelvoite on perustunut ensisijaisesti ikään. Hammashuollon palvelujen laajuutta on säädelty asetuksella kohdistumaan ensisijaisesti 1956 ja sen jälkeen syntyneisiin, joille myös vaihtoehtoisesti korvataan hammashuollon kuluja sairausvakuutuksesta. Ratkaisu on aiheuttanut palvelujen järjestämisessä huomattavia kuntakohtaisia eroja, ja terveyskeskusten suun terveydenhuollon palvelujen tarjonta on erilaista maan eri osissa. Suurimmat erot ovat pienten kuntien ja suurten kaupunkien välillä. Usea maan suurimmista kaupungeista on suunnannut palvelut alle 40-vuotiaille. Se on johtunut käytettävissä olevien työvoiman määrästä. Näissä kunnissa alueilla on tarjolla lisäksi yksityisiä palveluita. Osa kunnista on muuttotappioisia ja osa muuttovoittoisia, mikä aiheuttaa resurssien tasoittamistarvetta.

Terveyskeskusten suun terveydenhuollon toiminnassa asiakasmaksut ovat noin 20 prosenttia käyttömenoista. Tarve kasvattaa asiakasmaksutuloja on vaikuttanut siihen, että palveluita on suunnattu nuoriin hoidosta maksaviin aikuisiin, mikä näkyy ryhmän kävijämäärien nousuna terveyskeskusten hammashoidossa. Suun terveydenhuollon asiakasmaksujen korotuksilla ei ole kuitenkaan ollut vaikutusta ikääntyneen väestönosan hammashuollon palveluihin.

Vanhusten suun terveydenhuoltoa tulisi kehittää. Vuonna 1998 sosiaali- ja terveysministeriö käynnistikin 3-vuotisen suun terveydenhuollon kehittämishankkeen, jonka tavoitteena on selvittää, voidaanko käytettävissä olevilla voimavaroilla saada aikaan nykyistä kattavammat ja kustannusvaikuttavuudeltaan paremmat suun terveydenhuollon palvelut. Terveyskeskushammashoito on edelleen suuntautunut pääasiallisesti nuoriin ja lapsiin. Eläkeikäisessä väestössä hampaattomuus ja omien hampaiden osittainen puuttuminen vaikuttavat myös muuhun terveydentilaan ja sitä kautta palvelujen käyttöön. Tutkimusten perusteella sosioekonomiset tekijät vaikuttivat merkittävästi palveluiden käyttöön hammashuollossa. Myös dementiapotilaiden ennakoivaan suun hoitoon tulisi kiinnittää nykyistä enemmän huomiota ja kehittää hoitomalleja yhteistyössä muun terveydenhuollon henkilöstön kanssa.

Lähteet

Arinen, S., Häkkinen, U., Klaukka, T., Klavus, J., Lehtonen, R. & Aro, S. 1998. Suomalaisten terveys ja terveyspalvelujen käyttö. SVT Terveys 5.

Kansaneläkelaitoksen tilastollinen vuosikirja 1998. Vammala 1999.

Laadunhallinta sosiaali- ja terveydenhuollossa. Valtakunnallinen suositus sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinnan järjestämisestä ja sisällöstä. Helsinki: Stakes 1995.

Lehtinen, N., Nordblad, A., Rönnberg, K. & Outinen, M. 1999. Laatupurema. Selvitys suun terveydenhuollon laadunhallinnasta terveyskeskuksissa 1998. Aiheita 34. Helsinki: Stakes.

Nordblad, A., Suominen-Taipale, L. & Rasilainen, J. 1993. Suun terveydenhuolto terveyskeskuksissa 1991. Raportteja 155. Stakes.

Nordblad, A., Suominen-Taipale, L. & Rasilainen, J. 1996. Terveyskeskusten suun terveydenhuolto 1994. Dialogi 4–5. Stakes, s. 31–32.

Nordblad, A., Tiainen, L., Turtola, L., Lahti, S., Laitinen. I. & Niskanen, T. 1996. Julkisesti rahoitettu hammashuolto Suomessa. Käyttäjät ja rahoitus vuonna 1994. Suomen Hammaslääkärilehti 19:3, s. 1000–1005.

Socialstyrelsen Meddelandeblad 17/1995 och 11/1998.

Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinta 2000-luvulle. Valtakunnallinen suositus. Stakes 1999.

Sunhedsstyrelsen 1996, 1999.

Suomen tilastollinen vuosikirja 1999. Tilastokeskus 1999

Suominen-Taipale, A.-L., Alanen, P., Helenius, H., Nordblad, A. & Uutela, A. 1999. Edentulism among Finnish adults of working age, 1978–1997. Community Dent Oral Epidemiol 27, s. 353–365.

Tannhelsetjensten in Norge. Årsmelding 1991. Helsedirektoratet, Statens Helsetilsyn 1999.

Terveyspalvelujen kustannukset ja rahoitus Suomessa 1960–1997. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja T9:56, 1999.

Tiainen, L. & Laitinen, I. 1997. Tilastotietoja sairausvakuutuksen korvaamasta hammashoidosta. Suomen Hammaslääkärilehti 19:4, s.1072–1078.

Von der Fehr FR. 1994. Caries prevalence in the Nordic countries. Int Dent J 44, s. 371–378.

Talouskriisin jäljet sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmässä

Juhani Lehto & Peter Blomster

1990-luvun alkupuolen talouskriisi ja sen seuraukset julkisessa taloudessa muodostavat mielenkiintoisen kokeen sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän kehitysdynamiikkaa koskevien oletta-musten ja väitteiden testaamiselle. Varsin yleisesti oli muun muassa esitetty, että palvelujärjestelmän jatkuvaa menojen kasvua ja tuottavuuden hidasta tai negatiivista kehitystä ei kyetä hillitsemään perinteisen julkisen hallintajärjestelmän puitteissa, vaan tarvitaan enemmän kilpailua ja muita ”markkinoistamisen“ elementtejä sisältävä hallintajärjestelmä (Saltman & Figueras 1997; Wistow ym.1996; Klausen & Ståhlberg 1998). Oli myös esitetty, että palvelujen keskeisten professioiden asema on niin vahva, että on vaikea toteuttaa mitään sellaisia muutoksia, jotka vakavasti uhkaisivat professioiden etuja. Täten kerran rakennettu järjestelmä olisi miltei peruuttamaton (Salter 1998).

On myös arveltu, että valtion keskushallinnon korvamerkityllä rahoituksella ja keskusvirastojen käskykirjeillä hoidetun ohjauksen lopettaminen 1990-luvun alussa saattaisi palvelujärjestelmän kehityksen entistä alttiimmaksi taloudellisille ja poliittisille suhdanteille. Tämä kasvattaisi eroja eri väestöryhmien välillä ja eri palvelusektorien kehittymisedellytysten välillä (ks. esim Kröger 1997; Kalland 1996; Kaukonen 1999). Palvelujärjestelmän eri sektoreilla on usein myös valitettu, että juuri oma sektori on joutunut kokemaan suurimmat leikkaukset, kun muut ovat tavalla tai toisella olleet vahvempia omia asemiaan puolustaessaan.

Tämän artikkelin tarkoituksena on kuvata pääasiassa virallisten tilastojen ja tietorekisterien sisältämien suorite- ja taloustietojen pohjalta sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän muutoksia 10 viime vuoden aikana. Erityinen kiinnostuksemme kohde on se, missä määrin talouskriisin aikana tapahtuneet muutokset ovat jäämässä pysyviksi – ”käänteeksi“ – ja missä määrin ne ovat vain tilapäisiä – ”notkahduksia“ –, joista palataan takaisin entiselle kehitysuralle[1].

Tilasto- ja rekisteriaineistoista ovat käytössämme olleet Stakesin ylläpitämät Sosiaali- ja terveydenhuol-

[1] Artikkeli on osa Suomen Akatemian ja Stakesin rahoittamaa ”Notkahdus vai käänne“ projektia, joka arvioi 1990-luvun alun talouskriisin vaikutuksia sosiaali- ja terveyspalvelujen rahoituksessa, tarpeessa, kysynnässä ja tarjonnassa. Se on julkaistu lähes sellaisenaan aiemmin Kunnallistieteellisen Aikakauskirjan numerossa 1/2000.

lon kuntatietokanta SOTKA ja sairaaloiden vuodeosastojen, sosiaalihuollon laitosten ja suunnitelmaan perustuvan kotihoidon tietokanta HILMO, sosiaali- ja terveysministeriön ylläpitämä Sosiaalimenotietokanta sekä Tilastokeskuksen ylläpitämä Kunnallinen henkilöstörekisteri. Silloin kun on perusteltua olettaa, että tilastointi- ja hallintojärjestelmässä tapahtuneet muutokset ovat vaikuttaneet esittämiemme aikasarjojen sisältöön, mainitsemme siitä aikasarjan esittämisen yhteydessä. Muutoin käyttämiämme tilasto- ja rekisteritietoja voidaan pitää varsin luotettavina sillä yleisyystasolla, jolla artikkelimme pysyy.

Mitä muutoksia odotettiin ja suunniteltiin?

Varsin karkeasti yleistettynä lamaa edeltävien virallisasiakirjojen näkemys sisälsi lasten päivähoitojärjestelmän sekä vanhusten ja mielenterveyspotilaiden avopalvelujärjestelmän laajentamisen sekä vähittäisen laadun ja tehokkuuden lisääntymisen rakenne- ja rahoitusjärjestelmämuutosten tuloksena. Jo ennen lamaa useissa asiakirjoissa arveltiin kiihkeimmän kasvun kauden taittuvan 1990-luvulla ja palvelujen tuottamisjärjestelmän monipuolistuvan tuottajien välisen kilpailun mahdollisuuksien hieman avautuessa. Palvelujen rahoitusvastuun jakautuminen valtion, kuntien ja asiakkaiden kesken piti säilyä ennallaan. (Lehto & Blomster 1999.)

Laman aikana keskeisiksi tavoitteiksi tulivat sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluiden turvaaminen ja palvelutuotannon tehostaminen rakennemuutosten avulla. Lasten päivähoidon ja vanhusten avopalvelujen laajentaminen nähtiin välttämättömiksi. Samalla lähdettiin siitä, että sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön ja menojen kasvu pysäytetään pysyvämmin kuin vain laman ajaksi – eli lisäykset eräissä palveluissa oli määrä kompensoida tehostamisen kautta saatavilla menojen ja henkilöstön supistuksilla toisissa palveluissa. Minkään asiakasryhmän palvelujen ei pitänyt laadultaan tai laajuudeltaan heikentyä. Valtion osuutta palvelujen rahoituksessa supistettiin eikä mitään suunnitelmaa esitetty sen palauttamiseksi entiselle tasolle laman laskujen tultua maksetuksi. (Lehto ym. 1999)

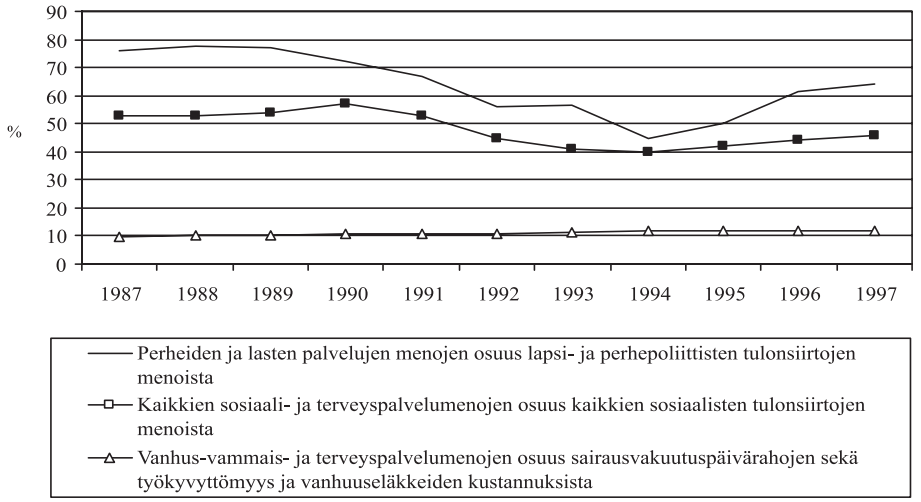
Toteutuneet muutokset ovat vain osittain suunnitellun mukaiset. Laman aikana pysyviksi ajatellut muutokset ovat osoittautumassa vain osittain pysyviksi. Seuraavassa kuvataan ensin muutoksia palvelujen rahoituksessa ja henkilöstömäärissä, sitten muutoksia eräiden keskeisten palvelujen tarjonnassa ja tuotantorakenteessa. Lyhyen alueellisten erojen tarkastelun jälkeen keskustellaan tutkimuksen johtopäätöksistä.

Palvelujen osuus sosiaalimenoissa aleni, mutta on nyt nousussa

Suomalaista sosiaaliturvajärjestelmää on pitkään kehitetty suuntaan, jossa kunnat vastaavat palveluista ja valtio yhdessä valtakunnallisten sosiaaliturvarahastojen kanssa vastaa rahamuotoisista sosiaaliturvaetuuksista. Poikkeuksia on vain muutamia, kuten valtakunnallisesti sairausvakuutuksen kautta rahoitettavat yksityiset terveyspalvelut ja kuntien budjettien kautta rahoitettava toimeentulotuki sekä hoivapalveluille vaihtoehdon tarjoavat omais- ja kotihoidon tuet.

Sosiaali- ja terveysministeriön käyttämän luokituksen mukaisten sosiaalimenojen kokonaisuudessa tapahtui 1990-luvun alkupuolella dramaattinen suhteellisen painopisteen siirtymä rahallisten etuuksien suuntaan. Tämä selittyy paljolti kahdella muutoksella. Ensinnäkin rajusti kasvanut työttömyys lisäsi työttömyysturvamenoja ja toimeentulotukimenoja. Toiseksi perhepolitiikassa poistettiin lapsiperheiden verovähennykset ja korotettiin lapsilisiä. Kun verovähennyksiä ei lasketa vakiotilastoissa sosiaalimenoihin, mutta lapsilisät lasketaan, tämä perhepolitiikan muutos ilmeni tilastoissa sosiaalimenojen kasvuna. Tätä perhepolitiikan muutosta ei ole otettu huomioon eräissä aiemmissa tulonsiirtomenojen ja palvelumenojen suhteen tarkasteluissa (ks. Lehto 1997; Uusitalo 1997). Kun palvelumenoissa ei tapahtunut vastaavia radikaaleja muutoksia, palvelujen osuus sosiaalimenoissa aleni selvästi talouskriisin vuosina (Kuvio 1). 1990-luvun lopulla palvelujen suhteellinen osuus näyttää taas kasvavan, mikä johtuu työttömyyden alenemisesta ja lasten päivähoidon laajentumisesta.

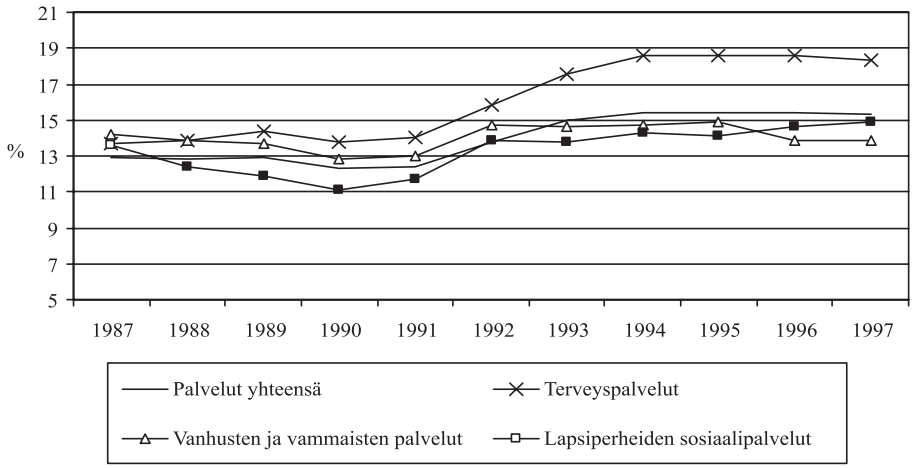
Sairauteen, vammaisuuteen, työkyvyttömyyteen ja vanhuuteen suunnatuissa sosiaalimenoissa palvelujen osuus on pysynyt suhteellisen tasaisena, hitaasti nousevalla noin 10 prosentin tasolla (Kuvio 1). Talouskriisi ei näytä muuttaneen tulonsiirtojen ja palvelujen suhdetta mitenkään. 1990-luvun lopulla on kuitenkin nähtävissä perhepoliittisten menojen aito painottuminen aiempaa enemmän palvelujen puolelle (Kuvio 1). Näiden kahden laajan sektorin kokonaisuuden pohjalta näyttää siis siltä, että aiemmin esitettyjä arvioita on korjattava: lama ei todellisuudessa siirtänyt suomalaisen hyvinvointivaltion painopistettä palveluista tulonsiirtoihin muutoin kuin työttömyysturvamenoja kasvattamalla.



Kuvio 1. Sosiaalimenojen jakautuminen (%) tulonsiirtojen ja palvelujen kesken 1987–1997 (Sosiaalimenotietokanta).

Asiakkaiden maksuosuus kasvoi lamavuosina

Sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmällä on kaksi pääasiallista maksajaa, veronmaksajat ja asiakkaat. Veronmaksajien osuus jakautuu kunnalle maksettaviin veroihin sekä valtiolle maksettaviin veroihin, joista osa jaetaan kunnille valtionosuuksina. Asiakkaiden maksuosuus on 1990-luvulla jonkin verran kasvanut. Kasvu ajoittui lamavuosiin, ja maksuosuus on vuoden 1994 jälkeen pysynyt entisellään. Sairaalahoidossa kasvu on ollut hieman suurempaa kuin muissa palveluissa. Kun tähän lisätään vielä omavastuuosuuksien kasvu sairausvakuutuksen korvaamissa lääkemenoissa sekä yksityisten tutkimusten ja hoitojen menoissa, on asiakkaiden osuus terveydenhuollon kokonaismenoissa noussut 1990-luvun alkupuolella merkittävästi. Henkeä kohti sairauskulut lisääntyivät reaalisesti noin 20 prosenttia vuosina 1987–1996 (Arinen, Häkkinen, Klaukka, Klavus Lehtonen & Aro 1998).



Kuvio 2. Asiakasmaksujen osuus (%) sosiaali- ja terveyspalvelujen kokonaismenoista 1987–1997 (Sosiaalimenotietokanta).

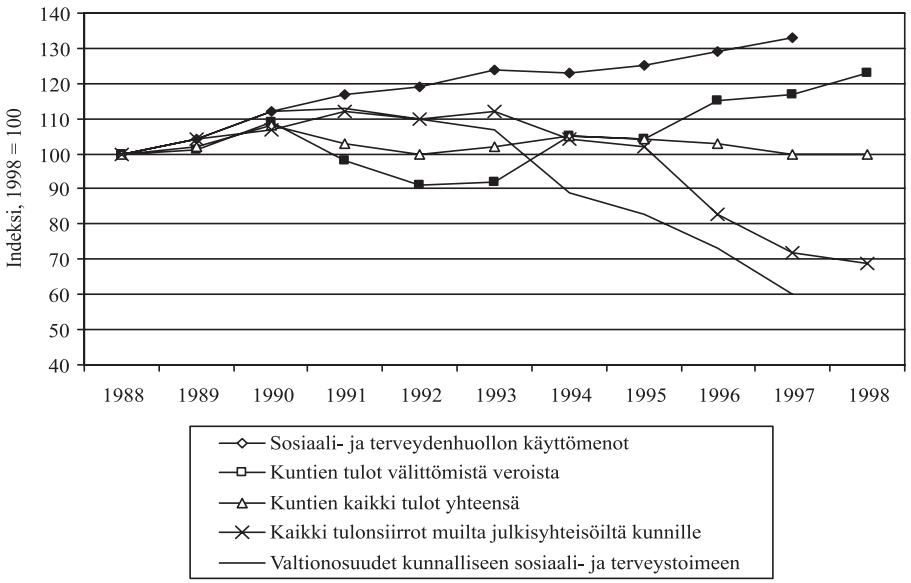
Rahoitusvastuun siirtymisellä veronmaksajilta asiakkaille on eräissä tapauksissa julkisten palvelujen saatavuutta rajoittavia vaikutuksia. Tästä näyttää olevan kysymys erityisesti kotipalvelun osalta, johon palataan myöhemmin. Sillä on myös tulonjakovaikutuksia. Kun alimmat tulonsaajaryhmät käyttävät erityisesti sairaanhoidon (Arinen ym. 1998) ja päihdehuollon (Kaukonen 1999) palveluja enemmän kuin parempituloiset, merkitsee rahoitusvastuun siirtyminen veronmaksajilta asiakkaille, että palvelurahoituksen tulonjakoa ja riskeistä selviytymiskykyä tasaava vaikutus heikkenee.

Kunnallisverojen merkitys kasvoi, valtion rahoitusosuus supistui

Dramatisoiden on sanottu, että valtio on jättänyt kunnat ”yksin“ selviytymään kansalaisten kasvavien ja muuttuvien palvelutarpeiden kanssa (Kröger 1997). Tällöin on viitattu sekä valtion kuntiin kohdistaman ohjauksen ja kontrollin löystymiseen että sosiaali- ja terveydenhuollon rahoituksen valtionosuuksien supistumiseen. Rahoituksen osalta on kuitenkin hyvä muistaa, että sekä kuntien että valtion verotuksesta säädetään pääosin eduskunnassa. Kunnanvaltuustolla on valta päättää, taloudellisten velvoitteiden ja mahdollisuuksien määrittämissä rajoissa, kunnallisveroäyrin hinnasta ja

vaikuttaa tiettyihin muihin veroihin ja veroluonteisiin maksuihin. Eduskunta säätää kuitenkin myös esimerkiksi niistä tuloista ja tuloihin tehtävistä vähennyksistä, jotka muodostavat kunnallisverotuksen pohjan. Lisäksi valtio ei vaikuta kuntien budjettiin ainoastaan sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuudella, vaan myös opetustoimen valtionosuudella, yleisillä valtionavustuksilla, kuntien maksaman arvonlisäveron palautuksilla, säätelemällä kuntien maksuja sosiaaliturvarahastoihin ja monilla muilla keinoilla.

Sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuudet ovat kuitenkin erityinen osa kuntien ja valtion välistä suhdetta ainakin siinä mielessä, että niistä päättäessään eduskunta tekee sosiaali- ja terveyspalvelupolitiikkaa. Lisäksi niiden jakautumiseen kuntien välillä vaikuttaa myös laskennallinen sosiaali- ja terveyspalvelujen tarve. Tämä erityinen sosiaali- ja terveyspalvelupoliittinen valtionosuus on vähentynyt huomattavasti laman seuraamusten hoidon aikana (Kuvio 3), eikä ainakaan vielä ole esitetty suunnitelmia palaamisesta lamaa edeltävälle tasolle. Kehityksen voisi tulkita viestiksi siitä, että sosiaali- ja terveyspalvelut ovat menettäneet erityistä valtiollista suojeluaan. Kohtuullisen suurta valtionosuuksien tasoa voidaan perustella sekä kuntien välisten erojen että suhdannevaihtelujen hallinnan tarpeella. Laman alkuvuosina tätä ”puskuria“ myös käytettiin – valtio otti velkaa ja leikkasi valtionosuuksia vain niukasti turvatakseen palvelut. Mahdollisen tulevan laskusuhdanteen aikana tällaista puskuria on käytettävissä paljon vähemmän, kun sitä on laman loppu- ja jälkihoitovuosina radikaalisti pienennetty. On yllättävää, miten vähän valtionosuuksien tason merkitystä on käsitelty valtionosuusuudistusten ja -leikkausten valmisteluasiakirjoissa.



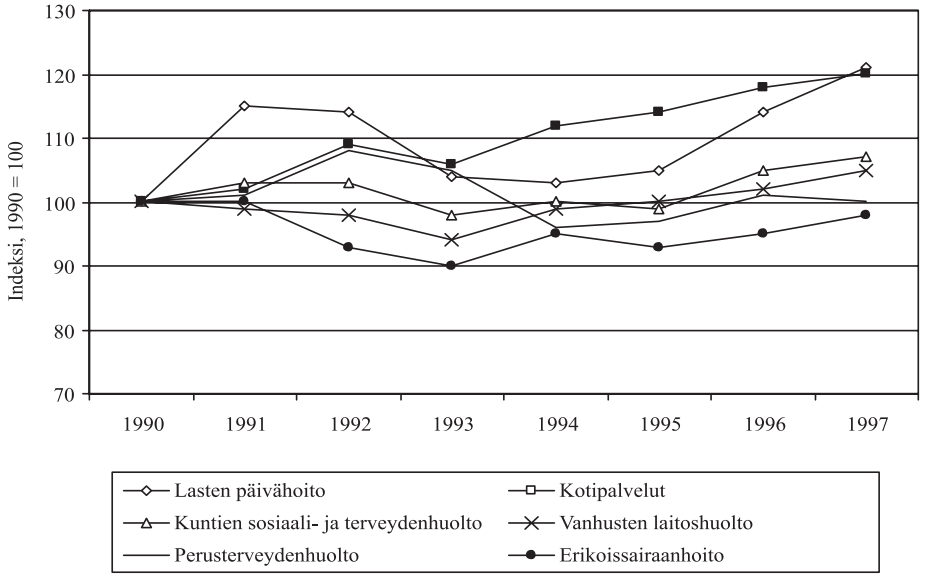
Kuvio 3. Kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon käyttömenot ja kuntien keskeiset tulot 1988–1998, kunnallisten sosiaali- ja terveystoimen hintaindeksillä deflatoituina, indekseinä: 1988 = 100 (Sosiaalimenotietokanta ja Taloudelliset katsaukset).

Sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuuksien aleneminen on vuoden 1992 jälkeen ollut jonkin verran jyrkempää kuin kuntien valtiolta saamien kaikkien tulonsiirtojen aleneminen. Tämä selittyy pääasiassa sillä, että vuoden 1993 valtionosuusuudistuksen yhteydessä kuntien yleistä valtionosuutta suurennettiin samalla kuin erityisvaltionosuuksia (muun muassa sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuus) pienennettiin. Lisäksi sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuuteen tehtiin erityinen pienennys vuonna 1994 kompensoimaan kuntien kansaneläkkeiden rahoitukseen maksaman osuuden leikkausta (Taloudellinen katsaus 1993).

Kuvio 3 osoittaa myös, että kuntien sosiaali- ja terveystoimen käyttömenot ovat nousseet merkittävästi kuntien tulokehityksen ylittävällä vauhdilla. Asiakasmaksujen kasvu – minkä osuutta ei ole poistettu kuvion sosiaali- ja terveystoimen menoista – kattaa vain pienen osan tästä tulokehitystä nopeammasta käyttömenojen kehityksestä. Muu on katettu suurelta osin priorisoimalla sosiaali- ja terveystoimen käyttömenot kuntien kokonaismenojen sisällä. Osittain tätä on toteutettu pienentämällä sosiaali- ja terveydenhuollon investointimenoja, mutta suurimmaksi osaksi leikkaamalla muiden kunnallisten sektorien menoja.

Menoissa ja henkilöstömäärissä ”notkahdus“

Kuviosta 3 nähdään myös, että sosiaali- ja terveystoimen käyttömenot laskivat reaaliarvoltaan vain vuonna 1994. Muuten talouskriisi näyttää merkinneen kasvun pysähtymistä vuoteen 1996 asti, jonka jälkeen käyttömenojen kasvu on taas ripeytymässä. Hieman syvempi notkahdus on tapahtunut kunnallisessa sosiaali- ja terveystoimen henkilöstömäärässä. Kokonaisluvut kuitenkin peittävät sen, että sekä notkahdus että sen jälkeinen taso on varsin erilainen palvelujärjestelmän eri sektoreilla (Kuvio 4). On samalla syytä muistaa, että 1990-luvulla on myös tapahtunut toimintayksiköiden hallinnollisia siirtoja palvelusektorilta toiselle, erityisesti erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon. Lisäksi suurten sektorien sisällä on varsin epätasaista kehitystä, esimerkiksi erikoissairaanhoidossa vähennykset ovat kohdistuneet pääasiassa psykiatriseen laitoshoitoon (Lehto 1997).



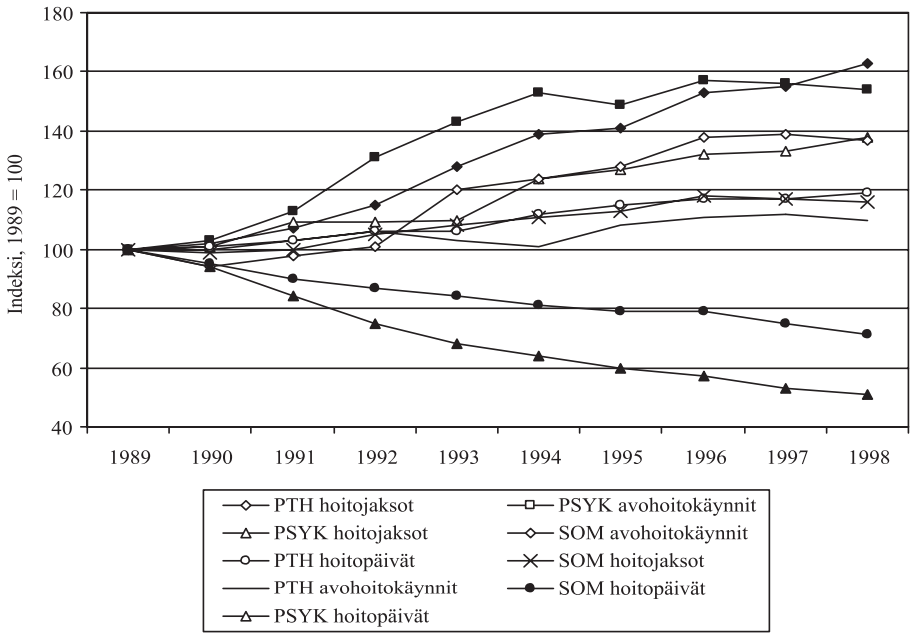
Kuvio 4. Kunnallisen työantajan palveluksessa oleva sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstö 1990–1997, indekseinä:1990 = 100 (Tilastokeskus).

Sekä henkilöstömäärän että menojen osalta talouskriisi merkitsi merkittävää muutosta 1970-luvun ja 1980-luvun kehitykseen, jolloin reaalimenot ja henkilöstö kasvoivat vuosittain keskimäärin noin 2–4 prosenttia (Lehto 1995). Jos sama kehitys olisi jatkunut myös 1990-luvulla, olisi sosiaali- ja

terveydenhuollon henkilökuntaa kunnallisen työnantajan palveluksessa vuonna 1997 ollut noin 25 000–35 000 henkilöä enemmän. Sosiaali- ja terveydenhuollon käyttömenot olisivat olleet noin 7–10 miljardia markkaa korkeammat. Talouskriisin aikaista henkilöstön ja menojen kehitystä voidaan siis kuvata lievänä ”notkahduksena“, mutta lamaa edeltäneelle kehitysuralle on 1990-luvun lopussa varsin pitkä etäisyys. Ja koska notkahdus on ollut syvyydeltään varsin erilainen eri sektoreilla, on talouskriisin aikana tarvittu useilla sektoreilla varsin merkittävääkin sopeutumista. Kaikki ei siis jatku notkahduksen jälkeen entisellään.

Lisää julkisen akuuttisairaanhoidon suoritteita

Julkisen sairaanhoidon useat suoritemäärät kasvoivat merkittävästi myös talouskriisin ja sen jälkihoidon vuosina. Kysymys oli ennen muuta akuutin lyhytaikaisen sairaanhoidon ja siihen liittyvien tutkimusten määrän kasvusta sekä aikuisten hammashuollon laajentamisesta Kelan korvaamilla yksityishammaslääkärien tarkastuksilla ja hoidoilla. Kuviota 5 luettaessa on syytä ottaa huomioon, että tarkastelujaksolla on eräitä somaattisen ja psykiatrisen sairaanhoidon yksiköitä siirretty erikoissairaanhoidosta terveyskeskustasoiseksi hoidoksi, mikä on supistanut pitkäaikaista erikoissairaanhoidon vuodeosastohoitoa ja vastaavasti lisännyt terveyskeskusvuodeosastojen hoitopäivien määrää. On myös arvioitu, että laskutuskäytäntöjen muutokset ovat aiheuttaneet erikoissairaanhoidon avohoidon suoritetilastoinnin muutoksia, minkä vuoksi suoritemäärien kasvu voi näyttää lievästi todellista suuremmalta (Marjamäki, Lehto & Rissanen 1996).



PTH = perusterveydenhuolto (terveyskeskus),
SOM = somaattinen erikoissairaanhoito,
PSYK = psykiatrinen erikoissairaanhoito

Kuvio 5. Kunnallisen sairaanhoidon ja yksityisen sairausvakuutuksesta korvatun sairaanhoidon suoritteita 1989–1998, indekseinä: 1989 = 100 (SOTKA, HILMO, KELA).

Muutosta voi hyvin kuvata akuuttisairaanhoidon tehostumiseksi. Vuosina 1989–1998 keskimääräinen hoitojakson pituus lyheni 7,6 päivästä 4,5 päivään somaattisessa erikoissairaanhoidossa, 209,4 päivästä 45,5 päivään psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa ja 43 päivästä 32,2 päivään perusterveydenhuollon vuodeosastoilla (HILMO). Hoitopäivien ja hoivan sijasta tuotettiin enemmän avohoitokäyntejä, tutkimuksia ja hoitosuoritteita. Tätä on kutsuttu sairaanhoidon tehostumiseksi, mutta vielä olennaisemmin se ilmentää sairaanhoidon tuoterakenteen muutosta. Tämä rakennemuutos oli alkanut erityisesti psykiatriassa jo ennen talouskriisiä (Korkeila & Tuori 1996). Sille annettiin erityistä poliittista painoarvoa ja vauhtia talouskriisin aikaisissa poliittisissa asiakirjoissa (Lehto & Blomster 1999). Ei ole oletettavissa, että muutosta pyrittäisiin perumaan talouskriisin jälkeenkään. Ainoa syy, joka voisi aiheuttaa muutoksen peruuntumista, olisi sairaaloiden ulkopuolisen hoivan heikentyminen siinä määrin, että potilaan aikai-

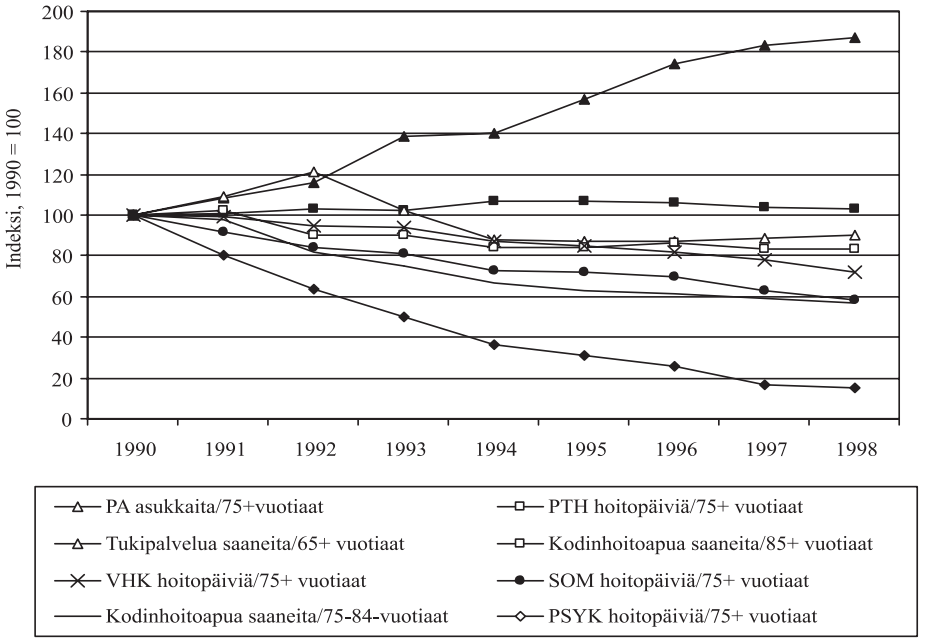
set kotiuttamiset tulisivat uudelleen mahdottomaksi – hoivan tarve ”tukkisi“ sairaalat (vrt. Marjamäki ym. 1996).

Huomionarvoista on, että julkisen akuuttisairaanhoidon laajentamista ei yleisissä politiikka-asiakirjoissa ole asetettu tavoitteeksi. Tavoitteena on pikemminkin ollut ”palvelujen turvaaminen“ (Lehto & Blomster 1999). Suoritemäärien kasvattaminen on esiintynyt tavoitteena lähinnä leikkausjonojen poistamiseksi, ei koko järjestelmän osalta (Marjamäki ym. 1996; STM 1998).

Osittain muutos on myös ollut akuuttisairaanhoidon ja lääketieteellisten tutkimusten ”deprivatisoitumista“ talouskriisin aikana. Voi olettaa, että työttömyyteen ja talousongelmiin liittyvät maksukykyongelmat ovat vähentäneet yksityisten palveluiden kysyntää. Samalla julkisen tarjonnan lisääntyminen on vähentänyt yksityisten palvelujen tarvetta. Vuosina 1997–1998 on ollut nähtävissä merkkejä yksityisten hoito- ja tutkimuspalvelujen käytön lisääntymisestä, mutta taso on vielä olennaisesta alhaisempi kuin ennen lamaa.

Ikääntyneiden hoivapalvelujen uudelleenjärjestely

Akuuttisairaanhoidon lisääntymisen kääntöpuolena on ikääntyneiden pitkäaikaissairaanhoidon ja hoivan radikaali muutos. Ikääntyneiden hoitopäivät somaattisessa ja psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa ovat vähentyneet huomattavasti. Vähennys on ollut merkittävä myös vanhankotien hoitopäivissä sekä erilaisten kotipalvelujen alle 85-vuotiaiden asiakkaiden määrässä. Lisäystä ikäryhmään kuuluvaa asukasta kohti on ollut vain vanhusten palveluasumisessa. Terveyskeskussairaaloiden vuodeosastohoitopäivien suhteellinen määrä on pysynyt ennallaan – huolimatta siitä, että psykogeriatrisia vuodeosastoja on liitetty terveyskeskussairaaloihin. Muutoksen suuruus selittyy ensisijaisesti absoluuttisten suoritemäärien muutoksella, mutta siihen vaikuttaa myös ikääntyneen väestön määrän kasvu 1990-luvulla.



PA = vanhusten palveluasunnot, PTH = terveyskeskuksen vuodeosasto
VHK = vanhainkoti, SOM = somaattinen erikoissairaanhoito
PSYK = psykiatrinen erikoissairaanhoito

Kuvio 6. Ikääntyneiden pitkäaikaissairaanhoidon ja hoivapalvelujen suoritteita ikäryhmään kuuluvaa asukasta kohti 1990–1998, indekseinä 1990 = 100 (SOTKA & HILMO).

75 vuotta täyttäneillä keskimääräinen hoitojakson pituus somaattisessa erikoissairaanhoidossa on supistunut 15,9 päivästä 6,6 päivään vuosina 1989–1998. Psykiatrisessa sairaalahoidossa supistus on ollut dramaattisin, 849,1 päivästä 70,2 päivään. Psykiatrian muutoksesta merkittävä osa selittyy psykogeriatristen pitkäaikaishoito-osastojen sulkemisella tai siirtämisellä osaksi terveyskeskussairaaloita. Tästä siirrosta huolimatta myös terveyskeskussairaaloiden keskimääräinen hoitojakson pituus lyheni merkittävästi, 65,6 päivästä 43,4 päivään. Tämä on muun muassa merkinnyt runsaasti kaksiosaisia sairaalahoitojaksoja vanhoille ihmisille – ensin akuuttivaihe erikoissairaanhoidossa ja sitten kuntoutusvaihe terveyskeskussairaalassa. Lisäksi se on merkinnyt kasvavaa vastuuta nopeiden kotiuttamisten jälkeiseen kotihoitoon. Pitkäaikaisen laitoshoidon supistamisen paineita on myös purettu laajenevaan palveluasumiseen ja pitkäaikaiseen kotihoitoon (vrt. Vaarama & Noro 1997).

Ennen talouskriisiä ja vielä kriisin ja sen jälkihoidon aikanakin politiikka-asiakirjat ovat korostaneet voimavarojen siirtoa laitoshoidosta korvaaviin hoivapalveluihin (Lehto & Blomster 1999). Tämä ei kuitenkaan ole laajemmin toteutunut. Erikoissairaanhoidossa akuutti hoito ja tutkimus ovat vaatineet hoivasta säästyviä voimavaroja. Kotihoidon palveluihin on talouskriisinkin aikana saatu hieman uusia voimavaroja, mutta ei rakennemuutoksen aiheuttamaa nopeaa ja väestön ikääntymisen aiheuttamaa hitaampaa tarpeiden kasvua vastaavasti. Kotihoidon voimavaroista merkittävä osa on lisäksi suunnattu palveluasunnoissa asuville, eli varsinainen kasvusektori on ollut vanhusten palveluasunnot. Palveluasumista on varsin erilaista, täysin laitosmaisista oloista varsin ohuen palvelun ja turvan asuntoihin.

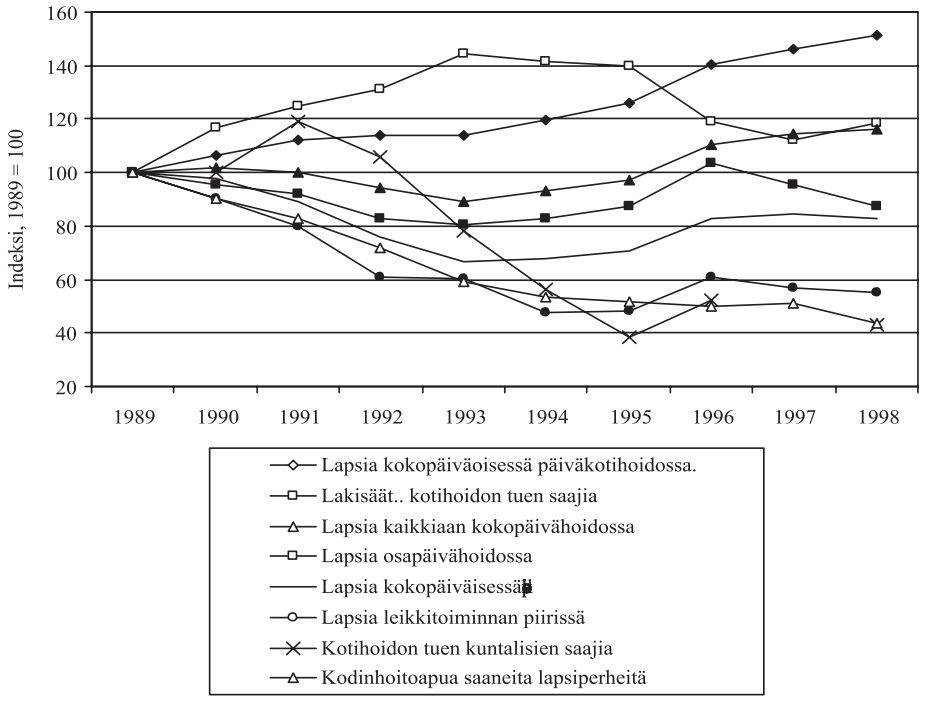
Hoivapalveluissa on jouduttu toteuttamaan varsin merkittävä priorisointi. Sairaimpien ja vanhimpien hoivatarpeisiin vastaamiseksi on radikaalisti supistettu muiden ikääntyneiden palvelun saantia. Supistuksessa on käytetty sekä kiristynyttä tarveharkintaa että vähemmän sairaanhoidollisen kotipalvelun asiakasmaksujen tasokorotuksia (Lehto 1997). Henkilöstön rasitus taas on kasvanut, kun entisellä henkilöstömäärällä vastataan aiempaa enemmän hoivaa ja hoitoa tarvitsevista asiakkaista (Vaarama, Kainulainen, Perälä & Sinervo 1999).

Sairaanhoitopalvelujen ja vanhusten palvelujen kokonaisuudessa talouskriisin vaikutukseksi voidaan laskea rakennemuutoksen nopeus. Näyttää ilmeiseltä, että vanhusten hoivapalvelut tulevat tämän seurauksena olemaan merkittävästi suppeammat kuin 1980-luvun lopun politiikka-asiakirjoissa suunniteltiin (ks. Vaarama & Lehto 1996; Vaarama & Noro 1997). Kysymys ei ole vain laman aikaisesta notkahduksesta, vaan ilmeisestä muutoksesta kohti aikaisempaa suppeampaa hoivavastuuta vanhusväestön määrän kasvaessa.

Lasten hoivapalvelut muuttavat muotoaan

Lasten päivähoito oli politiikka-asiakirjoissa erityisessä asemassa läpi lamavuosien. Vaikka lama hidastikin vanhempien päivähoito-oikeuden laajenemista, oli päivähoito merkittävin sektori, jossa talouskriisin aikana ja jälkeen on tavoitteeksi asetettu selkeä palvelujärjestelmän laajentaminen (Lehto & Blomster 1999). Päivähoito on myös erityinen suhteessa talouskriisiin sikäli, että vanhempien työttömyyden voi olettaa alentavan lasten päivähoidon tarvetta.

Talouskriisi näkyykin selvänä notkahduksena lasten päivähoidon käytössä ja kasvuna lasten kotihoidon tuen käytössä. Näiden lisäksi on nähtävissä selvä suunnan muutos. Lapsiperheiden kodinhoitoavun supistuminen liittyy suoraan kotipalvelun uudelleen kohdistamiseen sairaimmille ja vanhimmille. Lasten kunnallisen leikkitoiminnan supistuminen näyttää lamaan liittyvältä leikkaukselta, joka uhkaa jäädä pysyväksi voimavarojen suuntautuessa päivähoito-oikeuden laajentamiseen. Päivähoidon sisällä on myös nähtävissä painopisteen siirtymä kokopäiväisen päiväkotihoitoon, osapäivähoidon ja perhepäivähoidon kustannuksella. Tämä on tulkittu käänteeksi kohti päivähoidon voimakkaampaa professionalisoitumista koulujärjestelmän esiasteeksi ja etääntymistä aiemmasta hoivapalvelun identiteetistä (Lehto 1998).



Kuvio 7. Lasten hoivapalvelujen suoritteita 1989–1998, indekseinä: 1989 = 100 (SOTKA, KETI).

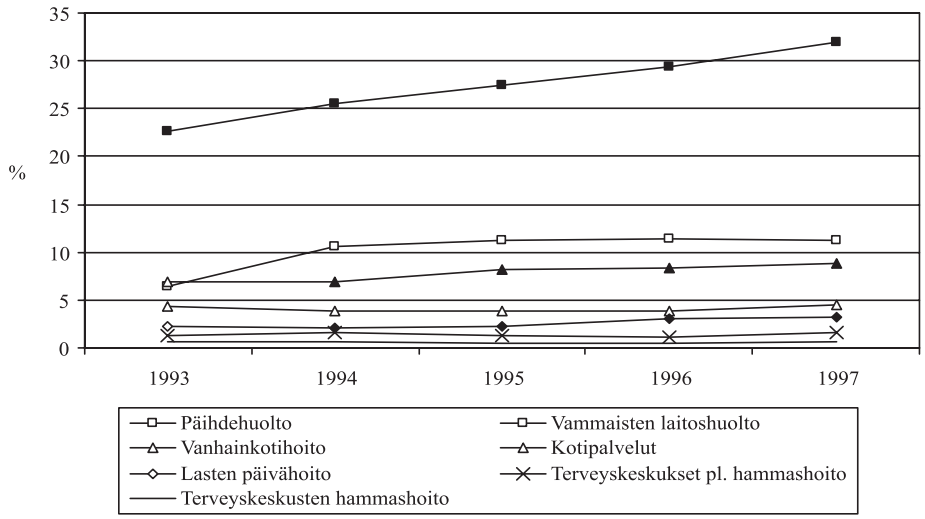
Marginaaliryhmien palvelut tiukoilla?

Lukuisissa sosiaaliturvabarometreissa (esim. Sosiaaliturvan keskusliitto 1999) ja terveydenhuollon barometreissa (esim. Terveyden edistämisen keskus 1999) sekä muissa raporteissa (esim. Kalland 1996) ja julkisen keskustelun puheenvuoroissa on arveltu talouskriisin heikentäneen erityisesti pienten erityisryhmien asemaa sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttäjinä. Talouskriisin kärjistämä ja pysyvämmin korkeammalle tasolle jättämä työttömyys lisää useissa näistä ryhmistä palvelutarpeita, erityisesti sosiaalityön tarvetta. Nopeat palveluiden rakenteellisen muutokset ovat koetelleet sekä valtakunnallisesti että erityisesti alueellisesti eniten esimerkiksi mielenterveysongelmaisia (Taipale 1997), päihdeongelmaisia (Kaukonen 1999), pieniä vammaisryhmiä (Kalland 1996) ja lastensuojelun ja perheneuvonnan tarvitsijoita (Salmi, Huttunen & Yli-Pietilä 1996).

On kuitenkin vaikeaa arvioida, kuinka erityisiä muutoksia marginaaliryhmien palveluihin on talouskriisin yhteydessä tullut. Nämä palveluthan ovat myös perinteisesti saaneet osakseen erityistä ja ristiriitaista kohtelua ja olleet laatunsa ja toimintatapojensa puolesta arvostelun kohteena. Ainakin osittain erityinen huoli näiden palvelujen kohtalosta liittyy siihen, että talouskriisi näyttää tehneen entistä vaikeammaksi lievittää näiden palvelujen marginaalisuutta ja siitä aiheutuvia ongelmia (vrt. Kaukonen 1999).

Palvelujen tuottajarakenteen muutoksia

Vaikka eräissä politiikka-asiakirjoissa ennen lamaa ja sen aikana tuotiin esiin tavoite pienehköön palvelutuotannon yksityistämiseen, on yksityisen, osittain julkisesti rahoitetun, palvelutuotannon osuus pikemminkin supistunut terveydenhuollon kokonaisuudessa (ks. kuvio 5*)* ja se on pysynyt pienenä myös suurimmilla kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon lohkoilla. Osuus on merkittävä vain eräillä palvelujärjestelmän marginaalisilla sektoreilla, joissa se on talouskriisin ja sen jälkihoidon aikana kasvanut (Kuvio 8). Kun yksityistäminen olisi ilmeisesti ollut poliittisesti mahdollista, voidaan tapahtunutta kehitystä pitää osoituksena julkisten tuottajien vahvemmasta institutionaalisesta asemasta talouskriisin synnyttämien supistumispaineiden alla.



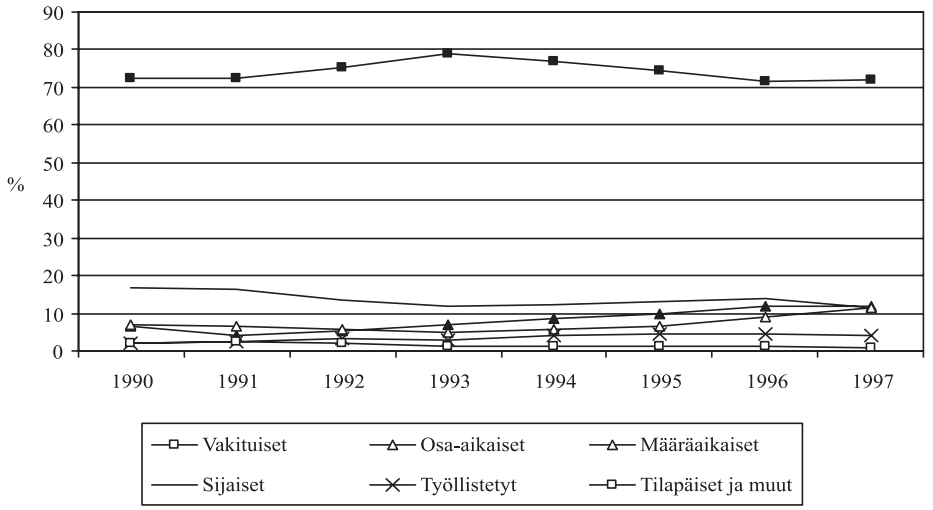
Kuvio 8. Yksityisiltä ostettujen palvelujen osuus (%) kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon eräillä sektoreilla 1993–1997 (SOTKA).

Henkilöstön kokema työn rasittavuuden kasvu ja suoranainen työuupumus on tuotu esiin monissa raporteissa (ks. esim. Elovainio & Sinervo 1997). Rasitus on usein liitetty sekä henkilöstön supistuksiin että kasvavaan työmäärään ja asiakkaiden ongelmien vaikeutumiseen. Lisäksi on tuotu esiin nopeaan rakennemuutokseen liittyvät nopeat työtehtävien muutokset. Erityisenä ongelmana on tuotu esiin työsuhteiden muutokset: yhtäältä sijaisten käytön vähentäminen säästökeinona ja toisaalta määräaikaisen, osa-aikaisen ja tukityöllistetyn työvoiman käytön lisääntyminen.

Koko kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön (Kuvio 9) osalta talouskriisi merkitsi näkyvää notkahdusta vakituisten työsuhteiden osuuden kasvuun – noin 72 prosentista vuonna 1991 lähes 79 prosenttiin vuonna 1993 ja takaisin noin 72 prosenttiin vuonna 1997. Tämä ilmentää selvästi sitä, että ei-vakituinen henkilöstö oli järjestelmän ”joustovara“, jota kyettiin laman oloissa nopeimmin supistamaan. Vähennys kohdistui ennen muuta sijaistyövoimaan, jonka osuus putosi noin 5 prosenttiyksiköllä.

Notkahduksen lisäksi on nähtävissä myös käänteen merkkejä. Sijaisten käyttö ei ole olennaisesti lisääntynyt lamavuosien jälkeen. Sen sijaan määräaikaisten työsuhteiden osuus on noussut vuosina 1990–1997 noin 6,5 prosentista noin 11,5 prosenttiin. Lisäksi osa-aikaisten osuus kaikista työsuhteista on noussut samana aikana noin 6,5 prosentista 12 prosenttiin. Tukityöllistettyjen osuus on noussut noin 2 prosentista noin 4 prosenttiin.

”Joustavampien“ työsuhteiden painopisteen muutos sijaistyövoimasta määräaikaisiin ja osa-aikaisiin työsuhteisiin heijastanee ainakin osittain sitä, että koulutetun työvoiman niukkuudesta on siirrytty työvoiman suhteelliseen ylitarjontaan. Sosiaali- ja terveydenhuollon eri sektorit poikkeavat toisistaan sekä tukityöllistettyjen käytössä että määräaikaisten ja osa-aikaisten työsuhteiden yleisyydessä. Karkeasti ottaen: mitä lyhyemmän koulutuksen ja alemman palkkauksen ammatista on kysymys, sitä useammin työtä tekevät tukityöllistetyt tai määrä- ja osa-aikaiset.



Kuvio 9. Kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön työsuhdemuotojen muutokset (%) 1990–1997 (Tilastokeskus).

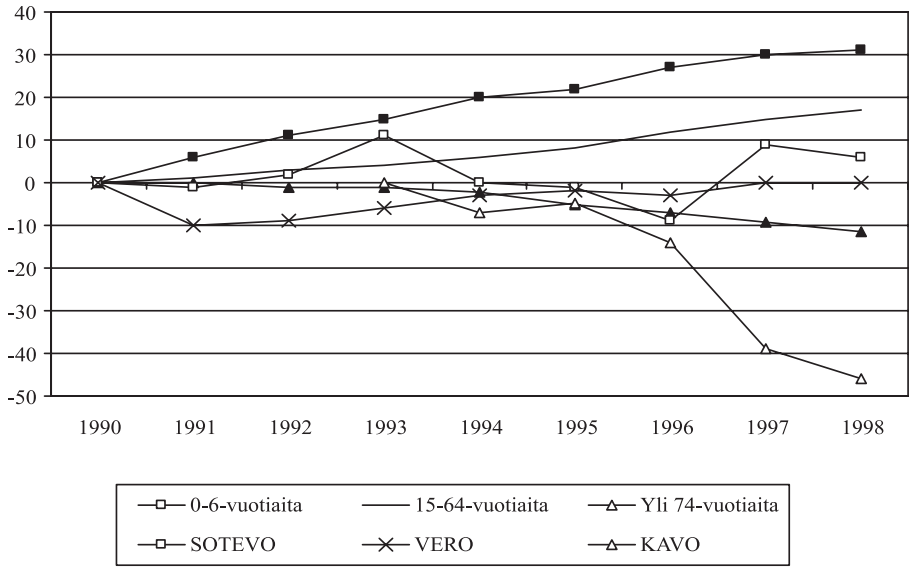
Voidaan olettaa, että työsuhdelajien väliset suhteet voivat muuttua, kun sosiaali- ja terveydenhuollon työmarkkinatilanne muuttuu. Tämä on odotettavissa suhteellisen läheisessä tulevaisuudessa, kun nyt myöhäisessä keskiiässä oleva vakituisen henkilökunnan suuri osa alkaa siirtyä eläkkeelle. Syrjäseuduilla on jo vaikeuksia saada lääkärin virkoihin hakijoita. Toisaalta on mahdollista, että uudet julkisen sektorin hallinnon opit (ks. esim. Klausen & Ståhlberg 1998) johtavat siihen, että ”vakituisuuden“ ja ”määräaikaisuuden“ tilalle nousevat yhä useammin työsuhteet, joiden kestoksi on määritelty ”toistaiseksi“.

Alueelliset erot

Tässä artikkelissa ei ole mahdollista täysimittaisesti käsitellä sitä, minkälaisia palvelujärjestelmän muutokset ovat olleet Suomen erilaisissa kunnissa ja eri seutukunnissa. Saadaksemme tätä näkökulmaa esiin vertailimme käytössämme olevien tietokantojen antamien mahdollisuuksien rajoissa kehitystrendejä Helsingin ja Kajaanin seutukunnissa[2], joita voi pitää taloudellisten edellytystensä suhteen lähes ääritapauksina kaupunkiseutukuntien joukossa.

1990-luvun aikana näiden kahden seutukunnan väestötrendit ja taloudelliset trendit ovat olleet varsin erilaiset (Kuvio 10). Väestötrendien keskeinen sanoma sosiaali- ja terveydenhuollon kannalta on se, että Kajaanin seutu on joutunut vastaamaan huomattavasti suurempaan vanhusten hoiva- ja sairaanhoitopalvelujen tarpeen kasvuun ja Helsingin seutu valtavasti suurempaan lasten päivähoitotarpeen kasvuun. Asukasta kohti laskettujen verotulojen ja sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuuksien kehitystrendeissä on suhteellisen pienet erot – toisin sanoen molempien seutujen valtionosuudet ovat alentuneet likimain samaa tahtia ja verotulot ovat reaalisesti alentuneet talouskriisin alussa ja alkaneet kasvaa talouskriisin lopusta likimain samaa tahtia. Sen sijaan kuntien muiden valtionosuuksien osalta Kajaanin ja Helsingin seutukunnan trendien ero on varsinaisen talouskriisin jälkeen ollut varsin suuri. Kilpailussa näistä valtionosuuksista Kajaanin seutukunta on menestynyt paremmin – molemmat seutukunnat ovat menettäneet näitäkin valtionosuuksia, mutta Helsingin seutu paljon enemmän.

[2] Helsingin seutukuntaan kuuluvat seuraavat kunnat: Espoo, Helsinki, Hyvinkää, Järvenpää, Kauniainen, Kerava, Kirkkonummi, Mäntsälä, Nurmijärvi, Pornainen, Siuntio, Tuusula ja Vantaa. Kajaanin seutukuntaan kuuluvat Kajaani, Paltamo, Ristijärvi, Sotkamo ja Vuolijoki.



SOTEVO = valtionosuus sosiaali- ja terveydenhuollon käyttömenoihin/asukas
VERO = kunnan verotulot yhteensä/asukas
KAVO = kaikki kuntien valtionosuudet/asukas

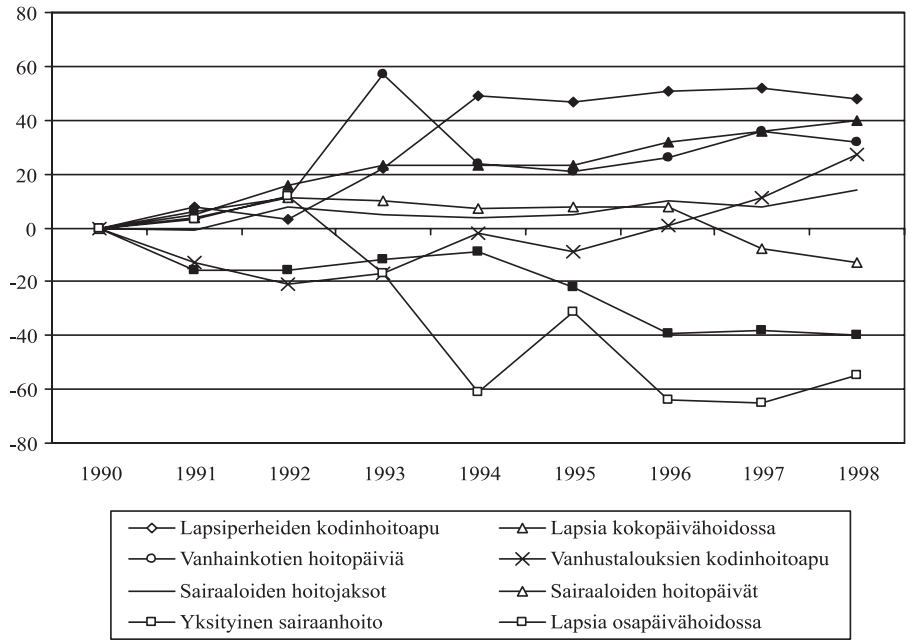
Kuvio 10. Helsingin seutukunnan väestö- ja kunnallistaloudellisten trendien eroja Kajaanin seutukunnan vastaaviin trendeihin [3] 1990–1998 (SOTKA). Käyrät ilmaisevat trendien eroa, ei kummankaan seutukunnan trendiä sinänsä.

Edellä koko maan osalta kuvatut palvelujärjestelmän muutostrendit näyttävät myös edenneen erilaista vauhtia näissä kahdessa seutukunnassa (Kuvio 11). Lasten kokopäivähoidon laajeneminen suhteutettuna potentiaalisen käyttäjäryhmän kokoon on vielä korostuneempaa Helsingin seudulla, vaikka kasvu on ollut merkittävää myös Kainuussa. Kajaanin seudulla on kuitenkin säilytetty lasten osapäiväinen hoito laajempana. Toisaalta pääkaupunkiseudulla on lapsiperheiden kodinhoitoavun supistuminen ollut huomattavasti vähäisempää kuin Kainuussa.

Pääkaupunkiseudulla vanhusten hoivapalvelujen vanhusväestön mää-

[3] Trendit on ensin kuvattu muuttujan suhteen indekseinä (1990 = 100) ja sitten on muodostettu kuvion muuttujat vähentämällä kunkin vuoden Helsingin seudun indeksiluvusta Kajaanin seudun indeksiluku. Taloutta kuvaavat luvut on ennen indeksointia deflatoitu kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon hintaindeksillä. Kuvaa lukiessa on syytä muistaa, että käyrät eivät kuvaa muutoksia, vaan kahden seutukunnan muutostrendien eroa kyseisen muuttujan suhteen. Esimerkiksi yli 74-vuotiaan väestön määrä on lisääntynyt molemmissa seutukunnissa, mutta Kajaanin seudulla nopeammin, jolloin erotus saa negatiivisen arvon. Verotulojen noustessa tai laskiessa likimain samaa vauhtia seutujen erotus taas säilyy likimain nollassa kaiken aikaa.

rään suhteutettu tarjonta on supistunut merkittävästi vähemmän kuin Kajaanin seudulla. Tämä on mahdollisesti myötävaikuttanut siihen, että sairaaloiden hoitopäivien määrä on supistunut Kajaanin seudulla taas merkittävästi vähemmän kuin Helsingin seudulla. Kajaanin seudulla on käytetty yksityisiä Kelan korvaamia terveyspalveluja olennaisesti vähemmän kuin pääkaupunkiseudulla. Tämä suhde on kuitenkin radikaalisti muuttumassa, kun erityisesti laman jälkeen käyttö on nopeasti lisääntymässä Kajaanin seudulla, mutta näyttää pysyvän lähempänä laman aikana alentunutta tasoa Helsingin seudulla. Jatkotutkimuksin voisi selvittää, liittyvätkö vanhusten hoivapalvelujen, sairaalahoidon ja yksityisten palvelujen trendit Kainuussa toisiinsa. Testattava olettamus voisi olla, että vanhusten hoivapalvelujen leikkaukset ovat lisänneet sairaaloiden pitkäaikaishoidon työmäärää ja vieneet voimavaroja julkisen akuuttisairaanhoidon laajentamiselta. Lopputuloksena olisi akuuttisairaanhoidon maksukykyisen kysynnän suuntautuminen yksityissektorille.



Kuvio 11. Helsingin seutukunnan sosiaali- ja terveydenhuollon eräiden palvelusuoritteiden kehitystrendien[4] eroja Kajaanin seutukunnan vastaaviin trendeihin 1990–1998 (SOTKA). Käyrät ilmaisevat trendien eroa, ei kummankaan seutukunnan trendiä sinänsä.

[4] Trendierojen kuvaus tehty samoin kuin kuviossa 10 (ks. alaviite 3). Lasten päivähoidon suoritemäärät on suhteutettu 0–6-vuotiaiden määrään ja vanhusten palvelujen suoritteet yli 74-vuotiaiden määrään kunakin vuonna.

Johtopäätöksiä ja keskustelua

On ilmeistä, että 1990-luvun alun talouskriisi tuotti sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmään suurempia muutoksia kuin vain lyhytaikaisen ”notkahduksen“. Verrattuna aiempien kahden vuosikymmenen menojen ja henkilöstön kasvutrendien jatkumista kuvaavaan kehitysuraan, kunnallinen sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmä joutuu vuosituhannen vaihteessa tulemaan toimeen noin 15 prosenttia pienemmillä voimavaroilla. Aiemmalle kasvuuralle palaaminen ei näytä todennäköiseltä tulevan vuosikymmenenkään aikana, vaikka käytettyjen voimavarojen kasvu on alkanut uudestaan.

Palvelusuoritteiden määrällä mitattuna talouskriisi tuotti ilmeisen ”notkahduksen“ lasten päivähoitojärjestelmässä, tilapäisen työttömyyteen liittyvän siirtymän kunnallisesta päivähoidosta kotihoidon tukeen. Notkahdusta edesauttoi se, että kotihoitoa tuettiin laman aikana anteliaammin kuin 1990-luvun loppupuolella. Sosiaalitoimistoissa tapahtui toimeentulotukiasiakasmäärä raju nousu, josta ollaan palaamassa alaspäin, kuitenkin aiempaa selvästi korkeammalle tasolle (Lamminpää 1999). Myös kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaismenoissa ja kokonaishenkilöstömäärässä on nähtävissä kasvun pysähtyminen ja osittainen supistuminenkin vuosina 1992–1996, jonka jälkeen kasvu näyttää alkaneen aiempaa kasvu-uraa alemmalta tasolta.

Talouskriisin vaikutukset näkyvät kuitenkin edellä mainittuja notkahduksia laajemmin ja voimakkaammin siinä, miten jo ennen talouskriisiä alkaneet muutokset ovat nopeutuneet, toteutuneet ja muuntuneet palvelujärjestelmän eri osissa. Tapahtuneet muutokset tukevat käsitystä vahvojen professioiden kyvystä puolustaa omia ja asiakkaittensa asemaa muutospaineissa. Sekä sairaanhoidon että lasten hoivapalvelujen muutoksissa palveluiden professionaalisin osa – akuuttisairaanhoito ja päiväkotihoito – ovat tuntuvasti vahvistaneet suhteellista asemaansa ja kasvattaneet suoritemääriään. Vähemmän professionaaliset hoivapalvelut ovat joutuneet sopeutumaan talouskriisin paineisiin ja ottamalla vastaan uusia tehtäviä mahdollistaakseen akuuttisairaanhoidon ja päiväkotihoidon kasvun. Varsinkin ikääntyneiden arkielämää tukevat hoivapalvelut ovat kaventuneet niin kattavuudeltaan kuin sisällöltäänkin ja ovat muuttumassa sairaanhoidon tukipalveluksi. Hoivasta kasvava osa on siirtyy omaisten ja markkinaehtoisten palvelujen varaan.

Marginaaliryhmien palveluiden kohtalosta talouskriisin oloissa on perustellusta syystä kannettu vahvaa huolta. Näkyviä esimerkkinä siitä, miten nopeutuneet yleiset rakennemuutokset ovat erityisen rajusti kohdelleet marginaaliryhmien palveluita, on lukuisia. Kaukosen (1999) päihdehuol-

toa koskevan analyysin tavoin voidaan kysyä, oliko kausi 1970-luvun alkupuolelta 1980-luvun loppupuolelle vain tilapäinen jakso, jolloin hyvinvointivaltion yleisiä periaatteita pyrittiin tuomaan myös marginaaliryhmien palveluihin. Ja merkitsikö 1990-luvun talouskriisi käännettä takaisin kovempaan kontrollipolitiikkaan ja vähemmän asiakaslähtöisiin palveluihin?

Radikaalitkin muutokset palvelujärjestelmässä ovat olleet mahdollisia ilman että palvelujärjestelmän hallinnan perusteissa olisi tehty radikaaleja ratkaisuja kilpailun ja markkinoistamisen suuntaan. Itse asiassa talouskriisin aikana oli havaittavissa vähintään notkahdus ellei peräti pysyvämpi muutos deprivatisoitumisen suuntaan. Myöskään julkisten palvelutuottajayksikköjen välinen kilpailu ei ole ollut merkittävä muutostekijä. Pikemminkin talouskriisin synnyttämät välttämättömyydet loivat edellytykset sille, että suhteellisen perinteinen julkinen hallinto, tulosjohtamisideologialla ja heikentyneellä valtion määräysvallalla täydennettynä, toteutti merkittäviä muutoksia. Voidaan siis päätellä, että ainakin poikkeuksellisen kovien taloudellisten paineiden alla myös perinteinen hallinto kykenee merkittäviin muutoksiin.

Talouskriisin aikana sosiaali- ja terveydenhuollon työmarkkinatilanne muuttui radikaalisti. Työntekijöiden neuvotteluasema, vahvimpia ammattikuntien ehkä lukuun ottamatta, heikkeni merkittävästi, kun siirryttiin koulutetun työvoiman pulasta työvoiman ylitarjontaan. Tämä tilanne, yhdessä työmäärän lisääntymisen, työtehtävien nopean muuttumisen ja epävarmuuden lisääntymisen kanssa on mitä ilmeisimmin merkinnyt useiden työntekijäryhmien rasituksen ja suoranaisen uupumisen olennaista lisääntymistä. Voidaan myös kysyä, onko työntekijöiden neuvotteluasemien heikentyminen johtanut myös ilmapiiriä heikentävien käskyvaltaisten johtamismallien yleistymiseen palvelujärjestelmän sisällä. Jos rasitukseen ja uupumiseen johtavia prosesseja ei saada korjattua pelkästään siitä syytä, että ne heikentävät palvelutuotannon tehokkuutta jo nyt, noussevat ne polttaviksi kysymyksiksi viimeistään sitten kun odotettavissa oleva työmarkkinatilanteen seuraava muutos pakottaa siihen.

Tässä artikkelissa tehdystä suppeasta pääkaupunkiseudun ja Kajaanin seudun kehityksen vertailusta ei ole syytä tehdä liian pitkälle meneviä yleistyksiä. On muistettava, että kuntien erot seutukuntien sisällä ovat myös merkittäviä. Tarkastelun pohjalta voidaan kuitenkin päätellä, että alueella, jossa ei ole talouskriisiä edeltäneen vaurauden tai talouskriisiä seuraavan taloudellisen ja väestökasvun luomaa ”puskuria“, talouskriisin kiihdyttämä rakennemuutos on erityisesti vanhusten palvelujen osalta ollut vielä jyrkempi kuin koko maassa keskimäärin. Kun lisäksi lasten päivähoitoon on tarvittu lisärursseja näilläkin alueilla, suuntautuu akuuttisairaanhoidon laajentuminen maan keskiarvoa enemmän yksityiselle sektorille.

Lähteet

Arinen, S., Häkkinen, U., Klaukka, T., Klavus, J., Lehtonen, R. & Aro, S. 1998. Suomalaisten terveys ja terveyspalvelujen käyttö. Jyväskylä: KELA ja Stakes.

Elovainio, M. & Sinervo, T. 1997. Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön kehitys. Teoksessa Uusitalo, H. & Staff, M. (toim.) Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus. Raportteja 214. Helsinki: Stakes.

HILMO. Sairaaloiden ja sosiaalihuollon laitosten sekä pitkäaikaishoidon poistoilmoitusten ja asiakaslaskentojen pohjalta tuotettu Stakesin ylläpitämä tietokanta.

Kalland, M. 1996. Hyvin leikattu – huonosti ommeltu.Erityisryhmien palveluihin kohdistuneet säästöt valtionosuusuudistuksen jälkeen. Sosiaali- ja terveysjärjestöjen yhteistyöyhdistys YTY ry & Edita, Helsinki.

Kaukonen, O. 1999. Muuttuva päihdepalvelusopimus. Päihdepalvelut sosiaalipolitiikkana. Väitöskirjan käsikirjoitus (julkaisematon).

Klausen, K. K. & Ståhlberg K. 1998. "New public management i Norden : Nye organisations- og ledelsesformer i den decentrale velfaerdsstat." Odense University Press, Copenhagen.

Korkeila, J. & Tuori, T. 1996. Mielenterveyspalvelujen rakennemuutos. Teoksessa Viialainen, R. & Lehto, J. (toim.) Sosiaali- ja terveyspalvelujen rakennemuutos. Raportteja 192. Helsinki: Stakes.

Kröger, T. 1997. Hyvinvointikunnan aika: Kunta hyvinvointivaltion sosiaalipalvelujen rakentajana. Acta Universitatis Tamperensis.

Lamminpää, K. Toimeentulotukitilasto 1999. Tilastoraportteja. Stakes: Helsinki.

Lehto, J. 1995. Kunnallisten sosiaali- ja terveyspalvelujen muutossuunta 1990-luvun alun talouskriisin aikana. Teoksessa Hänninen, S., Iivari, J. & Lehto, J. (toim.) Hallittu muutos sosiaali- ja terveydenhuollossa?. Raportteja 182, Helsinki: Stakes.

Lehto, J. 1997. Rahoituksen ja rakenteen muutoksia sosiaali- ja terveyspalveluissa. Teoksessa Uusitalo, H. & Staff, M. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus. Raportteja 214. Helsinki: Stakes.

Lehto, J. 1998. Muuttuuko pohjoismainen sosiaali- ja terveyspalvelumalli? Yhteiskuntapolitiikka 1998: 5–6: 413–424.

Lehto, J. & Blomster, P. 1999. 90-luvun alun lama ja sosiaali- ja terveyspalvelupolitiikan suunta. Yhteiskuntapolitiikka 1999: 3: 207–221.

Marjamäki, P., Lehto, J. & Rissanen, M. 1996. Miten palvelurakennetyön piti vaikuttaa erikoissairaanhoidossa ja toteutuivatko tavoitteet 1990-luvun muutoksissa?. Teoksessa Viialainen, R. & Lehto, J. (toim.) Sosiaali- ja terveyspalvelujen rakennemuutos. Raportteja 192, Jyväskylä.

Salmi, M., Huttunen, J. & Yli-Pietilä, P. 1996. Lapset ja lama. Raportteja 197. Helsinki: Stakes.

Salter, B. 1998. The Politics of Change in the Health Service. Macmillan, Honkong.

Saltman, R. & Figueras, J. 1997. European Health Care Reform. Analysis of Current Strategies. WHO, Copenhagen.

Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto. Sosiaalibarometri 1999. Helsinki 1999.

Sosiaalimenotietokanta. Sosiaali- ja terveysministeriön ylläpitämä tilastotietokanta.

SOTKA. Sosiaali- ja terveydenhuollon kuntatietokanta. Stakesin kokoama tilastotietokanta.

STM. Kohti hyvää Suomea 2030. Sosiaali- ja terveysministeriön suunnitteluosasto, Helsinki 1991.

STM. Terveydenhuollon kehittämisprojektin loppuraportti – nimi??? todennäköisesti 1998

Taipale, V. 1997. Hallitusta muutoksesta hallitsemattomaan alasajoon? . Teoksessa Uusitalo, H. & Staff, M. (toim.) Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus. Raportteja 214, Helsinki: Stakes.

Taloudelliset katsaukset. Valtion tulo- ja menoarvioesityksen liitteenä olevat katsaukset vuosilta 1988–1999.

Terveyden edistämisen keskus. Kunnallinen terveysbarometri 1999. www.verkkouutiset.fi/arkisto_1999/4.kesakuu/baro2299.htm

Tilastokeskus. Kunnallinen henkilöstörekisteri. Tilastokeskuksen ylläpitämä tietokanta.

Uusitalo, H. 1997. Sosiaali- ja terveyspalvelut sosiaaliturvan osana. Teoksessa Uusitalo, H. & Staff, M. (toim.) Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus. Raportteja 214. Helsinki: Stakes.

Vaarama, M., Kainulainen, S., Perälä, M. & Sinervo, T. 1999. Vanhusten laitoshoidon tila. Aiheita 46/1999, Helsinki: Stakes.

Vaarama, M. & Lehto, J. 1996. Vanhuspalvelujen rakennemuutos 1988-1994. Teoksessa Viialainen, R. & Lehto, J. (toim.) Sosiaali- ja terveyspalvelujen rakennemuutos. Raportteja 192. Helsinki: Stakes.

Vaarama, M. & Noro, A. 1997. Vanhusten sosiaali- ja terveyspalvelut. Teoksessa Uusitalo, H. & Staff, M. (toim.) Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus. Raportteja 214. Helsinki: Stakes.

Wistow, G. & Knapp, M. & Hardy, B. & Forder, J. & Kendal, J. & Manning, R. 1996. Social Care Markets. Progress and Prospects. Open University Press, Buckingham.

Julkinen sosiaali- ja terveydenhuolto verkottuu

Olli Nylander & Mikko Nenonen

Palvelujen saumattomasti toimivat ketjut ovat sosiaali- ja terveydenhuollossa tärkeä kehittämisen kohde. Kehittämistyön tekee haastavaksi se, että palveluketjut tai niiden puute näyttävät hyvin erilaiselta riippuen siitä, kenen näkökulmasta asiaa tarkastellaan. Yksittäisen asiakkaan kannalta sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmä näyttäytyy usein epäsystemaattisena yksittäisten palvelujen kirjona. Asiakkaan on itse kannettava huolta siitä, mihin seuraavaksi mennä ja kenen vastuulla mikäkin hoito on. Ammattiauttajan kannalta kysymys on asiakasta koskevasta vastuusta. Kun asiakas on siirtynyt toisen organisaation hoiviin, päättyy edellisen ammattiauttajan vastuu. Tästä seuraa, että ammattilaiset voivat kokea voimattomuutta kokonaisvastuun kantamisessa. Toimintayksikön, esimerkiksi poliklinikan, sairaalan tai vanhainkodin kannalta asiakkaiden palveleminen nojaa toimintayksikön omiin tehtäviin ja ammattitaitoon.

Asiakkaan ongelmat eivät kuitenkaan aina ole ratkaistavissa yhden organisaation toimin. Asiakkaan näkökulma ei myöskään aina mene yksiin toimintayksikön näkökulman kanssa. Kunta palvelujen rahoittajana ja vastuutahona toimii eri toimintayksikköjen muodostamassa verkostossa, josta vain osa on suoraan sen omaa toimintaa. Asiakkaita koskeva päätöksenteko on hajautettua siten, että hoidolliset päätökset ja kustannusvastuu eivät välttämättä kohtaa. Tulosvastuu ulottuu vain omaan organisaatioon tai sen yhteen toimintayksikköön. Kun asiakas siirtyy toimintayksiköstä toiseen, syntyy helposti katkoja, jotka haittaavat asiakkaan hoitoa, aiheuttavat lisätyötä ja kustannuksia ja johtavat pahimmassa tapauksessa asiakkaan jäämiseen ilman hoitoa. Kitkatta toimivat palvelu- ja hoitoketjut, niiden saumattomuus, on asiakkaan ja myös hoidon kokonaisuuden kannalta perusteltu tavoite.

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän rakentaminen on tähdännyt selkeään työnjakoon. Moninaisen erityislainsäädännön turvin on pyritty siihen, että alueellisesti ja toiminnallisesti olisi määritelty selkeät vastuut eri palvelujen tuottamisessa ja asiakasryhmien palvelemisessa. Tähän työnjakoon kohdistuu nyt ulkoisia paineita. Niitä aiheuttavat siirtyminen keskitetystä valtiollisesta ohjauksesta kuntakeskeiseen autonomiaan, työkäytäntöjen ja –tekniikkojen aikaansaamat

toimintamahdollisuuksien muutokset sekä uudenlaisten yksityisten ja julkisten palvelumuotojen kehittyminen.

Hoito- ja palveluketjujen saumakohtien oikominen merkitsee hoitovastuun uudelleen järjestämistä. Omalääkäri- ja väestövastuulääkärijärjestelyt ovat avaus keskitetyn hoitovastuun suuntaan. Järjestelmä ei kuitenkaan ole vielä kattavasti käytössä, eikä se myöskään koske kaikkea sosiaali- ja terveystointa. Esimerkiksi yksityinen sektori ja työterveyshuolto ovat täysin sen ulkopuolella. Väestövastuujärjestelmä ei ilman muuta merkitse uudenlaista keskitettyä hoidon koordinointivastuuta. Väestövastuujärjestelmässä voidaan toimia palveluketjujen saumoja ylläpitäen. Saumojen purkaminen vaatii aktiivista työtä ja määrätietoista otetta.

Saumaisten palveluketjujen ongelmaa on lähestytty myös tekniseltä kannalta. On kehitetty tiedonsiirtoa tavoitteena saada tieto liikkumaan asiakkaan sijasta tai vähintäänkin hänen mukanaan. Erilaiset alueelliset järjestelmät, kuten digitaalinen kuvansiirto ja laboratoriotietojen siirto, vähentävät turhia käyntejä ja virtaviivaistavat palveluketjuja – siis poistavat saumoja. Kehitystyö on ollut voimakkaasti teknologiakeskeistä ja keskittynyt terveydenhuoltoon. Uusin järjestelmätason hanke on ”Satakunnan makropilotti”. Makropilotin tavoitteena on kehittää saumattomia palveluketjuja, kansalaisten itsenäistä suoriutumista kotona sekä ottaa käyttöön ns. asiamiesmalli. Asiamiesmalli tarkoittaa järjestelmää, jossa kansalainen voi valtuuttaa jonkun ammattilaisen hoitamaan asioitaan. Sosiaali- ja terveysministeriö tukee hanketta kehittämällä mm. lainsäädäntöä siten, että asiakkaan palveluun liittyvä ja sitä tukeva tieto voisi esteettä kulkea eri toimintayksiköiden välillä. Tiedon kulun toinen puoli on tietosuoja, josta on pidettävä huolta kaikissa tilanteissa kuitenkin niin, ettei asiakkaan järkevä hoito viivästy, esty tai aiheuta ylimääräisiä kustannuksia.

Palveluketju ja hoitoprosessi

Sosiaali- ja terveydenhuollon sanasto (1999) määrittelee palveluketjun seuraavasti:

”Palveluketju on saman asiakkaan tiettyyn ongelmakokonaisuuteen kohdistuva, sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatiorajat ylittävä, suunnitelmallinen ja yksilöllisesti toteutuva palveluprosessien kokonaisuus. Joustava palveluketju tarkoittaa asiakkaan ja/tai häntä koskevan tiedon siirtymistä joustavasti palveluprosessista ja organisaatiosta toiseen. Joustavissa palveluketjuissa kaikkien palveluprosesseihin

osallistuvien sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden tulee olla tietoisia asiakkaan ja hänen tietojensa erilaisista siirtymävaiheista ja niihin liittyvistä yhteistyön ja tiedonkulun tarpeista. Asiakasta koskevat tiedot tulee palveluketjuissa siirtää suunnitelmallisesti ja tietosuojalainsäädännön mukaisesti."

Hoitoprosessi on saman asiakkaan tiettyyn ongelmakokonaisuuteen kohdistuvien hoitotapahtumien muodostama suunnitelmallinen toimintosarja. Erikoissairaanhoidossa käytetään käsitettä hoitoepisodi viittaamaan sellaisten hoitoprosessien kokonaisuuteen, joka tarvitaan potilaan tietyn terveysongelman ratkaisemiseksi yhdellä tai usealla erikoisalalla. Hoitoepisodin käynnistää päivystyskäynti tai lähete, jonka perusteella potilas saapuu hoitoon. Hoitoepisodi voi sisältää yhden tai useita käyntejä sekä usein yhden tai useita osastohoitojaksoja.

Palveluketju voidaan jäsentää palveluprosesseihin, jotka puolestaan koostuvat palvelutapahtumista. Toimintayksikön näkökulmasta katsoen prosessi alkaa, kun asiakas tulee sen palveluiden piiriin ja päättyy, kun hän ne jättää. Asiakkaan näkökulmasta prosessi alkaa varhemmin ja päättyy yleensä myöhemmin. Prosessi alkaa, kun asiakas tuntee tarvetta turvautua ulkopuoliseen apuun tai hän joutuu muulla tavoin palveluiden piiriin. Prosessi päättyy, kun asiakas on saanut ratkaisun ongelmiinsa. Ongelmalähtöisesti tarkasteltuna palvelujen tarpeen arviointi, palvelut (hoito, avunanto, tutkimukset, toimenpiteet) ja hoidon päättäminen tapahtuvat asiakkaan ja "agentin" yhteistyönä, jossa ammattiauttaja arvioi oikeat menettelytavat yhdessä asiakkaan kanssa. Palveluketjuihin liittyvässä termityössä on "agentille" kehitetty uusi hallinnollinen käsite, palveluasiamies, jota voidaan kutsua myös omaneuvojaksi. (ks. Kalliokuusi & Kuusisto-Niemi, 1999). Palveluketjujen tunnistaminen valmiista paikallisesta tai valtakunnallisesta tietomassasta edellyttää, että pystytään antamaan tunniste palvelun alkamiselle ja loppumiselle. Tätä on kehitetty mm. Stakesin ja sairaanhoitopiirien yhteisessä benchmarking-hankkeessa (Linna, Häkkinen, Tolppanen, Lehtonen, Talja, Räihä ym. 1998).

Palveluketjujen tunnistaminen nykyisten tilastojärjestelmien avulla puutteellista

Palveluketjujen mallintamista voidaan tehdä eri tasoilla. Ääripäitä ovat yksittäisiin hoito-ohjelmasuosituksiin tai laatuhankkeisiin liittyvät pikkutarkat kuvaukset ja toisaalta koko sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmää

yleisellä tasolla kuvaava mallintaminen. Nämä lähestymistavat ovat toisiaan täydentäviä. Yksityiskohtainen mallinnus jää helposti organisaation sisäiseksi prosessikuvaukseksi, jolloin asiakasnäkökulma ja laajempi tarkastelu tyrehtyy. Yleisen tason mallinnus jää taas helposti niin abstraktiksi, ettei siitä ole hyötyä yksittäisen asiakkaan ongelman hoidossa.

Yksinkertaisimmillaan sosiaali- ja terveydenhuollon yleisessä prosessikuvauksessa on vain kolme vaihetta ja muutama toimijataso (esimerkiksi: asiakas, sosiaalihuolto, perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoito). Yksityiskohdat ja asiakasvirrat voidaan sijoittaa näihin vaiheisiin ja niiden alta löytyviin alaprosesseihin.

Kuvio 1. Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluketjun vaiheet.

Ongelman tunnistamisesta seuraa päätös, otetaanko henkilö palvelujen piiriin vai palautuuko hän omatoimisuuden (itsehoidon) piiriin. Palvelun valinta merkitsee yksinkertaisimmillaan valintaa sosiaalihuollon, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä. Varsinaisen hoidon jälkeen seuraa päätös jatkolinjan valinnasta. Perusvaihtoehtoja on jälleen kaksi: joko itsehoidon piiriin kotiin tai jokin kolmesta peruslinjasta sosiaalihuolto, perusterveydenhuolto, erikoissairaanhoito. Jälkityöt ja kontrolli voivat johtaa asiakkaan kanssa tehtävään arvioon ja hänen palaamiseensa kotiin. Siinä voidaan myös aloittaa uusi palveluketju, jos ongelma uusiutuu tai ilmenee uusi ongelma. Ongelman muodostuminen pysyväksi pitää asiakkaan palveluketjun piirissä.

Valtakunnallisten hoitoilmoitustietojen avulla on mahdollista kuvata vain osaa koko mallista. Käytettävissä on tieto siitä, mistä asiakas on tullut hoitoon ja minne hän menee laitoshoidon jälkeen. Esityöt/ongelman tunnistamisvaiheen analysoiminen ei ole mahdollista yksilötasoisen aineiston puuttuessa. Siksi ei ole mahdollista eritellä, mikä osa avopalvelujen piirissä olevista henkilöistä tulee laitospalvelujen piiriin. Paikallisten tietojärjestelmien tiedoilla päästään periaatteessa mallintamaan koko prosessia.

Vuoden 1995 valtakunnallisista aineistoista voitiin tunnistaa seuraavat palveluketjujen perustyypit:[1] (ks. Ny-

[1] Liitteessä 1 on esitetty aineistomääritykset ja operatiivisten ja konservatiivisten erikoisalojen määritelmät.

lander, Pelanteri, Linna & Nenonen 1998):

1. Operatiiviset eli erilaisia toimenpiteitä (leikkauksia) vaativat yhden ongelman palveluketjut muodostuvat esitöistä/tutkimuksista, operaatioista ja jälkikontrolleista. Vähemmän vaativat palveluketjut tapahtuvat lyhyellä aikavälillä avohoitona. Vaativammat operaatiot tapahtuvat osana laitoshoitoa. Noin 90 prosenttia operatiivisista hoitoketjuista on tätä perusmallia.
2. Operatiiviset moniongelmaiset palveluketjut muodostuvat moniongelmaisten potilaiden ketjuista, joihin sisältyy usein pysyvää toimintakyvyn vajavuutta. Asiakkaat ovat myös muiden sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttäjiä. Osaa asiakkaan ongelmista pyritään ratkaisemaan operatiivisten alojen toimin. Nämä muodostavat kymmenesosan operatiivisista ketjuista.
3. Selkeät konservatiiviset (eli palveluketjut, joihin ei liity leikkaustoimenpiteitä) ja psykiatrian palveluketjut, joiden asiakkaat ovat pääasiassa yhden palvelun käyttäjiä, mutta käyttävät oletettavasti runsaasti avopalveluja sekä osittain suoraan hoitoon liittyvää kuntoutusta tai erillisiä kuntoutusjaksoja sekä kuntoutuksen avopalveluja.
4. Epäselvät konservatiiviset ja psykiatrian palveluketjut: Tällaiset palveluketjut ovat suuri haaste kaikille osapuolille, koska palvelujen alku ja loppu on epäselvä samoin kuin usein myös asiakkaan ongelman luonne.
5. Pitkäaikaissairaudet muodostavat oman ketjuryhmänsä, jossa on hoidon keston on yli 90 vuorokautta.
6. Myös kehitysvammaisten palveluketjut muodostavat oman kokonaisuutensa, jossa yli 75 prosenttia palvelutarpeesta tyydytetään yhden organisaation toimesta.

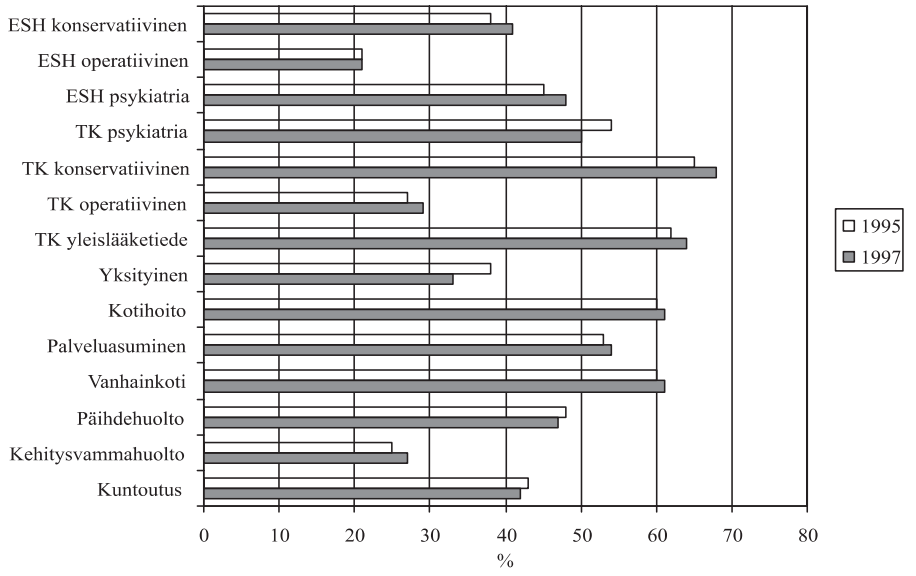
Toimintayksiköillä kasvavasti yhteisiä asiakkaita

Eri toimintayksiköiden yhteisten asiakkaiden tunnistamiseksi tarkastellaan seuraavassa vuoden 1995 ja 1997 hoitoilmoitustiedoista tehdyn selvityksen tuloksia. Tiedot sisältävät terveydenhuollon ja sosiaalihuollon hoitoilmoitustiedot sekä kotipalvelun ja kotisairaanhoidon laskentatiedot mukaan lukien palveluasumisen laskentatiedot. Tietovuosiksi valittiin vuodet 1995 ja 1997, koska noina vuosina toteutettiin pakollinen kotihoidon laskenta. Aineistosta muodostettiin kaikkiaan 14

palvelumuotoa, joiden muodostamistapa on selostettu liitteessä.

Yhteiset asiakkaat tunnistettiin sekä päättyneiden hoitojaksojen että laskentojen ilmoituksista etsimällä kussakin palvelumuodossa (1–14) esiintyneiden henkilötunnusten esiintymiset muissa palvelumuodoissa tarkasteluvuotena. Kultakin 14 palvelualalta henkilö otettiin tarkasteluun mukaan vain kerran. Johtopäätösten yhteydessä tulee muistaa että kotihoidon aineisto on yhden päivän otos (se sisältää kuitenkin kaikki asiakkaat, joilla on tuona päivänä voimassa oleva palvelu- ja hoitosuunnitelma) ja että yksityiset ja julkiset avohoitopalvelut eivät tule tarkastelussa näkyviin.

Seurantaan valittujen kahden vuoden aikana tapahtui muutoksia yhteisten asiakkaiden osuuksissa eri palvelumuodoissa (Kuvio 2). Suuntana on eri palvelumuotojen yhteiskäytön lisääntyminen. Tämä tarkoittaa sitä, että esimerkiksi terveyskeskuksen konservatiivisten erikoisalojen laitoshoitopalveluja käyttänyt henkilö yhä useammin käytti myös muita laitoshoitopalveluja tarkasteluvuoden aikana. Yhteisten asiakkaiden lukumäärät vuonna 1997 on esitetty taulukossa 1.



Kuvio 2. Sosiaali- ja terveydenhuollon eri palvelumuotojen yhteiset asiakkaat vuosina 1995 ja 1997. Niiden henkilötunnusten osuus, joita on kirjautunut myös muiden listassa mainittujen hoitomuotojen hoitoilmoitukseen ko. vuotena.

Taulukko 1. Eri palvelumuotojen kaikkien ja vain ko. palvelua käyttäneiden asiakkaiden henkilötunnusten lukumäärät vuonna 1997.

Palvelumuoto	*Kaikki asiakkaat*	*Yhden palvelun käyttäjät*
ESH konservatiivinen	243 925	144 805
ESH operatiivinen	434 996	341 597
ESH psykiatria	25 787	13 379
TK psykiatria	4 686	2 351
TK konservatiivinen	22 120	7 034
TK operatiivinen	26 092	18 608
TK yleislääketiede	135 999	48 996
Yksityinen	40 648	27 141
Kotihoito	66 878	25 900
Palveluasuminen	11 800	5 450
Vanhainkoti	45 665	17 942
Päihdehuolto	10 699	5 713
Kehitysvammahuolto	7 434	5 440
Kuntoutus	4 033	2 329

Vähintään kuudenkymmenen prosentin osuuksia yhteisten asiakkaiden määrissä on moniongelmaisten asiakkaiden hoitoon syntyneissä palvelumuodoissa, kuten terveyskeskusten konservatiivisilla erikoisaloilla ja yleislääketieteen erikoisalalla sekä kotihoidossa ja vanhainkodeissa. Erikoissairaanhoidon operatiivisia laitoshoitopalveluja käyttäneistä asiakkaista vain noin 20 prosenttia oli tarkasteluvuonna tarvinnut muita laitoshoitopalveluja. Tämä ero on merkittävä, koska hoito-ohjelmien ja palveluketjujen kehittämistyö on tähän asti ollut vahvasti operaatiokeskeistä. Tämän tarkastelun mukaan erityinen tarve kehitystyöhön näyttäisi kuitenkin olevan pikemminkin muualla eli konservatiivisessa ja pitkäaikaishoidossa, jossa palveluketjut ovat monimutkaisempia ja palvelujen yhteiskäyttö on huomattavasti yleisempää.

Tarkasteltaessa palvelumuodoittain muutosta vuodesta 1995 vuoteen 1997 vain kahdessa palvelumuodossa näyttää tapahtuneen yhteisten asiakkuuksien vähenemistä: terveyskeskusten psykiatrinen erikoisala (-4 %) ja yksityinen terveydenhuolto (-5 %). Terveyskeskusten psykiatriset potilaat ovat pitkäaikaispotilaita, joiden hoitopaikkavaihtoehdot ovat rajalliset. Yksityinen terveydenhuolto on kehittymässä aiempaa monipuolisemmaksi, jolloin se tarjoaa yhä suuremman osan tarvittavista palveluista turvautumatta julkiseen terveydenhuoltoon.

Yhteisten asiakkuuksien osuus lisääntyi konservatiivisessa erikoissairaanhoidossa (2 %), erikoissairaanhoidon psykiatriassa (3 %), terveyskeskusten konservatiivisilla erikoisaloilla (3 %), yleislääketieteen erikoisalalla (2 %) ja kehitysvammahuollossa. Muissa palvelumuodossa muutokset olivat prosentin luokkaa suuntaan tai toiseen. Yhteisten asiakkuuksien lisääntyminen voi olla merkki toisaalta lyhentyneistä hoitoajoista, jolloin pal-

veluja hankitaan tai joudutaan hankkimaan useammasta palvelumuodosta, ja toisaalta tietoisesta työnjaon ja yhteistyön kehittämisestä eri palvelumuotojen kesken.

Jo kahden vuoden tarkastelu osoittaa suomalaisessa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluverkostossa olevan käynnissä kehitys, joka ilmenee palvelujen verkottumisena. Toisaalta eräiden asiakasryhmien hoito keskittyy entisestään yhden toimijan vastuulle. Yhteiset asiakkuudet ja monimutkaiset, resursseja runsaasti vaativat palveluketjut näyttävät olevan selvästi yleisempiä konservatiivisilla erikoisaloilla sekä sosiaalihuollon vanhuspalvelujen piirissä. Tulevaisuudessa hoito-ohjelmien ja palveluketjujen kehitystyön painopistettä tulisikin siirtää yhä enemmän tähän suuntaan.

Lähteet

Kalliokuusi, V. & Kuusisto-Niemi, S. 1999. Käsitemäärittelyn aloitus Satakunnan makropilotissa. Helsinki: Stakes.

Linna, M., Häkkinen, U., Tolppanen, E.-M., Lehtonen, O.-P., Talja, M., Räihä, I. ym. 1998. Hoitotoiminnan tuottavuuden mittaaminen ja kehittäminen, loppuraportti. Helsinki: Stakes.

Nylander, O., Pelanteri, S., Linna, M. & Nenonen, M. 1998. Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasvirrat ja palveluketjut 1995; Client flows and service chains in social welfare and health care in 1995. Helsinki: Stakes.

Sosiaali- ja terveydenhuollon sanasto II. Helsinki: Stakes; 1999.

Yhteisasiakasanalyysin aineisto ja käytetyt käsitteet

Terveydenhuollon osalta aineisto koostuu vuosien 1995 ja 1997 päättyneiden hoitojaksojen hoitoilmoituksista ja potilaslaskentojen 31.12.1995 ja 31.12.1997 hoitoilmoituksista. Aineisto on sairaalatyypin ja erikoisalan perusteella jaettu alaryhmiin seuraavasti:

1) Sairaanhoitopiirien konservatiiviset erikoisalat (10 sisätaudit, 40 lastentaudit, 60 iho- ja sukupuolitaudit, 65 syöpätaudit ja sädehoito, 77 neurologia, 78 lastenneurologia, 80 keuhkosairaudet, 96 fysiatria ja 97 geriatria).
2) Sairaanhoitopiirien operatiiviset erikoisalat (20 kirurgia, 25 neurokirurgia, 30 naistentaudit ja synnytykset, 50 silmätaudit, 55 korva-, nenä- ja kurkkutaudit, 58 hammas-, suu- ja leukasairaudet).
3) Sairaanhoitopiirien psykiatria (erikoisalat 70 ja 75).
4) Terveyskeskusten alainen psykiatria.
5) Terveyskeskusten alaiset konservatiiviset erikoisalat.
6) Terveyskeskusten alaiset operatiiviset erikoisalat.
7) Terveyskeskusten yleislääketiede (erikoisala 98).
8) Yksityissairaalat, kaikki erikoisalat ja yleislääketiede yhteensä.

Kotihoidon aineisto koostuu laskentojen 29.11.1995 ja 29.11.1997 aineistoista, joka on tarkasteluissa jaettu kahteen osaan:

9) Kotihoito palvelualojen 7 ja 83 aineisto.
10) Palveluasuminen (muut palvelualat olivat palveluasumista).

Sosiaalihuollon aineisto koostuu vuosien 1995 ja 1997 päättyneiden hoitojaksojen ja 31.12. hoitoilmoituksista. Sen alaryhmät ovat:

11) Vanhainkodit (palveluala 3).
12) Päihdehuolto (palveluala 5).
13) Kehitysvammahuolto (palvelualat 4, 41 ja 42).
14) Kuntoutus (kuntoutus ja luokittelemattomat).

Työelämän ja koulutuksen yhteistyö – tulevaisuuden edellytys

Paula Risikko

Yhteistyön tarve

Sosiaali- ja terveysalan työ ja koulutus elävät muutoksessa, jota pitävät yllä väestön palvelutarpeiden muutokset, väestön ikärakenteen muutos, taloudellisten voimavarojen rajallisuus, pitkäaikaistyöttömyys ja syrjäytymisen riskit, sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen organisoinnin muutokset, palvelurakennemuutos, valtionosuusuudistus, kansainvälistyminen ja monikulttuurisuus sekä (tieto)teknologian kehittyminen.

Myös sosiaali- ja terveysalan ammatillisessa koulutuksessa on tapahtunut muutoksia. Keskeisiä ovat ammattikorkea- ja lähihoitajakoulutuksen käynnistyminen. Ne ovat vaikuttaneet koulutuksen tavoitteisiin, sisältöihin, menetelmiin ja arviointikäytäntöihin. Kouluttajien työhön ehkä eniten vaikuttava muutos on ollut opetussuunnitelmatyön siirtyminen paikalliselle tasolle ja oppilaitoksiin.

Sosiaali- ja terveysalan selviytyminen muutoksessa ja valmistautuminen tulevaisuuteen edellyttävät työelämän ja koulutuksen kehittämistä yhteistyössä. Kehittämistyön kohteita ovat mm. sosiaali- ja terveysalan sekä eri ammattiryhmien välisen yhteistyön lisääminen koulutuksessa ja työelämässä, koulutuksen ja työelämän yhteisen suunnittelun ja yhteisen arvioinnin menetelmien kehittäminen, sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteen muutoksen edellyttämien uusien toimintatapojen kehittäminen sekä uudenlaisten tehtävä- ja henkilöstörakenteiden luominen sosiaali- ja terveydenhuollon eri alueilla (vanhustyö, mielenterveystyö, päihdehuolto jne.). Lisäksi kohteita ovat sosiaali- ja terveysalan yhteisen perustutkinnon (lähihoitajan tutkinnon) sekä ammattikorkeakoulutuksen antamien valmiuksien hyödyntäminen työelämässä.

Sosiaali- ja terveysalan työelämän ja koulutuksen kehittämisprojekti (SoTeKeKo) yhteistyön edistäjänä

Kolmivuotinen SoTeKeKo-projekti käynnistyi elokuussa 1995. Projektin tarkoituksena oli sosiaali- ja terveysalan työelämän ja koulutuksen kehittäminen vastaamaan entistä paremmin yksilön, väestön ja koko yhteiskunnan tarpeisiin nyt ja tulevaisuudessa. Tarkoituksena oli myös työelämän ja koulutuksen yhteistyön kehittäminen, sillä yhteistyö on tärkeä väline alan palvelujen laadun ja vaikuttavuuden lisäämisessä. Kolmanneksi projektilla haluttiin edistää sosiaali- ja terveysalan henkilöstön osaamisen ja innovatiivisuuden hyväksikäyttöä ja kehittymistä. Neljäs tavoite oli edistää alan opiskelijoiden ja työttömien työllistymistä sekä työttömien osaamisen ylläpitämistä.

Kehittämistyössä oli mukana 42 itsenäisesti organisoitunutta ja toimivaa osaprojektia (ja yhteensä noin 123 alaprojektia) eri puolilla Suomea. Näissä alueellisissa ja paikallisissa hankkeissa oli mukana työelämän organisaatioiden ja oppilaitosten henkilökuntaa sekä opiskelijoita. Osana projektia toteutettiin myös Euroopan sosiaalirahaston rahoittama tutkimushanke, jossa selvitettiin sosiaali- ja terveysalan tulevaisuuden osaamistarpeita. Osaprojektien organisoituminen ja toiminta oli erilaista. Osaprojektit eivät keskittyneet kaikkien valtakunnallisen projektin tavoitteiden saavuttamiseen, vaan ne valitsivat painoalueita omissa toiminnoissaan. Lisäksi jokaisella osaprojektilla oli omia tavoitteita. Osaprojektien toiminnan ”punaisina lankoina” olivat moniammatillinen yhteistyö, innovatiivisuus ja tulevaisuus: halu tehdä innovatiivisella yhteistyöllä tätä päivää ja tulevaisuutta.

Valtakunnan tasolla projektin toteuttamiseen ja rahoittamiseen osallistuivat sosiaali- ja terveysministeriö, opetushallitus, sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus Stakes ja Suomen Kuntaliitto. Projektin tärkeitä sidos- ja asiantuntijatahoja olivat mm. työhallinnon eri tasot, työmarkkinajärjestöt, opiskelijajärjestöt, tutkijayhteisöt, vapaaehtoisjärjestöt sekä yksityissektori. Lisäksi projekti toimi tiiviissä yhteistyössä työministeriön Kansallisen työelämän kehittämisohjelman kanssa.

Osaprojektien toimintaa tuettiin valtakunnallisin seminaarein, verkostokokouksin, osaprojektitapaamisin, sekä tiedotuksella ja kansainvälisen yhteistyön virittämisellä.

Projektin tuloksellisuutta arvioitiin eri tavoin: osaprojektien itsearvioinnin lisäksi tehtiin kaksi lomakekyselyä, case-analyysi yhteen osaprojektiin sekä ulkopuolisen asiantuntijan tekemä koko projektin ulkoinen arviointi. Projekti päättyi vuonna 1998.

Yhteistyön edellytyksiä

Projektissa saatujen kokemusten ja tulosten mukaan työelämän ja koulutuksen yhteistyön onnistumiselle on tärkeää yhteydenpito ja yhteistyön määrän lisääminen ja se, että yhteistyöstä hyötyvät kaikki toimintaan osallistuvat tahot. Mikäli jokin taho kokee olevansa ainoastaan toiminnan mahdollistava osapuoli, on sitoutuminen yhteistoimintaan heikompaa. Osapuolilla tulee olla myös jokin yhteinen tavoite, eri tahojen omien tavoitteiden lisäksi. SoTeKeKo-projektissa yhteisiä tavoitteita olivat opiskelijan ammatillisen kasvun tukeminen sekä sosiaali- ja terveyspalvelujen kehittäminen. Merkitystä yhteistyön onnistumiselle näyttää olevan myös tavalla kommunikoida, käytetyillä yhteistyömenetelmillä sekä opiskelijoiden osallistumisella. Lisäksi osapuolilla tulee olla tietoa toistensa toiminnasta. Erityisen tärkeää yhteistyön onnistumiselle on se, että osapuolet arvostavat toistensa taustaorganisaatioissa tehtävää työtä.

Tulosten mukaan muita työelämän ja koulutuksen yhteistyötä edistäviä tekijöitä ovat seuraavat: riittävä resurssointi, yhteisten projektien hyvä organisointi sekä yhteistapaamisten myönteinen, aktiivinen, innostunut ja vastuuntuntoinen ilmapiiri. Yhteistyötä edistävänä tekijänä koettiin myös toimintaa tukeva lisäkoulutus ja se, että työelämän ja koulutuksen yhteistyö liitetään osaksi organisaatioiden todellista toimintaa.

Opiskelijat yhteistyön ytimessä

SoTeKeKo-projektissa opiskelijoiden osallistumisella koettiin olleen merkitystä erityisesti opiskelijan ammattiidentiteetin kehittymiselle ja oppimiselle sekä työelämän ja koulutuksen kehittymiselle. Opiskelijoiden osallistumisessa tapahtui projektin aikana mm. seuraavia muutoksia: tiedolliset ja taidolliset valmiudet kehittyivät, yhteistyövalmiudet kehittyivät, innostuneisuus ja osaaminen projektityöhön kehittyivät sekä sitoutuminen oppimiseen ja opiskeluun lisääntyi. SoTeKeKo-projektin kokemuksista ja tuloksista jäi kuitenkin se tuntuma, että opiskelijat olivat osallistuneet pääasiallisesti vain projektien toteutusvaiheessa, ei niinkään koko kehittämisprosessiin. Kokemuksia saatiin myös opiskelijoiden heikosta osallistumisesta.

Tärkeimmäksi opiskelijoiden osallistamisen kehittämiskeinoksi koettiin se, että opiskelijat ovat mukana projektin eri vaiheissa. Muina kehittämiskeinoina esitettiin mm. projektiosaamisen kehittäminen, projektien

kehittäminen vastaamaan paremmin todellisia työelämän tarpeita, suunnitelmallisuuden ja systemaattisuuden sekä vastuunannon lisääminen.

Uusia ja kehittyneitä yhteistyökäytänteitä

Työelämän ja koulutuksen yhteistyö sosiaali- ja terveysalalla on perinteisesti liittynyt opiskelijoiden käytännölliseen opiskeluun ja harjoitteluun. Valtakunnallisen SoTeKeKo-projektin päätavoitteena oli tuottaa uusia ja innovatiivisia yhteistyökäytänteitä, joita syntyikin lukuisasti. Lisäksi kehitettiin entisiä toimintatapoja.

Projektissa luodut ja kehitetyt käytänteet voidaan tiivistää seuraavasti: selvitys-, kartoitus- ja tutkimusyhteistyö, palvelutoimintayhteistyö, koulutusyhteistyö, opetussuunnitelmayhteistyö, asiantuntijavaihtoyhteistyö, työryhmä-tiimiyhteistyö, tulevaisuuden ennakointiyhteistyö sekä yhteisöyhdyskuntayhteistyö.

Selvitys-, kartoitus- ja tutkimustoiminta on lisääntynyt selvästi ammattikorkeakoulutuksen ja toisen asteen koulutuksen käynnistymisen myötä. Tämä näkyi myös SoTeKeKo-projektissa; lähes jokaisessa osaprojektissa tehtiin kartoituksia ja selvityksiä. Usein ne liittyivät väestön palvelutarpeiden selvittämiseen. Esimerkiksi Keminmaan mielenterveystyön suunnitelman pohjaksi kartoitettiin keminmaalaisten työikäisten henkistä hyvinvointia. Tehdyt tutkielmat ym. olivat opiskelijoiden opinnäyte- ja päättötöitä. Myös opettajat ja työelämän edustajat tekivät osana SoTeKeKo-projektia opinnäytetöitä.

Palvelutoimintayhteistyöllä tarkoitetaan toimintaa, jossa työelämän ja koulutuksen yhteistyönä tuotetaan palveluja eri ikäisille ihmisille. Palvelutoimintayhteistyö oli projektissa monipuolista. Uusia palveluja tuotettiin ja aikaisemmin käynnistyneitä palveluja kehitettiin. Palvelutoiminta täydentää julkisia sosiaali- ja terveyspalveluja. Osaprojekteissa käynnistettiin mm. unikoulu, yöneuvola, luomupäiväkoti, terveyskoulu, vanhusten päiväkoti sekä työttömille koulutus- ja terveydenhuoltopalveluja, tavoitteina mm. työttömien elämisen laadun kohottaminen ja työkunnon ylläpitäminen.

Koulutusyhteistyö sisältää mm. täydennyskoulutustyyppisen koulutuksen ja opiskelijoiden käytännön harjoittelun kehittämisen. Uusia harjoittelukäytäntöjä kehitettiin jokaisessa osaprojektissa, millä on tärkeä merkitys erityisesti nyt kun toisen asteen koulutuksessa työssä oppimisen määrä on lisääntynyt. Hyviä esimerkkejä ovat Kokkolan osaprojektin ”Uuden ohjauksen osasto” -käytäntö ja Turun osaprojektin opetusterveyskeskustoiminta.

Alan työttömien ammattihenkilöiden osaamisen ylläpitämistavoitteeseen päästiin erityisesti Kymenlaakson osaprojektissa, jossa kehitettiin tanskalaisen mallin mukaisesti koulutusta työtä vailla oleville. Malli on käyttökelpoinen myös muiden alojen työttömien osaamisen ylläpitämisessä ja kehittämisessä.

Opetussuunnitelmayhteistyön kehittämiselle oli niin ikään ”sosiaalinen tilaus” ajankohtana, jolloin opetussuunnitelmien teko on siirtynyt valtakunnan tasolta paikalliselle tasolle ja erityisesti oppilaitoksen vastuulle. Esimerkiksi Salon ja Helsingin osaprojekteissa kehitettiin tutkimusten ja tiimityön avulla lähihoitajakoulutuksen opetussuunnitelmia.

Asiantuntijavaihtoyhteistyö oli SoTeKeKo-projektissa monipuolista. Vaihtoa tapahtui opettajien ja työelämän edustajien välillä (esimerkiksi Jyväskylän osaprojektissa) sekä opiskelijoiden ja työelämän edustajien välillä. Lisäksi potilaat ja asiakkaat toimivat asiantuntijoina. Erityisesti opettajien työelämään tutustumisen mahdollisuuksien lisääntyminen on otettu oppilaitoksissa ilomielin vastaan. Asiantuntijavaihto on kehittänyt myös ns. oravannahkavaihtoa, jolloin opiskelijoiden ohjauspalkkioita on voitu vähentää ja opettajien ohjausresursseja lisätä.

Työelämän ja koulutuksen yhteistyön tiimi- ja työryhmätyöskentelyä kehitettiin erityisesti Mikkelin seudun osaprojektissa. Siinä kokeiluosaston henkilökunta muodosti aktiivisen kuntoutuksen, jatkohoitopaikkaa odottavien ja psykogeriatrisen hoidon moniammatilliset työryhmät, joissa opiskelijat ja opettajat työskentelivät tasavertaisina ryhmien jäseninä.

Tulevaisuuden ennakointiyhteistyötä tehtiin jokaisessa osaprojektissa. Lisäksi oli muutama osaprojekti, jossa se oli erityisenä kehittämisen kohteena, kuten Satakunnan osaprojektissa, jossa ennakoitiin vanhusten tarpeita vanhustenhuollon ja palvelujärjestelmän kehittämiseksi. Laajin tulevaisuuden ennakointihanke oli Euroopan sosiaalirahaston tuella tehty tutkimus, joka on julkaistu (Metsämuuronen 1998).

Yhteisö/yhdyskuntatyössä työelämän ja koulutuksen yhteistoiminta lähtee koko yhteisöstä/yhdyskunnasta. Yhteisö-/yhdyskuntayhteistyö toteutui erityisesti niissä osaprojekteissa, joissa oli mukana paljon opiskelijoita, useimmiten koko ryhmiä. Hyvänä esimerkkinä tästä yhteistyökäytännöstä on Hyvinkään osaprojektissa kehitetty yhteisölähtöisen terveyden edistämisen malli.

Johtopäätöksiä yhteistyöstä ja sen kehittämisestä

Kolmivuotinen laaja SoTeKeKo-projekti on takanapäin. Toiminta on ollut vauhdikasta sekä valtakunnan että paikallistasolla. Paljon on saatu aikaan. Toisaalta paljon on vielä tehtävää.

Kolmen vuoden ajan eri yhteistyökäytänteiden avulla kehitettiin väestön terveyttä ja hyvinvointia edistäviä palveluja ja toimintoja. Arviointitulosten mukaan projektissa tuotettiin sekä tehokkaita että vaikuttavia palveluja, joilla on myös laajempaa merkitystä. Vastaisuudessa haasteena onkin toimintojen raportointi sellaisessa muodossa, joka on siirrettävissä eri toimintaympäristöihin ja eri toimijoille. Tärkeää on myös yhteistyökäytänteiden ja palvelujen vakiinnuttaminen sekä entistä parempi hyödyntäminen.

Työelämän ja koulutuksen yhteistyö ei tapahdu itsestään. Se edellyttää suunnitelmallisuutta, hyvää organisointia ja resurssointia. Tarvitaan aikaa ja henkilöitä suunnittelemaan, tekemään, arvioimaan ja kehittämään. Herää huoli, miten edellytykset yhteistyölle voidaan luoda tilanteessa, jossa sosiaali- ja terveydenhuollossa työssä olevan henkilöstön panos on jo nyt maksimaalisesti käytössä.

Opiskelijoiden osallistamista työelämälähtöisiin kehittämisprojekteihin on niin ikään kehitettävä. Opiskelijoiden motivoinnissa on tärkeää vastuunanto ja opiskelijan mukaan ottaminen koko prosessiin, ei ainoastaan toteutukseen. Näin alan opiskelijat oppivat arvioimaan tulevan työnsä ja oman osaamisensa kehittämistarpeita. Opiskelijat oppivat suunnittelemaan ja he kykenevät paremmin käyttämään tarkoituksenmukaisia kehittämismenetelmiä. He oppivat myös arvioimaan palveluja, ja sen avulla kehittämään ja kehittymään. Opiskelijoiden osallistuminen ja osallistaminen vaatii opetushenkilöstöltä ja ohjaajilta pitkäjänteistä suunnittelua sekä jatkuvaa toiminnan ja yhteistyön arviointia.

Suosituksia

SoTeKeKo-projektin kokemusten perusteella valtakunnallisen johto- ja projektiryhmän jäsenet suosittelevat työelämän ja koulutuksen yhteistyön ja sen kehittämisen jatkamista:

Työelämän ja koulutuksen yhteistyö vaatii jatkuvaa arviointia, kehittämistä ja vahvistamista. Tässä työssä tulee hyödyntää SoTeKeKo-projektin luomia eri malleja ja käytänteitä.

- Yhteistyö tulee ymmärtää luonnolliseksi osaksi työelämän ja koulutuksen toimintaa, ja sille on varattava riittävät resurssit.
- Sekä sosiaali- ja terveysalan käytännön että opetuksen tulee tukea työelämän ja koulutuksen yhteistyön vahvistumista.
- Yhteiset kehittämisprojektit tulee kohdentaa sosiaali- ja terveydenhuollon tulevaisuuden toiminnan ja osaamisvaatimusten kannalta keskeisille alueille.
- Osana laatujärjestelmien kehittämistä tulee huomioida työelämän ja koulutuksen yhteistyön hyödyntäminen ja kehittäminen.
- Oppilaitosten opetushenkilöstön ja opiskelijoiden tulee osallistua käytännössä tapahtuvaan työmenetelmien kehittämiseen ja uusien työkäytäntöjen arviointiin.
- Opetussuunnitelmissa ja opetussisällöissä tulee ottaa huomioon sosiaali- ja terveysalan käytännön kehittämissuunnitelmat ja työmenetelmien kehittämistarpeet.
- Opiskelijoiden osallistuminen/osallistaminen yhteisprojekteihin vaatii suunnitelmallisuutta ja ennakointia, mikä tulee ottaa huomioon opetussuunnitelmissa.
- Oppilaitoksissa tulee huolehtia siitä, että opetushenkilöstö tuntee riittävästi sosiaali- ja terveysalan työn käytäntöä ja että käytännön työmenetelmiä opettavalla henkilöstöllä on mahdollisuus itse osallistua oman opetusalansa käytännön työhön. Tällä tavoin opetus voi integroitua todellisiin kehitysprosesseihin. Työelämän ja koulutuksen henkilöstön välistä työkiertoa tulee lisätä.
- Työyhteisöissä tulee hyödyntää oppilaitosten tiedollista osaamista ja luoda yhteistyötä mm. täydennyskoulutuksen, toiminnan kehittämisen ja arvioinnin alueella. Tällä tavoin turvataan oppilaitoksen tuntemus käytännön työn kehittämisen tarpeista.
- Alan henkilöstön valmiuksia työelämän ja koulutuksen yhteistyöhön tulee vahvistaa.
- Työyhteisöjen johtamisen avulla tulee tukea ja kehittää työelämän ja koulutuksen yhteistyötä.
- Opettajakoulutukseen tulee liittää erillinen opintokokonaisuus työelämän ja koulutuksen yhteistyöstä ja sen kehittämisestä.
- Tutkimuksen avulla tulee vahvistaa innovatiivisten ja vaikuttavien yhteistyömenetelmien ja -käytänteiden kehittämistä.
- Oppilaitosten opettajien ja opiskelijoiden sekä käytännön työelämän edustajien tulee arvioida yhdessä säännöllisesti yhteistyön kehittymistä.

Työttömiin kohdistuneiden projektien kokemukset tulee yhdistää ja tehdä niistä malli sovellettavaksi koko Suomessa.

- Alan työttömien osaamisen ylläpitämiseen kohdistunut Kymen-

laakson koulutuskaruselli tulee mallintaa ja ottaa käyttöön koko Suomessa.

- Työttömien hyvinvoinnin ylläpitämiseen ja edistämisen kohdistuneiden projektien kokemuksia tulee hyödyntää koko Suomessa.

Valtakunnallisen tason jatkotoimina suositellaan:

- SoTeKeKo-projektin luomaa projektinhallinnan mallia tulee hyödyntää myös muissa valtakunnallisissa projekteissa.
- Työministeriön, opetusministeriön, sosiaali- ja terveysministeriön, Suomen Kuntaliiton, opetushallituksen ja Stakesin tulee järjestää vuosittain seminaari, jossa esitellään uusia innovatiivisia yhteistyökäytänteitä.
- Jollekin alueelliselle yksikölle tulee antaa tehtäväksi kerätä tietoa eri yhteistyökäytänteistä, joita sen tulee välittää muiden käyttöön.

Lähteet

Metsämuuronen, J. 1998. Maailma muuttuu – miten muuttuu sosiaali- ja terveysala? ESR-julkaisu 39. Helsinki: Oy Edita Ab.

Pelttari, P. 1999. SoTeKeKo-projektin loppuraportti: Yhteistyössä. Työelämän ja koulutuksen yhteistyön kehittyminen sosiaali- ja terveysalalla. Sosiaali- ja terveysministeriön, opetushallituksen, Stakesin ja Suomen Kuntaliiton yhteisjulkaisu. Helsinki: Kuntaliiton painatuskeskus.

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2000

TILASTOLIITE

Toimittanut Anni Hakkarainen

Taulujen ja kuvioiden teosta on vastannut Aino Alha. Tietojen poiminnasta ja käsittelystä ovat vastanneet Reijo Ailasmaa, Aino Alha, Aulikki Anttonen, Mari Isotalo, Sari Kauppinen, Kaarle Lahdenpää, Kaarina Lamminpää, Oleg Nikiforov, Tapani Niskanen, Simo Pelanteri ja Sirpa Virtanen. Sisältöasiantuntijoina ovat toimineet Ritva Hein, Tarja Heino, Ulla Idänpään-Heikkilä, Mauno Konttinen, Ville Lehtinen, Marjukka Mäkelä, Anne Nordblad, Aulikki Rautavaara, Sirpa Taskinen, Marja Vaarama ja Anna-Leena Välimäki.

Tilastoliitteessä kuvataan eri palvelukokonaisuuksien kehitystä 1990-luvulla sekä tilannetta vuonna 1998. Tiedot on koottu SOTKA-tilastotietokannasta sekä muista Stakesin tilastoista ja rekistereistä. Tavoitteena on kuvata palvelujen

- tarjontaa
- kustannusrakennetta
- rahoitusta ja
- käyttöä.

Tarjontaa ja kustannusrakennetta kuvaa kuntien taloustilasto, joka kertoo palveluiden käyttökustannusten jakautumisen julkiseen (kuntien ja kuntayhtymien omaan) palvelutuotantoon ja muilta yksityisiltä ostettuihin palveluihin.

Rahoituksesta esitetään asiakasmaksut ja palvelujen myynnistä saatavat tulot sekä kunnan nettokustannukset (käyttökustannukset - käyttötuotot). Eri kuntien ja alueiden keskinäistä vertailua voi tehdä vain nettokustannusten tasolla. Käyttökustannuksia ei voi vertailla kuntien välillä, sillä kunnan oman tuotannon käyttökustannukset on laskettu bruttoperiaatteella, kun taas muilta kunnilta, kuntayhtymiltä, valtiolta ja yksityisiltä ostettujen palvelujen kustannukset ovat kunnan käyttökustannuksissa nettokustannuksia. Nettokustannuksia kuvaavat aikasarjat 1993–1998 on laskettu vuoden 1998 hinnoin julkisten menojen hintaindeksin perusteella.

Nettokustannuksia koskevia aikasarjoja käytettäessä on otettava huomioon kuntien taloustilaston uudistus vuonna 1997. Talousarvio- ja kirjanpitouudistuksen sekä opetus- ja sivistystoimen valtionosuusuudistuksen vuoksi taloustilaston tiedot eivät vuodesta 1997 alkaen ole vertailukelpoisia aikaisempien vuosien tietojen kanssa. Myös käsitteet ovat muuttuneet. Ennen uudistusta käytettiin käsitteitä käyttömeno, käyttötulo ja nettomeno. Tässä julkaisussa ne on korvattu termeillä käyttökustannus, käyttötuotto ja nettokustannus.

Palvelujen käyttöä on kuvattu asiakkaiden lukumäärillä. Aikasarjoissa on esitetty ”asiakkaita keskimäärin päivää kohden ... vuosina...”. Nämä on laskettu vuosia 1990–1993 koskevista sosiaali- ja terveydenhuollon kertomustiedoista (KETI) ja vuosina 1994–1998 kunnan toimintatilastosta. Tarjolla olevat hoitopäivätilastot on muunnettu asiakasmääriksi jakamalla vuotuiset hoitopäivät 365:llä, jolloin saadaan asiakasväestön keskiväkiluku vuoden aikana. Mielenterveystyötä ja päihdehuoltoa koskevissa tilastossa on laskettu asiakkaiden ja avohoidon potilaiden vuotuinen keskimäärä työpäivää kohden jakamalla avohoitokäyntien vuotuinen lukumäärä luvulla 260. Se on vuotuisten työpäivien lukumäärä avohoidossa viisipäiväisten viikkojen mukaan laskien.

Kuntien talous- ja toimintatilaston tiedot vuodelta 1998 on esitetty siten, että toimintaa voitaisiin verrata sen kustannuksiin ja tuottoihin. Kaikkien palvelujen

osalta tämä ei ole mahdollista, koska kustannuksia ei saada vastaavalla jaolla. Ahvenanmaan maakunta on jätetty selvityksen ulkopuolelle, sillä Ahvenanmaan kuntien taloustilastoja ei voi verrata Manner-Suomen kuntien tilastoihin.

Tilastoliite noudattaa pääpiirteissään vuonna 1997 julkaistun Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsauksen vastaavan liitteen jaottelua. Uusia tilastoja on kappaleessa 7. Mielenterveystyö. Aikaisemmin julkaistujen taulujen ja kuvioiden tekotapaa on uudistettu. Aikasarjojen tietosisältöä on muutettu ja lisätty kunnittaisen vaihtelun kuvauksen osalta. Muutoksia on aiheutunut *Sosiaali- ja terveydenhuollon tilastotietokannan*, SOTKAn sisällön muutoksista sekä kunnan taloustilaston uudistuksesta vuonna 1997. Tietoja on vuosilta 1990–1998.

Tilastoliitteen jaottelu on seuraava:

1. Lasten päivähoito
2. Lasten ja nuorten palvelut
3. Vanhusten palvelut
4. Vammaisten palvelut
5. Päihdehuolto
6. Perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoito
7. Mielenterveystyö
8. Suun terveydenhuolto

Muuttujien määritelmät on esitelty Sosiaali- ja terveydenhuollon tilastotietokanta SOTKAssa. Ne ovat kunnan talous- ja toimintatilaston mukaiset.

Aikasarjat koskevat 1990-lukua. Kaikista kiintoisista muuttujista ei saada pitkiä aikasarjoja, sillä sosiaali- ja terveydenhuollon tilastot uudistettiin vuonna 1994.

Aikasarjakuvioissa on pyritty kuvaamaan myös kuntien välistä vaihtelua. Suomessa on 452 kuntaa, joiden asukasmäärä vaihtelee rajusti, runsaasta sadasta yli puoleen miljoonaan, mediaanikunnan väestömäärän ollessa 4 900. Näin isojen kokoerojen takia sosiaali- ja terveyspalvelujen käytön ja kustannusten vaihtelun kuvaaminen ei ole aivan yksinkertaista. Ongelmaa on lähestytty aikasarjakuvioissa siten, että on esitetty Manner-Suomen saama keskiarvo sekä kyseisen muuttujan kunnittainen maksimi- ja minimi-arvo, joiden välille jää 95 % Manner-Suomen kuntien saamista arvoista. Ääripäistä (sekä pienimmistä että suurimmista kuntien saamista arvoista) on jätetty pois 2,5 % kunnista. Tässä suhteessa laskelmat poikkeavat vuonna 1997 esitetyistä, jolloin vaihteluväli oli 100 %. Entisestä poikkeaa myös kuvioissa esitetty uusi vaihteluväli I kvartiilista III kvartiiliin, joiden väliin jää 50 % kunnista. Aikasarjakuvioiden alapuolella on usein ilmoitettu

kuinka monta prosenttia kunnista on ns. ”nollakuntia” eli kuntia, jotka saavat kyseessä olevan muuttujan arvon nolla.

Alueellista vertailua on esitetty kartoilla ja vuotta 1998 koskevissa tilastotauluissa. Kaikissa tauluissa on verrattu Manner-Suomea, Helsingin kaupunkia sekä kolmea eri tilastoaluetta, jotka ovat kaupunkimaiset, taajaan asutut ja maaseutumaiset kunnat. Maanmittauslaitoksella on tekijänoikeus pohjakarttoihin (pohjakartta © Maanmittauslaitos lupa nro 2/MYY/00). Kuntien saamat muuttujien arvot on kartoilla yleensä luokiteltu kvartiiliarvojen perusteella.

Yksittäisiä kuntia koskevia tilastoja on tarjolla SOTKA-tilastotietokannassa. Sosiaali- ja terveysministeriö on jakanut sen kaikille kunnille. Koko maata koskevia Stakesin tilastoja on tarjolla Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelmassa 2000–2003 (Valtioneuvoston päätös,- Sosiaali- ja terveysministeriö, julkaisuja 1999:16). Ministeriö on vuodesta 1972 alkaen laatinut vuosittain valtakunnallisen suunnitelman sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä. Sen korvaa nyt kyseinen ohjelma, joka tehdään neljäksi vuodeksi kerrallaan. Sen toimenpidesuositukset perustuvat hallitusohjelmaan ja niitä seurataan ja arvioidaan koko nelivuotiskauden ajan. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus tilastoineen on eräs ohjelman seurannan ja arvioinnin välineistä.

Sisältö

1 Lasten päivähoito 219

Kuvio 1. Lasten päivähoidon nettokustannukset kunnittain mk/alle 7-vuotias henkilö vuonna 1998 (Kartta)

Kuvio 2. Alle 7-vuotiaiden prosenttiosuus väestöstä vuosina 1990–1995 ja ennuste vuosille 2000–2020
Manner-Suomen keskiarvo, kunnittainen minimi ja maksimi sekä vaihteluväli, joka kattaa 50 % kunnista

Kuvio 3. Kokopäivähoidossa olleet lapset 31.12. vuosina 1990–1998 100 alle 7-vuotiasta kohti
Manner-Suomen keskiarvo, kunnittainen minimi ja maksimi sekä vaihteluväli, joka kattaa 50 % kunnista

Kuvio 4. Päivähoitolapsien osuus alle 7-vuotiaasta väestöstä 31.12.1998 Manner-Suomessa, Helsingissä ja eritilastoalueilla hoitomuodon mukaan

Kuvio 5. Päivähoitolapsien osuus 6-vuotiaasta väestöstä 31.12.1998 Manner-Suomessa, Helsingissä ja eri tilastoalueilla hoitomuodon mukaan

Kuvio 6. Lasten päivähoidon ja kotihoidon tuen nettokustannukset yhteensä mk/alle 7-vuotias henkilö vuosina 1993–1998 vuoden 1998 rahanarvon mukaan
Manner-Suomen keskiarvo, kunnittainen minimi ja maksimi sekä vaihteluväli, joka kattaa 50 % kunnista

Kuvio 7. Lasten päivähoidon nettokustannukset ilman kotihoidon tukea mk/alle 7-vuotias henkilö vuosina 1993–1998 vuoden 1998 rahanarvon mukaan
Manner-Suomen keskiarvo, kunnittainen minimi ja maksimi sekä vaihteluväli, joka kattaa 50 % kunnista

Kuvio 8. Lasten kotihoidon tuki mk/alle 7-vuotias henkilö vuosina 1993–1998 vuoden 1998 rahanarvon mukaan
Manner-Suomen keskiarvo, kunnittainen minimi ja maksimi sekä vaihteluväli, joka kattaa 50 % kunnista

Taulu 1. Lasten päivähoito vuonna 1998: Toiminta, kustannukset ja rahoitus Manner-Suomessa, Helsingissä ja eri tilastoalueilla

2 Lasten ja nuorten palvelut 227

Kuvio 1. Alle 18-vuotiaiden prosenttiosuus väestöstä kunnittain vuonna 1998 (Kartta)
Kuvio 2. Alle 15-vuotiaiden prosenttiosuus väestöstä vuosina 1990–2020
Manner-Suomen keskiarvo, sen kaikkien kuntien (100 %) kunnittainen minimi ja maksimi sekä vaihteluväli, joka kattaa 50 % kunnista
Kuvio 3. Vuoden aikana lastensuojelun avohuollon piirissä olleet lapset ja nuoret 1 000 alle 18-vuotiasta kohti vuosina 1992–1998
Manner-Suomen keskiarvo, kunnittainen minimi ja maksimi sekä vaihteluväli, joka kattaa 50 % kunnista
Kuvio 4. Lastensuojelulain perusteella kodin ulkopuolelle sijoitetut lapset ja nuoret 1 000 alle 18-vuotiasta kohti vuosina 1991–1998
Manner-Suomen keskiarvo, kunnittainen minimi ja maksimi sekä vaihteluväli, joka kattaa 50 % kunnista
Kuvio 5. Kasvatus- ja perheneuvolan asiakkaat vuoden aikana 1 000 alle 18-vuotiasta kohti vuosina 1991–1998
Manner-Suomen keskiarvo, kunnittainen minimi ja maksimi sekä vaihteluväli, joka kattaa 50 % kunnista
Kuvio 6. Lastensuojelulaitoksissa asiakkaita vuoden viimeisenä päivänä 1 000 alle 18-vuotiasta kohti vuosina 1994–1998
Manner-Suomen keskiarvo, kunnittainen minimi ja maksimi sekä vaihteluväli, joka kattaa 50 % kunnista
Kuvio 7. Lastenkodeissa asiakkaita keskimäärin päivää kohden 1 000 alle 18-vuotiasta kohti vuosina 1990–1998
Manner-Suomen keskiarvo, kunnittainen minimi ja maksimi sekä vaihteluväli, joka kattaa 50 % kunnista
Kuvio 8. Nuorisokodeissa asiakkaita keskimäärin päivää kohden 1 000 alle 18-vuotiasta kohti vuosina 1990–1998
Manner-Suomen keskiarvo sekä kunnittainen minimi ja maksimi sekä vaihteluväli, joka kattaa 50 % kunnista
Kuvio 9. Koulukodeissa asiakkaita keskimäärin päivää kohden 1 000 alle 18-vuotiasta kohti vuosina 1990–1998
Manner-Suomen keskiarvo, kunnittainen minimi ja maksimi sekä vaihteluväli, joka kattaa 50 % kunnista
Kuvio 10. Kaikki sairaalahoidossa olleet alle 15-vuotiaat potilaat vuoden aikana 1 000 alle 15-vuotiasta kohti vuosina 1992–1998
Manner-Suomen keskiarvo, kunnittainen minimi ja maksimi sekä vaihteluväli, joka kattaa 50 % kunnista
Kuvio 11. Lasten ja nuorten laitoshoidon nettokustannukset mk/alle 18-vuotias henkilö vuosina 1993–1998 vuoden 1998 rahanarvon mukaan
Manner-Suomen keskiarvo, kunnittainen minimi ja maksimi sekä vaihteluväli, joka kattaa 50 % kunnista
Kuvio 12. Muut lasten ja nuorten palveluiden nettokustannukset mk/asukas vuosina 1993–1998 vuoden 1998 rahanarvon mukaan
Manner-Suomen keskiarvo, kunnittainen minimi ja maksimi sekä vaihteluväli, joka kattaa 50 % kunnista
Kuvio 13 . Lasten ja nuorten laitoshoidon nettokustannukset kunnittain mk/asukas vuonna 1998 (Kartta)

Kuvio 14. Muut lasten ja nuorten palveluiden nettokustannukset kunnittain mk/asukas vuonna 1998 (Kartta)

Taulu 1. Lastensuojelu vuonna 1998: Toimintatiedot Manner-Suomesta, Helsingistä sekä eri tilastoalueilta
Taulu 2. Kuntien taloustilaston mukaiset ”muut” lasten ja nuorten palvelut vuonna 1998: Toimintatiedot sekä kustannukset ja rahoitus Manner-Suomessa, Helsingissä, eri tilastoalueilla sekä kunnissa, joissa on suhteellisesti vähiten/eniten alle 18-vuotiaita
Taulu 3. Lasten ja nuorten laitoshoito vuonna 1998: Toiminta, kustannukset ja rahoitus Manner-Suomessa, Helsingissä sekä eri tilastoalueilla
Taulu 4. Lasten ja nuorten terveydenhuollon avopalvelut vuonna 1998: Avohoidon toimintatiedot vuonna 1998 Manner-Suomessa, Helsingissä sekä eri tilastoalueilla
Taulu 5. Lasten ja nuorten terveydenhuollon laitoshoito vuonna 1998: Laitoshoidon toimintatiedot Manner-Suomessa, Helsingissä sekä eri tilastoalueilla

3 Vanhusten palvelut 243

Kuvio 1. 75 vuotta täyttäneiden prosenttiosuus väestöstä kunnittain vuonna 1998 (Kartta)
Kuvio 2. 65 vuotta täyttäneitä sataa työikäistä kohden vuosina 1990, 1995 ja 1998 sekä ennusteen mukaan vuosina 2010 ja 2020 Manner-Suomessa ja eri tilastoalueilla.
Kuvio 3. 65 vuotta täyttäneet henkilöt hoitomuodon mukaan 1998 (kotihoito 1997) Manner-Suomessa, Helsingissä ja eri tilastoalueilla, osuus kaikista 65 vuotta täyttäneistä henkilöistä
Kuvio 4. Eräiden vanhustenpalvelujen saajien prosenttiosuuksia Manner-Suomessa 1990-luvulla
A. Avohoito
B. Laitoshoito
Kuvio 5. Vanhusten laitospalvelujen nettokustannukset mk/65 vuotta täyttänyt henkilö vuosina 1993–1998 vuoden 1998 rahanarvon mukaan
Manner-Suomen keskiarvo, kunnittainen minimi ja maksimi sekä vaihteluväli, joka kattaa 50 % kunnista

Taulu 1. Vanhusväestön osuus iän mukaan vuosina 1990, 1995 ja 1998, väestöennusteen keskimääräisvaihoehto vuosille 2010 ja 2020 sekä 65 vuotta täyttäneiden määrä suhteessa työikäiseen väestöön vuosina 1990, 1995 ja 1998 ja väestöennusteen keskimääräisvaihtoehdon mukaan vuosina 2010 ja 2020 Manner-Suomessa, Helsingissä sekä eri tilastoalueilla
Taulu 2. 65 vuotta täyttänyt väestö kotihoidon asiakkaina vuonna 1997 sekä erityyppisten asumisen ja laitospalvelujen asiakkaina vuonna 1998: Palveluja saavan vanhusväestön osuus Manner-Suomessa, Helsingissä ja eri tilastoalueilla

Taulu 3. Eräiden vanhusten palvelujen saajien prosenttiosuuksia 1990-luvulla Manner-Suomessa, Helsingissä ja eri tilastoalueilla.
Taulu 4. Vanhusten laitoshoito vuonna 1998: Toiminta, kustannukset ja rahoitus Manner-Suomessa, Helsingissä ja eri tilastoalueilla.

4 Vammaisten palvelut 253

Kuvio 1. Työkyvyttömyyseläkkeen saajia 1 000 työikäistä kohti Suomen kunnittain vuonna 1998 (Kartta)
Kuvio 2. Työkyvyttömyyseläkkeen saajia 1 000 työikäistä kohti vuosina 1990–1998
Manner-Suomen keskiarvo, kunnittainen minimi ja maksimi sekä vaihteluväli, joka kattaa 50 % kunnista
Kuvio 3. Vammaisten osallistumista, toimintaa ja työntekoa tukevia palveluja 100 000 asukasta kohti Manner-Suomessa vuosina 1990–1998
Kuvio 4. Palvelu- ja tukiasunnoissa vammaisia asiakkaita 100 000 asukasta kohti vuosina 1994–1998
Manner-Suomen keskiarvo, kunnittainen minimi ja maksimi sekä vaihteluväli, joka kattaa 50 % kunnista
Kuvio 5. Vammaisten asumista ja hoitoa tukevia palveluja 100 000 asukasta kohti Manner-Suomessa vuosina 1990–1998
Kuvio 6. Vammaishuollon laitospalvelun nettokustannukset mk/asukas vuosina 1993–1998 vuoden 1998 rahanarvon mukaan
Manner-Suomen keskiarvo, kunnittainen minimi ja maksimi sekä vaihteluväli, joka kattaa 50 % kunnista
Kuvio 7. Kehitysvammaisia asiakkaita perhehoidossa keskimäärin päivässä 1 000 asukasta kohti vuosina 1990–1998
Manner-Suomen keskiarvo, kunnittainen minimi ja maksimi sekä vaihteluväli, joka kattaa 50 % kunnista
Kuvio 8. Asiakkaita kehitysvammalaitoksissa keskimäärin päivässä 1 000 asukasta kohti vuosina 1990–1998
Manner-Suomen keskiarvo, kunnittainen minimi ja maksimi sekä vaihteluväli, joka kattaa 50 % kunnista
Kuvio 9. Suojatyön ja kehitysvammatoiminnan nettokustannukset mk/asukas vuosina 1993–1998 vuoden 1998 rahanarvon mukaan
Manner-Suomen keskiarvo, kunnittainen minimi ja maksimi sekä vaihteluväli, joka kattaa 50 % kunnista
Kuvio 10. Vammaishuollon laitospalvelun nettokustannukset kunnittain mk/asukas vuonna 1998 (Kartta)
Kuvio 11. Suojatyön ja kehitysvammatoiminnan nettokustannukset kunnittain mk/asukas vuonna 1998 (Kartta)

Taulu 1. Työkyvyttömyys ja vammaisuus sekä vammaishuollon palvelut vuonna 1998: Työhön, toimintaan ja osallistumiseen sekä asumiseen liittyviä palveluja Manner-Suomessa, Helsingissä sekä eri tilastoalueilla

Taulu 2. Vammaishuollon laitospalvelut vuonna 1998: Vammaishuollon laitospalvelun kustannukset Manner-Suomessa, Helsingissä sekä eri tilastoalueilla
Taulu 3. Kehitysvammaisten palvelut vuonna 1998: Toiminta Manner-Suomessa, Helsingissä ja eri tilastoalueilla

5 Päihdehuolto 265

Kuvio 1. Alkoholijuomien tilastoitu kulutus maakunnittain 100 % alkoholina asukasta kohti vuonna 1997 (Kartta)
Kuvio 2. Alkoholin tilastoitu kulutus 100 % alkoholina, litraa/asukas vuosina 1990–1997
Manner-Suomen keskiarvo, maakunnittainen minimi ja maksimi sekä vaihteluväli, joka kattaa 50 % maakunnista
Kuvio 3. Päihde-ehtoiset kuolemantapaukset peruskuolinsyyn mukaan koko maassa 100 000 asukasta kohti vuosina 1990–1997
Kuvio 4. Alkoholin ja huumeiden käytön vuoksi hoidettujen potilaiden lukumäärä 1 000 asukasta kohti vuosina 1993–1998
Manner-Suomen keskiarvo, kunnittainen minimi ja maksimi sekä vaihteluväli, joka kattaa 50 % kunnista
A. Alkoholin vuoksi hoidetut
B. Huumeiden vuoksi hoidetut
Kuvio 5. Asiakkaita päihdehuollon asumispalveluissa keskimäärin päivässä 100 000 asukasta kohti vuosina 1990–1998
Manner-Suomen keskiarvo, kunnittainen minimi ja maksimi sekä vaihteluväli, joka kattaa 50 % kunnista
Kuvio 6. Asiakkaita päihdehuollon kuntoutuslaitoksissa keskimäärin päivässä 100 000 asukasta kohti vuosina 1990–1998
Manner-Suomen keskiarvo, kunnittainen minimi ja maksimi sekä vaihteluväli, joka kattaa 50 % kunnista
Kuvio 7. Päihdehuollon nettokustannukset mk/asukas vuosina 1993–1998 vuoden 1998 rahanarvon mukaan
Manner-Suomen keskiarvo, kunnittainen minimi ja maksimi sekä vaihteluväli, joka kattaa 50 % kunnista
Kuvio 8. Päihdehuollon nettokustannukset kunnittain mk/asukas vuonna 1998 (Kartta)

Taulu 1. Päihdehuolto vuonna 1998: Toiminta, kustannukset ja rahoitus Manner-Suomessa, Helsingissä ja eri tilastoalueilla 100 000 asukasta kohti

6 Perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoito 275

Kuvio 1. Perusterveydenhuollon lääkärin avohoitokäynnit 1 000 asukasta kohti vuosina 1994–1998
Manner-Suomen keskiarvo, kunnittainen minimi ja maksimi sekä vaihteluväli, joka kattaa 50 % kunnista

Kuvio 2. Kelan korvaamat yksityisen lääkärinpalvelun käynnit 1 000 asukasta kohti vuosina 1990–1998
Manner-Suomen keskiarvo, kunnittainen minimi ja maksimi sekä vaihteluväli, joka kattaa 50 % kunnista

Kuvio 3. Erikoissairaanhoidon avohoitokäynnit 1 000 asukasta kohti vuosina 1994–1998
Manner-Suomen keskiarvo, kunnittainen minimi ja maksimi sekä vaihteluväli, joka kattaa 50 % kunnista

Kuvio 4. Terveyskeskussairaaloissa vuoden aikana hoidossa olleet potilaat 10 000 asukasta kohti vuosina 1994–1998
Manner-Suomen keskiarvo, kunnittainen minimi ja maksimi sekä vaihteluväli, joka kattaa 50 % kunnista

Kuvio 5. Erikoissairaanhoidossa vuoden aikana hoidossa olleet sairaalapotilaat 10 000 asukasta kohti vuosina 1994–1998
Manner-Suomen keskiarvo, kunnittainen minimi ja maksimi sekä vaihteluväli, joka kattaa 50 % kunnista

Kuvio 6. Pitkien hoitojaksojen (>=30 hpv) hoitopäivien prosenttiosuus päättyneiden sairaalajaksojen hoitopäivistä erikoisaloittain vuosina 1994–1998 Manner-Suomessa

Kuvio 7. Perusterveydenhuollon (pl. hammashuolto) nettokustannukset mk/asukas vuosina 1993–1998 vuoden 1998 rahanarvon mukaan
Manner-Suomen keskiarvo, kunnittainen minimi ja maksimi sekä vaihteluväli, joka kattaa 50 % kunnista

Kuvio 8. Perusterveydenhuollon hammashuollon nettokustannukset mk/asukas vuosina 1993–1998 vuoden 1998 rahanarvon mukaan
Manner-Suomen keskiarvo, kunnittainen minimi ja maksimi sekä vaihteluväli, joka kattaa 50 % kunnista

Kuvio 9. Erikoissairaanhoidon nettokustannukset mk/asukas vuosina 1993–1998 vuoden 1998 rahanarvon mukaan
Manner-Suomen keskiarvo, kunnittainen minimi ja maksimi sekä vaihteluväli, joka kattaa 50 % kunnista

Kuvio 10. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon nettokustannukset mk/asukas vuosina 1993–1998 vuoden 1998 rahanarvon mukaan
Manner-Suomen keskiarvo, kunnittainen minimi ja maksimi sekä vaihteluväli, joka kattaa 50 % kunnista

Taulu 1. Perusterveydenhuollon avohoito vuonna 1998: Toimintatiedot Manner-Suomesta, Helsingistä ja eri tilastoalueilta

Taulu 2. Erikoissairaanhoidon avohoito vuonna 1998: Toimintatiedot Manner-Suomesta, Helsingistä ja eri tilastoalueilta

Taulu 3. Kunnallisissa sairaaloissa hoidossa olleet potilaat erikoisalan ja iän mukaan 10 000 vastaavanikäistä kohti Manner-Suomessa, Helsingissä sekä eri tilastoalueilla vuonna 1998
Taulu 4. Pitkäaikaishoito kunnallisissa sairaaloissa vuonna 1998: Toimintatiedot Manner-Suomesta, Helsingistä ja eri tilastoalueilta
Taulu 5. Terveydenhuollon käyttökustannukset ja rahoitus vuonna 1998: Toimintatiedot Manner-Suomessa, Helsingissä sekä eri tilastoalueilla

7 Mielenterveystyö 287

Kuvio 1. Asiakkaat ja potilaat mielenterveystyön portailla eri yliopistollisten sairaaloiden vastuualueilla ja Manner-Suomessa 100 000 asukasta kohti vuonna 1998
Kuvio 2. Kaikki perusterveydenhuollon mielenterveystyön ja psykiatrisen erikoissairaanhoidon avohoitokäynnit 100 000 asukasta kohti vuosina 1994–1998
Manner-Suomen keskiarvo ja sairaanhoitopiireittäinen minimi ja maksimi sekä vaihteluväli, joka kattaa 50 % sairaanhoitopiireistä
Kuvio 3. Mielenterveysongelmaiset asukkaat palvelu- ja tukiasunnoissa 100 000 asukasta kohti 31.12. vuosina 1994–1998
Manner-Suomen keskiarvo ja sairaanhoitopiireittäinen minimi ja maksimi sekä vaihteluväli, joka kattaa 50 % sairaanhoitopiireistä
Kuvio 4. Psykiatristen kuntoutuskotien asukkaat 100 000 asukasta kohti 31.12. vuosina 1996–1998
Manner-Suomen keskiarvo ja sairaanhoitopiireittäinen minimi ja maksimi sekä vaihteluväli, joka kattaa 50 % sairaanhoitopiireistä
Kuvio 5. Kunnallisten sairaaloiden psykiatrian erikoisalan potilaita keskimäärin päivässä 100 000 asukasta kohti vuosina 1991–1998
Manner-Suomen keskiarvo ja sairaanhoitopiireittäinen minimi ja maksimi sekä vaihteluväli, joka kattaa 50 % sairaanhoitopiireistä
Kuvio 6. Mielenterveyden häiriöitä sairastavia potilaita keskimäärin päivässä 100 000 asukasta kohti vuosina 1991–1998
Manner-Suomen keskiarvo ja sairaanhoitopiireittäinen minimi ja maksimi sekä vaihteluväli, joka kattaa 50 % sairaanhoitopiireistä
Kuvio 7. Kunnallisten sairaaloiden 0–11-vuotiaita psykiatrian erikoisalan potilaita keskimäärin päivässä 100 000 vastaavanikäistä asukasta kohti vuosina 1991–1998
Manner-Suomen keskiarvo ja sairaanhoitopiireittäinen minimi ja maksimi sekä vaihteluväli, joka kattaa 50 % sairaanhoitopiireistä
Kuvio 8. Kunnallisten sairaaloiden 12–17-vuotiaita psykiatrian erikoisalan potilaita keskimäärin päivässä 100 000 vastaavanikäistä asukasta kohti vuosina 1991–1998
Manner-Suomen keskiarvo ja sairaanhoitopiireittäinen minimi ja maksimi sekä vaihteluväli, joka kattaa 50 % sairaanhoitopiireistä
Kuvio 9. Kunnallisten sairaaloiden 18 vuotta täyttäneitä psykiatrian erikoisalan potilaita keskimäärin päivässä 100 000 vastaavanikäistä asukasta kohti vuosina 1991–1998
Manner-Suomen keskiarvo ja sairaanhoitopiireittäinen minimi ja maksimi sekä vaihteluväli, joka kattaa 50 % sairaanhoitopiireistä

Kuvio 10. Kunnallisten sairaaloiden 65 vuotta täyttäneitä psykiatrian erikoisalan potilaita keskimäärin päivässä 100 000 vastaavanikäistä asukasta kohti vuosina 1991–1998
Manner-Suomen keskiarvo ja sairaanhoitopiireittäinen minimi ja maksimi sekä vaihteluväli, joka kattaa 50 % sairaanhoitopiireistä
Kuvio 11. Keskeisiä psykiatrisiin diagnooseihin luettavia sairauksia potevia potilaita kunnallisissa sairaaloissa keskimäärin päivässä 100 000 asukasta kohti vuosina 1991–1998
Manner-Suomen keskiarvo ja sairaanhoitopiireittäinen minimi ja maksimi sekä vaihteluväli, joka kattaa 50 % sairaanhoitopiireistä
Kuvio 12. Kunnallisten sairaaloiden alle 18-vuotiaiden tahdostaan riippumatta hoitoon otettuja psykiatrian erikoisalan potilaita 100 000 vastaavanikäistä asukasta kohti vuosina 1995–1998
Manner-Suomen keskiarvo ja sairaanhoitopiireittäinen minimi ja maksimi sekä vaihteluväli, joka kattaa 50 % sairaanhoitopiireistä
Kuvio 13. Kunnallisten sairaaloiden 18 vuotta täyttäneitä tahdostaan riippumatta hoitoon otettuja psykiatrian erikoisalan potilaita 100 000 vastaavanikäistä asukasta kohti vuosina 1995–1998
Manner-Suomen keskiarvo ja sairaanhoitopiireittäinen minimi ja maksimi sekä vaihteluväli, joka kattaa 50 % sairaanhoitopiireistä
Kuvio 14. Kunnallisten sairaaloiden kaikkien vähintään yhden vuoden hoidossa olleita 18 vuotta täyttäneitä psykiatrian erikoisalan pitkäaikaispotilaita (varanto) 100 000 vastaavanikäistä asukasta kohti 31.12.1991–1998
Manner-Suomen keskiarvo ja sairaanhoitopiireittäinen minimi ja maksimi sekä vaihteluväli, joka kattaa 50 % sairaanhoitopiireistä
Kuvio 15. Kunnallisten sairaaloiden vähintään yhden vuoden, mutta alle kaksi vuotta hoidossa olleita 18 vuotta täyttäneitä psykiatrian erikoisalan ”uusia” pitkäaikaispotilaita (virtaama) 100 000 vastaavanikäistä asukasta kohti 31.12.1991–1998
Manner-Suomen keskiarvo ja sairaanhoitopiireittäinen minimi ja maksimi sekä vaihteluväli, joka kattaa 50 % sairaanhoitopiireistä
Kuvio 16. Kunnallisiin sairaaloihin otettujen 18 vuotta täyttäneiden ”uusien” pitkäaikaispotilaiden virtaama ja kaikkien pitkäaikaispotilaiden varanto psykiatrian erikoisalalla 100 000 vastaavanikäistä asukasta kohti 31.12.1991–1998 Manner-Suomessa

Taulu 1. Asiakkaiden ja potilaiden lukumäärä keskimäärin päivittäin sekä 100 000 asukasta kohden laskettuna mielenterveystyön portailla yliopistollisten sairaaloiden vastuualueilla ja Manner-Suomessa vuonna 1998
Taulu 2. Avohoitokäynnit perusterveydenhuollon mielenterveystyössä ja psykiatrian erikoisalan avohoidossa yliopistollisten sairaaloiden vastuualueittain Manner-Suomessa vuonna 1998

8 Suun terveydenhuolto 299

Kuvio 1. Terveyskeskusten suun terveydenhuollon potilaat 1 000 vastaavanikäistä kohti Manner-Suomessa vuosina 1990–1998

Taulu 1. Terveyskeskusten suun terveydenhuolto ja Kelan korvaama yksityinen suun terveydenhuolto vuonna 1998: Asiakkaat ja käynnit Manner-Suomessa, Helsingissä ja eri tilastoalueilla
Taulu 2. Kelan korvaaman yksityisen suun terveydenhuollon kustannukset ja korvaukset vuonna 1998: Kustannukset ja korvaukset Manner-Suomessa, Helsingissä ja eri tilastoalueilla
Taulu 3. Terveyskeskusten hammashuollon potilaiden määrä ja Kelan hammashuollon korvausta saaneiden potilaiden määrä vuonna 1998 maakunnittain

1 Lasten päivähoito

Alle 7-vuotiaiden osuus väestöstä on 1990-luvulla pienentynyt ja pienenee ennusteen mukaan edelleen noin prosenttiyksikön verran vuoteen 2020 mennessä, jolloin alle kouluikäisten lasten osuus väestöstä on enää runsas 7 prosenttia. Pienten lasten osuudessa on suuria eroja kunnittain. Väestöennusteen mukaan erot eivät kuitenkaan näytä kasvavan, vaan pikemminkin näyttää käyvän niin, että äärikunnat lähenevät tulevaisuudessa keskiarvoa. (Kuvio 2.)

Alle 7-vuotiaista suomalaisista oli vuoden 1998 lopussa noin 40 prosenttia kokopäivähoidossa. 1990-luvun alkupuolen taloudellinen lama ilmeni kokopäivähoidon vähentymisenä. Vuoden 1993 jälkeen kokopäivähoidossa olevien osuus on kasvanut runsaalla 10 prosenttiyksiköllä. Kuntien välinen vaihtelu on pysynyt jotakuinkin entisellään, joskin Suomessa on joukko kuntia, joissa kokopäivähoito on harvinaista eikä ole kasvanut maan keskiarvon tahdissa. (Kuvio 3.)

Alle 7-vuotiaiden päivähoito on yhteydessä kuntamuotoon: kaupunkimaisissa ja taajamakunnissa lapset ovat päivähoidossa yleisemmin kuin maaseutumaisissa kunnissa. Päivähoidon muodot ovat myös yhteydessä kuntamuotoon: päiväkoti on tavallisempi kaupunkikunnissa, perhepäivähoito taas maaseutumaisissa kunnissa. (Kuvio 4, Taulu 1.)

Vuonna 2000 käynnistyy maksuton esiopetus 6-vuotiaille lapsille. Valtaosa 6-vuotiaista on päivähoidon piirissä ja 53 prosenttia on kokopäivähoidossa. Sekä koko- että osapäiväinen päiväkotihoito on 6-vuotiaiden keskuudessa huomattavasti yleisempää kuin kaikkien alle 7-vuotiaiden keskuudessa, mutta kuntamuotojen väliset erot ovat samansuuntaiset. (Kuvio 5.)

Lasten päivähoidon ja kotihoidon tuen yhteenlasketut nettokustannukset alle 7-vuotiasta lasta kohti ovat keskimäärin vajaa 22 000 mk vuodessa. 95 prosenttia kunnista mahtuu vaihteluväliin, joka on 12 700 markasta 24 600 markkaan. 50 prosenttia kunnista mahtuu noin 4 000 markan vaihteluvälin sisään. Kuntien väliset erot eivät näytä kasvaneen. Nettokustannukset alenivat vuodesta 1993 vuoteen 1996 saakka, mutta ovat sen jälkeen nousseet lähes vuoden 1993 tasolle. (Kuvio 6.)

Kunnittain nettokustannuksissa on suuria eroja myös maantieteellisesti. Yleiskuva on se, että etelässä ja pohjoisessa nettokustannukset ovat keskimääräistä suurempia ja Pohjanmaalla ja Oulun läänissä keskimääristä pienempiä, mutta yhtenäistä kuntavyöhykettä ei kartasta hahmotu. (Kuvio 1.)

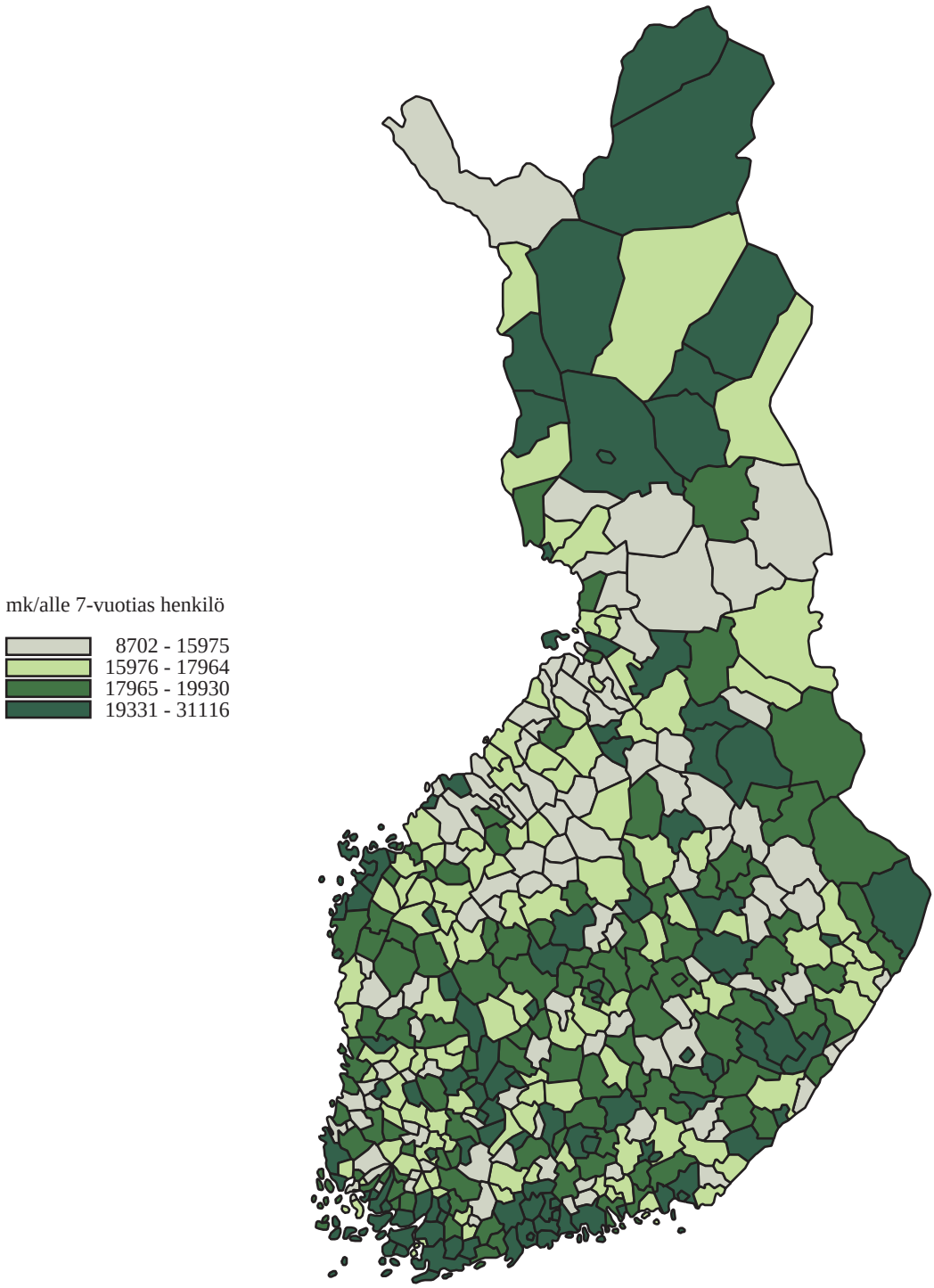
Lasten päivähoidon ja kotihoidon yhteenlasketut nettokustannukset laskivat vuonna 1996 johtuen kotihoidon tuen pienenemisestä, jonka perusosa aleni 1 908

markasta 1 500 markkaan. Lasten kotihoidon tuki on runsas viidennes lasten päivähoidon nettokustannuksista. (Kuviot 7 ja 8.) Päivähoidon nettokustannukset (ilman kodinhoidon tukea) alle 7-vuotiasta lasta kohti ovat vuodesta 1994 lähtien nousseet. Tämä johtuu suurelta osin siitä, että hoidossa olevien lasten määrä on noussut. Luvut viittaavat siihen, että nettokustannukset hoidossa olevaa lasta kohti ovat alentuneet. Tämä saattaa johtua tehokkuuden kohoamisesta mutta myös laadun heikkenemisestä.

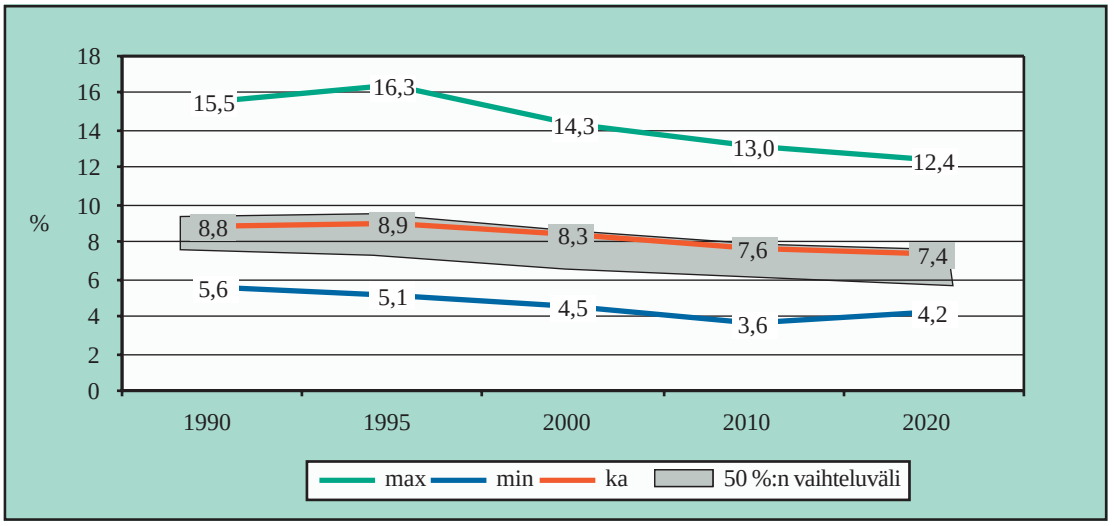
Kaupunkimaisissa kunnissa päivähoidon käyttömenot alle 7-vuotiasta henkilöä kohden ovat selvästi suuremmat kuin maaseutumaisissa kunnissa (Taulu 1.) Tämä koskee myös lasten kodinhoidon tukea. Vuonna 1995 tilanne oli vielä päinvastainen (Palvelukatsaus 1997). Asiakasmaksujen osuus päivähoidon käyttömenoista on noin 15 prosenttia, kun se vuonna 1995 oli noin 10 prosenttia.

Kuvio 1. Lasten päivähoidon nettokustannukset kunnittain mk/alle 7-vuotias henkilö vuonna 1998.

Manner-Suomen keskiarvo 21 846 mk/alle 7-vuotiaat.

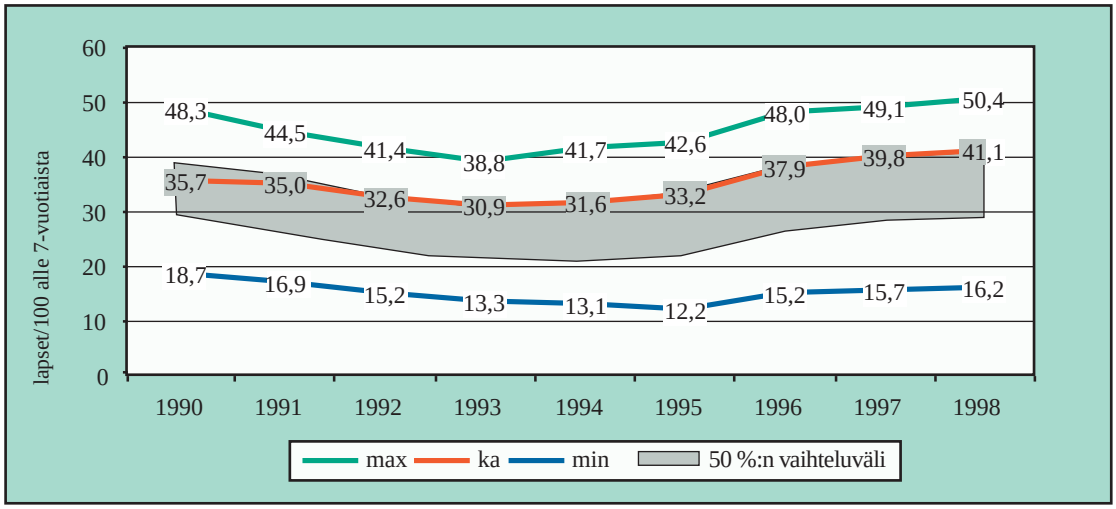


Kuvio 2. Alle 7-vuotiaiden prosenttiosuus väestöstä vuosina 1990–1995 ja ennuste vuosille 2000–2020.
Manner-Suomen keskiarvo, kunnittainen minimi ja maksimi sekä vaihteluväli, joka kattaa 50 % kunnista*).



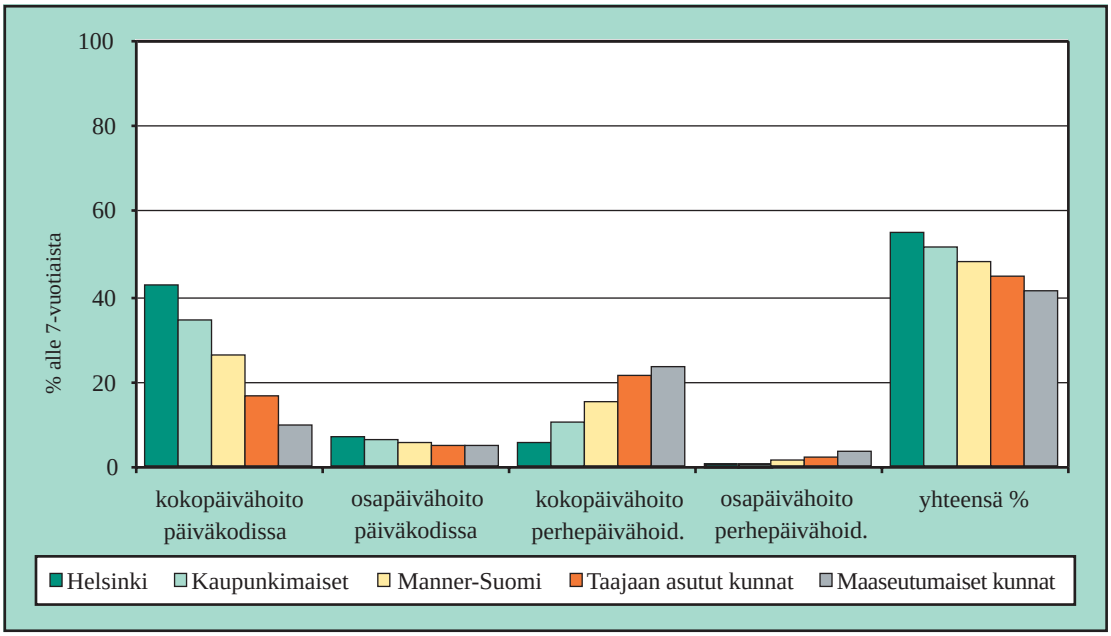
Ikä	1990		1995		Ennuste 2000		Ennuste 2010		Ennuste 2020	
	lkm	%	lkm	%	lkm	%	lkm	%	lkm	%
Alle 1-vuotiaat	64 283	1,3	62 482	1,2	56 510	1,1	55 313	1,1	54 695	1,0
1 - 2-vuotiaat	124 444	2,5	129 105	2,5	115 104	2,2	110 739	2,1	110 263	2,1
3 - 5-vuotiaat	181 040	3,7	197 351	3,9	182 641	3,5	166 771	3,2	166 894	3,2
6-vuotiaat	64 504	1,3	63 703	1,3	65 068	1,3	55 939	1,1	55 931	1,1
Yhteensä	**434 271**	**8,8**	**452 641**	**8,9**	**419 323**	**8,1**	**388 762**	**7,4**	**387 783**	**7,4**

Kuvio 3. Kokopäivähoidossa olleet lapset 31.12. vuosina 1990–1998 100 alle 7-vuotiasta kohti.
Manner-Suomen keskiarvo, kunnittainen minimi ja maksimi sekä vaihteluväli, joka kattaa 50 % kunnista*).

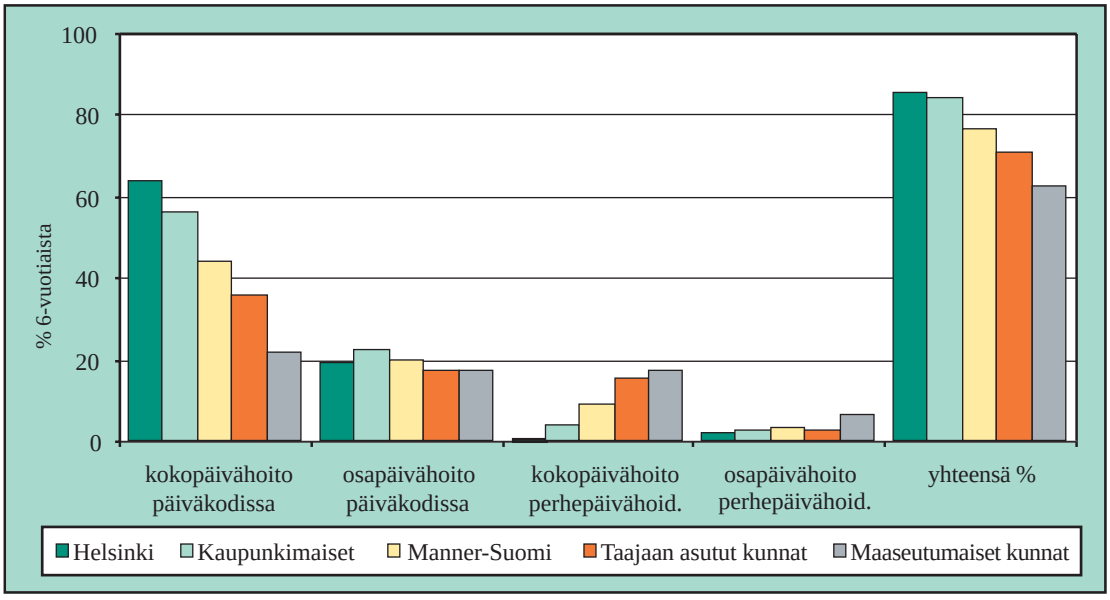


*) Minimi- ja maksimiarvojen välille jää 95 % Manner-Suomen kunnista, 50 %:n vaihteluväli kattaa I ja III kvartiilin väliin jäävät kunnat

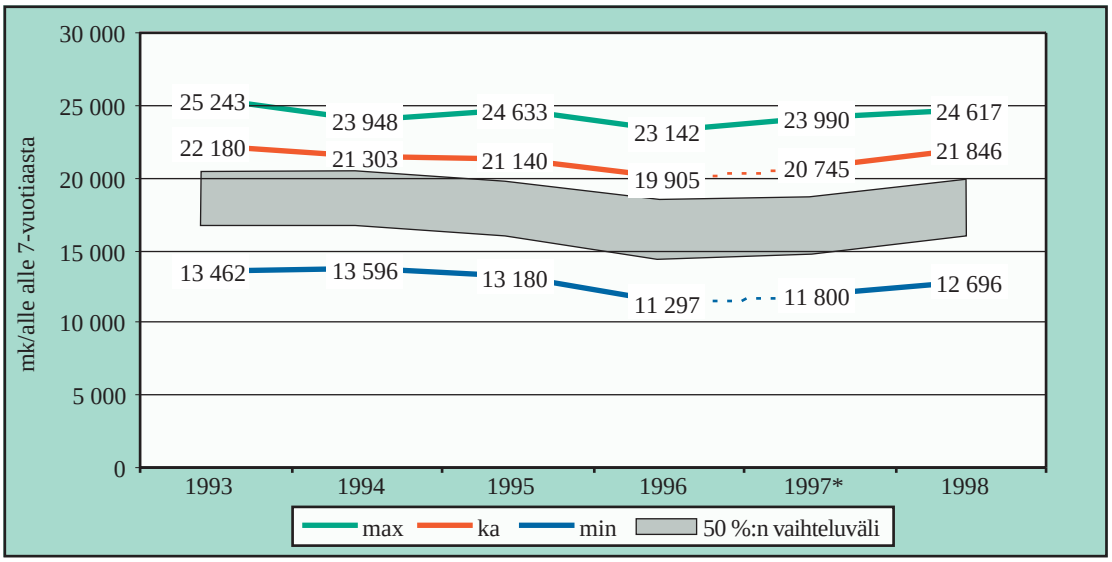
Kuvio 4. Päivähoitolapsien osuus alle 7-vuotiaasta väestöstä 31.12.1998 Manner-Suomessa, Helsingissä ja eri tilastoalueilla hoitomuodon mukaan.



Kuvio 5. Päivähoitolapsien osuus 6-vuotiaasta väestöstä 31.12.1998 Manner-Suomessa, Helsingissä ja eri tilastoalueilla hoitomuodon mukaan.

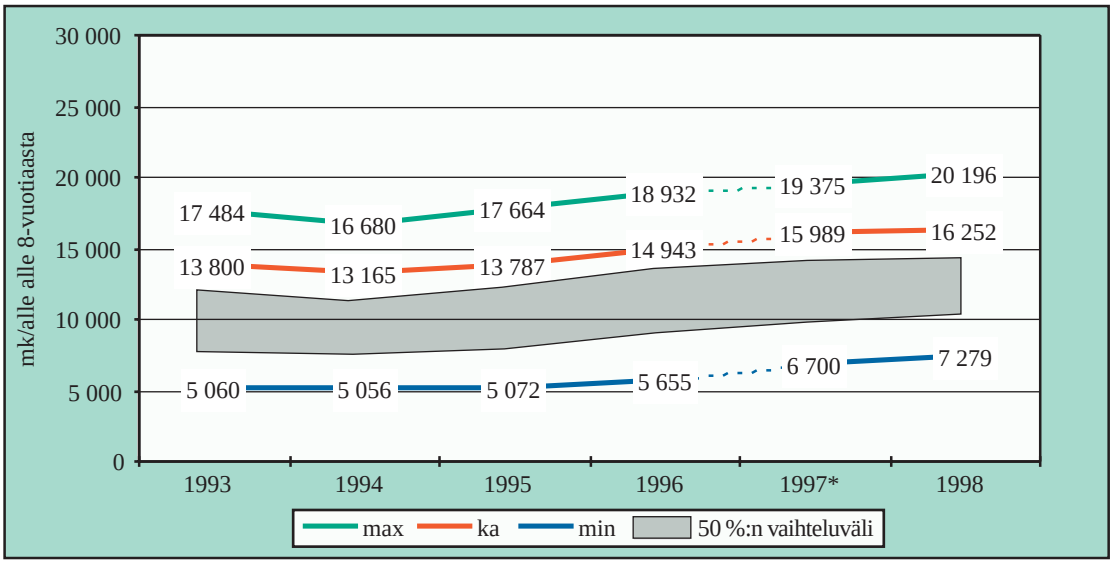


Kuvio 6. *Lasten päivähoidon ja kotihoidon tuen nettokustannukset yhteensä mk/alle 7-vuotiaas henkilö vuosina 1993–1998 vuoden 1998 rahanarvon mukaan.*
Manner-Suomen keskiarvo, kunnittainen minimi ja maksimi sekä vaihteluväli, joka kattaa 50 % kunnista*)



* Kunnan taloustilaston uudistus 1997

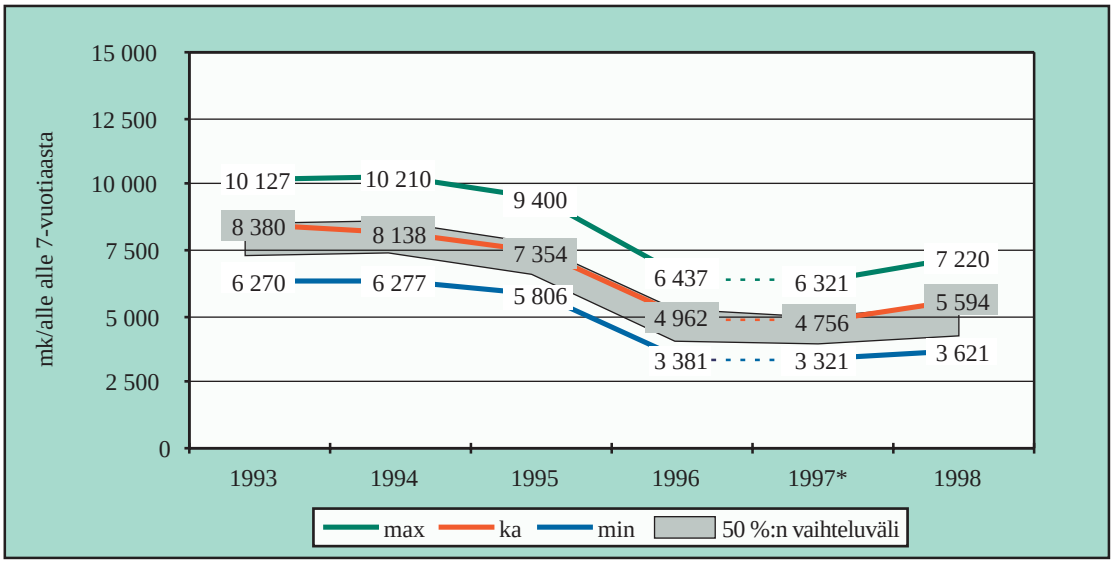
Kuvio 7. *Lasten päivähoidon nettokustannukset ilman kotihoidon tukea mk/alle 7-vuotias henkilö vuosina 1993–1998 vuoden 1998 rahanarvon mukaan.*
Manner-Suomen keskiarvo, kunnittainen minimi ja maksimi sekä vaihteluväli, joka kattaa 50 % kunnista*)



* Kunnan taloustilaston uudistus 1997

*) Minimi- ja maksimiarvojen välille jää 95 % Manner-Suomen kunnista, 50 %:n vaihteluväli kattaa I ja III kvartiilin väliin jäävät kunnat

Kuvio 8. *Lasten kotihoidon tuki mk/alle 7-vuotias henkilö vuosina 1993–1998 vuoden 1998 rahanarvon mukaan.*
Manner-Suomen keskiarvo, kunnittainen minimi ja maksimi sekä vaihteluväli, joka kattaa 50 % kunnista*)



* Kunnan taloustilaston uudistus 1997

*) Minimi- ja maksimiarvojen välille jää 95 % Manner-Suomen kunnista, 50 %:n vaihteluväli kattaa I ja III kvartiilin väliin jäävät kunnat

Taulu 1. Lasten päivähoito vuonna 1998.
Toiminta, kustannukset ja rahoitus Manner-Suomessa, Helsingissä ja eri tilastoalueilla.

Alue	Lapsia kokopäivähoidossa, 31.12. / 100 alle 7-vuotiasta			Lapsia osapäivähoidossa, 31.12. / 100 alle 7-vuotiasta			Lapsia päivähoidossa 31.12. yht. /100 alle 7-vuotiasta	Lasten päivähoidon ja kotihoidon tuen käyttömenot yhteensä, mk / alle 7-vuotias henkilö				Lasten päivähoidon rahoitus, mk / alle 7-vuotias henkilö		
	Päiväkoti	Perhe-päiväh.	Yhteensä	Päiväkoti	Perhe-päiväh.	Yhteensä		Julkinen palv. tuot.	Ostot muilta	Lasten khtuki	Yhteensä	Maksut	Myynti-tulot	Kunnan 2) maksuosuus
Manner-Suomi	26,00	15,08	41,08	6,57	2,28	8,85	49,93	18 822	740	5 594	25 217	2 973	59	21 846
Helsinki	42,80	5,19	47,99	8,50	0,99	9,49	57,48	27 326	1 329	7 282	35 937	4 013	59	31 116
Kaupunkimaiset kunnat 1)	34,45	10,22	44,67	7,17	1,19	8,36	53,03	20 985	1 062	5 885	27 931	3 261	53	24 210
Taajaan asutut kunnat 1)	16,91	21,42	38,33	5,57	2,58	8,15	46,48	16 886	418	5 255	22 560	2 781	67	19 472
Maaseutumaiset kunnat 1)	10,06	23,35	33,41	5,69	5,05	10,74	44,15	14 702	113	5 068	19 883	2 336	67	17 248

1) Kaupunkimaisia kuntia ovat kunnat, joiden väestöstä vähintään 90 % asuu taajamissa tai suurimman taajaman väkiluku on vähintään 15 000. Taajaan asuttuja kuntia ovat kunnat, joiden väestöstä vähintään 60 % mutta alle 90 % asuu taajamissa ja suurimman taajaman väkiluku on vähintään 4 000 mutta alle 15 000. Maaseutumaisia kuntia ovat kunnat, joiden väestöstä alle 60 % asuu taajamissa ja suurimman taajaman väkiluku on alle 15 000, sekä kunnat, joiden väestöstä vähintään 60 % mutta alle 90 % asuu taajamissa ja suurimman taajam väkiluku on alle 4 000.
2) Nettokustannukset = käyttökustannukset - käyttötuotot.

2 Lasten ja nuorten palvelut

Alle 18-vuotiaiden osuus väestöstä vaihtelee kunnittain ja alueittain. Pohjanmaalla, Kainuussa ja Etelä-Lapissa lasten osuus on suuri, Keski-Suomessa ja Etelä-Savossa taas pieni. (Kuvio 1.) Väestöennusteiden mukaan osuus supistuu nykytasosta runsaalla 2 prosenttiyksiköllä vuoteen 2020 mennessä. Kuntien välinen vaihtelu näyttäisi pysyvän jotakuinkin entisellään, joskin äärikuntien ennustetaan lähestyvän maan keskiarvoa. Vaihtelu on kuitenkin suurta: 95 prosenttia kunnista sijoittuu nyt vaihteluvälille 9,5–32,4 prosenttia. (Kuvio 2.)

Lastensuojelun avohuollon palvelujen piirissä olevien lasten osuus on koko 1990-luvun ollut nousussa, joskin nousu näyttää vuonna 1998 taittuneen. Nousu näkyy mm. kasvatus- ja perheneuvolan asiakkaiden osuuden kasvuna. Kuntien välinen vaihtelu on erittäin suurta, ja se näyttää jopa kasvaneen. Kymmenesosassa kunnista avohuollon palveluissa ei ole lapsia lainkaan, toisaalta on kuntia joissa lähes 8 prosenttia lapsista on avopalvelujen piirissä. Osittain luvut kertovat avopalveluiden tilastoinnin eroista kunnissa, mutta myös erilaisista palvelukäytännöistä. (Kuviot 3 ja 5.) Vaihtelua selittä myös kaupungistumisaste: kaupunkimaisissa kunnissa avohuollon piirissä olevien lasten osuus on kaksinkertainen maaseutumaisiin kuntiin verrattuna. (Taulu 1.)

Myös raskaammat lastensuojelun toimet, kuten lastensuojelulain nojalla kodin ulkopuolelle sijoitettujen lasten osuus, on 90-luvulla ollut nousussa. Kuntien väliset erot ovat samalla kasvaneet. Kuvio 4.) Samansuuntainen kehitys ilmenee myös erityyppisten lastensuojelulaitosten asiakasmäärissä. Lasten- ja nuorisokotien asiakasmäärät alenivat 1990-luvun alkupuolella ja ovat sen jälkeen pysyneet samalla tasolla. Koulukodeissa on koko 1990-luvun ollut keskimäärin kaksi lasta ja nuorta 10 000 samanikäistä kohti. Tässäkin kuntien välinen vaihtelu näyttää pikemminkin kasvaneen kuin supistuneen. (Kuviot 6–9.)

Lasten ja nuorten laitoshoidon (lastensuojelulaitokset) nettokustannukset alle 18-vuotiasta kohti näyttäisivät 1990-luvun puolivälien jälkeen jonkin verran kasvaneen. (Kuvio 11.) Kasvu johtunee pääosin edellä todetusta palvelujen käytön kasvusta. Maan eri osien välillä kustannuksissa ei silmämääräisesti arvioiden näyttäisi olevan mitään selvärajaisia eroja. (Kuvio 13.)

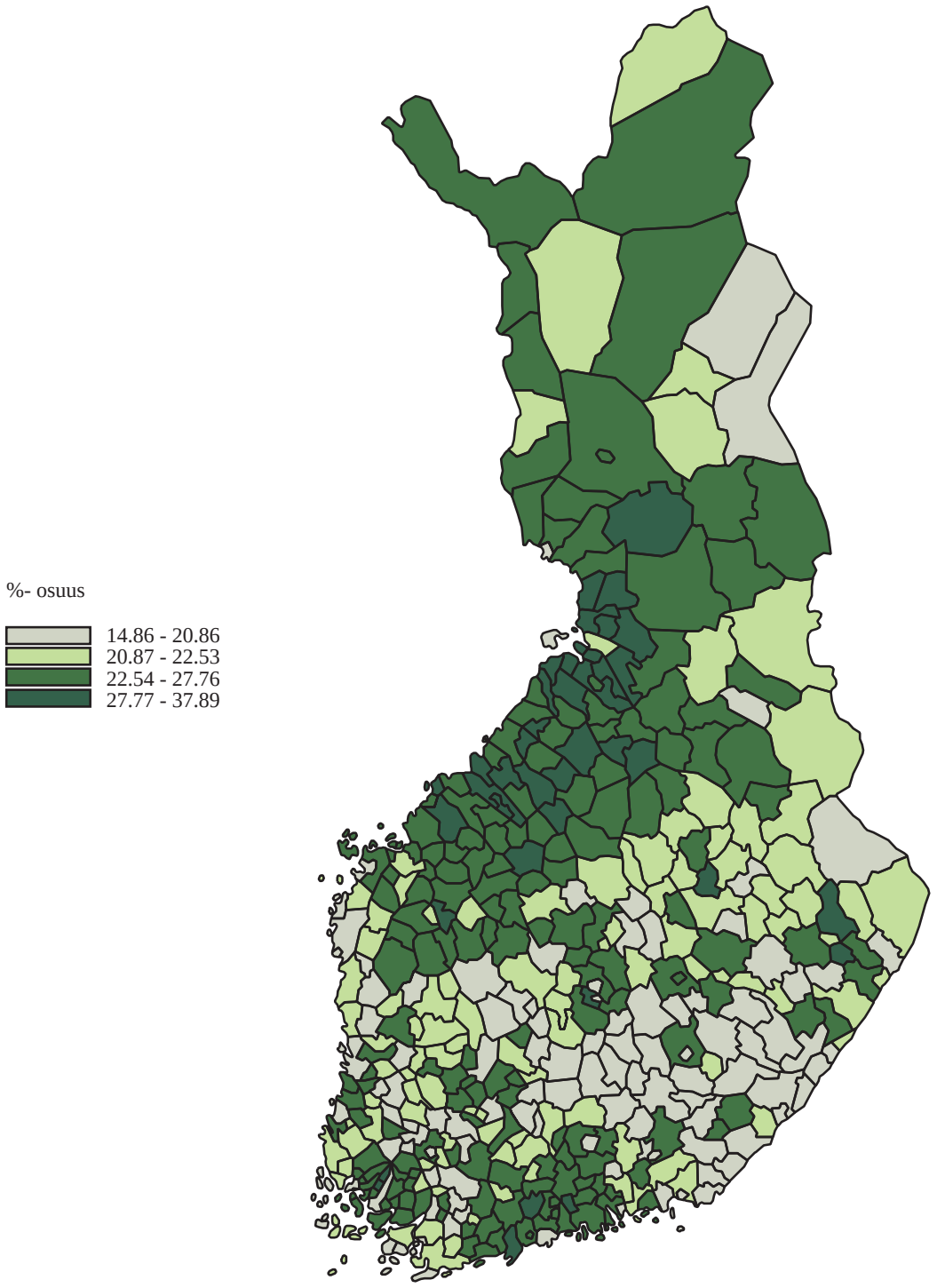
Lastensuojelun asiakkaiden osuus kaikista lapsista ja nuorista vaihtelee voimakkaasti kuntamuodon mukaan. Sekä laitos- että avopalveluita käytetään runsaasti Helsingissä. Maaseutumaisiin kuntiin siirryttäessä käyttö vähenee selvästi. Myös kustannukset alle 18-vuotiasta kohti vaihtelevat samansuuntaisesti. (Taulut 1–3.)

Sairaalahoidossa olleiden alle 15-vuotiaiden osuus on vuoden 1995 jälkeen alentunut. Noin 7 prosenttia heistä on vuoden aikana sairaalahoidossa. Kuntien välinen vaihtelu ei ole muuttunut. (Kuvio 10.) Kuntatyypeittäin eroja ei juuri ole, paitsi psykiatrisessa hoidossa, jossa luvut ovat hyvin pieniä, mutta erot kaupungistumisasteen mukaan ovat hyvin suuria: maaseutumaisissa kunnissa lasten psykiatrinen sairaalahoito on hyvin harvinainen, kaupungeissa ja erityisesti Helsingissä monin verroin yleisempää. (Taulu 5.)

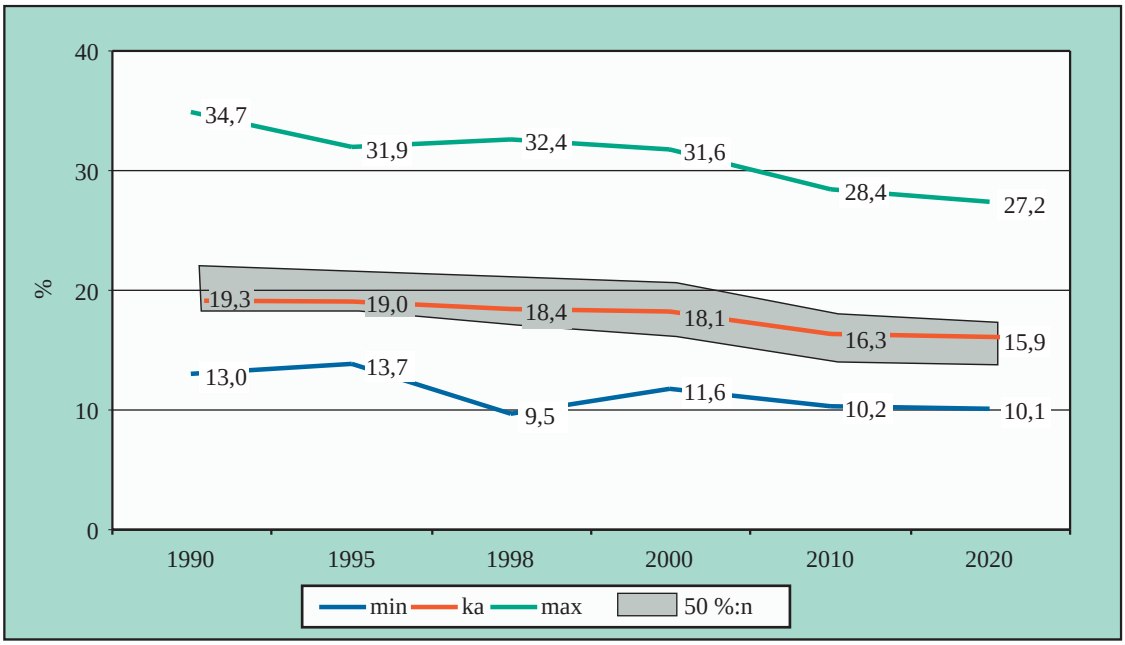
Lasten ja nuorten terveydenhuollon avopalveluiden käyttö (kouluterveydenhuolto, perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoito) on vuodesta 1995 vuoteen 1998 vähentynyt. Järjestelmällisen hammashuollon käynnit ovat sen sijaan kasvaneet. (Palvelukatsaus 1997 ja Taulu 4.) Käyttö vaihtelee myös kunnan taajamaasteen mukaan: kouluterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon avopalveluiden piirissä on kaupunkimaissa kunnissa suurempi osa lapsista ja nuorista kuin maaseutumaisissa kunnissa. Järjestelmällinen hammashuolto on poikkeus. (Taulu 4.)

Lisätietoja lasten ja nuorten palveluista: Karvonen, Sakari, Hermanson, Elina, Sauli, Hannele, Harris Hanna (toim.): *Lasten ja nuorten hyvinvointi 1990-luvulla.* TR 1/2000. Muuri, Anu: *Lapsen elatus ja huolto 1998.* TR 11/1999. Muuri, Anu: *Lastensuojelu 1998*. TR 33/1999.

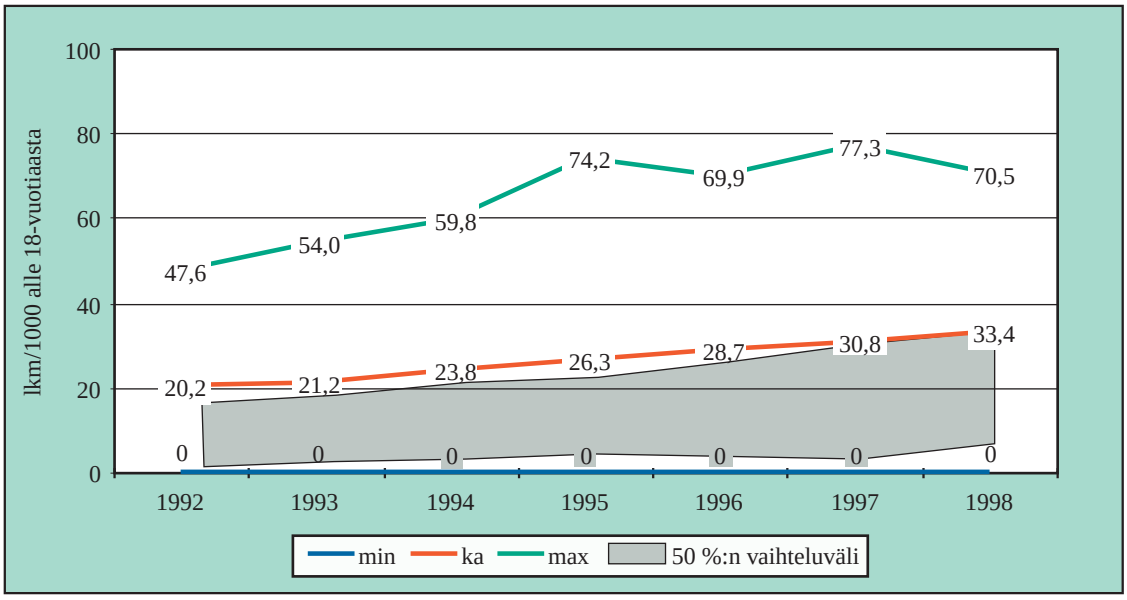
Kuvio 1. *Alle 18-vuotiaiden prosenttiosuus väestöstä kunnittain vuonna 1998.*
Manner-Suomen keskiarvo 22,42 prosenttia.



Kuvio 2. Alle 15-vuotiaiden prosenttiosuus väestöstä vuosina 1990–2020.
Manner-Suomen keskiarvo, sen kaikkien kuntien (100 %) kunnittainen minimi ja maksimi sekä vaihteluväli, joka kattaa 50 % kunnista*)



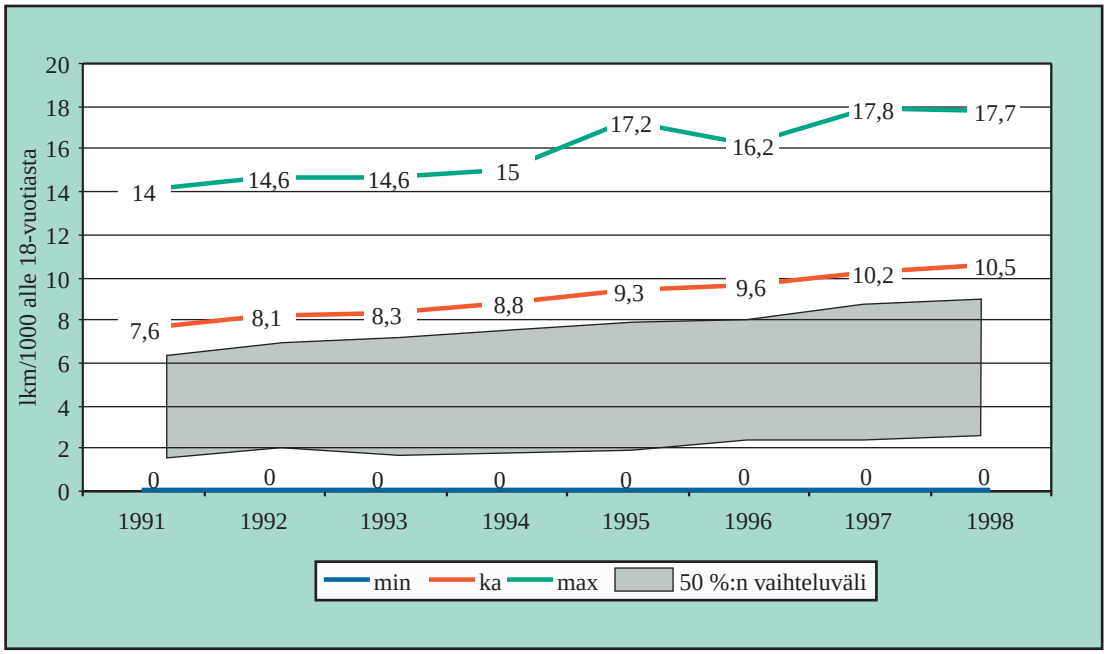
Kuvio 3. Vuoden aikana lastensuojelun avohuollon piirissä olleet lapset ja nuoret 1 000 alle 18-vuotiasta kohti vuosina 1992–1998.
Manner-Suomen keskiarvo, kunnittainen minimi ja maksimi sekä vaihteluväli, joka kattaa 50 % kunnista*)



	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
"Nollakuntia", %	17,0	21,6	24,5	19,3	20,2	19,7	12,2

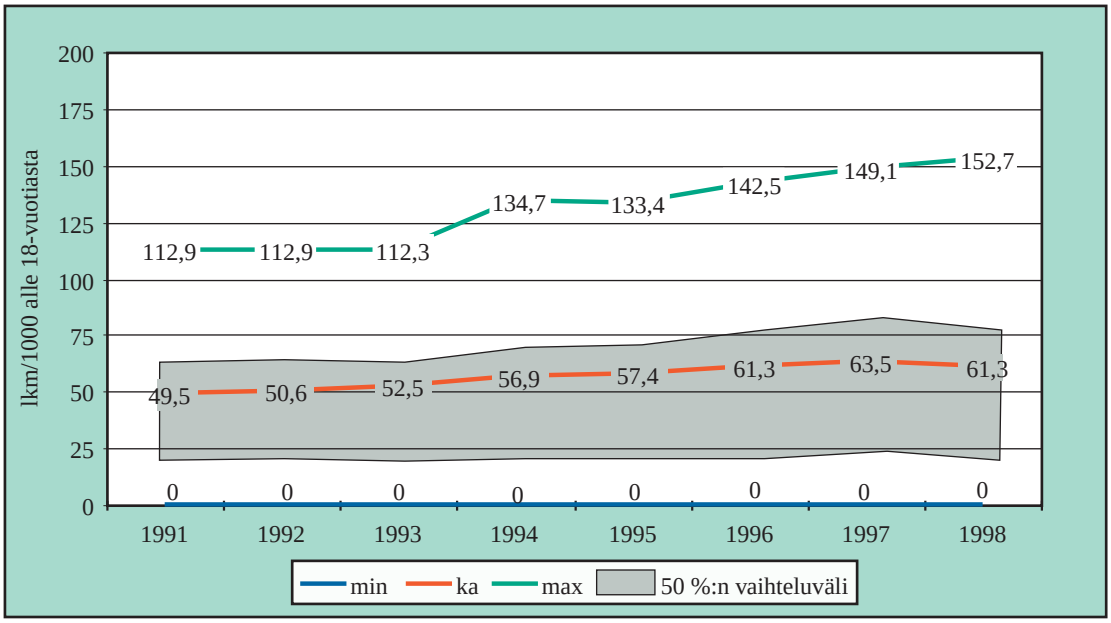
*) Minimi- ja maksimiarvojen välille jää 95 % Manner-Suomen kunnista, 50 %:n vaihteluväli kattaa I ja III kvartiilin väliin jäävät kunnat

Kuvio 4. Lastensuojelulain perusteella kodin ulkopuolelle sijoitetut lapset ja nuoret 1 000 alle 18-vuotiasta kohti vuosina 1991–1998. Manner-Suomen keskiarvo, kunnittainen minimi ja maksimi sekä vaihteluväli, joka kattaa 50 % kunnista*)



	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
"Nollakuntia", %	15,8	14,7	15,8	14,7	14,2	12,4	13,8	11,9

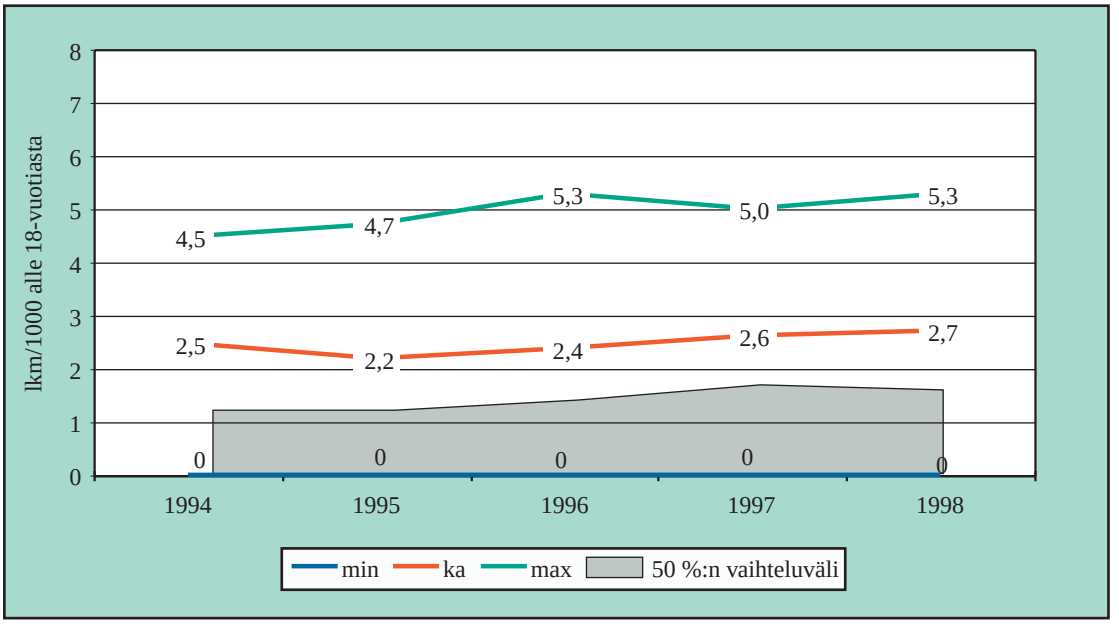
Kuvio 5. Kasvatus- ja perheneuvolan asiakkaat vuoden aikana 1 000 alle 18-vuotiasta kohti vuosina 1991–1998. Manner-Suomen keskiarvo, kunnittainen minimi ja maksimi sekä vaihteluväli, joka kattaa 50 % kunnista*)



	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
"Nollakuntia", %	14,4	15,4	14,4	12,6	12,6	12,4	12,8	14,7

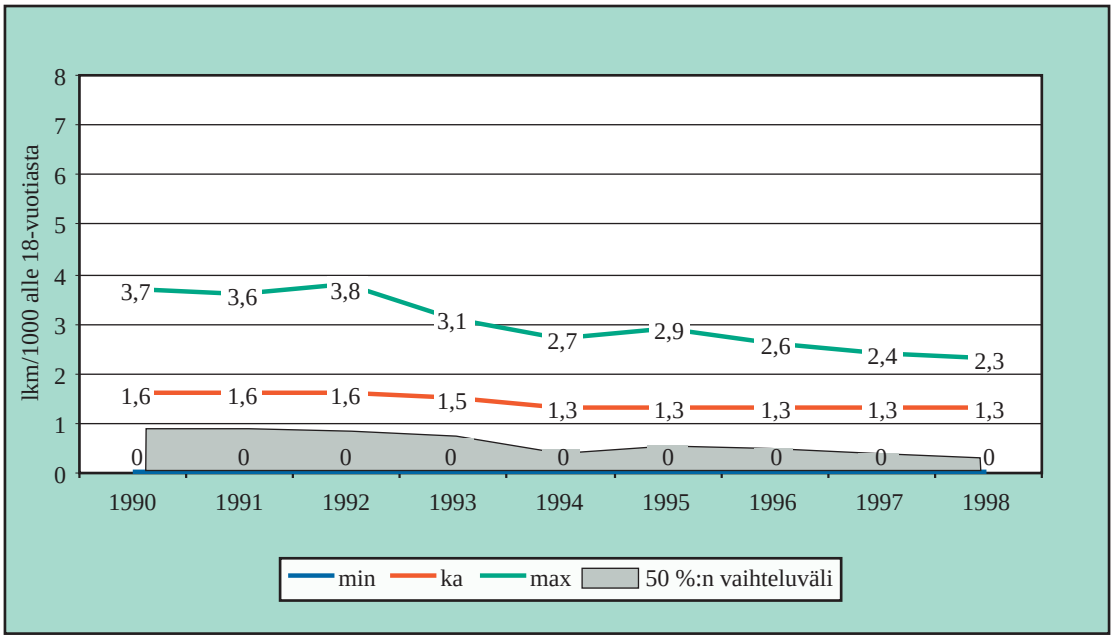
*) Minimi- ja maksimiarvojen välille jää 95 % Manner-Suomen kunnista, 50 %:n vaihteluväli kattaa I ja III kvartiilin väliin jäävät kunnat

Kuvio 6. Lastensuojelulaitoksissa asiakkaita vuoden viimeisenä päivänä 1 000 alle 18-vuotiasta kohti vuosina 1994–1998.
Manner-Suomen keskiarvo, kunnittainen minimi ja maksimi sekä vaihteluväli, joka kattaa 50 % kunnista*)



	1994	1995	1996	1997	1998
"Nollakuntia", %	58,3	56,4	52,3	49,8	50,7

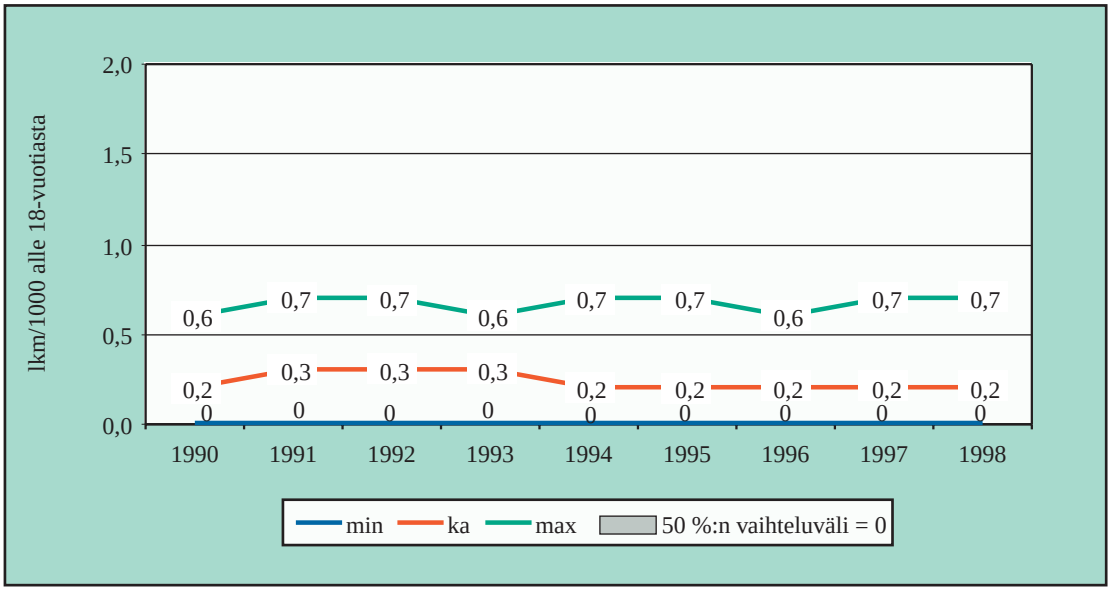
Kuvio 7. Lastenkodeissa asiakkaita keskimäärin päivää kohden 1 000 alle 18-vuotiasta kohti vuosina 1990–1998.
Manner-Suomen keskiarvo, kunnittainen minimi ja maksimi sekä vaihteluväli, joka kattaa 50 % kunnista*)



	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
"Nollakuntia", %	53,9	55,7	58,0	62,4	65,8	64,4	64,0	65,8	68,6

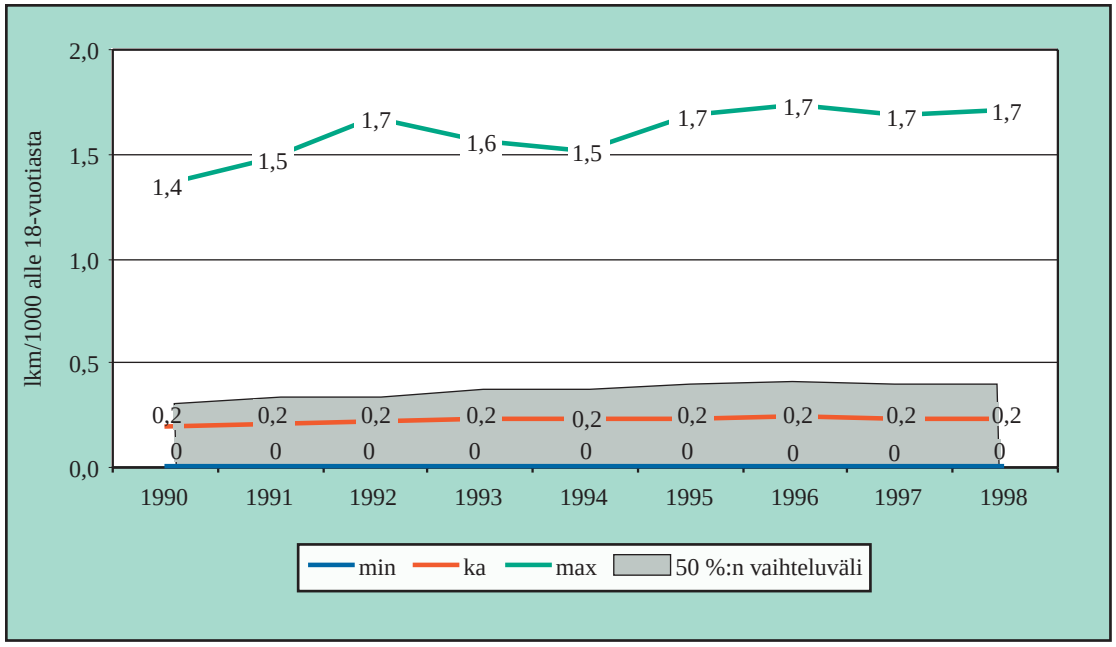
*) Minimi- ja maksimiarvojen välille jää 95 % Manner-Suomen kunnista, 50 %:n vaihteluväli kattaa I ja III kvartiilin väliin jäävät kunnat

Kuvio 8. Nuorisokodeissa asiakkaita keskimäärin päivää kohden 1 000 alle 18-vuotiasta kohti vuosina 1990–1998.
Manner-Suomen keskiarvo, kunnittainen minimi ja maksimi sekä vaihteluväli, joka kattaa 50 % kunnista*)



	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
"Nollakuntia", %	87,6	85,1	84,9	85,3	88,5	87,8	83,5	84,6	86,5

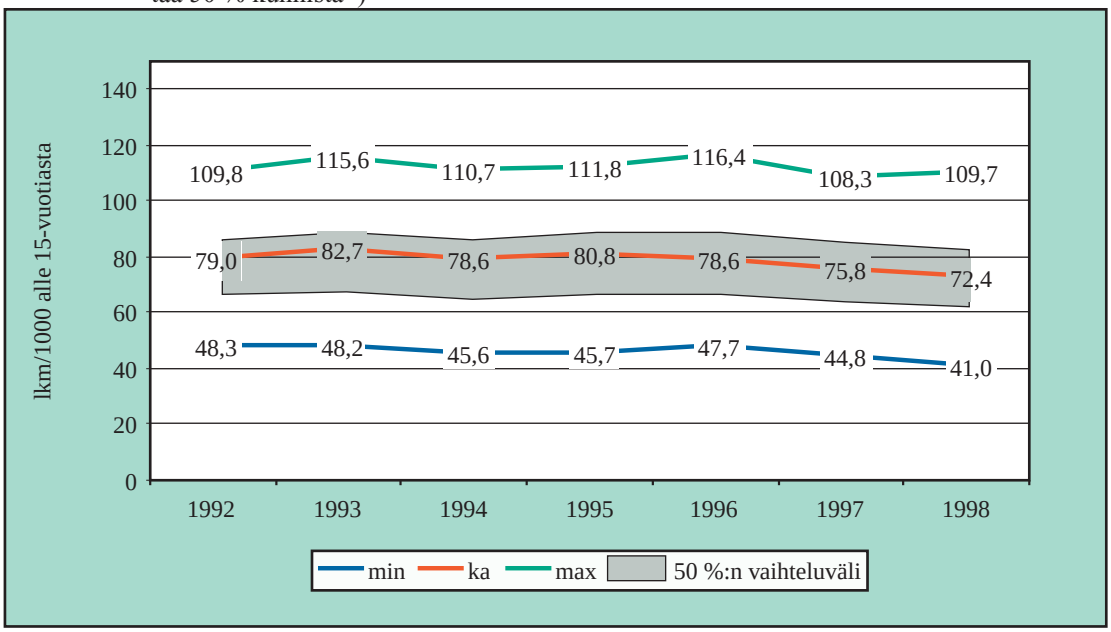
Kuvio 9. Koulukodeissa asiakkaita keskimäärin päivää kohden 1 000 alle 18-vuotiasta kohti vuosina 1990–1998.
Manner-Suomen keskiarvo, kunnittainen minimi ja maksimi sekä vaihteluväli, joka kattaa 50 % kunnista*)



	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
"Nollakuntia", %	71,1	70,4	72,5	75,7	77,5	77,8	75,7	74,8	75,7

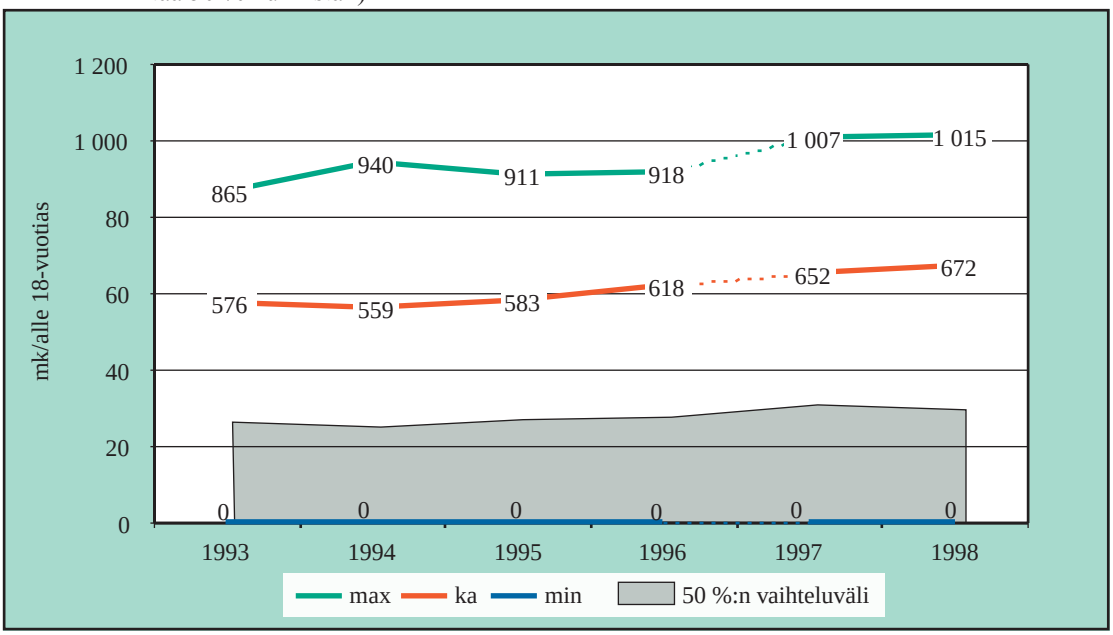
*) Minimi- ja maksimiarvojen välille jää 95 % Manner-Suomen kunnista, 50 %:n vaihteluväli kattaa I ja III kvartiilin väliin jäävät kunnat

Kuvio 10. Kaikki sairaalahoidossa olleet alle 15-vuotiaat potilaat vuoden aikana 1 000 alle 15-vuotiasta kohti vuosina 1992–1998.
Manner-Suomen keskiarvo, kunnittainen minimi ja maksimi sekä vaihteluväli, joka kattaa 50 % kunnista*)



	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
"Nollakuntia", %	0,2	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

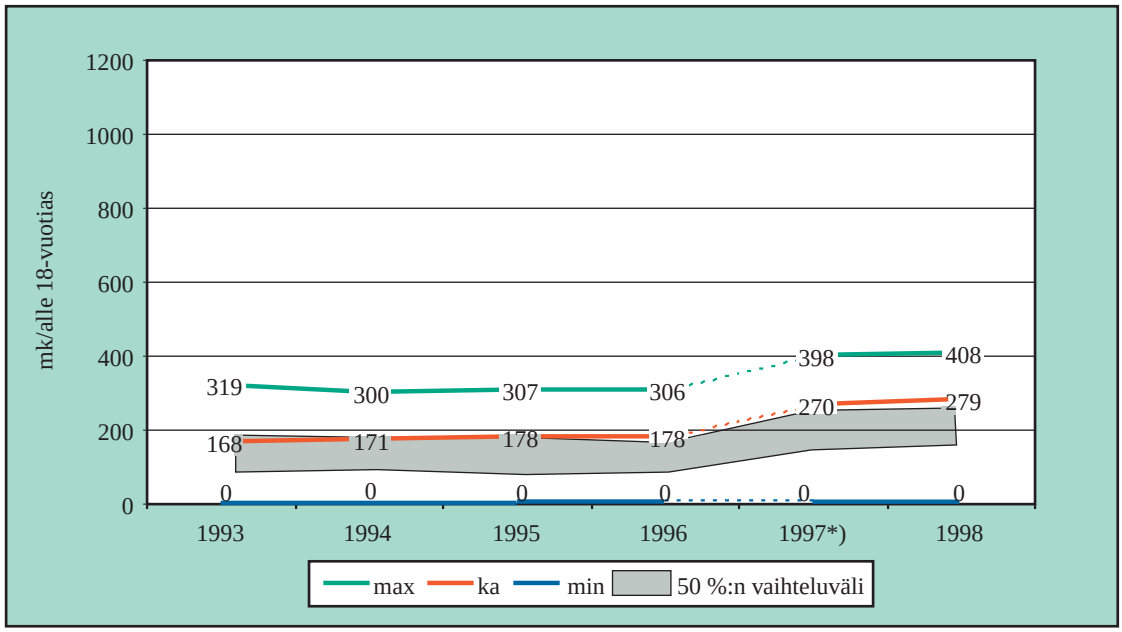
Kuvio 11. Lasten ja nuorten laitoshoidon nettokustannukset mk/alle 18-vuotias henkilö vuosina 1993–1998 vuoden 1998 rahanarvon mukaan.
Manner-Suomen keskiarvo, kunnittainen minimi ja maksimi sekä vaihteluväli, joka kattaa 50 % kunnista*)



	1993	1994	1995	1996	1997	1998
"Nollakuntia", %	46,9	47,6	45,8	41,0	40,1	39,0

*) Minimi- ja maksimiarvojen välille jää 95 % Manner-Suomen kunnista, 50 %:n vaihteluväli kattaa I ja III kvartiilin väliin jäävät kunnat

Kuvio 12. Muut lasten ja nuorten palveluiden nettokustannukset mk/asukas henkilövuosina 1993–1998 vuoden 1998 rahanarvon mukaan.
Manner-Suomen keskiarvo, kunnittainen minimi ja maksimi sekä vaihteluväli, joka kattaa 50 % kunnista*)

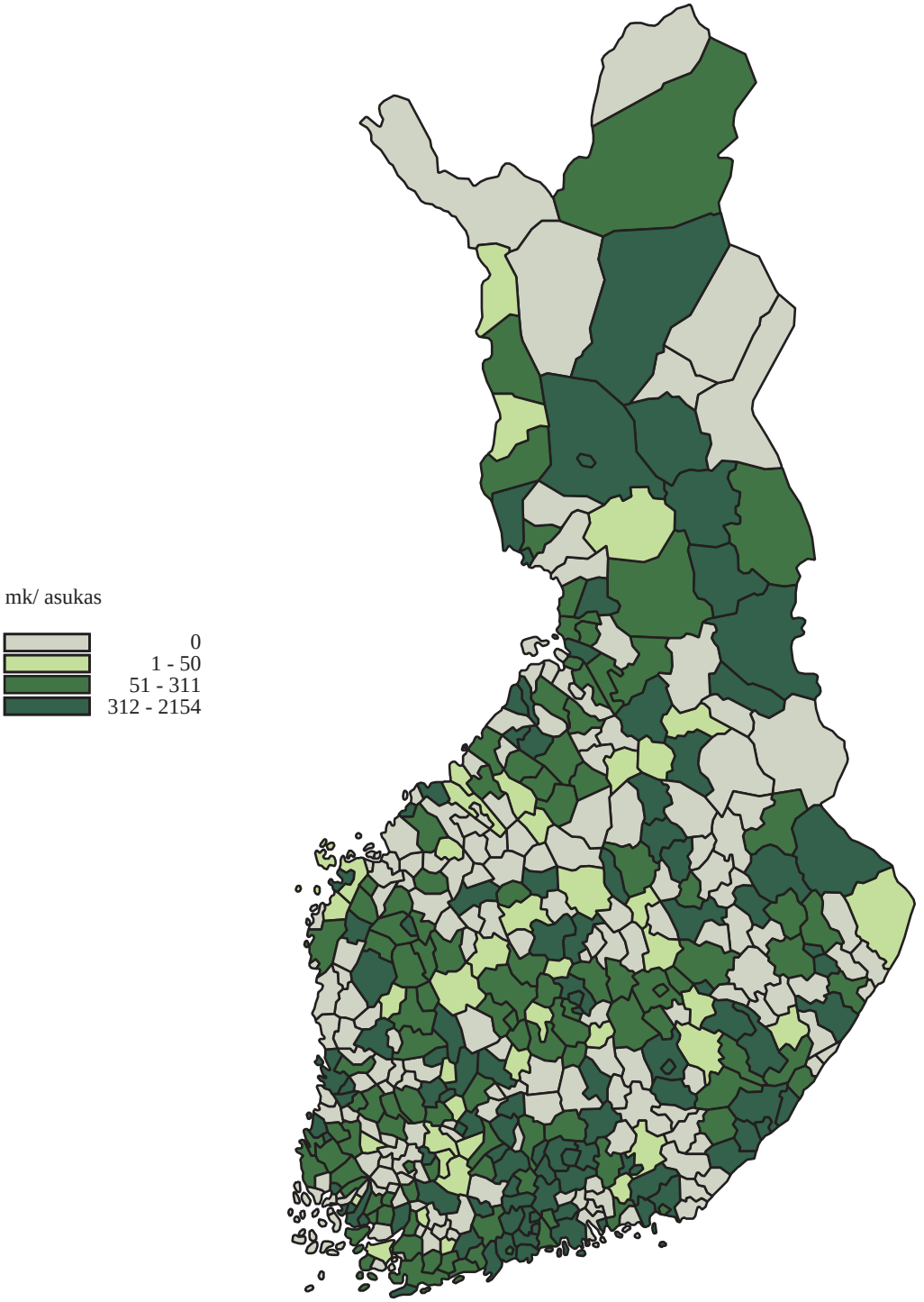


* Kunnan taloustilaston uudistus 1997

*) Minimi- ja maksimiarvojen välille jää 95 % Manner-Suomen kunnista, 50 %:n vaihteluväli kattaa I ja III kvartiilin väliin jäävät kunnat

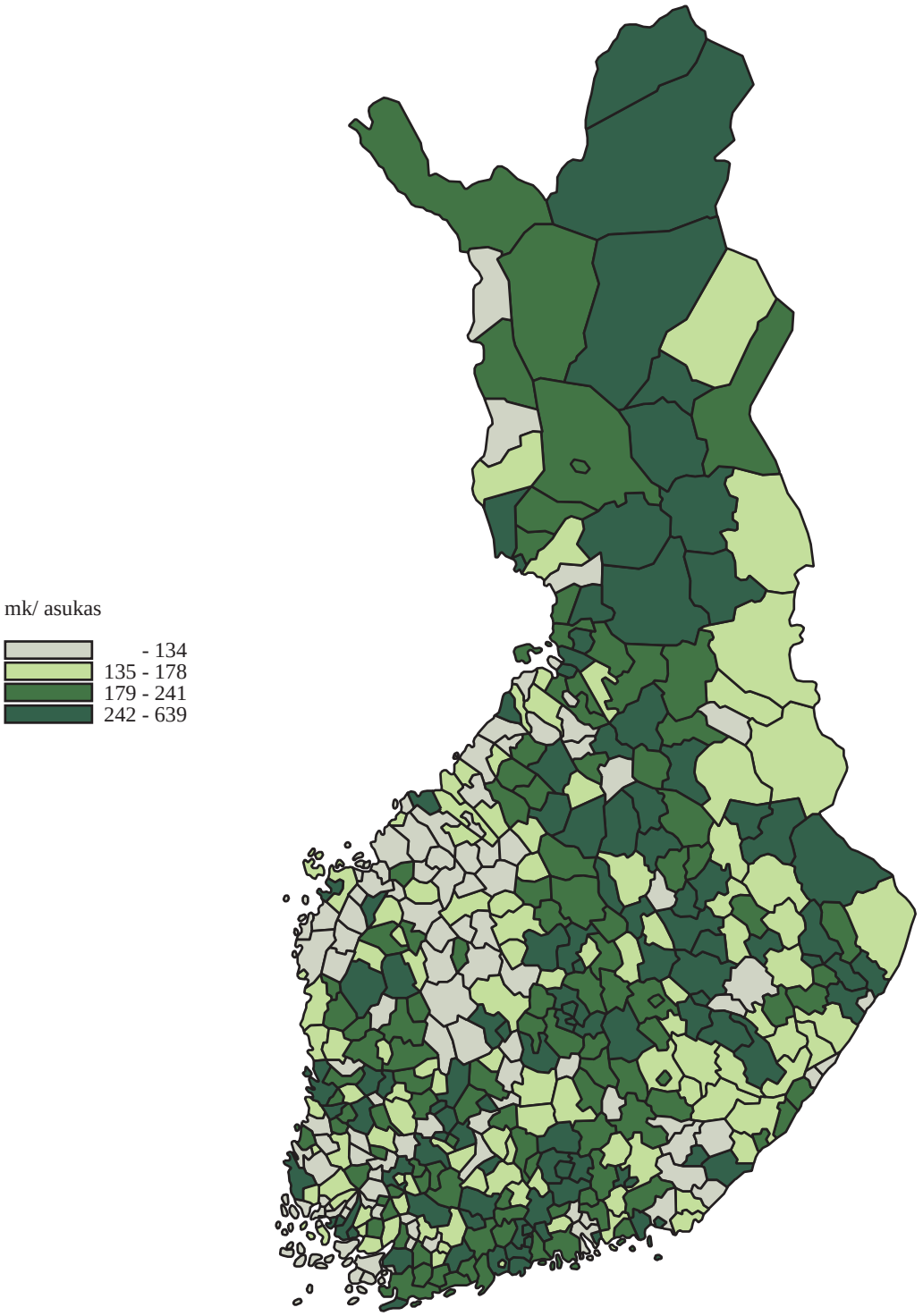
Kuvio 13. Lasten ja nuorten laitoshoidon nettokustannukset kunnittain mk/asukas vuonna 1998.

Manner-Suomen keskiarvo 672 mk/asukas.



Kuvio 14. Muut lasten ja nuorten palveluiden nettokustannukset kunnittain mk/asukas vuonna 1998.

Manner-Suomen keskiarvo 279 mk/asukas.



Taulu 1. Lastensuojelu vuonna 1998.
Toimintatiedot Manner-Suomesta, Helsingistä sekä eri tilastoalueilta.

Alue	% väestöstä alle 18-vuotiaita	Lastensuojelun avohuollossa lapsia ja nuoria /1000 alle 18-vuotiasta	Kodin ulkopuolelle sijoitetut lapset ja nuoret/1000 alle 18-vuotiasta		
			Perheeseen sijoitetut lapset ja nuoret yhteensä /1000 alle 18-vuotiasta	Laitokseen sijoitetut lapset ja nuoret /1000 alle 18-vuotiasta	Yhteensä
Manner-Suomi	22,42	33,43	4,85	4,49	9,34
Helsinki	18,21	57,46	8,88	13,83	22,71
Kaupunkimaiset kunnat 1)	21,45	40,71	5,53	6,71	12,24
Taajaan asutut kunnat 1)	24,77	27,57	4,27	1,97	6,24
Maaseutumaiset kunnat 1)	23,40	20,44	3,64	1,10	4,75

1) Kaupunkimaisia kuntia ovat kunnat, joiden väestöstä vähintään 90 % asuu taajamissa tai suurimman taajaman väkiluku on vähintään 15 000. Taajaan asuttuja kuntia ovat kunnat, joiden väestöstä vähintään 60 % mutta alle 90 % asuu taajamissa ja suurimman taajaman väkiluku on vähintään 4 000 mutta alle 15 000. Maaseutumaisia kuntia ovat kunnat, joiden väestöstä alle 60 % asuu taajamissa ja suurimman taajaman väkiluku on alle 15 000, sekä kunnat, joiden väestöstä vähintään 60 % mutta alle 90 % asuu taajamissa ja suurimman taajam väkiluku on alle 4 000.

Taulu 2. Kuntien taloustilaston mukaiset ”muut” lasten ja perheiden palvelut vuonna 1998.
Toimintatiedot sekä kustannukset ja rahoitus Manner-Suomessa, Helsingissä sekä eri tilastoalueilla.

Alue	Perheasioiden sovittelua saaneet henkilöt vuodessa /1000 asukasta	Kasvatus- ja perheneuvoloiden asiakkaita vuodessa/1000 alle 18-vuotiasta	Ensi- ja turvakodissa hoidossa olleiden lkm/vuodessa/ 1000 asukasta kohti	Käyttökustannukset yhteensä mk/asukas			Rahoitus mk/asukas		
				Julkiset palvelujen tuottajat	Ostot muilta	Yhteensä	Maksut	Kunnan myyntitulot	Kunnan nettokustannukset 2)
Manner-Suomi	1,75	61,28	0,83	310	38	347	5	6	279
Helsinki	0,57	54,21	1,05	392	37	428	3	1	366
Kaupunkimaiset kunnat 1)	1,48	65,57	1,13	364	42	406	6	7	331
Taajaan asutut kunnat 1)	1,96	63,28	0,44	260	38	298	6	6	227
Maaseutumaiset kunnat 1)	2,31	49,52	0,19	203	28	231	5	3	180

1) Kaupunkimaisia kuntia ovat kunnat, joiden väestöstä vähintään 90 % asuu taajamissa tai suurimman taajaman väkiluku on vähintään 15 000. Taajaan asuttuja kuntia ovat kunnat, joiden väestöstä vähintään 60 % mutta alle 90 % asuu taajamissa ja suurimman taajaman väkiluku on vähintään 4 000 mutta alle 15 000. Maaseutumaisia kuntia ovat kunnat, joiden väestöstä alle 60 % asuu taajamissa ja suurimman taajaman väkiluku on alle 15 000, sekä kunnat, joiden väestöstä vähintään 60 % mutta alle 90 % asuu taajamissa ja suurimman taajam väkiluku on alle 4 000.

2) Nettokustannukset = käyttökustannukset - käyttötuotot.

Taulu 3. Lasten ja nuorten laitoshoito vuonna 1998.
Toiminta, kustannukset ja rahoitus Manner-Suomessa, Helsingissä sekä eri tilastoalueilla.

Alue	Asiakkaita keskimäärin vuodessa/1000 alle 18-vuotiasta			Käyttökustannukset yhteensä mk/alle 18-vuotias			Rahoitus mk/alle 18-vuotias henkilö		
	Lastenkodeissa	Muut lasten ja nuorten laitokset 2)	Yhteensä lasten ja nuorten laitoksissa	Julkinen palvelujen tuottaja	Ostot muilta	Yhteensä	Maksut	Kunnan myyntitulot	Kunnan nettokustannukset 3)
Manner-Suomi	1,41	1,29	2,70	419	296	715	20	14	672
Helsinki	5,83	1,72	7,55	1430	828	2 259	17	37	2 154
Kaupunkimaiset kunnat 1)	2,26	1,65	3,91	683	394	1076	26	21	1013
Taajaan asutut kunnat 1)	0,33	1,13	1,46	0	223	329	15	7	304
Maaseutumaiset kunnat 1)	0,20	0,58	0,78	29	116	145	6	0	138

1) Kaupunkimaisia kuntia ovat kunnat, joiden väestöstä vähintään 90 % asuu taajamissa tai suurimman taajaman väkiluku on vähintään 15 000. Taajaan asuttuja kuntia ovat kunnat, joiden väestöstä vähintään 60 % mutta alle 90 % asuu taajamissa ja suurimman taajaman väkiluku on vähintään 4 000 mutta alle 15 000. Maaseutumaisia kuntia ovat kunnat, joiden väestöstä alle 60 % asuu taajamissa ja suurimman taajaman väkiluku on alle 15 000, sekä kunnat, joiden väestöstä vähintään 60 % mutta alle 90 % asuu taajamissa ja suurimman taajam väkiluku on alle 4 000.
2) Nuoriso-, koulu- ja perheryhmäkodit sekä muut lasten ja nuorten laitokset.
3) Nettokustannukset = käyttökustannukset - käyttötuotot.

Taulu 4. Lasten ja nuorten terveydenhuollon avopalvelut vuonna 1998:
Avohoidon toimintatiedot vuonna 1998 Manner-Suomessa, Helsingissä sekä eri tilastoalueilla.

Alue	Kouluterveydenhuollon käynnit/7-15 v.	Järjestelmällinen hammas-huoltokäynnit/alle 18-v.	Perusterveydenhuollon lääkärikäynnit/alle 15-v.	Erikoissairaanhoidon käynnit/alle 18-vuotias 2)
Manner-Suomi	2,92	2,26	2,27	0,41
Helsinki	3,81	1,96	1,77	0,62
Kaupunkimaiset kunnat 1)	3,24	2,12	2,20	0,47
Taajaan asutut kunnat 1)	2,70	3,33	2,43	0,35
Maaseutumaiset kunnat 1)	2,38	2,52	2,28	0,31

1) Kaupunkimaisia kuntia ovat kunnat, joiden väestöstä vähintään 90 % asuu taajamissa tai suurimman taajaman väkiluku on vähintään 15 000. Taajaan asuttuja kuntia ovat kunnat, joiden väestöstä vähintään 60 % mutta alle 90 % asuu taajamissa ja suurimman taajaman väkiluku on vähintään 4 000 mutta alle 15 000. Maaseutumaisia kuntia ovat kunnat, joiden väestöstä alle 60 % asuu taajamissa ja suurimman taajaman väkiluku on alle 15 000, sekä kunnat, joiden väestöstä vähintään 60 % mutta alle 90 % asuu taajamissa ja suurimman taajam väkiluku on alle 4 000.

2)
- Lastentaudit
- Lasten neurologia
- Lasten psykiatria
- Nuorisopsykiatria

Taulu 5. Lasten ja nuorten terveydenhuollon laitoshoito vuonna 1998.
Laitoshoidon toimintatiedot Manner-Suomessa, Helsingissä sekä eri tilastoalueilla.

Alue	Kunnallisissa sairaaloissa olleet alle 15-vuotiaat potilaat/1000 alle 15-vuotiasta			
	Yleislääket. erikoisala	Somaattinen erikoissairaanhoito	Psykiatria	Yhteensä
Manner-Suomi	0,35	70,08	1,22	71,65
Helsinki	0,04	53,90	1,86	55,80
Kaupunkimaiset kunnat 1)	0,05	70,34	1,27	71,66
Taajaan asutut kunnat 1)	0,33	68,58	0,44	69,35
Maaseutumaiset kunnat 1)	1,07	70,11	0,04	71,22

1) Kaupunkimaisia kuntia ovat kunnat, joiden väestöstä vähintään 90 % asuu taajamissa tai suurimman taajaman väkiluku on vähintään 15 000. Taajaan asuttuja kuntia ovat kunnat, joiden väestöstä vähintään 60 % mutta alle 90 % asuu taajamissa ja suurimman taajaman väkiluku on vähintään 4 000 mutta alle 15 000. Maaseutumaisia kuntia ovat kunnat, joiden väestöstä alle 60 % asuu taajamissa ja suurimman taajaman väkiluku on alle 15 000, sekä kunnat, joiden väestöstä vähintään 60 % mutta alle 90 % asuu taajamissa ja suurimman taajam väkiluku on alle 4 000.

3 Vanhusten palvelut

Kunnissa väestön ikärakenne vaihtelee voimakkaasti. Joissakin kunnissa 75-vuotta täyttäneiden osuus on lähes 15 prosenttia, kun se alimmillaan on 1,8 prosenttia. Monissa Lapin ja Oulun läänin kunnissa 75-vuotta täyttäneiden väestöosuus on pieni, samoin kuin Uudellamaalla ja muissa kasvukeskuksissa. (Kuvio 1.)

Väestöennusteen mukaan ikääntyneen väestön osuus kasvaa voimakkaasti vuoteen 2020. 65 vuotta täyttäneitä ennustetaan silloin olevan 35 sataa 15–64-vuotiasta kohti, kun luku on nyt 22. Tällä vuosikymmenellä tämä suhdeluku on kasvanut eniten maaseutumaisissa kunnissa. (Kuvio 2 ja Taulu 1.)

65 vuotta täyttäneistä kotihoidon palvelujen piirissä on eniten maaseutumaisissa kunnissa (8 %). Vastaava prosenttiluku kaupunkimaisissa kunnissa ja Helsingissä oli noin 6 prosenttia, ja taajaan asutuissa kunnissa noin 7 prosenttia. Palveluasumisen asiakasmäärien osuus vanhusväestöstä on suunnilleen 2,5 prosenttia. Helsingissä tämä osuus ylsi poikkeuksellisesti yli 4 prosenttiin. Myös vanhainkodeissa asuvia oli eniten Helsingissä ja toisaalta maaseutumaisissa kunnissa, yli 3 prosenttia. Terveyskeskusten pitkäaikaishoidossa olevien ikääntyneiden osuus vaihtelee maaseudun noin 1,3 prosentista Helsingin yli 2 prosenttiin. (Kuvio 3 ja Taulu 2.)

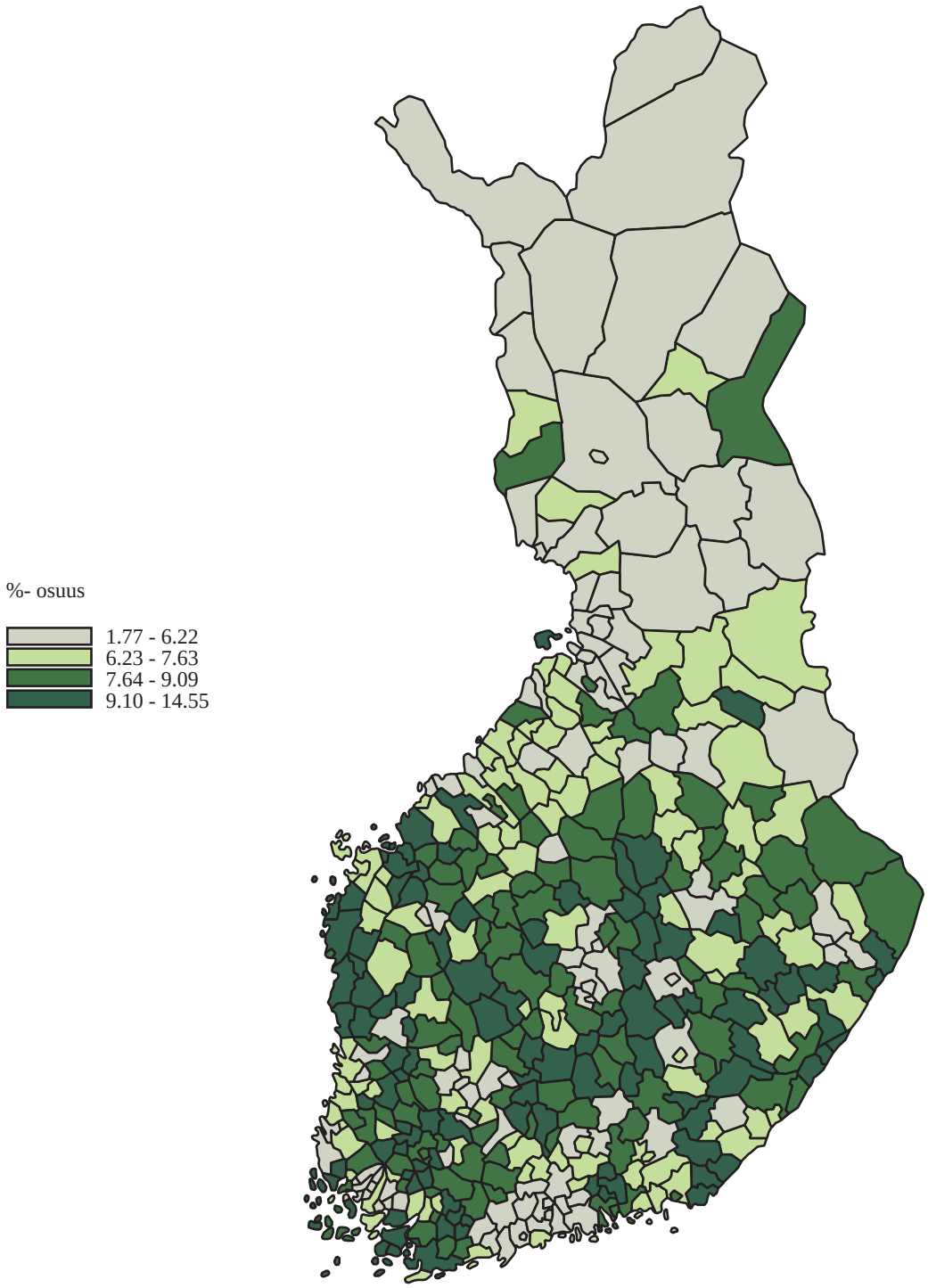
Tällä vuosikymmenellä kodinhoitoapua saavien vanhuskotitalouksien osuus on vähentynyt dramaattisesti: 30 prosentista 15 prosenttiin. Tukipalveluja saaneiden osuus aleni 1990-luvun alkuvuosina, mutta on vuosikymmenen puolivälin jälkeen pysynyt muuttumattomana. Omaishoidon tukiasiakkaiden osuus koko 1990-luvun pysytellyt 2 prosentin tuntumassa. (Kuvio 4a ja Taulu 3.) Asiakaslaskentojen mukaan yli 75-vuotiaiden vanhainkotiasiakkaiden osuus ikäryhmästä on vähentynyt reilusti. Samoin on vähentynyt niiden vanhusten osuus, jotka ovat pitkäaikaisasiakkaina terveyskeskuksissa ja sairaaloissa. Muutos on ollut samansuuntainen niin kaupunkimaisissa kuin maaseutumaisissakin kunnissa. Vähentyminen näyttää viime vuosina hidastuneen ja eräiden palvelujen osalta pysähtyneen. (Kuvio 4b ja Taulu 3.) Yhteenvedoksi voi todeta, että vanhusten palvelujen piirissä on nyt selvästi pienempi osa heistä kuin vielä vuosikymmenen alussa. Tämä pätee niin tässä kuvattuihin avopalveluihin kuin laitospalveluihinkin.

Ikääntyneeseen väestöön suhteutetut vanhusten laitospalvelujen nettokustannukset ovat jonkin verran vähentyneet vuodesta 1993. Pääsyy lienee edellä mainittu palvelujen kattavuuden supistuminen. Vaihtelu eri kuntien välillä on suuri, eikä siinä näytä tapahtuneen merkittäviä muutoksia vuoden 1993 jälkeen. (Kuvio 5 sekä Taulu 4.) Merkillepantavaa on, että ostopalvelujen osuus on kaupunkimai-

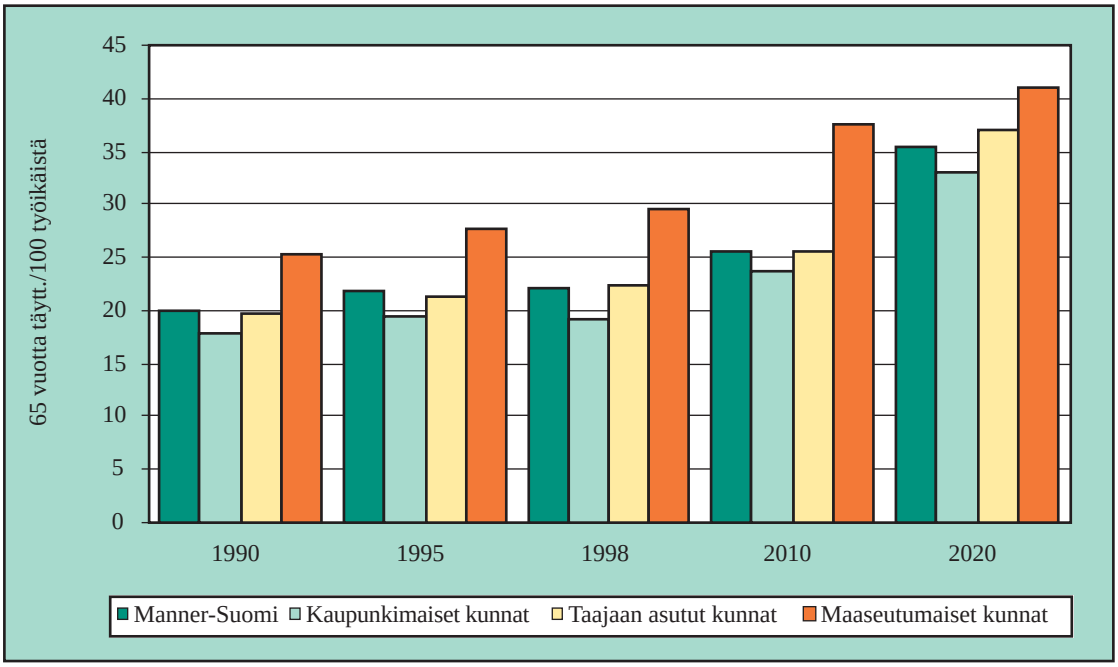
sissa kunnissa huomattavasti suurempi kuin maaseutumaisissa kunnissa. Tämä merkitsee sitä, että kaupungeissa palvelurakenne on monimuotoisempi.

Lisätietoja vanhusten palveluista: Kauppinen, Sari: *Sosiaalihuollon laitoshoito ja asumispalvelut 1998.* TR 31/1999. Kauppinen, Sari: *Kotihoito 1997*. TR 32/1998. Kauppinen, Nikiforov, Viramo, Karjalainen, Frey, Nenonen & Nylander: *Dementia Suomessa 1995. Vuonna 1995 Stakesin hoitoilmoitusrekisterin mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon laitoshoitoa ja sitä korvaavia palveluita käyttäneet dementiapotilaat.* TR 6/1999.

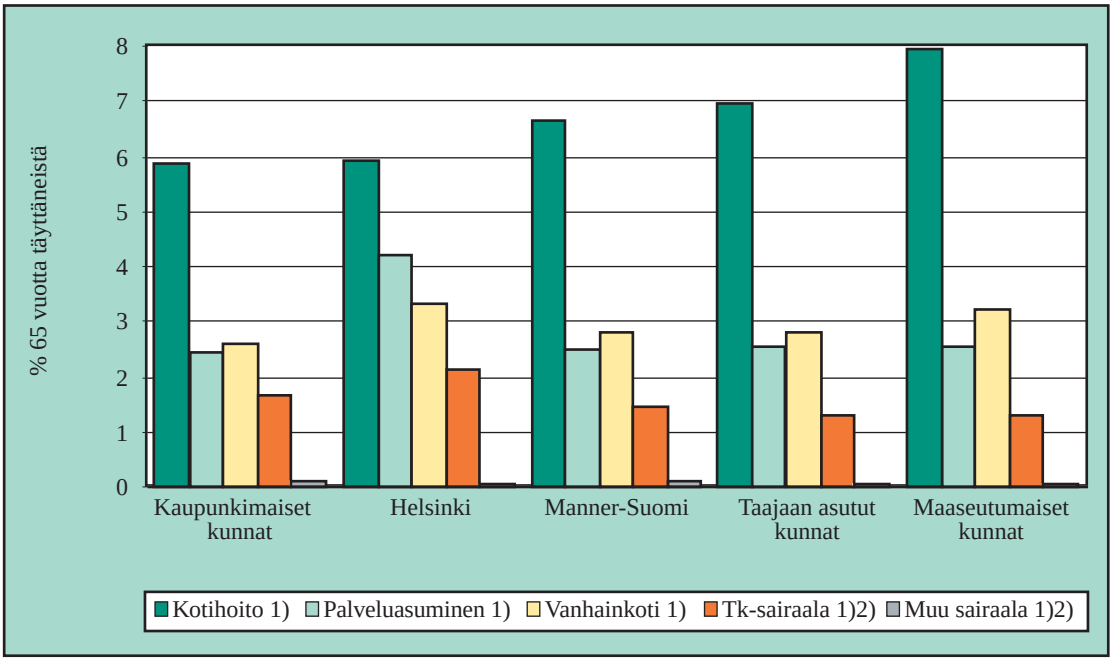
Kuvio 1. 75 vuotta täyttäneiden prosenttiosuus väestöstä kunnittain vuonna 1998.
Manner-Suomen keskiarvo 6,26 prosenttia.



Kuvio 2. *65 vuotta täyttäneitä sataa työikäistä kohden vuosina 1990, 1995 ja 1998 sekä ennusteen mukaan vuosina 2010 ja 2020 Manner-Suomessa ja eri tilastoalueilla.*



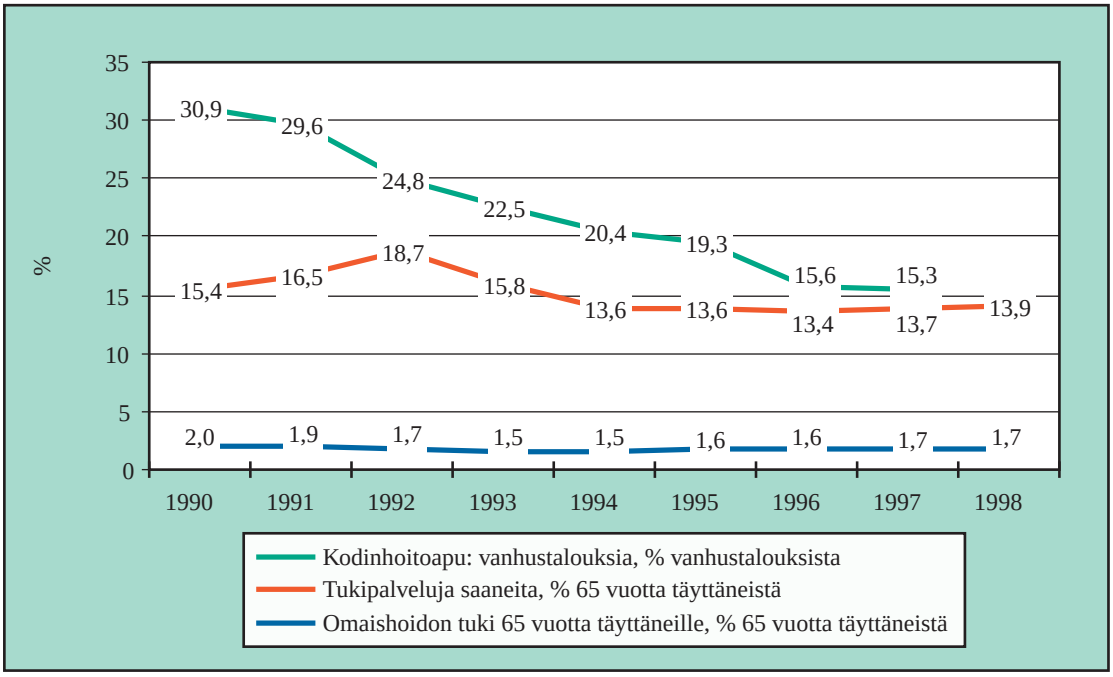
Kuvio 3. *65 vuotta täyttäneet henkilöt hoitomuodon mukaan 1998 (kotihoito 1997) Manner-Suomessa, Helsingissä ja eri tilastoalueilla, osuus kaikista 65 vuotta täyttäneistä henkilöistä.*



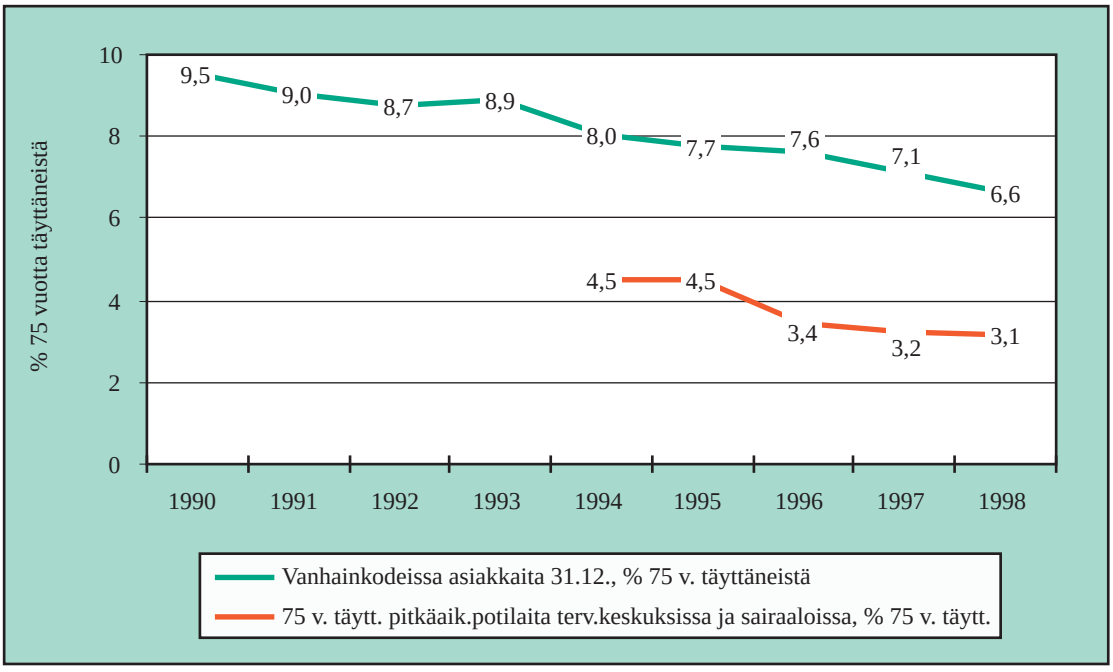
1) Läsnä asiakaslaskennassa
2) Pitkäaikaispotilaita

Kuvio 4. Eräiden vanhusten palvelujensaajien prosenttiosuuksia Manner-Suomessa 1990-luvulla.

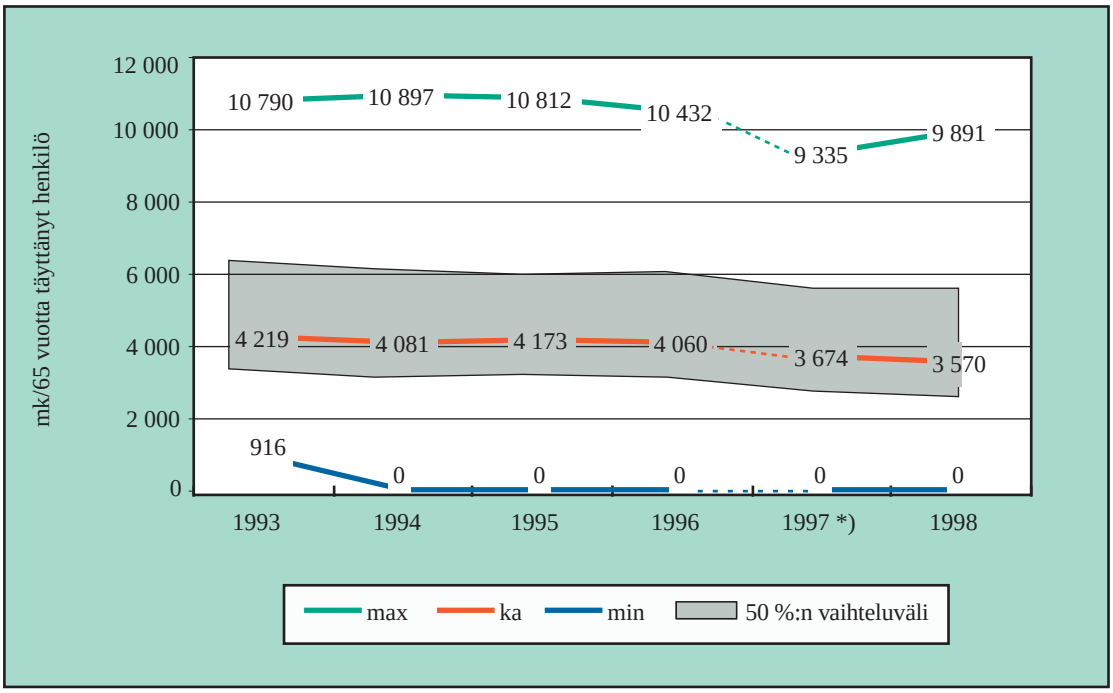
A. Avohoito



B. Laitoshoito



Kuvio 5. *Vanhusten laitospalvelujen nettokustannukset mk/65 vuotta täyttänyt henkilö vuosina 1993–1998 vuoden 1998 rahanarvon mukaan.*
Manner-Suomen keskiarvo, kunnittainen minimi ja maksimi sekä vaihteluväli, joka kattaa 50 % kunnista*)



* Kunnan taloustilaston uudistus 1997

	1993	1994	1995	1996	1997	1998
"Nollakuntia", %	2,1	4,3	4,1	5,5	6,9	8,9

*) Minimi- ja maksimiarvojen välille jää 95 % Manner-Suomen kunnista, 50 %:n vaihteluväli kattaa I ja III kvartiilin väliin jäävät kunnat

Taulu 1. Vanhusväestön osuus iän mukaan vuosina 1990, 1995 ja 1998, väestöennusteen keskimääräisvaihtoehto vuosille 2010 ja 2020 sekä 65 vuotta täyttäneiden määrä suhteessa työikäiseen väestöön vuosina 1990, 1995 ja 1998 ja väestöennusteen keskimääräisvaihtoehdon mukaan vuosina 2010 ja 2020 Manner-Suomessa, Helsingissä ja eri tilastoalueilla.

Alue	% väestöstä										65 vuotta täyttäneitä sataa 15-64-vuotiasta kohden				
	65 vuotta täyttäneitä					75 vuotta täyttäneitä									
	1990	1995	1998	2010	2020	1990	1995	1998	2010	2020	1990	1995	1998	2010	2020
Manner-Suomi	13,46	14,55	14,70	16,95	21,87	5,65	5,96	6,26	7,45	8,70	20,00	21,85	21,98	25,58	35,45
Helsinki	14,35	13,86	13,50	15,04	18,59	6,61	6,33	6,28	6,52	7,65	20,32	19,65	18,99	21,56	27,90
Kaupunkimaiset kunnat 1)	12,32	13,37	13,27	16,03	20,81	5,19	5,51	5,63	6,85	8,32	17,79	19,46	19,24	23,71	32,93
Taajaan asutut kunnat 1)	13,00	13,93	14,51	16,78	22,27	5,41	5,64	6,11	7,30	8,66	19,69	21,32	22,25	25,63	36,97
Maaseutumaiset kunnat 1)	16,14	17,41	18,55	19,28	24,18	6,80	7,13	8,00	8,98	9,66	25,33	27,74	29,65	37,59	41,01

1) Kaupunkimaisia kuntia ovat kunnat, joiden väestöstä vähintään 90 % asuu taajamissa tai suurimman taajaman väkiluku on vähintään 15 000. Taajaan asuttuja kuntia ovat kunnat, joiden väestöstä vähintään 60 % mutta alle 90 % asuu taajamissa ja suurimman taajaman väkiluku on vähintään 4 000 mutta alle 15 000. Maaseutumaisia kuntia ovat kunnat, joiden väestöstä alle 60 % asuu taajamissa ja suurimman taajaman väkiluku on alle 15 000, sekä kunnat, joiden väestöstä vähintään 60 % mutta alle 90 % asuu taajamissa ja suurimman taajam väkiluku on alle 4 000.

Taulu 2. *65 vuotta täyttänyt väestö kotihoidon asiakkaina vuonna 1997 sekä erityyppisten asumisen ja laitospalvelujen asiakkaina vuonna 1998.*
Palveluja saavan vanhusväestön osuus Manner-Suomessa, Helsingissä ja eri tilastoalueilla.

Alue	% 65 vuotta täyttäneestä väestöstä					Yhteensä 31.12.1998
	Kotihoidossa 30.11.97	Vanhusten palvelu-asunnoissa 31.12.98	Vanhainkodeissa 31.12.98	Pitkäaikaispotilaita 31.12.98 2)		
				Terveyskeskuksissa	Muissa sairaaloissa	
Manner-Suomi	6,66	2,47	2,82	1,48	0,09	13,52
Helsinki	5,92	4,21	3,32	2,12	0,04	15,61
Kaupunkimaiset kunnat 1)	5,85	2,43	2,60	1,64	0,12	12,64
Taajaan asutut kunnat 1)	6,97	2,53	2,81	1,29	0,05	13,65
Maaseutumaiset kunnat 1)	7,97	2,53	3,22	1,30	0,06	15,08

1) Kaupunkimaisia kuntia ovat kunnat, joiden väestöstä vähintään 90 % asuu taajamissa tai suurimman taajaman väkiluku on vähintään 15 000. Taajaan asuttuja kuntia ovat kunnat, joiden väestöstä vähintään 60 % mutta alle 90 % asuu taajamissa ja suurimman taajaman väkiluku on vähintään 4 000 mutta alle 15 000. Maaseutumaisia kuntia ovat kunnat, joiden väestöstä alle 60 % asuu taajamissa ja suurimman taajaman väkiluku on alle 15 000, sekä kunnat, joiden väestöstä vähintään 60 % mutta alle 90 % asuu taajamissa ja suurimman taajam väkiluku on alle 4 000.
2) Hoidossa pitkäaikaishoidon päätöksellä.

Taulu 3. Eräiden vanhusten palvelujen saajien prosenttiosuuksia 1990-luvulla Manner-Suomessa, Helsingissä ja eri tilastoalueilla.

Alue	Kodinhoitoapu: vanhustalouksia, % vanhustalouksista					Tukipalvelua saaneita, % 65 vuotta täyttäneistä					Omaishoidon tuki 65 vuotta täyttäneille, % 65 vuotta täyttäneistä					Vanhainkodeissa asiakkaita 31.12, % 75 täyttäneistä					75 v. täyttäneitä pitkäaikaispotilaita terveyskeskuksissa ja sairaaloissa, % 75 v. täyttäneistä 2)	
	-90	-93	-95	-97	-98	-90	-93	-95	-97	-98	-90	-93	-95	-97	-98	-90	-93	-95	-97	-98	-97	-98
Manner-Suomi	30,87	22,49	19,28	15,28	15,19	15,41	15,78	13,56	13,72	13,90	1,97	1,49	1,55	1,68	1,68	9,46	8,85	7,70	7,08	6,62	3,15	3,10
Helsinki	18,86	18,14	13,31	12,46	12,80	7,88	9,02	6,41	8,04	9,15	0,90	0,75	0,91	1,13	1,31	7,08	6,70	6,97	7,31	7,14	3,53	3,94
Kaupunkimaiset kunnat 1)	27,55	20,57	17,69	14,41	14,41	15,60	15,85	13,09	12,94	13,20	1,25	0,98	1,08	1,23	1,24	8,19	7,80	7,01	6,55	6,13	3,56	3,51
Taajaan asutut kunnat 1)	31,81	21,89	19,18	15,47	15,46	14,25	13,74	13,41	13,87	13,70	1,99	1,53	1,61	1,82	1,79	10,09	9,63	7,81	7,19	6,72	2,59	2,61
Maaseutumaiset kunnat 1)	36,92	26,56	22,47	16,84	16,52	15,64	16,67	14,43	15,06	15,34	3,14	2,32	2,32	2,44	2,43	11,24	10,23	8,81	7,99	7,47	2,69	2,60

1) Kaupunkimaisia kuntia ovat kunnat, joiden väestöstä vähintään 90 % asuu taajamissa tai suurimman taajaman väkiluku on vähintään 15 000. Taajaan asuttuja kuntia ovat kunnat, joiden väestöstä vähintään 60 % mutta alle 90 % asuu taajamissa ja suurimman taajaman väkiluku on vähintään 4 000 mutta alle 15 000. Maaseutumaisia kuntia ovat kunnat, joiden väestöstä alle 60 % asuu taajamissa ja suurimman taajaman väkiluku on alle 15 000, sekä kunnat, joiden väestöstä vähintään 60 % mutta alle 90 % asuu taajamissa ja suurimman taajam väkiluku on alle 4 000.

2) Hoidossa pitkäaikaishoidon päätöksellä.

Taulu 4. *Vanhusten laitoshoito vuonna 1998.*
Toiminta, kustannukset ja rahoitus Manner-Suomessa, Helsingissä ja eri tilastoalueilla.

Alue	75 vuotta täyttäneiden	Vanhainkotien	Vanhainkotien asiakkaat 31.12.,			Käyttökustannukset yhteensä			Rahoitus mk/65 vuotta täyttänyt henkilö		
	%-osuus	/1000 75 täytt.	65 - 74 -v.	75 - 84 -v.	85 v täytt.	Julkinen palv. tuot.	Ostot muilta	Yhteensä	Maksut	Myynti-tulot	Kunnan nettokust. 2)
Manner-Suomi	6,26	66,20	6,22	32,37	135,81	4 392	410	4 802	935	107	3 570
Helsinki	6,28	71,38	8,28	33,55	130,58	2 756	2 744	5 500	1 369	6	4 044
Kaupunkimaiset kunnat 1)	5,63	61,27	5,77	29,45	126,61	3 750	717	4 467	941	59	3 329
Taajaan asutut kunnat 1)	6,11	67,16	6,23	33,01	139,38	4 596	51	4 647	880	86	3 479
Maaseutumaiset kunnat 1)	8,00	74,68	7,08	37,31	151,10	5 469	41	5 510	954	210	4 070

1) Kaupunkimaisia kuntia ovat kunnat, joiden väestöstä vähintään 90 % asuu taajamissa tai suurimman taajaman väkiluku on vähintään 15 000. Taajaan asuttuja kuntia ovat kunnat, joiden väestöstä vähintään 60 % mutta alle 90 % asuu taajamissa ja suurimman taajaman väkiluku on vähintään 4 000 mutta alle 15 000. Maaseutumaisia kuntia ovat kunnat, joiden väestöstä alle 60 % asuu taajamissa ja suurimman taajaman väkiluku on alle 15 000, sekä kunnat, joiden väestöstä vähintään 60 % mutta alle 90 % asuu taajamissa ja suurimman taajam väkiluku on alle 4 000.
2) Kunnan nettokustannus = käyttökustannukset - käyttötuotot.

4 Vammaisten palvelut

Vammaisuuden esiintyvyyden osoittimena käytetään usein paremman puutteessa työkyvyttömyyseläkeläisten osuutta työikäisistä. Työkyvyttömyyseläkkeen saajien osuus väestöstä on suurin maan koillisosissa ja pienenee siirryttäessä maan etelä-, länsi- ja lounaisosiin. (Kuvio 1.) Työkyvyttömyyseläkkeen saajien osuus työikäisestä väestöstä oli vuonna 1998 vajaa 8 %. Osuus on hieman laskenut viimeisten viiden vuoden aikana. Kuntien väliset erot ovat edelleen suuria, joskin erot näyttäisivät olevan hienoisesti supistumassa. (Kuvio 2.) Maaseutumaisissa kunnissa työkyvyttömyyseläkkeellä olevien lukumäärä on huomattavasti suurempi kuin kaupunkikunnissa. (Taulu 1.)

Vammaispalvelujen asiakkaiden määrä on lisääntynyt koko 1990-luvun. Kasvua on sekä vammaispalvelulain mukaisten subjektiivisten oikeuksien piiriin kuuluvissa palveluissa, joita ovat kuljetus- ja tulkkipalvelut että harkinnanvaraisissa palveluissa, joihin henkilökohtainen avustajatoiminta kuuluu. (Kuvio 3.)

Vaikeavammaisten kuljetuspalvelut ovat käyttäjien lukumäärällä mitaten laajin vammaispalvelu. Siitä seuraavia ovat tulkkipalvelut ja henkilökohtainen avustajatoiminta. Kuljetuspalvelujen ja henkilökohtaisen avustajatoiminnan käyttäjämäärä on lisääntynyt aikajaksolla 1990–1994 runsaan neljän prosentin vuosivauhtia ja 1996–1998 vuosittain runsaat kuusi prosenttia. (Kuvio 3.) Tulkkipalvelujen kasvu on ollut hitaampaa ja painottunut vuosikymmenen ensimmäiselle puoliskolle. Kuljetuspalvelujen käyttömäärissä arvioidaan näkyvän vammaispalvelulain piiriin tulleet uudet ryhmät ja erityisesti ikääntyvän väestön palvelutarpeet. Vaikeavammaisten kuljetuspalveluiden käyttö on merkittävästi yleisempää pääkaupungissa ja muissa kaupunkimaisissa kunnissa kuin taajaan asutuissa tai maaseutumaisissa kunnissa. (Taulu 1.) Niiden kuntien lukumäärä, joissa vaikeavammaisten tulkkipalveluja tai henkilökohtaisen avustajan palveluja ei ole lainkaan käytetty, on hitaalla lasku-uralla. (Kuvio 3.)

Vammaisten asumispalveluiden kehitys on ollut epätasaista. Vammaisten henkilöiden palvelu- ja tukiasuntojen asiakkaiden määrä on alentunut vuodesta 1996 alkaen. Niiden kuntien osuus, joissa ei ollut lainkaan palvelu- ja tukiasuntoasukkaita on lähes 80 % kaikista kunnista. Määrä on viimeisellä viisivuotisjaksolla jatkuvasti lisääntynyt. (Kuvio 4.)

Omaishoidon tukea saavien kaikkien vammaistalouksien määrä aleni aina vuoteen 1993, mutta on sen jälkeen noussut. Sen sijaan kodinhoitoapua saaneiden vammaistalouksien määrä on vuosikymmenen puolivälistä alkaen kääntynyt laskuun. (Kuvio 5.) Asumista tukevia palveluja saatiin vuonna 1998 enemmän maa-

seutumaisissa kunnissa kuin kaupungeissa. Pääkaupungissa kodinhoitoapua saaneiden vammaistalouksien lukumäärä on kuitenkin suhteellisesti suurin maan kaikkiin muihin kuntiin verraten. (Taulu 1.)

Vammaishuollon laitospalvelujen asukasta kohti lasketut nettokustannukset ovat vuodesta 1993 jatkuvasti alentuneet. Voimakkainta aleneminen oli vuosina 1993- 1995 ja on sen jälkeen hieman hidastunut. (Kuvio 6.) Pohjois-Suomessa samoin kuin osassa Itä- ja Lounais-Suomen kuntia menot ovat korkeammat kuin eteläisessä Suomessa tai Keski- ja Pohjois-Pohjanmaan rannikkokunnissa. (Kuvio 10.) Menot ovat maaseutumaisissa kunnissa jonkin verran korkeammat kuin kaupungeissa. Ostoja muilta kuin julkisilta palvelujen tuottajilta on kaupunkimaisissa kunnissa enemmän kuin maaseutumaisissa tai taajaan asutuissa kunnissa. (Taulu 2.)

Kehitysvammaisten palveluita on asukasmäärään nähden selvästi enemmän maaseutumaisissa kunnissa kuin kaupungeissa (Taulu 3).

Kehitysvammaisten perhehoidossa olevien asiakkaiden lukumäärä on vakiintunut vuoden 1995 tasolle. Niiden kuntien lukumäärä, joissa perhehoitosijoituksia ei ole, on vakiintunut noin 30 prosenttiin kunnista. (Kuvio 7.) Maaseutumaisissa kunnissa perhehoitosijoituksia on enemmän kuin kaupunkimaisissa kunnissa. (Taulu 3.)

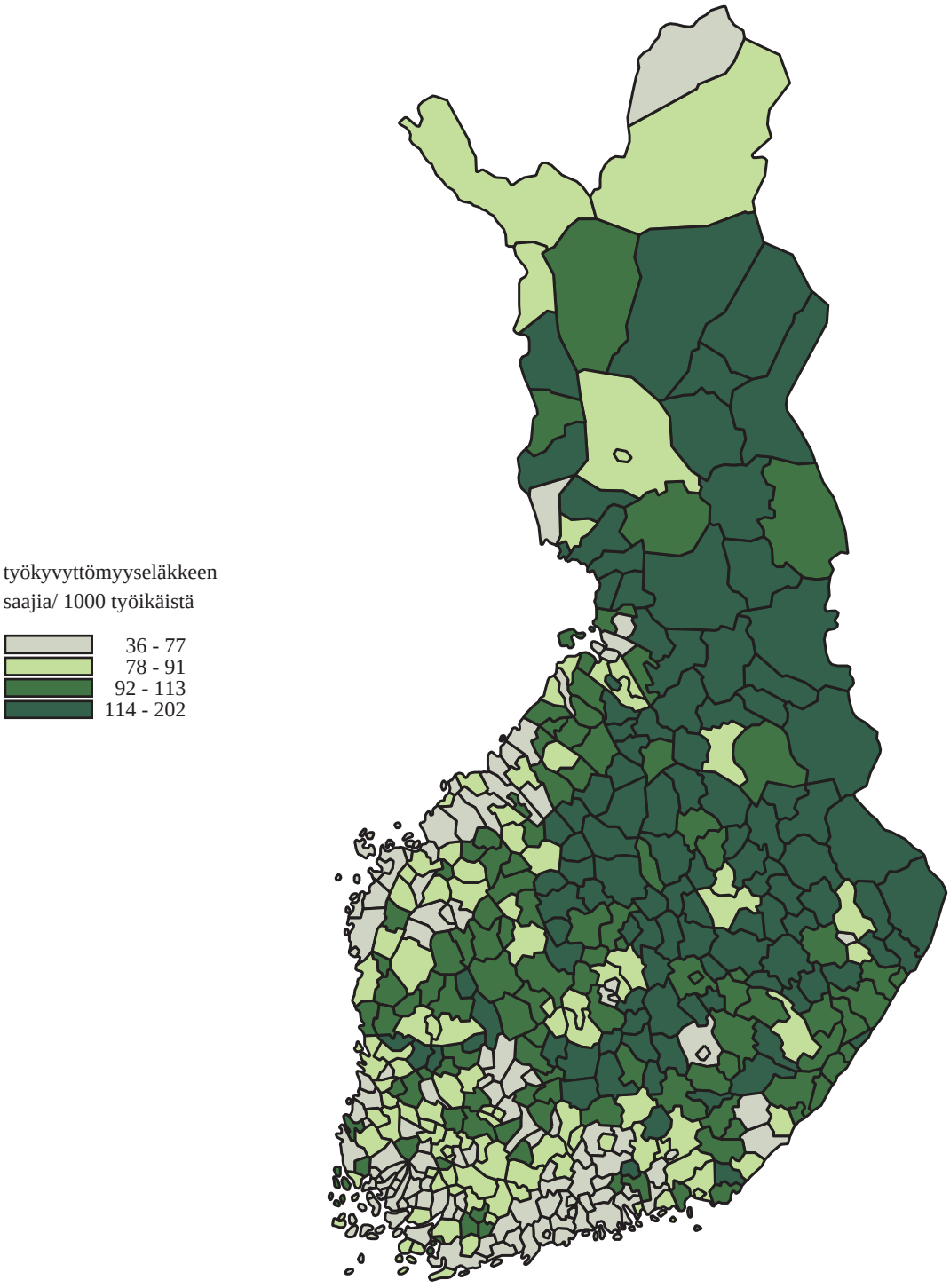
Kehitysvammalaitosten palveluja käyttävien asiakkaiden lukumäärä on vähentynyt koko 1990-luvun ajan. Väheneminen on kuitenkin hieman hidastunut aikajaksolla vuosikymmenen alkupuoleen verrattuna. (Kuvio 8.)

Suojatyön ja kehitysvammatoiminnan nettomääräiset kustannukset ovat vuodesta 1995 lähtien vähentyneet. Kuntien väliset erot ovat suuria, mutta ehkä jonkin verran kaventuneet. (Kuvio 9.) Menot ovat suurimmillaan Koillis-Suomessa ja vähenevät siirryttäessä Etelä- ja Lounais-Suomeen. (Kuvio 11.)

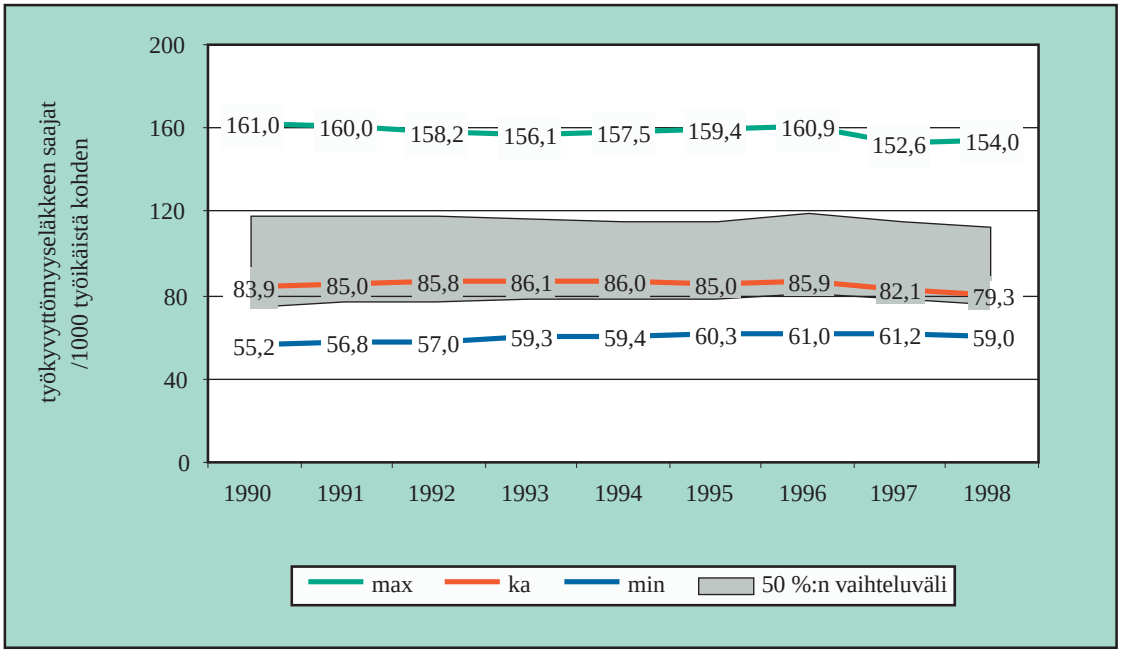
Tarkastelu kertoo 1990-luvun vammaispalvelujen rakennemuutoksesta. Laitoshuollon palvelujen käyttö on vähentynyt ja eräiden avohuollon palveluiden, kuten kuljetuspalveluiden ja henkilökohtaisen avustajan käyttö on lisääntynyt. Palvelu- ja tukiasunnoissa asuvien määrä on viime vuosina alentunut, toisaalta taas omaishoidon tukea saavien määrä on noussut.

Lisätietoja vammaishuollosta*: Kehitysvammaisten henkilöiden laitoshoito ja asumispalvelut 1997–1998.* Stakesin tilastoraportti 37/1999.

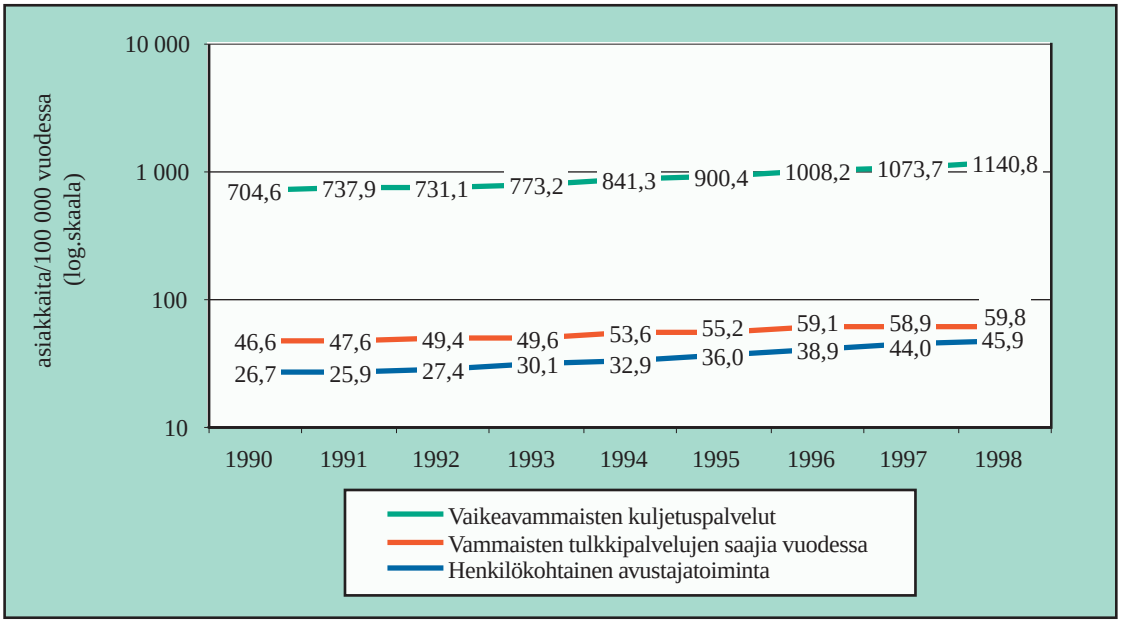
Kuvio 1. *Työkyvyttömyyseläkkeen saajia 1 000 työikäistä kohti kunnittain vuonna 1998.*
Manner-Suomen keskiarvo 79,3 saajaa/1 000 työikäistä.



Kuvio 2. *Työkyvyttömyyseläkkeen saajia 1 000 työikäistä kohti vuosina 1990–1998.* Manner-Suomen keskiarvo, kunnittainen minimi ja maksimi sekä vaihteluväli, joka kattaa 50 % kunnista*)



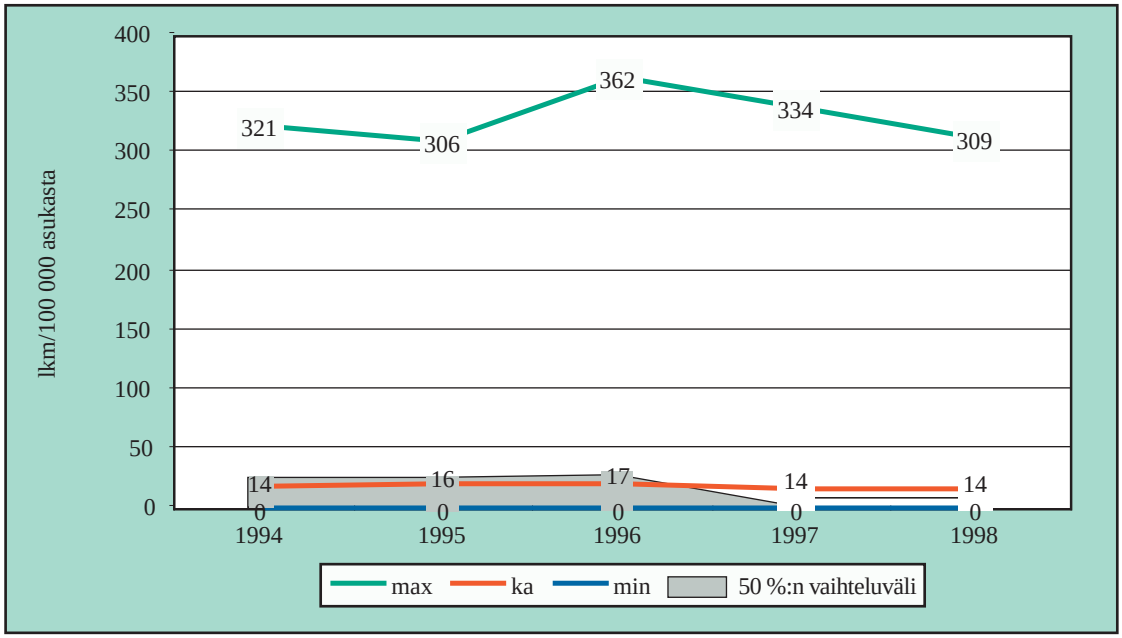
Kuvio 3. *Vammaisten osallistumista, toimintaa ja työntekoa tukevia palveluja 100 000 asukasta kohti Manner-Suomessa vuosina 1990–1998 (logaritmiskaala).*



"Nollakuntia", %	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Kuljetuspalvelut	4,5	4,5	2,3	1,6	0,7	1,4	1,4	0,7	1,1
Tulkkipalvelut	30,4	32,9	34,7	34,6	29,6	29,2	28,0	28,9	27,8
Henk.koht. avustaja	36,9	36,7	37,6	38,7	38,7	33,9	30,5	28,0	25,7

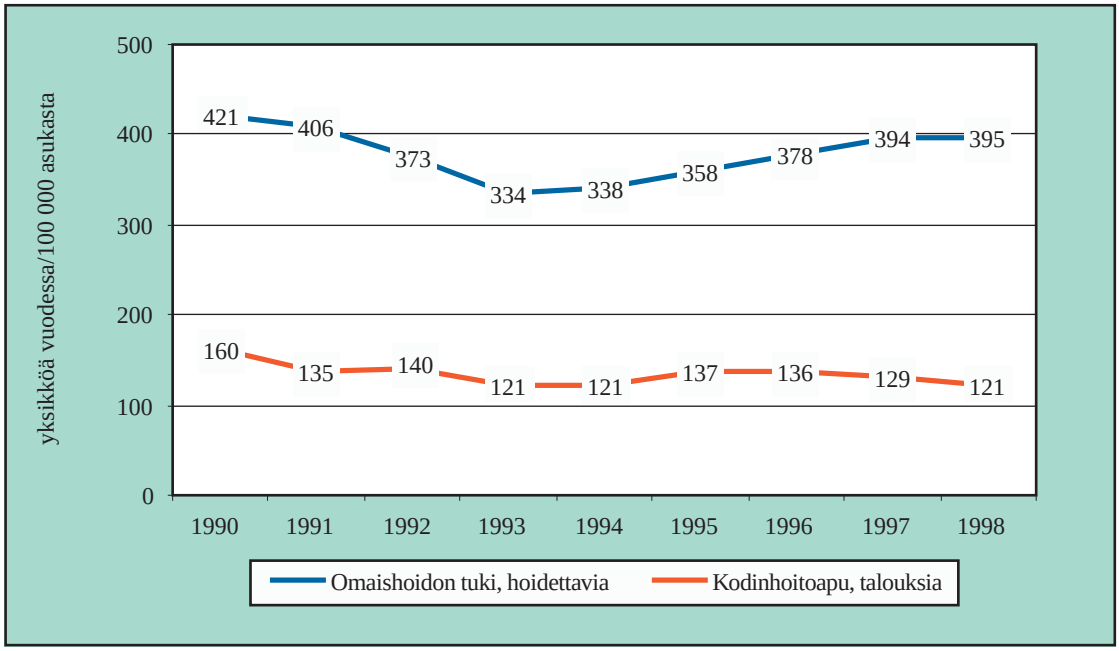
*) Minimi- ja maksimiarvojen välille jää 95 % Manner-Suomen kunnista, 50 %:n vaihteluväli kattaa I ja III kvartiilin väliin jäävät kunnat

Kuvio 4. *Palvelu- ja tukiasunnoissa vammaisia asiakkaita 100 000 asukasta kohti vuosina 1994–1998.*
Manner-Suomen keskiarvo, kunnittainen minimi ja maksimi sekä vaihteluväli, joka kattaa 50 % kunnista*)



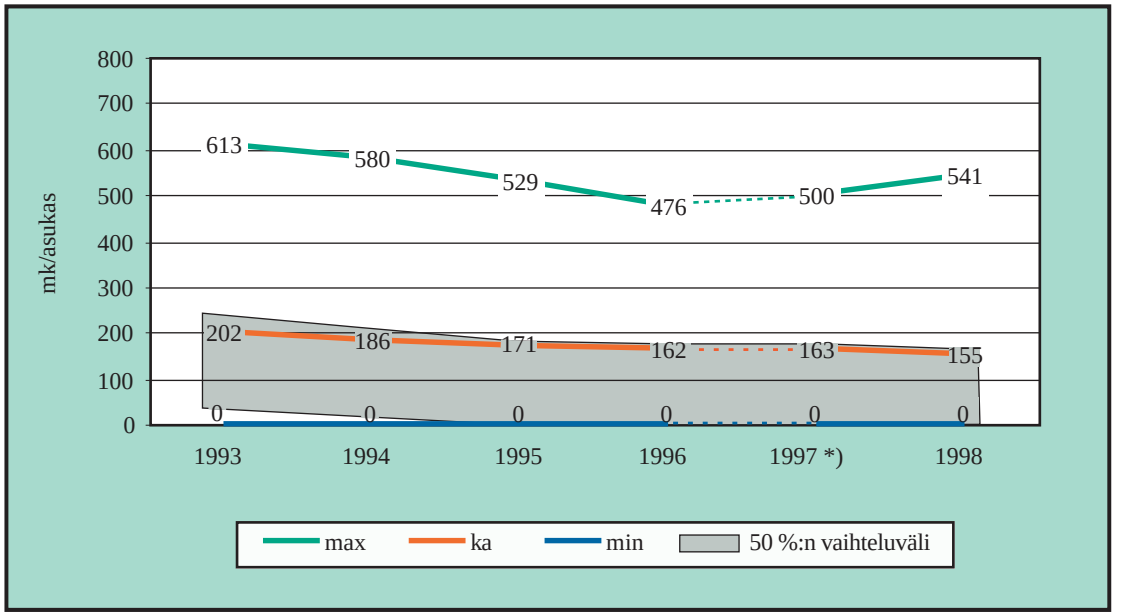
	1994	1995	1996	1997	1998
"Nollakuntia", %	62,0	61,9	59,5	75,4	77,5

Kuvio 5. *Vammaisten asumista ja hoitoa tukevia palveluja 100 000 asukasta kohti Manner-Suomessa vuosina 1990–1998.*



*) Minimi- ja maksimiarvojen välille jää 95 % Manner-Suomen kunnista, 50 %:n vaihteluväli kattaa I ja III kvartiilin väliin jäävät kunnat

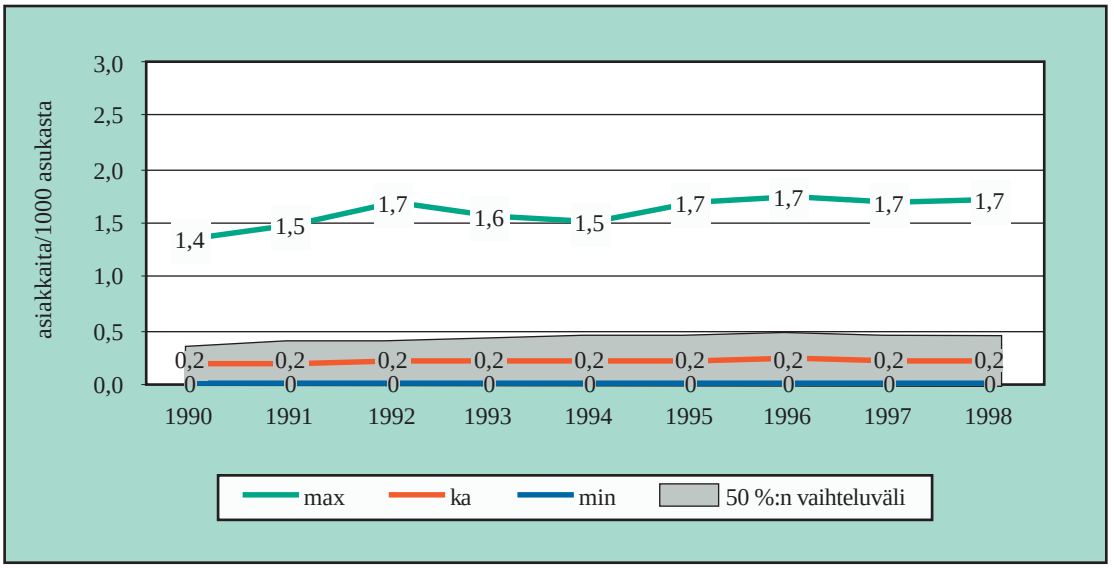
Kuvio 6. *Vammaishuollon laitospalvelun nettokustannukset mk/asukas vuosina 1993–1998 vuoden 1998 rahanarvon mukaan.*
Manner-Suomen keskiarvo, kunnittainen minimi ja maksimi sekä vaihteluväli, joka kattaa 50 % kunnista*)



* Kunnan taloustilaston uudistus 1997

	1993	1994	1995	1996	1997	1998
"Nollakuntia", %	1,8	2,7	4,3	4,6	3,7	4,1

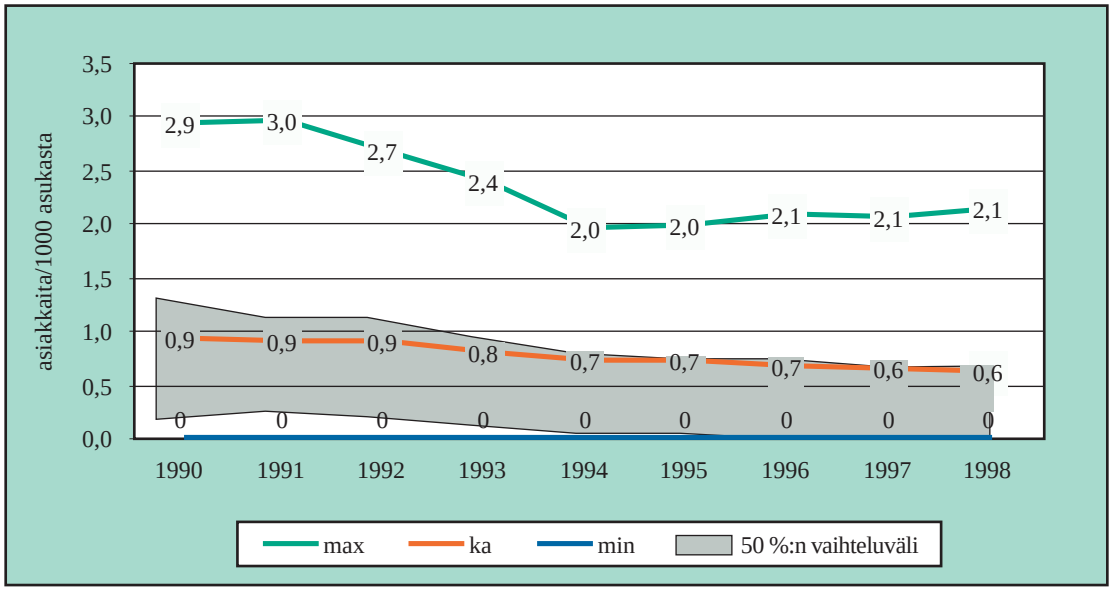
Kuvio 7. *Kehitysvammaisia asiakkaita perhehoidossa keskimäärin päivässä 1 000 asukasta kohti vuosina 1990–1998.*
Manner-Suomen keskiarvo, kunnittainen minimi ja maksimi sekä vaihteluväli, joka kattaa 50 % kunnista*)



	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
"Nollakuntia", %	35,3	31,2	30,5	28,4	31,0	30,0	28,7	31,0	29,8

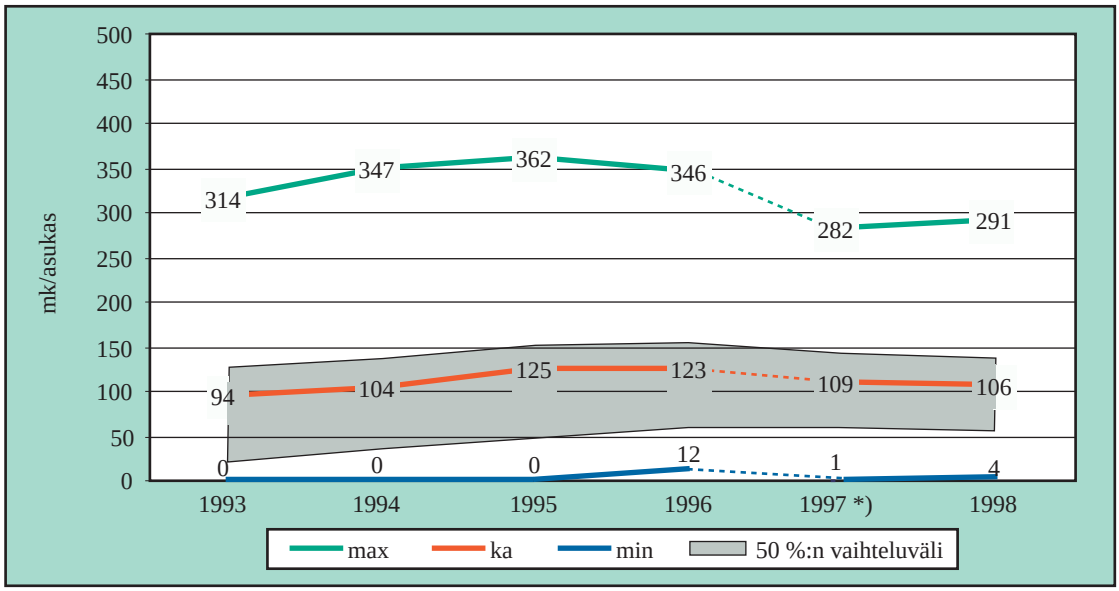
*) Minimi- ja maksimiarvojen välille jää 95 % Manner-Suomen kunnista, 50 %:n vaihteluväli kattaa I ja III kvartiilin väliin jäävät kunnat

Kuvio 8. Asiakkaita kehitysvammalaitoksissa keskimäärin päivässä 1 000 asukasta kohti vuosina 1990–1998.
Manner-Suomen keskiarvo, kunnittainen minimi ja maksimi sekä vaihteluväli, joka kattaa 50 % kunnista*)



	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
"Nollakuntia", %	9,2	9,2	7,9	6,4	5,9	4,8	5,0	4,6	5,0

Kuvio 9. Suojatyön ja kehitysvammatoiminnan nettokustannukset mk/asukas vuosina 1993–1998 vuoden 1998 rahanarvon mukaan.
Manner-Suomen keskiarvo, kunnittainen minimi ja maksimi sekä vaihteluväli, joka kattaa 50 % kunnista*)



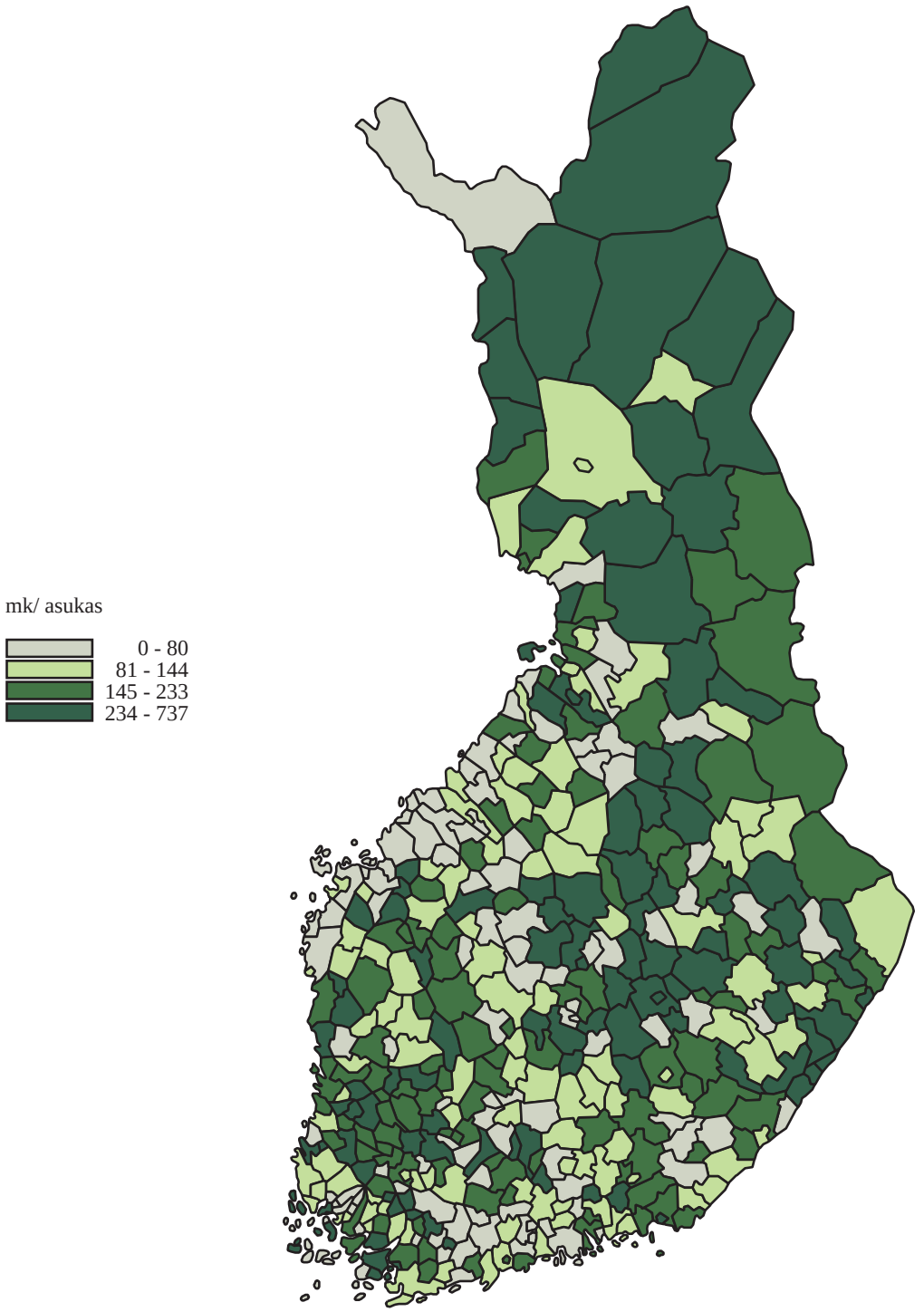
* Kunnan taloustilaston uudistus 1997

	1993	1994	1995	1996	1997	1998
"Nollakuntia", %	16,6	12,5	3,9	1,1	2,5	2,3

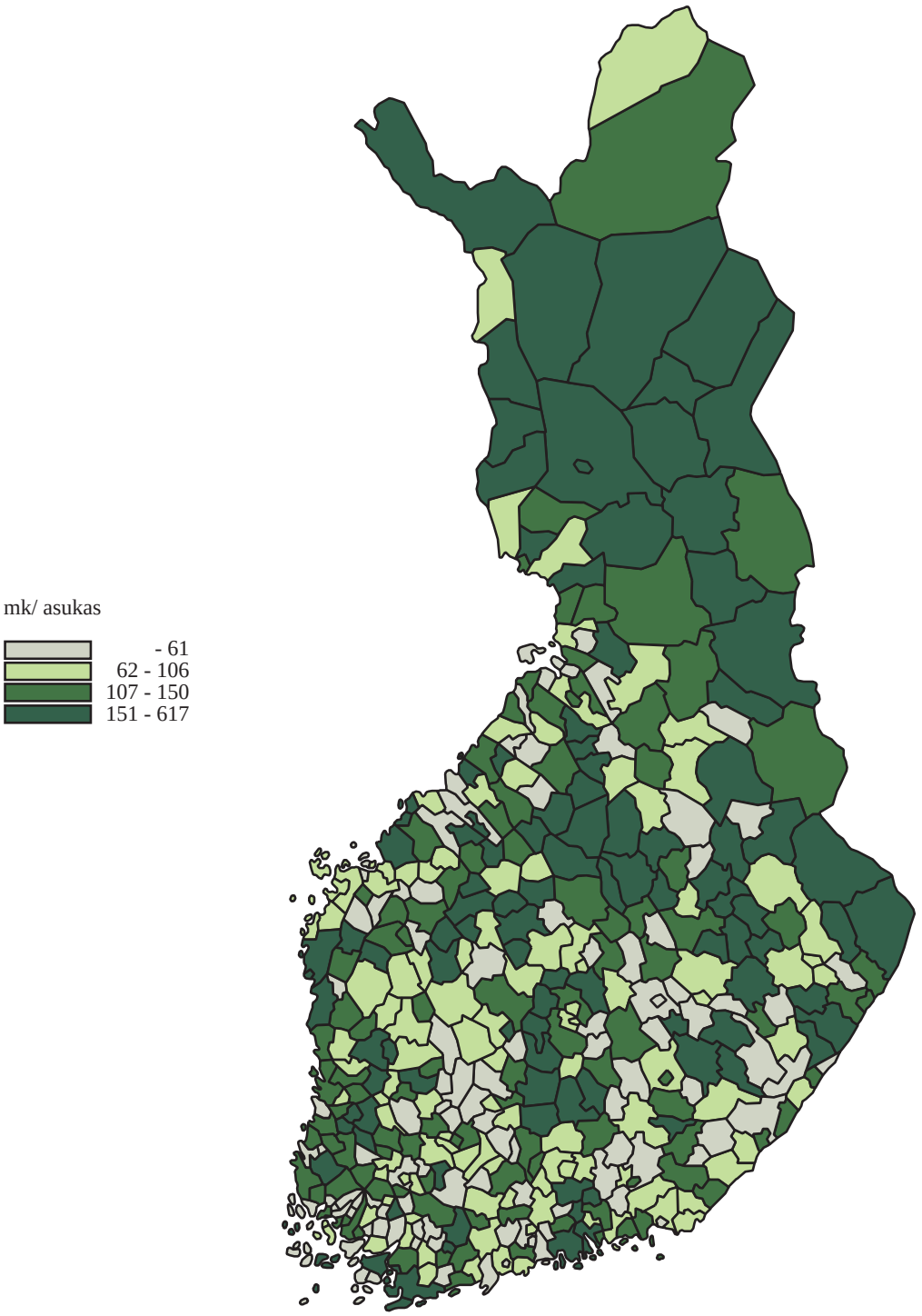
*) Minimi- ja maksimiarvojen välille jää 95 % Manner-Suomen kunnista, 50 %:n vaihteluväli kattaa I ja III kvartiilin väliin jäävät kunnat

Kuvio 10. Vammaishuollon laitospalvelun nettokustannukset kunnittain mk/asukas vuonna 1998.

Manner-Suomen keskiarvo 155 mk/asukas.



Kuvio 11. Suojatyön ja kehitysvammatoiminnan nettokustannukset kunnittain mk/asukas vuonna 1998.
Manner-Suomen keskiarvo 106 mk/asukas.



Taulu 1. *Työkyvyttömyys ja vammaisuus sekä vammaishuollon palvelut vuonna 1998.*
Työhön, toimintaan ja osallistumiseen sekä asumiseen liittyviä palveluja Manner-Suomessa, Helsingissä sekä eri tilastoalueilla.

Alue	Eläkkeet, etuudet		Työ, toiminta ja osallistuminen			Asuminen ja avopalvelut		
	Työkyvyttömyys-eläkkeen saajia /1000 työik.	Kelan vammais-etuuksien saajia /1000 as. 2)	Vaikeavamm. kuljetuspalv. saajia vuodessa /1000 as.	Vammaisten tulkkipalv. saajia vuodessa /1000 as.	Henk.koht. avust.palv. saajia vuodessa /1000 as.	Vammaist. palv. ja tuki-asuntojen asukk.31.12. /1000 as. 3)	Kodinh.apua saaneita vamm.tal. vuodessa /1000 as.	Omais-hoidon tuki, hoidett. yht. vuodessa /1000 as.
Manner-Suomi	79,30	39,10	11,40	0,60	0,46	0,14	1,21	3,95
Helsinki	60,40	27,50	27,25	0,62	0,58	0,35	3,10	3,09
Kaupunkimaiset kunnat 1)	70,65	34,91	14,20	0,70	0,46	0,17	1,17	2,94
Taajaan asutut kunnat 1)	82,62	40,30	7,72	0,48	0,46	0,08	0,79	4,05
Maaseutumaiset kunnat 1)	101,52	49,42	6,84	0,45	0,43	0,10	1,62	6,46

1) Kaupunkimaisia kuntia ovat kunnat, joiden väestöstä vähintään 90 % asuu taajamissa tai suurimman taajaman väkiluku on vähintään 15 000. Taajaan asuttuja kuntia ovat kunnat, joiden väestöstä vähintään 60 % mutta alle 90 % asuu taajamissa ja suurimman taajaman väkiluku on vähintään 4 000 mutta alle 15 000. Maaseutumaisia kuntia ovat kunnat, joiden väestöstä alle 60 % asuu taajamissa ja suurimman taajaman väkiluku on alle 15 000, sekä kunnat, joiden väestöstä vähintään 60 % mutta alle 90 % asuu taajamissa ja suurimman taajam väkiluku on alle 4 000.
2) Kelan maksamia vammaisetuuksia ovat lasten hoitotuki, vammaistuki ja eläkkeensaajien hoitotuki.
3) Muut kuin kehitysvammaiset.

Taulu 2. *Vammaishuollon laitospalvelut vuonna 1998.*
Vammaishuollon laitospalvelun kustannukset Manner-Suomessa, Helsingissä sekä eri tilastoalueilla.

Alue	Vammaishuollon laitospalvelun käyttökustannukset yhteensä mk/asukas			Rahoitus mk/asukas		
	Julkinen palvelun tuottaja	Ostot muilta	Yhteensä	Maksut	Myyntitulot	Kunnan nettokustannukset 2)
Manner-Suomi	141	17	158	1	2	155
Helsinki	142	84	227	8	7	207
Kaupunkimaiset kunnat 1)	124	25	149	2	2	145
Taajaan asutut kunnat 1)	146	7	154	0	1	152
Maaseutumaiset kunnat 1)	182	3	185	0	3	182

1) Kaupunkimaisia kuntia ovat kunnat, joiden väestöstä vähintään 90 % asuu taajamissa tai suurimman taajaman väkiluku on vähintään 15 000. Taajaan asuttuja kuntia ovat kunnat, joiden väestöstä vähintään 60 % mutta alle 90 % asuu taajamissa ja suurimman taajaman väkiluku on vähintään 4 000 mutta alle 15 000. Maaseutumaisia kuntia ovat kunnat, joiden väestöstä alle 60 % asuu taajamissa ja suurimman taajaman väkiluku on alle 15 000, sekä kunnat, joiden väestöstä vähintään 60 % mutta alle 90 % asuu taajamissa ja suurimman taajam väkiluku on alle 4 000.
2) Nettokustannukset = käyttökustannukset - käyttötuotot.

Taulu 3. *Kehitysvammaisten palvelut vuonna 1998.*
Toiminta Manner-Suomessa, Helsingissä ja eri tilastoalueilla.

Alue	Asiakkaita työ- ja toiminta-keskuksissa 31.12./1000 asukasta	Asiakkaita perhe-hoidossa 31.12./1000 asukasta	Asiakkaita asuntopalveluissa (ryhmäkodeissa) 31.12./1000 asukasta	Asiakkaita palvelu- ja tuki-asunnoissa 31.12./1000 asukasta	Asiakkaita kehitysvamma-laitoksissa 31.12./1000 asukasta
Manner-Suomi	2,01	0,25	1,02	0,22	0,61
Helsinki	0,92	0,18	0,68	0,14	0,77
Kaupunkimaiset kunnat 1)	1,43	0,20	0,85	0,14	0,59
Taajaan asutut kunnat 1)	2,24	0,26	1,12	0,27	0,57
Maaseutumaiset kunnat 1)	3,36	0,37	1,41	0,41	0,70
"Nollakuntia", %	3,67	29,80	12,16	77,50	5,00

1) Kaupunkimaisia kuntia ovat kunnat, joiden väestöstä vähintään 90 % asuu taajamissa tai suurimman taajaman väkiluku on vähintään 15 000. Taajaan asuttuja kuntia ovat kunnat, joiden väestöstä vähintään 60 % mutta alle 90 % asuu taajamissa ja suurimman taajaman väkiluku on vähintään 4 000 mutta alle 15 000. Maaseutumaisia kuntia ovat kunnat, joiden väestöstä alle 60 % asuu taajamissa ja suurimman taajaman väkiluku on alle 15 000, sekä kunnat, joiden väestöstä vähintään 60 % mutta alle 90 % asuu taajamissa ja suurimman taajaman väkiluku on alle 4 000.

5 Päihdehuolto

Alkoholi on suomalaisten valtapäihde. Tutkimusten mukaan 90 prosenttia suomalaisesta aikuisväestöstä käyttää alkoholia. Vuonna 1998 alkoholijuomien tilastoitu kulutus oli 7,1 alkoholilitraa asukasta kohti. Lapin ja Uudenmaan maakunnissa alkoholijuomia juodaan keskimäärin eniten eli yli 8 litraa asukasta kohden. Vähiten eli alle 5 litraa asukasta kohti juodaan Vaasan rannikkoseudun ja Etelä-Pohjanmaan maakunnissa. (Kuvio 1.)

Virallisen kulutustilaston ulkopuolelle jää ns. tilastoimaton alkoholin kulutus (matkailijoiden tuoma alkoholi, laillinen ja laiton kotivalmistus, salakuljetus ja korvikkeet).Tilastoimaton kulutus oli vuonna 1998 noin 2 alkoholilitraa asukasta kohti. Suomalaisten keskikulutus oli siten noin 9 alkoholilitraa asukasta kohti.

Huumeiden kokeilu ja käyttö on lisääntynyt 1990-luvulla. Huumeiden käyttö keskittyy pääkaupunkiseudulle ja suuriin kaupunkeihin. Huumeiden kokeilukäytöstä suurin osa kohdistuu kannabikseen. Vuonna 1998 noin 2,5 prosenttia suomalaisesta aikuisväestöstä oli kokeillut kannabista viimeisen vuoden aikana. Tilastollinen arvio amfetamiinin ja opiaattien käyttäjien määrästä vuonna 1997 oli noin 10 000–15 000 15–55-vuotiasta.

Päihteiden ongelmakäyttöä voidaan epäsuorasti arvioida yhteiskunnan palvelujen käytön perusteella. Vuonna 1998 alkoholin käytön vuoksi sairaaloissa hoidettiin keskimäärin 3,7 potilasta tuhatta asukasta kohden ja huumeiden ja lääkeaineiden päihdekäytön vuoksi keskimäärin 0,7. Alkoholi- ja huumesairauksien vuoksi hoidossa olevien määrä on kasvanut 1990-luvulla. Kuntien väliset erot ovat suuret. (Kuviot 4A ja 4B.) Tautiluokituksen muutos vuosina 1996 ja1997 on vaikuttanut etenkin huumediagnooseihin, joiden kasvusta lähes puolet arvioidaan johtuvan tästä. Näyttäisi siltä, että kuntien väliset erot päihteiden ongelmakäytössä olisivat jonkin verran kasvaneet.

Tautiluokituksen muutos näkyy myös alkoholi- ja huumekuolemissa, joissa mm. myrkytyskuolemien määrän väheneminen vuonna 1997 selittyy valtaosin tästä muutoksesta. Päihde-ehtoisten tapaturma- ja väkivaltakuolemien määrä kasvoi vuonna 1997. Myös alkoholisairauksiin kuolleiden määrä pysyi korkeana.

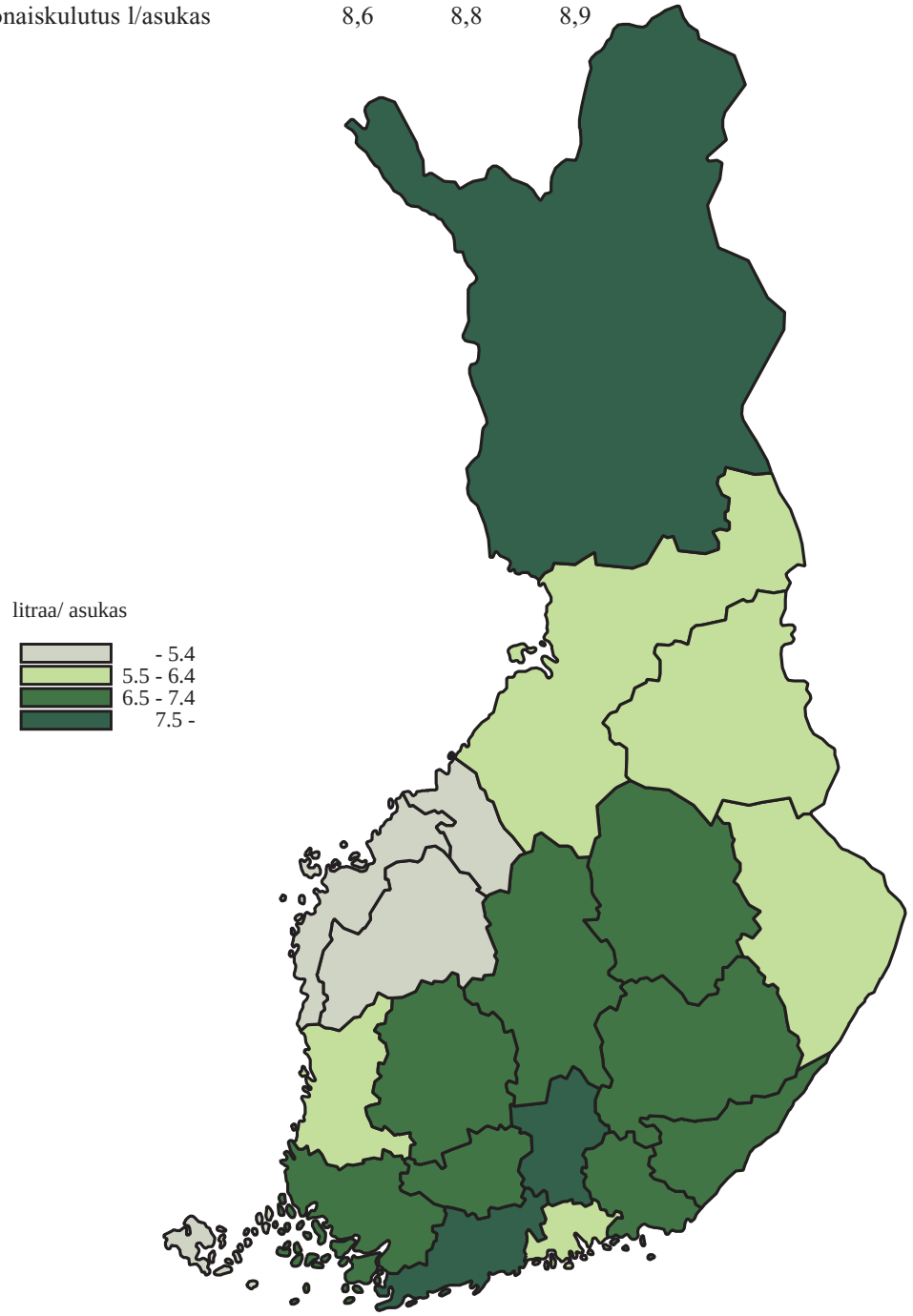
Päihdehuollon asumispalvelujen asiakasmäärät ovat 1990-luvulla keskimäärin hieman vähentyneet (Kuvio 5) samoin kuin päihdehuollon kuntoutuslaitosten asiakasmäärät. (Kuvio 6.) Kuntien väliset vaihtelut ovat suuret. Vuonna 1998 kunnista 74 prosentilla ei ollut asumispalveluita ja 22,2 prosentilla ei ollut päihde-

huollon kuntoutuspalveluita. Kuntien päihdehuollon nettomenot asukasta kohti ovat keskimäärin hieman vähentyneet vuoden 1996 jälkeen. (Kuvio 7.) Päihdehuollon palvelut keskittyvät voimakkaasti kaupunkimaisiin kuntiin. (Taulu 1.)

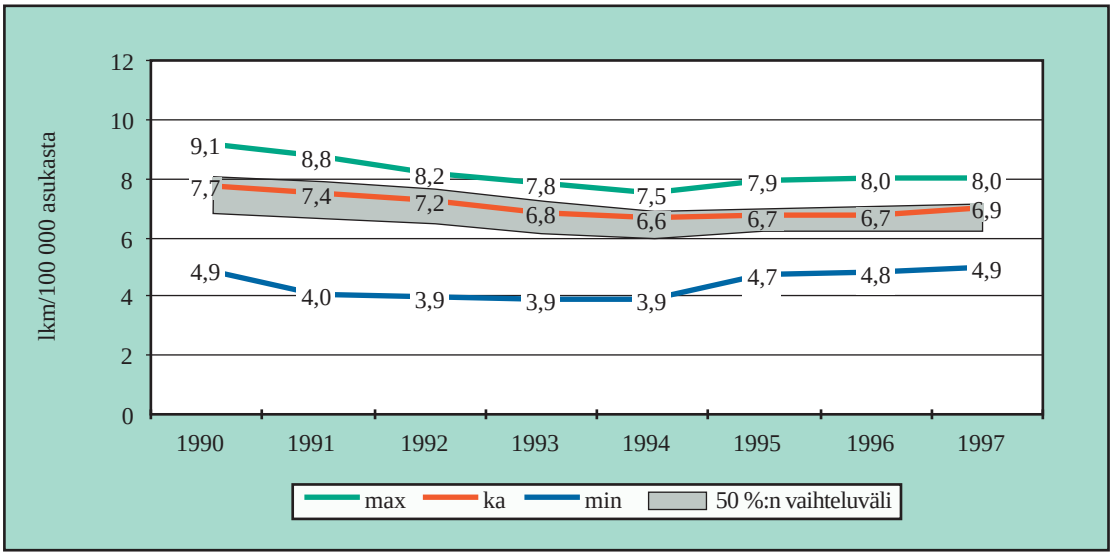
Lisätietoja päihteistä: *Päihdetilastollinen vuosikirja 1999, alkoholi ja huumeet*. Stakes, SVT Sosiaaliturva 1999:2.

Kuvio 1. Alkoholijuomien tilastoitu kulutus maakunnittain 100 % alkoholina asukasta kohti vuonna 1997.

Kokonaiskulutus asukasta kohden	1996	1997	1998
Tilastoitu kulutus l/asukas	6,7	6,9	7,1
Tilastoimaton kulutus l/asukas	1,9	1,9	1,8
Kokonaiskulutus l/asukas	8,6	8,8	8,9

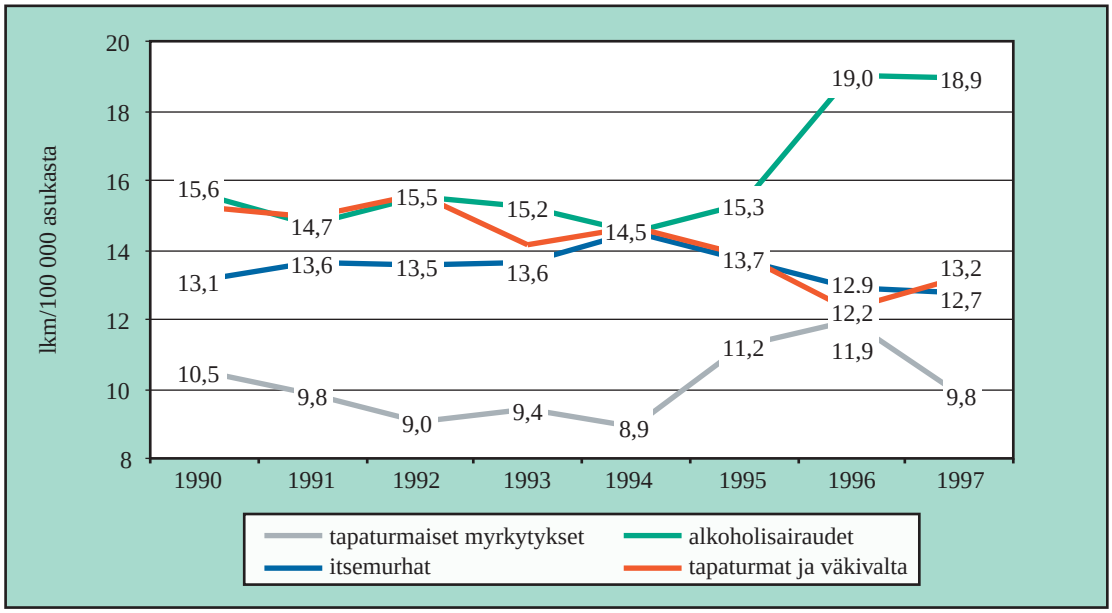


Kuvio 2. *Alkoholin tilastoitu kulutus 100 % alkoholina, litraa/asukas vuosina 1990–1997.* Manner-Suomen keskiarvo, maakunnittainen minimi ja maksimi sekä vaihteluväli, joka kattaa 50 % maakunnista*)



	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
“Nollakuntia”, %	4,3	3,4	1,8	0,9	0,7	0,9	1,8	1,8

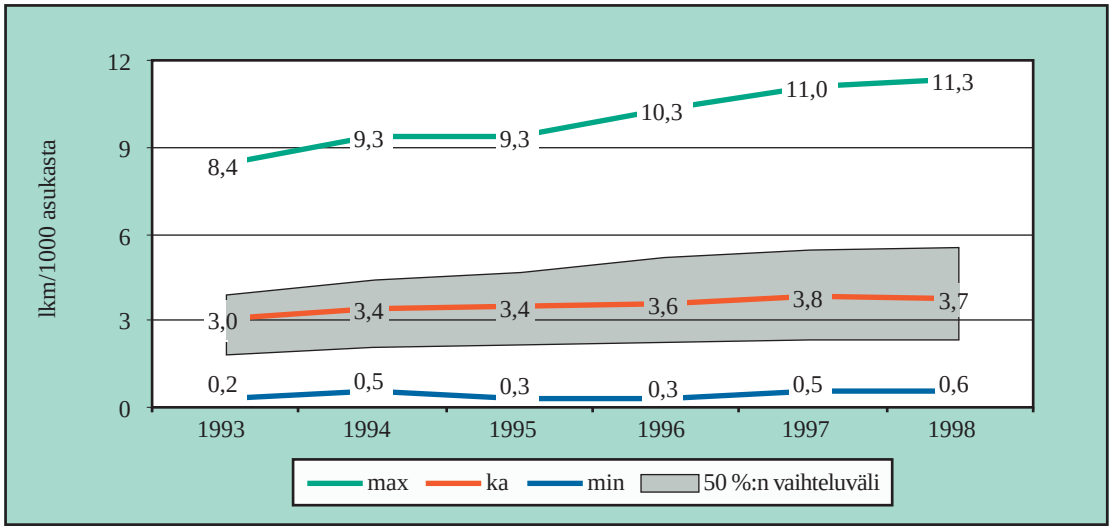
Kuvio 3. *Päihde-ehtoiset kuolemantapaukset peruskuolinsyyn mukaan koko maassa 100 000 asukasta kohti vuosina 1990–1997.*



*) Minimi- ja maksimiarvojen välille jää 95 % Manner-Suomen maakunnista, 50 %:n vaihteluväli kattaa I ja III kvartiilin väliin jäävät maakunnat

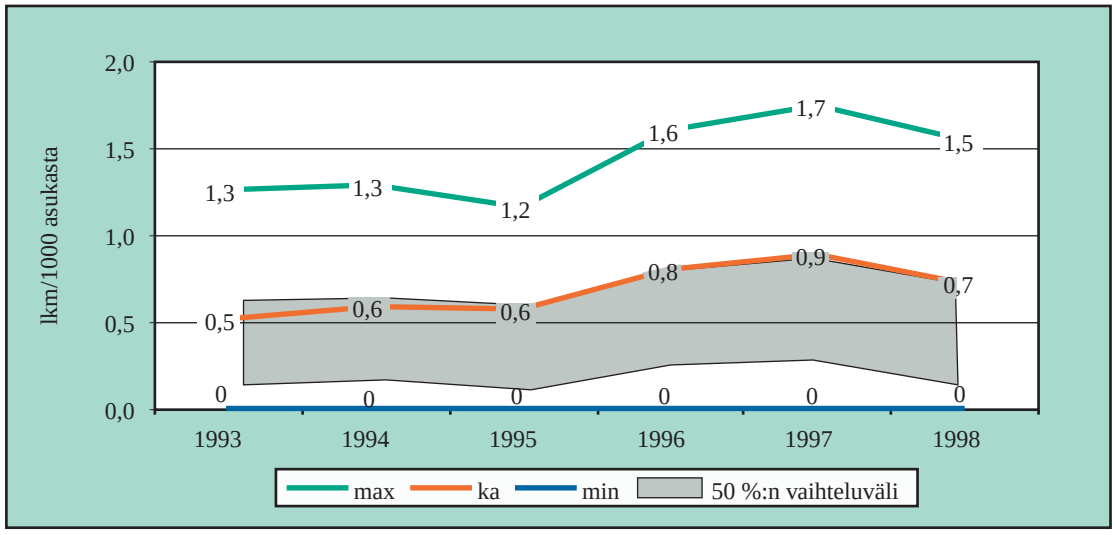
Kuvio 4. *Alkoholin ja huumeiden käytön vuoksi hoidettujen potilaiden lukumäärä 1 000 asukasta kohti vuosina 1993–1998.*
Manner-Suomen keskiarvo, kunnittainen minimi ja maksimi sekä vaihteluväli, joka kattaa 50 % kunnista*)

A. Alkoholin vuoksi hoidetut



	1993	1994	1995	1996	1997	1998
"Nollakuntia", %	1,8	1,4	1,1	0,7	0,9	0,7

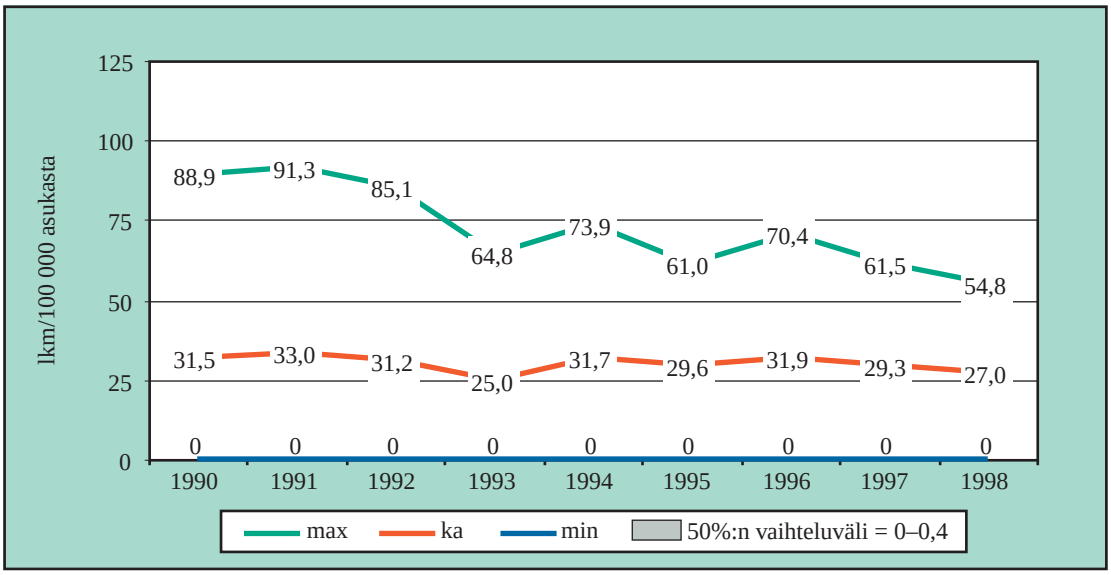
B. Huumeiden vuoksi hoidetut



	1993	1994	1995	1996	1997	1998
"Nollakuntia", %	24,6	24,1	24,1	19,1	18,6	24,5

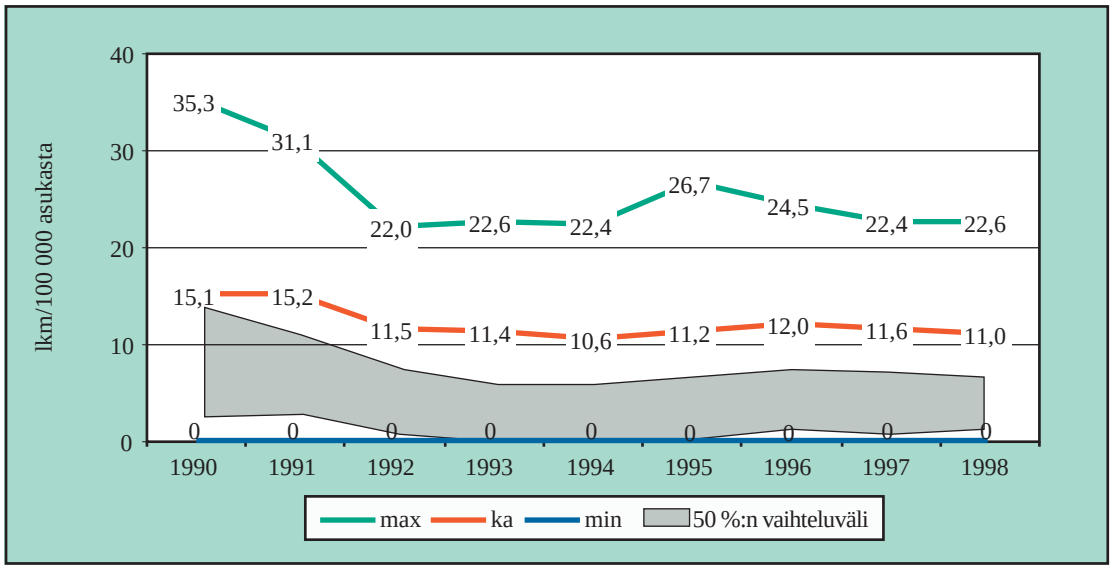
*) Minimi- ja maksimiarvojen välille jää 95 % Manner-Suomen kunnista, 50 %:n vaihteluväli kattaa I ja III kvartiilin väliin jäävät kunnat

Kuvio 5. *Asiakkaita päihdehuollon asumispalveluissa keskimäärin päivässä 100 000 asukasta kohti vuosina 1990–1998.*
Manner-Suomen keskiarvo, kunnittainen minimi ja maksimi sekä vaihteluväli, joka kattaa 50 % kunnista*)



	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
"Nollakuntia", %	73,4	75,9	77,5	75,9	76,1	73,1	72,4	74,1	74,1

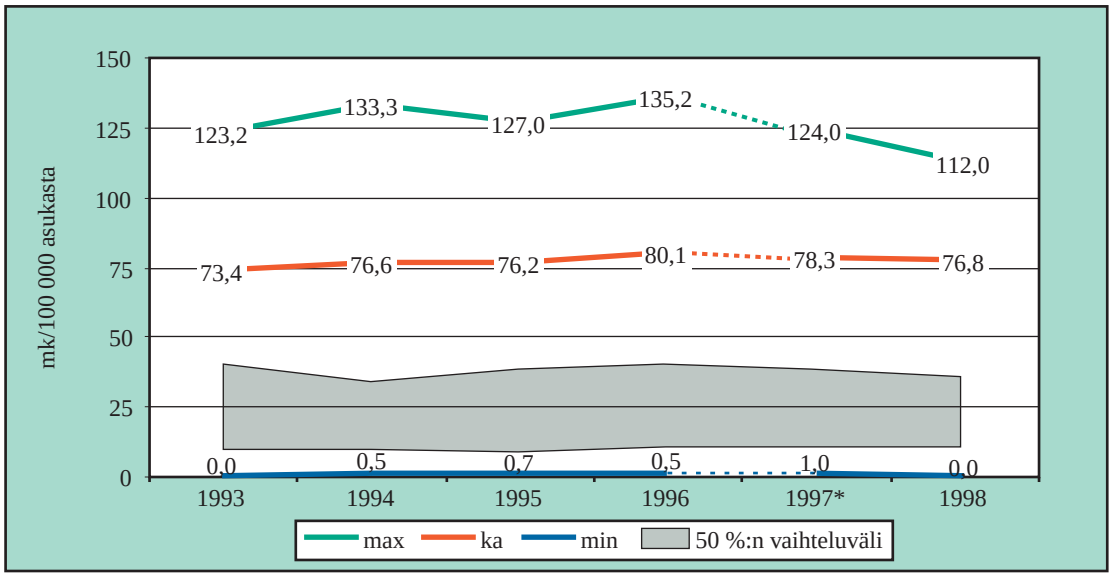
Kuvio 6. *Asiakkaita päihdehuollon kuntoutuslaitoksissa keskimäärin päivässä 100 000 asukasta kohti vuosina 1990–1998.*
Manner-Suomen keskiarvo, kunnittainen minimi ja maksimi sekä vaihteluväli, joka kattaa 50 % kunnista*)



	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
"Nollakuntia", %	16,4	16,7	23,2	27,6	29,2	25,5	22,1	22,2	22,2

*) Minimi- ja maksimiarvojen välille jää 95 % Manner-Suomen kunnista, 50 %:n vaihteluväli kattaa I ja III kvartiilin väliin jäävät kunnat

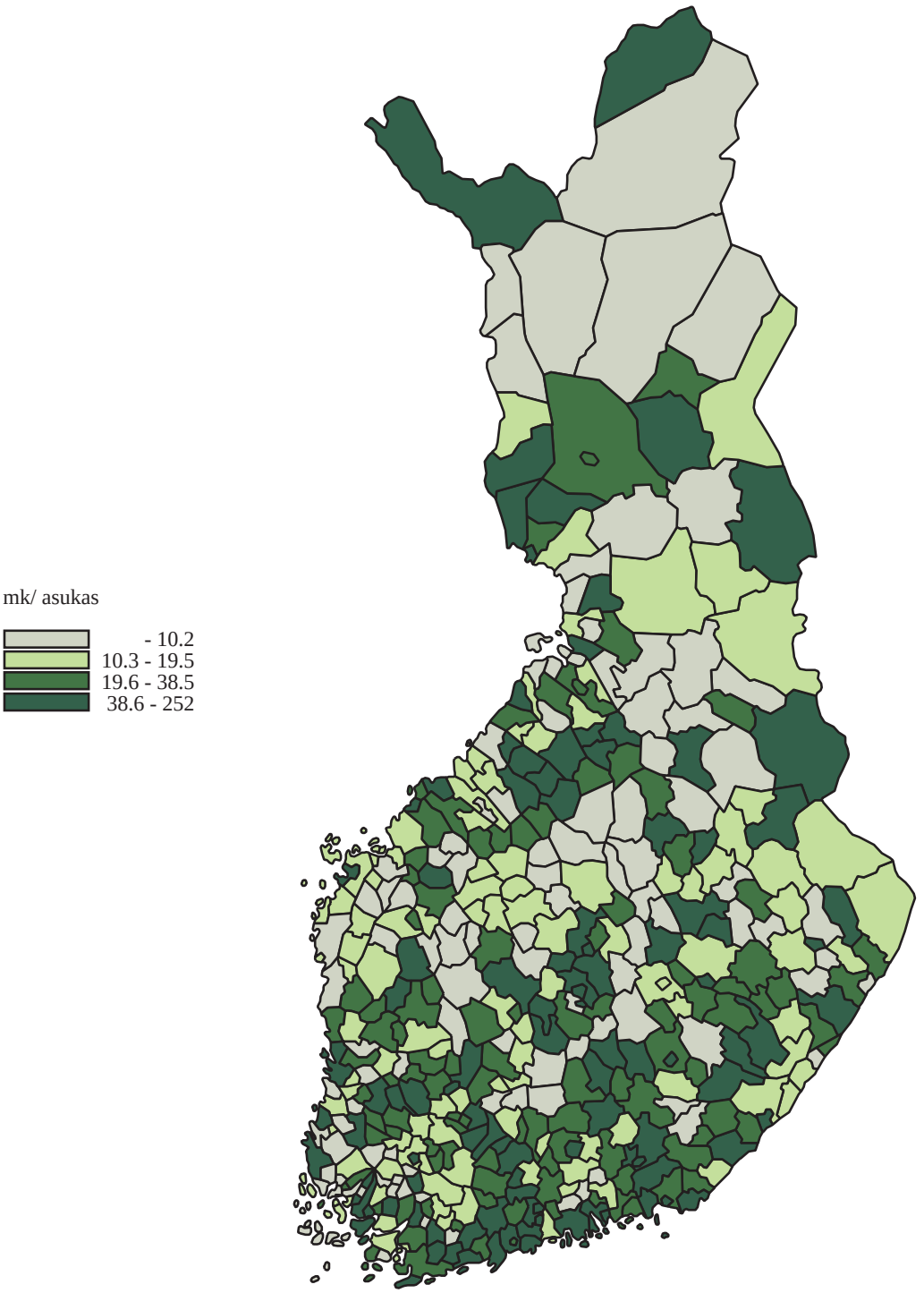
Kuvio 7. *Päihdehuollon nettokustannukset mk/asukas vuosina 1993–1998 vuoden 1998 rahanarvon mukaan.*
Manner-Suomen keskiarvo, kunnittainen minimi ja maksimi sekä vaihteluväli, joka kattaa 50 % kunnista*)



	1993	1994	1995	1996	1997	1998
"Nollakuntia", %	1,8	2,3	1,8	2,1	3,7	1,4

*) Minimi- ja maksimiarvojen välille jää 95 % Manner-Suomen kunnista, 50 %:n vaihteluväli kattaa I ja III kvartiilin väliin jäävät kunnat

Kuvio 8. Päihdehuollon nettokustannukset kunnittain mk/asukas vuonna 1998.
Manner-Suomen keskiarvo 77 mk/asukas.



Taulu 1. Päihdehuolto vuonna 1998.

Toiminta, kustannukset ja rahoitus Manner-Suomessa, Helsingissä ja eri tilastoalueilla 100 000 asukasta kohti.

Alue	Asiakkaita keskimäärin 100 000 asukasta kohden							Käyttökustannukset yhteensä mk/asukas			Rahoitus mk/asukas		
	Päihdehuolto, avohoito 100 000 asukasta 2)	Päihdehuolto, laitoshoito 100 000 asukasta			Päihdehuolto, asumispalvelut 100 000 asukasta								
	A-klinikat ja vastaavat	Katkaisu-hoitoasemat	Kuntoutus-laitokset	Yhteensä	Asumispalvelu-yksiköt	Ensi-suojat	Yhteensä	Julkinen palv.tuott.	Ostot muilta	Yhteensä	Maksut	Myyntitulot	Kunnan maksuosuus 3)
Manner-Suomi	27,69	4,94	11,04	15,98	26,95	3,75	30,70	87	29	116	5	2	77
Helsinki	47,30	12,51	22,56	35,07	48,33	0,00	48,33	207	70	277	12	1	189
				0,00									
Kaupunkimaiset kunnat 1)	37,75	7,46	14,66	22,12	42,08	6,17	48,25	123	42	165	7	2	109
Taajaan asutut kunnat 1)	17,37	1,64	7,06	8,70	5,07	0,19	5,26	45	15	60	1	2	39
Maaseutumaiset kunnat 1)	8,86	0,77	4,47	5,24	3,35	0,00	3,35	23	7	30	1	0	19

1) Kaupunkimaisia kuntia ovat kunnat, joiden väestöstä vähintään 90 % asuu taajamissa tai suurimman taajaman väkiluku on vähintään 15 000. Taajaan asuttuja kuntia ovat kunnat, joiden väestöstä vähintään 60 % mutta alle 90 % asuu taajamissa ja suurimman taajaman väkiluku on vähintään 4 000 mutta alle 15 000. Maaseutumaisia kuntia ovat kunnat, joiden väestöstä alle 60 % asuu taajamissa ja suurimman taajaman väkiluku on alle 15 000, sekä kunnat, joiden väestöstä vähintään 60 % mutta alle 90 % asuu taajamissa ja suurimman taajam väkiluku on alle 4 000.

2) Avohoitokäyntien perusteella lasketut asiakasmäärät on suhteutettu arkipäivää kohti (260 päivää). Edellisestä julkaisusta poiketen asukasmäärissä ovat mukana myös kunnat, joissa 0 asiakasta.

3) Nettokustannukset = käyttökustannukset - käyttötuotot.

6 Perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoito

Käynnit perusterveydenhuollon lääkärillä ovat pysyneet jokseenkin ennallaan vuosina 1996–1998: keskimäärin 2,1 käyntiä asukasta kohden vuodessa. Erot kunnasta toiseen ovat hieman supistuneet, mutta edelleen suuret; enimmillään 3,1 käyntiä, vähimmillään 1,5 käyntiä vuodessa. (Kuvio 1.) Maaseutumaisissa kunnissa lääkärin vastaanotolla käydään vuoden mittaan useammin kuin kaupungeissa. Myös kotisairaanhoito ja mielenterveystyö vaihtelee samansuuntaisesti. (Taulu 1.)

Kansaneläkelaitoksen korvaamien yksityislääkärikäyntien määrä on pysynyt vuosina 1994–1998 jotakuinkin vakiona lamavuosien laskukauden jälkeen. (Kuvio 2.) Avohoitokäynnit erikoissairaanhoidossa lisääntyivät hieman vuosina 1995 ja 1996, mutta ovat sittemmin vakiintuneet tasolle 1,2 käyntiä asukasta kohti vuodessa. Kuntien väliset erot ovat hieman kaventuneet, mutta vaihteluväli on edelleen 0,6–1,6 käyntiä vuodessa. (Kuvio 3.) Jos perusterveydenhuollon käyttö on yleisempää maaseudulla kuin kaupungissa, niin erikoisairaanhoidon avohoitopalveluja käytetään useammin kaupungeissa. Psykiatria, sisätaudit ja kirurgia ovat yleisimmät erikoissairaanhoidon avopalveluiden alat. (Taulu 2.)

Terveyskeskussairaaloissa hoidettujen potilaiden määrässä nähdään vuotuista nousua jaksolla 1994–1998 (Kuvio 4), kun taas erikoissairaanhoidossa vuodepotilaiden määrä on ollut lähes muuttumaton vuodesta 1995. (Kuvio 5.) Erikoissairaanhoidon käytön vaihtelu kunnasta toiseen on kuitenkin supistumaan päin siinä mielessä, että ne kunnat, joissa erikoissairaanhoitoa on käytetty vähän ovat lähestyneet keskitasoa. Pitkät hoitojaksot ovat vähentyneet psykiatriassa ja somaattisessa erikoissairaanhoidossa, kun taas yleislääketieteen erikoisalalla niiden määrä on säilynyt vakaana koko 1990-luvun. (Kuvio 6.) Yli 30 vrk:n pituisten hoitojaksojen suhteellinen osuus on edelleen korkea psykiatriassa ja yleislääketieteessä, erityisesti terveyskeskussairaaloissa.

Kunnallisissa sairaaloissa hoidossa olleiden potilaiden osuus väestöstä ei somaattisilla erikoisaloilla juuri vaihtele kuntamuodon mukaan. Sen sijaan vaihtelu on merkittävää yleislääketieteessä, jossa maaseutumaissa kunnissa on huomattavasti enemmän potilaita väestömäärään nähden kuin kaupunkimaissa kunnissa. Psykiatriassa tilanne on taas päinvastainen. (Taulu 3.)

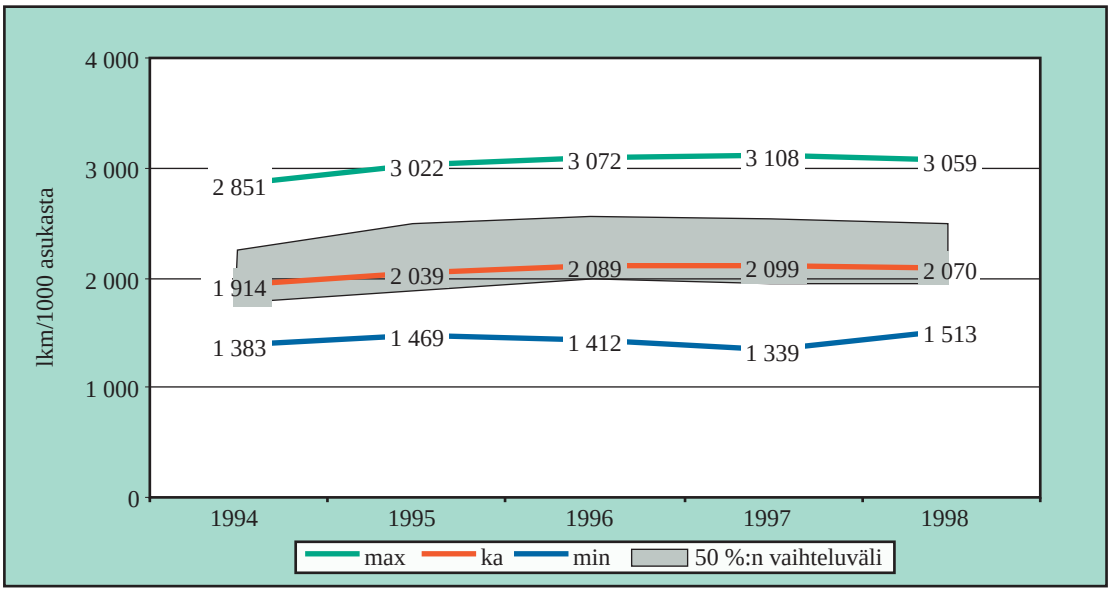
Perusterveydenhuollon keskimääräiset nettokustannukset asukasta kohti ovat vuoden 1996 jälkeen palanneet sitä edeltäneelle tasolle. Kuntien väliset kustannuserot ovat edelleen yli kolminkertaiset. (Kuvio 7.) Terveyskeskuksissa annetta-

van suun terveydenhuollon kustannuskehitys on ollut viime vuosina lähes muuttumatonta. (Kuvio 8.) Erikoissairaanhoidon kustannukset ovat lamavuosien jälkeen kääntyneet hienoiseen nousuun samoin kuin perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteenlasketut kustannukset. (Kuviot 9 ja 10.) Kuntien välinen vaihtelu on edelleen suurta. Terveydenhuollon nettokustannukset vaihtelevat siten, että ne pyrkivät olemaan korkeampia maan itä- ja pohjoisosissa.

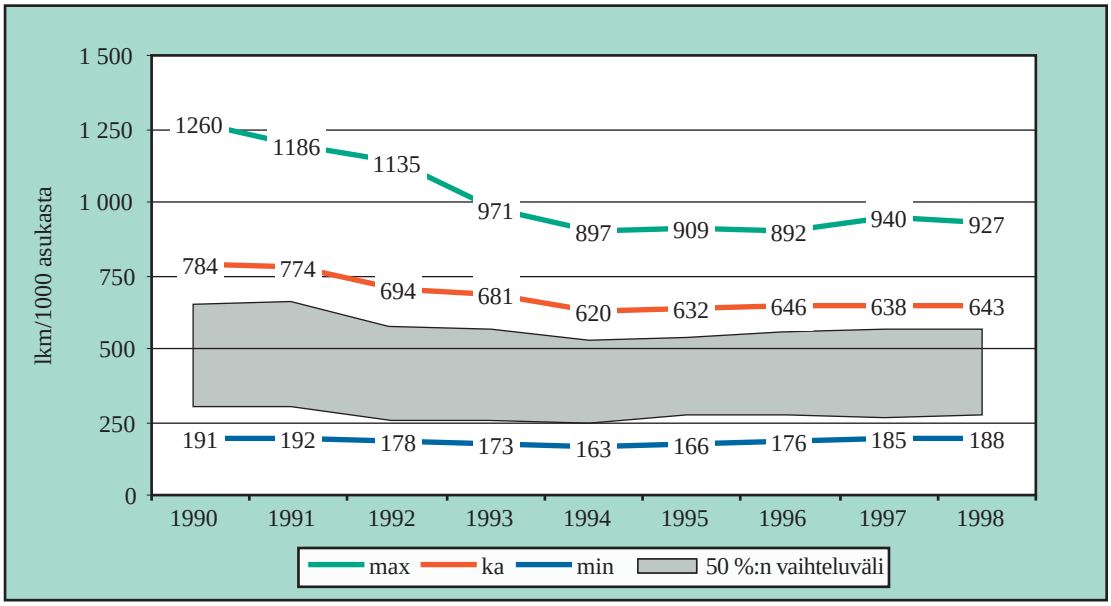
Kustannukset vaihtelevat myös kunnan taajama-asteen mukaan. Terveydenhuollon käyttökustannukset ovat maaseutumaissa kunnissa jonkin verran korkeammat kuin kaupunkimaisissa kunnissa, mutta kustannusrakenne eroaa siten, että kaupunkimaissa kunnissa painottuu erikoissairaanhoito, maaseutumaisissa kunnissa taas perusterveydenhuolto. (Taulu 5.)

Lisätietoja terveydenhuollosta: *Perusterveydenhuollon toimintatilasto 1994–1998, Erikoissairaanhoidon toimintatilasto 1994–1998.*

Kuvio 1. *Perusterveydenhuollon lääkärin avohoitokäynnit 1 000 asukasta kohti vuosina 1994–1998.*
Manner-Suomen keskiarvo, kunnittainen minimi ja maksimi sekä vaihteluväli, joka kattaa 50 % kunnista*)

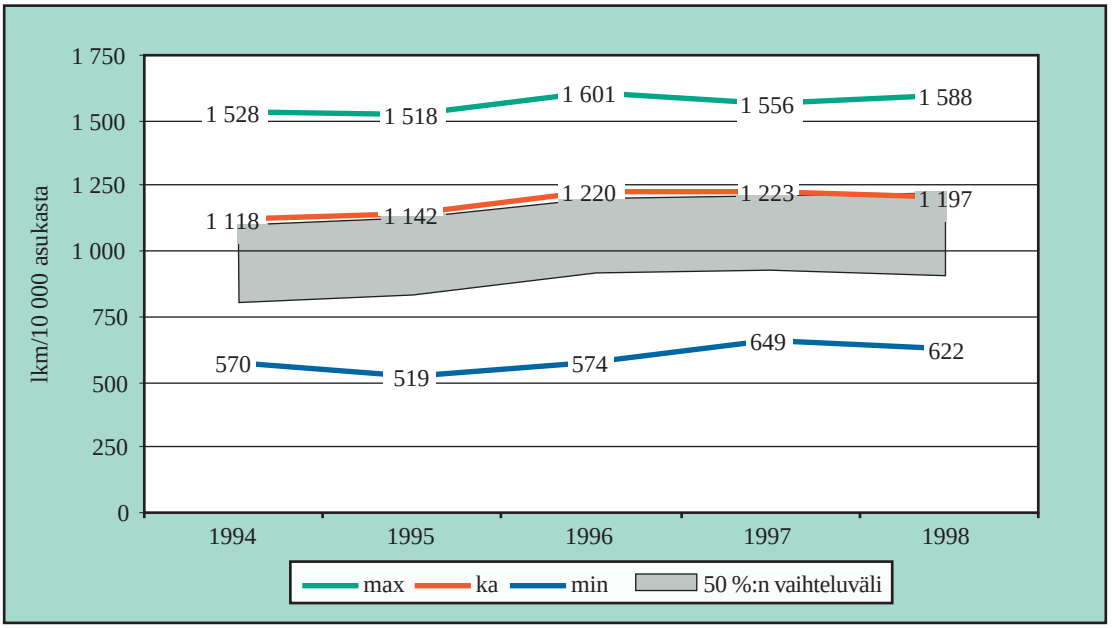


Kuvio 2. *Kelan korvaamat yksityisen lääkärin palvelun käynnit 1 000 asukasta kohti vuosina 1990–1998.*
Manner-Suomen keskiarvo, kunnittainen minimi ja maksimi sekä vaihteluväli, joka kattaa 50 % kunnista*)

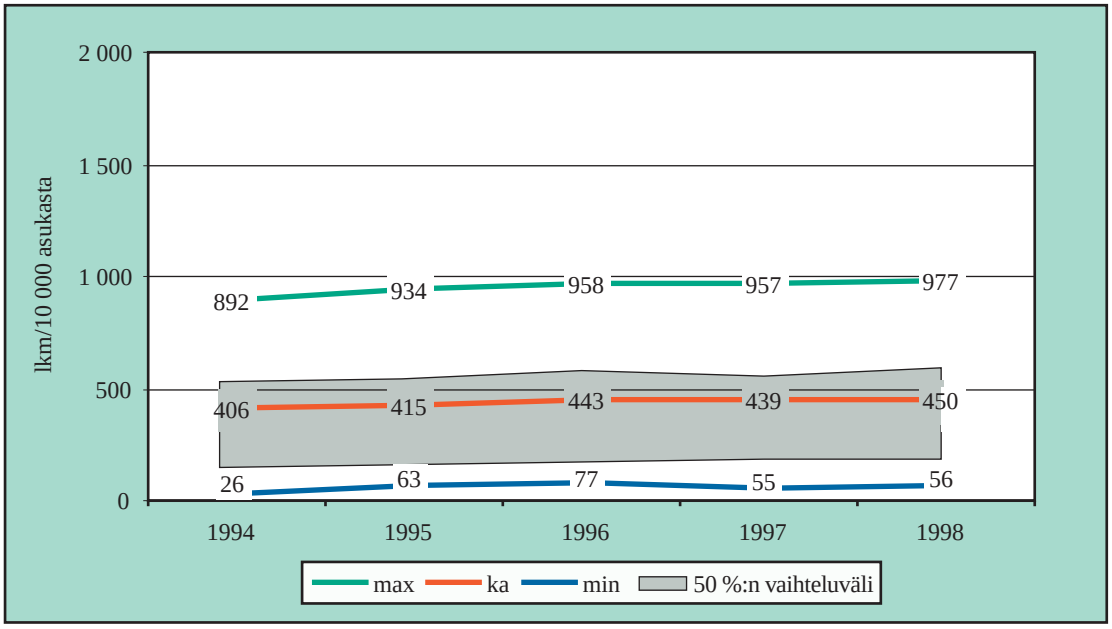


*) Minimi- ja maksimiarvojen välille jää 95 % Manner-Suomen kunnista, 50 %:n vaihteluväli kattaa I ja III kvartiilin väliin jäävät kunnat

Kuvio 3. *Erikoissairaanhoidon avohoitokäynnit 1 000 asukasta kohti vuosina 1994–1998.*
Manner-Suomen keskiarvo, kunnittainen minimi ja maksimi sekä vaihteluväli, joka kattaa 50 % kunnista*)

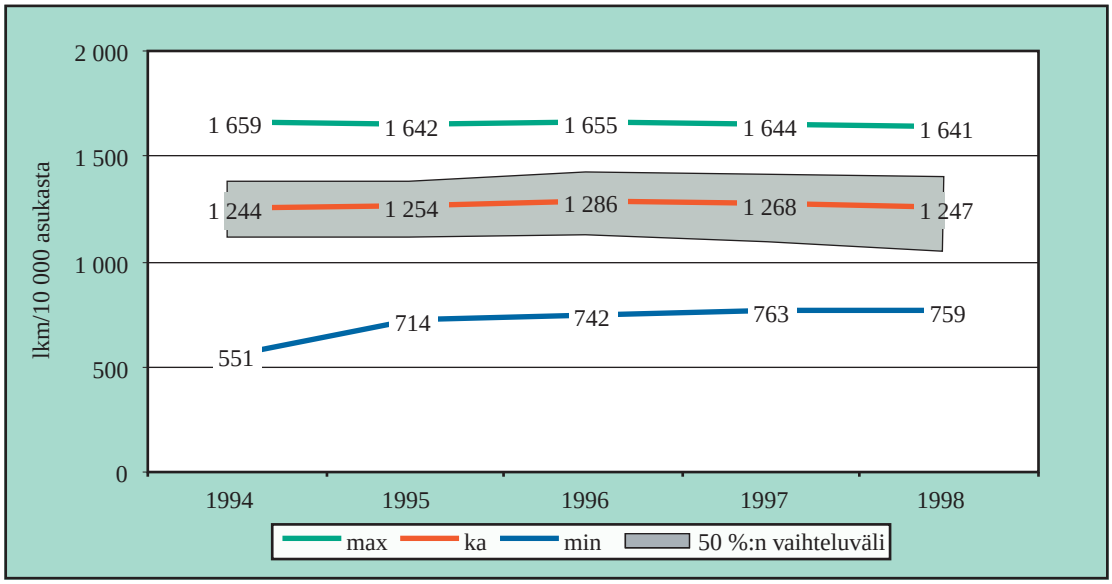


Kuvio 4. *Terveyskeskussairaaloissa vuoden aikana hoidossa olleet potilaat 10 000 asukasta kohti vuosina 1994–1998.*
Manner-Suomen keskiarvo, kunnittainen minimi ja maksimi sekä vaihteluväli, joka kattaa 50 % kunnista*)

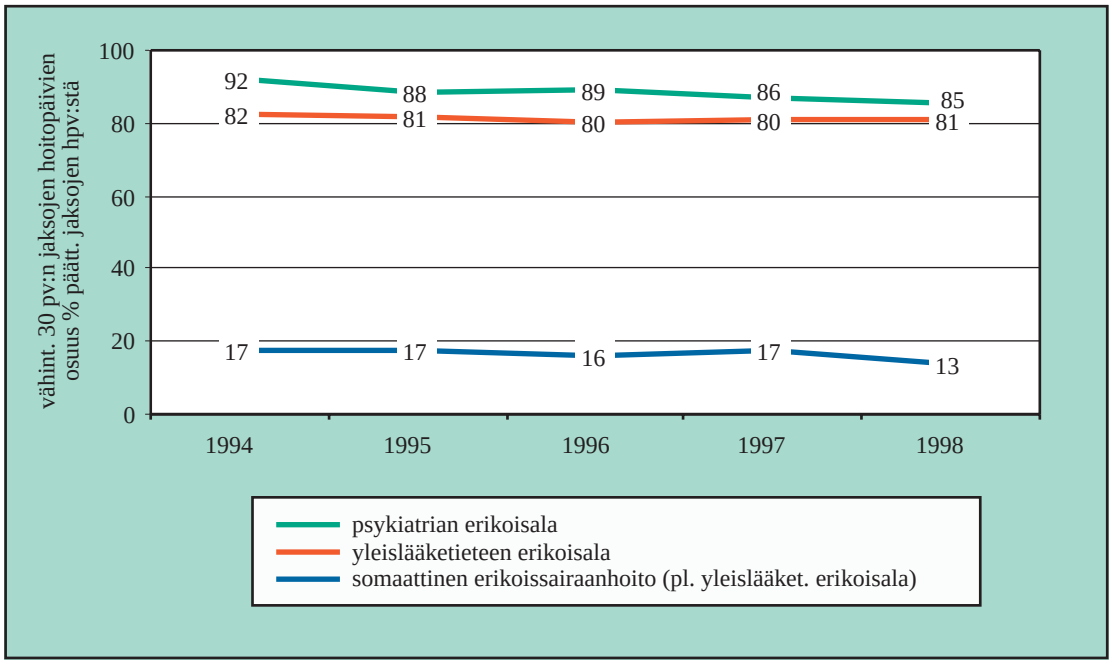


*) Minimi- ja maksimiarvojen välille jää 95 % Manner-Suomen kunnista, 50 %:n vaihteluväli kattaa I ja III kvartiilin väliin jäävät kunnat

Kuvio 5. *Erikoissairaanhoidossa vuoden aikana hoidossa olleet sairaalapotilaat 10 000 asukasta kohti vuosina 1994–1998.*
Manner-Suomen keskiarvo, kunnittainen minimi ja maksimi sekä vaihteluväli, joka kattaa 50 % kunnista*)

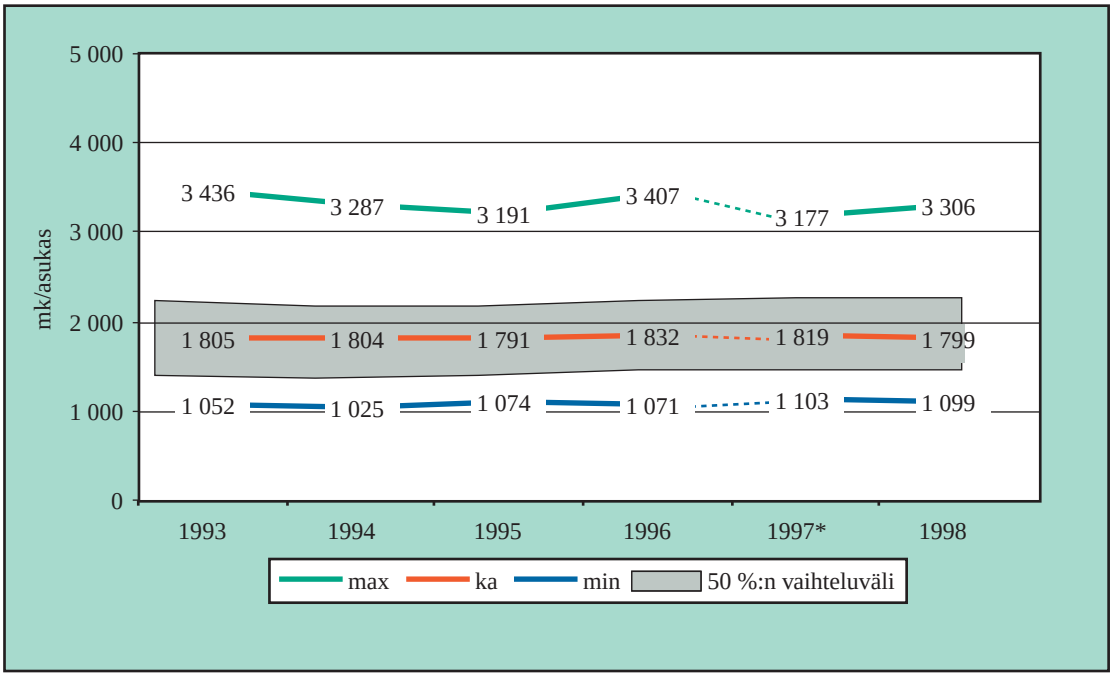


Kuvio 6. *Pitkien hoitojaksojen (> = 30 hpv) hoitopäivien prosenttiosuus päättyneiden sairaalajaksojen hoitopäivistä erikoisaloittain vuosina 1994–1998 Manner-Suomessa.*



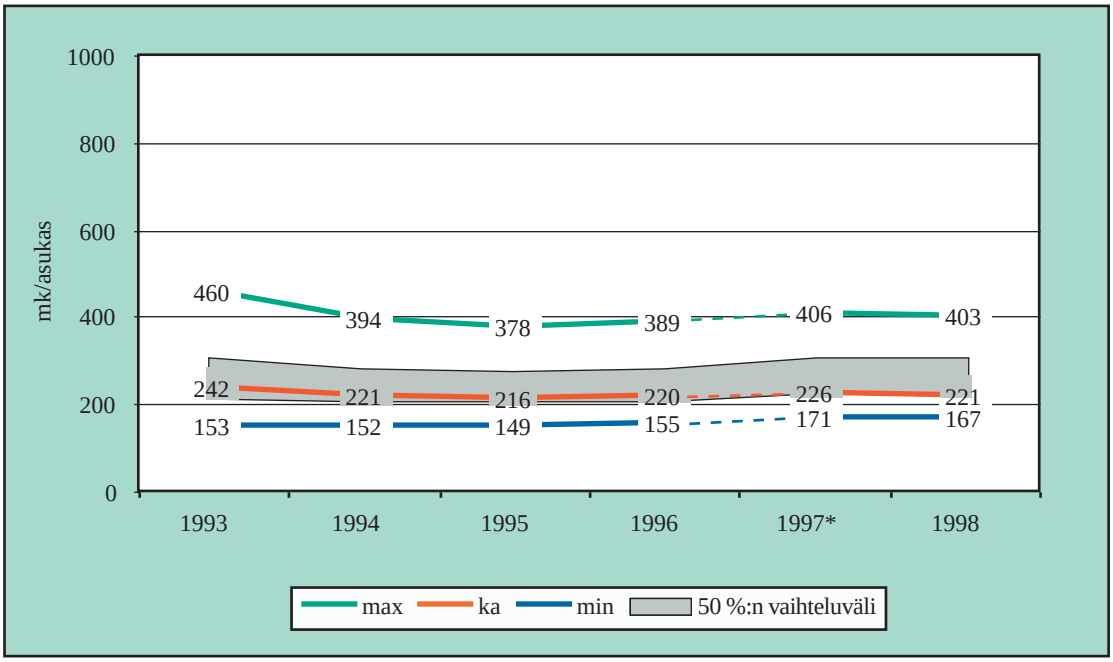
*) Minimi- ja maksimiarvojen välille jää 95 % Manner-Suomen kunnista, 50 %:n vaihteluväli kattaa I ja III kvartiilin väliin jäävät kunnat

Kuvio 7. *Perusterveydenhuollon (pl. hammashuolto) nettokustannukset mk/asukas vuosina 1993–1998 vuoden 1998 rahanarvon mukaan.*
Manner-Suomen keskiarvo, kunnittainen minimi ja maksimi sekä vaihteluväli, joka kattaa 50 % kunnista*)



* Kunnan taloustilaston uudistus 1997

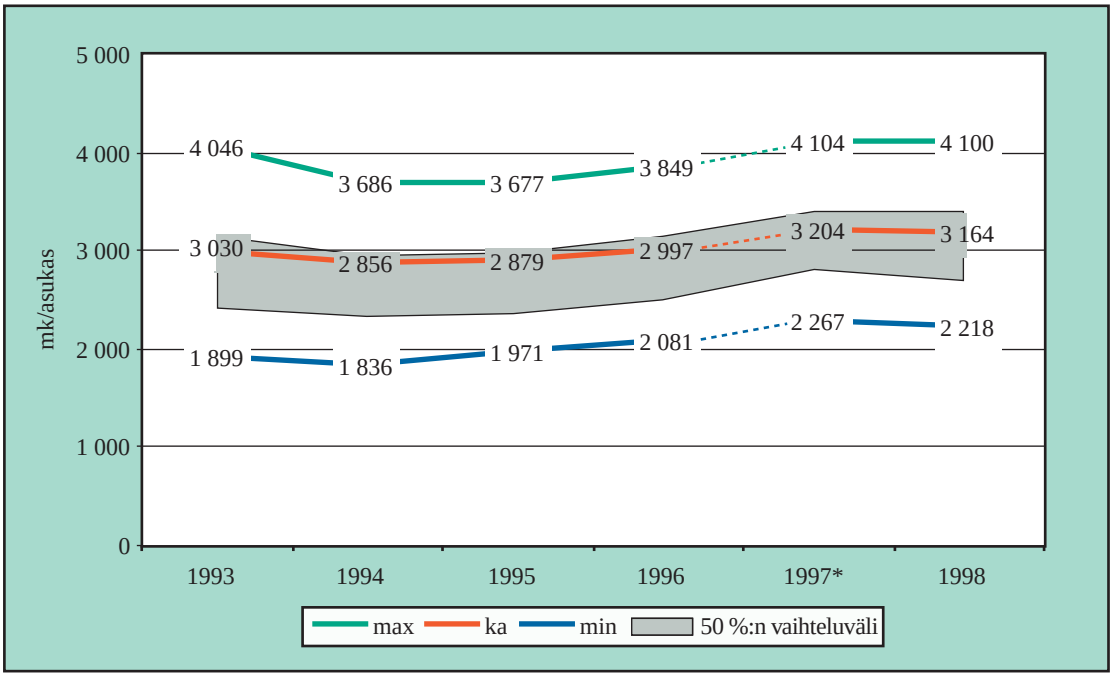
Kuvio 8. *Perusterveydenhuollon hammashuollon nettokustannukset mk/asukas vuosina 1993–1998 vuoden 1998 rahanarvon mukaan.*
Manner-Suomen keskiarvo, kunnittainen minimi ja maksimi sekä vaihteluväli, joka kattaa 50 % kunnista*)



* Kunnan taloustilaston uudistus 1997

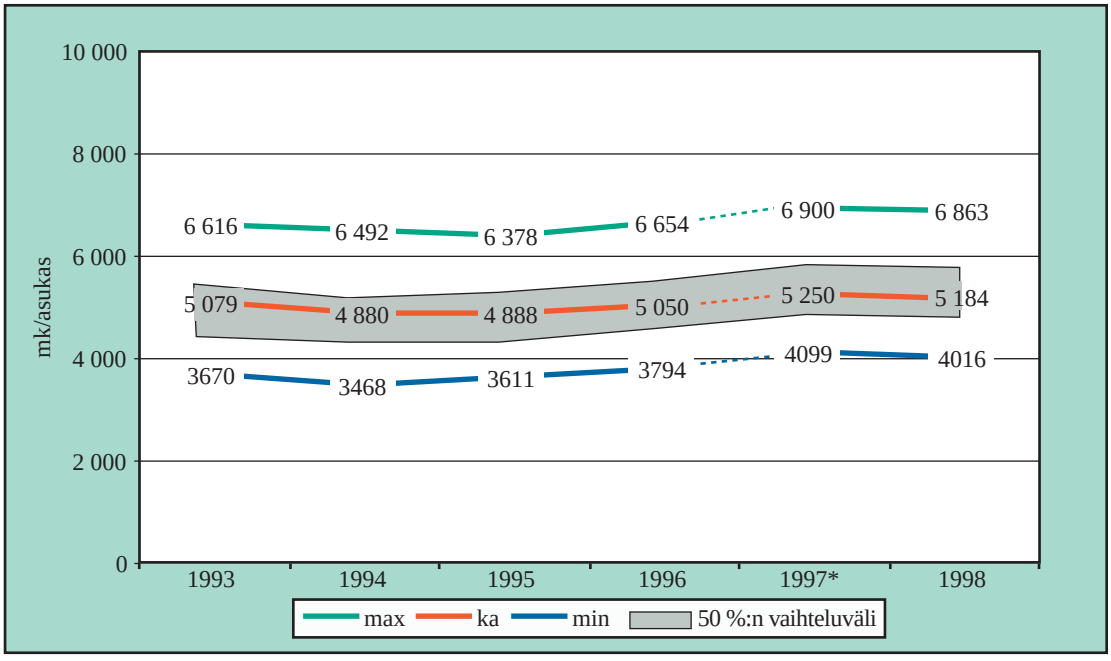
*) Minimi- ja maksimiarvojen välille jää 95 % Manner-Suomen kunnista, 50 %:n vaihteluväli kattaa I ja III kvartiilin väliin jäävät kunnat

Kuvio 9. Erikoissairaanhoidon nettokustannukset mk/asukas vuosina 1993–1998 vuoden 1998 rahanarvon mukaan.
Manner-Suomen keskiarvo, kunnittainen minimi ja maksimi sekä vaihteluväli, joka kattaa 50 % kunnista*)



* Kunnan taloustilaston uudistus 1997

Kuvio 10. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon nettokustannukset mk/asukas vuosina 1993–1998 vuoden 1998 rahanarvon mukaan.
Manner-Suomen keskiarvo, kunnittainen minimi ja maksimi sekä vaihteluväli, joka kattaa 50 % kunnista*)



* Kunnan taloustilaston uudistus 1997

*) Minimi- ja maksimiarvojen välille jää 95 % Manner-Suomen kunnista, 50 %:n vaihteluväli kattaa I ja III kvartiilin väliin jäävät kunnat

Taulu 1. *Perusterveydenhuollon avohoito vuonna 1998.*
Toimintatiedot Manner-Suomesta, Helsingistä ja eri tilastoalueilta.

Alue	Perusterveydenhuollon avohoitokäynnit vuoden aikana/1 000 asukasta suorittajan mukaan eri toiminnoissa												
	Terveydenhoito 2)			Kotisairaanhoito			Mielenterveystyö			Opiskelija- ja työterveyshuolto			Käynnit lääkärin vastaanotolla
	Lääkäri	Muut	Yhteensä	Lääkäri	Muut	Yhteensä	Lääkäri	Muut	Yhteensä	Lääkäri	Muut	Yhteensä	
Manner-Suomi	165,90	674,16	840,06	9,79	697,47	707,26	8,72	68,35	77,08	100,04	138,25	238,29	2069,55
Helsinki	135,81	647,34	783,16	4,66	859,19	863,85	0,00	0,00	0,00	23,91	56,62	80,53	1401,71
Kaupunkimaiset kunnat 1)	166,34	687,07	853,42	9,11	644,70	653,81	7,98	43,42	51,40	114,54	155,73	270,27	1915,17
Taajaan asutut kunnat 1)	177,20	710,42	887,62	8,35	662,06	670,41	9,06	79,19	88,25	102,76	139,98	242,74	2296,76
Maaseutumaiset kunnat 1)	156,67	615,01	771,68	12,56	858,64	871,20	10,41	124,78	135,19	60,78	92,02	152,80	2307,79

1) Kaupunkimaisia kuntia ovat kunnat, joiden väestöstä vähintään 90 % asuu taajamissa tai suurimman taajaman väkiluku on vähintään 15 000. Taajaan asuttuja kuntia ovat kunnat, joiden väestöstä vähintään 60 % mutta alle 90 % asuu taajamissa ja suurimman taajaman väkiluku on vähintään 4 000 mutta alle 15 000. Maaseutumaisia kuntia ovat kunnat, joiden väestöstä alle 60 % asuu taajamissa ja suurimman taajaman väkiluku on alle 15 000, sekä kunnat, joiden väestöstä vähintään 60 % mutta alle 90 % asuu taajamissa ja suurimman taajam väkiluku on alle 4 000.
2) Terveydenhoito: äitiysneuvola, lastenneuvola, perhesuunnitteluneuvola, kouluterveydenhuolto.

Taulu 2. *Erikoissairaanhoidon avohoito vuonna 1998.*
Toimintatiedot Manner-Suomesta, Helsingistä ja eri tilastoalueilta.

Alue	Erikoissairaanhoidon avohoitokäynnit vuoden aikana erikoisaloittain/1000 asukasta								
	Sisätaudit	Kirurgia	Gynegologia	Lastentaudit	Silmätaudit	Korva jne. taudit	Psykiatria 2)	Muut 3)	Yhteensä
Manner-Suomi	181,95	178,50	90,30	64,17	55,50	68,50	244,35	313,72	1 197,00
Helsinki	236,00	254,72	115,22	78,26	62,01	71,39	330,43	290,11	1 438,13
Kaupunkimaiset kunnat 1)	189,41	188,41	97,14	68,42	55,07	70,71	285,29	330,76	1 285,20
Taajaan asutut kunnat 1)	156,40	154,56	83,34	61,92	48,90	61,55	217,22	302,47	1 086,37
Maaseutumaiset kunnat 1)	181,00	170,06	77,64	54,84	61,34	67,77	158,33	277,90	1 088,88

1) Kaupunkimaisia kuntia ovat kunnat, joiden väestöstä vähintään 90 % asuu taajamissa tai suurimman taajaman väkiluku on vähintään 15 000. Taajaan asuttuja kuntia ovat kunnat, joiden väestöstä vähintään 60 % mutta alle 90 % asuu taajamissa ja suurimman taajaman väkiluku on vähintään 4 000 mutta alle 15 000. Maaseutumaisia kuntia ovat kunnat, joiden väestöstä alle 60 % asuu taajamissa ja suurimman taajaman väkiluku on alle 15 000, sekä kunnat, joiden väestöstä vähintään 60 % mutta alle 90 % asuu taajamissa ja suurimman taajam väkiluku on alle 4 000.
2) Lasten-, nuoriso- ja aikuispsykiatria
3) 13 erikoisalaa.

Taulu 3. Kunnallisissa sairaaloissa hoidossa olleet potilaat erikoisalan ja iän mukaan 10 000 vastaavanikäistä kohti Manner-Suomessa, Helsingissä sekä eri tilastoalueilla vuonna 1998.

Alue	Sairaaloissa vuoden aikana hoidossa olleet / 10 000 vastaavanikäistä																			
	Yleislääketieteen erikoisala					Psykiatria					Somaattiset erikoisalat					Yhteensä				
	0-14-v.	15-64 v.	65-74-v.	75+ v.	Yhteensä	0-14-v.	15-64 v.	65-74-v.	75+ v.	Yhteensä	0-14-v.	15-64 v.	65-74-v.	75+ v.	Yhteensä	0-14-v.	15-64 v.	65-74-v.	75+ v.	Yhteensä
Manner-Suomi	3,49	92,02	694,08	2 484,17	273,03	11,99	75,52	55,72	61,21	61,17	691,52	976,27	2 106,01	3 015,78	1 128,45	707,00	1 143,81	2 855,81	5 561,16	1 462,65
Helsinki	0,36	35,94	429,94	2 019,51	183,13	18,50	98,80	84,62	71,47	83,65	539,04	886,73	1 792,00	2 830,82	1 018,05	557,90	1 021,48	2 306,56	4 921,80	1 284,83
Kaupunkimaiset kunnat 1)	0,54	41,90	438,60	1 989,70	172,59	13,93	80,02	64,49	79,73	67,01	701,49	946,03	2 074,03	3 140,39	1 099,41	715,96	1 067,95	2 577,12	5 209,82	1 339,01
Taajaan asutut kunnat 1)	3,73	132,76	889,85	2 985,12	342,69	10,54	66,03	52,04	48,02	52,53	689,93	1 028,01	1 977,27	2 835,11	1 145,80	704,19	1 226,80	2 919,16	5 868,25	1 541,02
Maaseutumaiset kunnat 1)	9,80	196,65	1 041,03	3 076,77	468,39	8,58	68,68	41,69	35,10	51,73	670,42	1 023,57	2 224,58	2 885,48	1 187,44	688,80	1 288,90	3 307,30	5 997,35	1 707,56

1) Kaupunkimaisia kuntia ovat kunnat, joiden väestöstä vähintään 90 % asuu taajamissa tai suurimman taajaman väkiluku on vähintään 15 000. Taajaan asuttuja kuntia ovat kunnat, joiden väestöstä vähintään 60 % mutta alle 90 % asuu taajamissa ja suurimman taajaman väkiluku on vähintään 4 000 mutta alle 15 000. Maaseutumaisia kuntia ovat kunnat, joiden väestöstä alle 60 % asuu taajamissa ja suurimman taajaman väkiluku on alle 15 000, sekä kunnat, joiden väestöstä vähintään 60 % mutta alle 90 % asuu taajamissa ja suurimman taajam väkiluku on alle 4 000.

2) Nettokustannukset = käyttökustannukset - käyttötuotot.

Taulu 4. *Pitkäaikaishoito kunnallisissa sairaaloissa vuonna 1998.*
Toimintatiedot Manner-Suomesta, Helsingistä ja eri tilastoalueilta.

Alue	75 v. täyttäneet pitkäaikaispotilaat (>=30 hpv) 31.12.98 / 10 000 vastaavanikäistä			Pitkien hoitojaksojen (>= 30 hpv) hoitopäivien %-osuus päättyneiden jaksojen hoitopäivistä			Terveyskeskussairaaloiden %-osuus kunnallisten sairaaloiden	
	Terveys-keskuksissa	Erikoissairaan-hoidossa	Yhteensä	Terveyskeskus-sairaalat	Psykiatria	Somaattiset erikoisalat	kaikista potilaista	75 vuotta täyttäneistä potilaista
Manner-Suomi	358,84	27,72	386,56	80,51	82,52	12,93	18,17	42,23
Helsinki	466,00	36,61	502,61	89,00	83,00	12,00	14,00	41,00
Kaupunkimaiset kunnat 1)	392,81	38,65	431,46	86,28	82,95	15,07	12,64	36,68
Taajaan asutut kunnat 1)	332,74	16,79	349,53	74,09	82,90	9,94	21,95	50,48
Maaseutumaiset kunnat 1)	311,86	13,97	325,83	73,06	81,00	9,45	26,96	46,70

1) Kaupunkimaisia kuntia ovat kunnat, joiden väestöstä vähintään 90 % asuu taajamissa tai suurimman taajaman väkiluku on vähintään 15 000. Taajaan asuttuja kuntia ovat kunnat, joiden väestöstä vähintään 60 % mutta alle 90 % asuu taajamissa ja suurimman taajaman väkiluku on vähintään 4 000 mutta alle 15 000. Maaseutumaisia kuntia ovat kunnat, joiden väestöstä alle 60 % asuu taajamissa ja suurimman taajaman väkiluku on alle 15 000, sekä kunnat, joiden väestöstä vähintään 60 % mutta alle 90 % asuu taajamissa ja suurimman taajam väkiluku on alle 4 000.

Taulu 5. *Terveydenhuollon käyttökustannukset ja rahoitus vuonna 1998.*
Toimintatiedot Manner-Suomessa, Helsingissä sekä eri tilastoalueilla.

Alue	Perusterveydenhoito (PTH)						PTH-Hammashuolto						Erikoissairaanhoito						Yhteensä terveydenhuolto					
	Käyttökustann. mk/as.			Rahoitus mk/as.			Käyttökustann. mk/as.			Rahoitus mk/as.			Käyttökustann. mk/as.			Rahoitus mk/as.			Käyttökustann. mk/as.			Rahoitus mk/as.		
	Julkiset palvelun-tuottajat	Ostot muilta	Yht.	Maksut	Myynti-tulot	Kunnan netto-kust. 2)	Julkiset palvelun-tuottajat	Ostot muilta	Yht.	Maksut	Myynti-tulot	Kunnan netto-kust. 2)	Julkiset palvelun-tuottajat	Ostot muilta	Yht.	Maksut	Myynti-tulot	Kunnan netto-kust. 2)	Julkiset palvelun-tuottajat	Ostot muilta	Yht.	Maksut	Myynti-tulot	Kunnan netto-kust. 2)
Manner-Suomi	2 071	35	2 106	155	47	1 799	255	1	257	31	2	221	3 188	23	3 211	27	6	3 164	5 515	60	5 574	213	55	5 185
Helsinki	2 383	53	2 436	259	15	2 071	194	0	194	26	0	163	3 813	12	3 825	120	25	3 604	6 389	65	6 455	405	40	5 838
Kaupunkimaiset kunnat 1)	1 968	40	2 008	167	41	1 660	228	1	229	29	2	194	3 314	22	3 336	43	9	3 262	5 510	63	5 573	239	53	5 117
Taajaan asutut kunnat 1)	2 051	25	2 076	135	60	1 827	272	2	273	35	2	236	2 938	20	2 958	2	2	2 950	5 261	47	5 307	172	64	5 013
Maaseutumaiset kunnat 1)	2 351	31	2 381	141	50	2 139	314	2	316	33	3	279	3 044	28	3 071	2	2	3 065	5 708	60	5 769	175	56	5 483

1) Kaupunkimaisia kuntia ovat kunnat, joiden väestöstä vähintään 90 % asuu taajamissa tai suurimman taajaman väkiluku on vähintään 15 000. Taajaan asuttuja kuntia ovat kunnat, joiden väestöstä vähintään 60 % mutta alle 90 % asuu taajamissa ja suurimman taajaman väkiluku on vähintään 4 000 mutta alle 15 000. Maaseutumaisia kuntia ovat kunnat, joiden väestöstä alle 60 % asuu taajamissa ja suurimman taajaman väkiluku on alle 15 000, sekä kunnat, joiden väestöstä vähintään 60 % mutta alle 90 % asuu taajamissa ja suurimman taajam väkiluku on alle 4 000.

2) Kunnan nettokustannukset = käyttökustannukset - käyttötuotot.

7 Mielenterveystyö

Tilastojen avulla voidaan kuvata vain mielenterveyspalveluiden jäävuoren huippua eli erikoissairaanhoidon tasoista palvelua. Pääosa mielenterveyspalveluista kuitenkin tapahtuu kuntien peruspalveluissa. Näistä palveluista ei saada erikseen tilastoitua mielenterveyspalveluja, koska potilaiden/asiakkaiden diagnooseja ei kirjata tilastoihin.

Psykiatriset palvelut on järjestetty yliopistollisten miljoonapiirien alueilla vaihtelevin tavoin. Kuopion yliopistollisen sairaalan vastuualueella asiakkaita on runsaasti kunnallisten sairaaloiden ei-psykiatrisilla erikoisaloilla sekä perusterveydenhuollon mielenterveystyössä. Tampereen ja Helsingin yliopistollisten sairaaloiden alueilla profiilit ovat samantyyppiset, Helsingin alueella tosin psykiatristen erikoisalojen avohoito korostuu Tamperetta enemmän. Oulun yliopistollisen sairaalan alueella eri palvelujen asiakasmäärät ovat tasaisimmat. Turun yliopistosairaalan alueella hoito keskittyy sairaaloiden ja avoterveydenhuollon psykiatrisille erikoisaloille. (Kuvio 1 ja Taulu 1 ja 2.)

Psykiatriset avohoitokäynnit ovat koko maassa lisääntyneet neljänneksellä vuosina 1994–1998. Jos otetaan mukaan kaikki sairaanhoitopiirit, niin niiden väliset erot ovat kasvaneet, mutta puolet sairaanhoitopiireistä mahtuu väliin, joka on jonkin verran supistunut. (Kuvio 2.) Avohoitoa tukevien palvelujen (kuntoutuskotien sekä palvelu- ja tukiasuntojen) näyttää tilastojen mukaan myös viime vuosina lisääntyneen, mutta sairaanhoitopiirien väliset erot ovat niin suuret, että voi kysyä tilastojen luotettavuutta. (Kuviot 3 ja 4.)

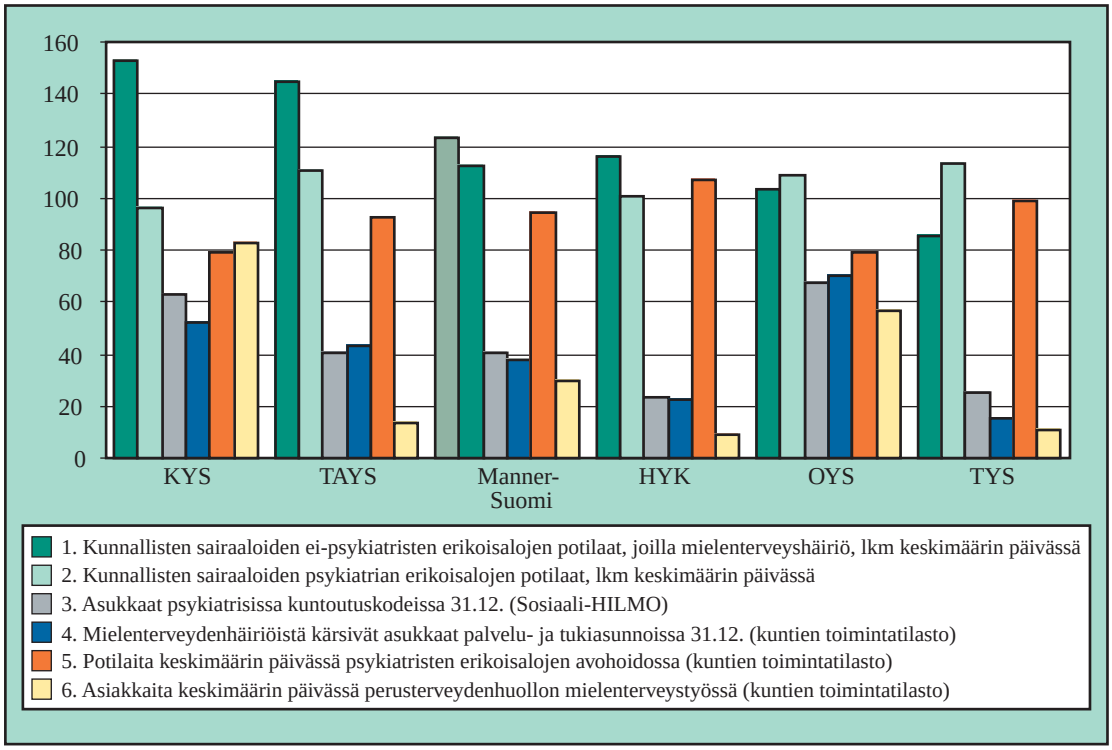
Kunnallisten sairaaloiden psykiatrian erikoisalan potilaiden määrä on alentunut koko 1990-luvun, mutta jos mukaan otetaan myös kaikki kunnallisissa sairaaloissa psykiatrisella diagnoosilla hoidetut potilaat, lasku on sangen pientä. (Kuvio 6.) Väheneminen koskee erityisesti aikuisia (Kuvio 9) ja ikäihmisiä (Kuvio 10), mutta ei lapsia (Kuvio 7) eikä varsinkaan nuoria (Kuvio 8). Potilaiden määrä on supistunut myös jos tarkastellaan ainoastaan keskeisiä psykiatrisia diagnooseja, jolloin orgaaniset diagnoosit, päihdediagnoosit ja kehitysvammaisuus eivät ole mukana. (Kuvio 11.)

Tahdosta riippumatta hoitoon otettujen aikuispotilaiden määrä on 1996 hieman alentunut, mutta alle 18-vuotiaiden kohdalla lisääntynyt. (Kuviot 12 ja 13.) Alaikäisten kohdalla havaitaan myös suuret sairaanhoitopiirien väliset erot: ero maksimin ja minimin välillä on yli seitsenkertainen. Tässä kohdin on syytä huomata, että sairaanhoitopiiri määrittyy näissä tilastoissa potilaan kotikunnan, ei hoitoa tarjoavan sairaalan sijainnin mukaan.

Pitkäaikaisten sairaalapotilaiden määrä on erittäin voimakkaasti supistunut , erityisesti vuosikymmenen alkupuolella. Sekä pitkäaikaispotilaiden varannot että uusien pitkäaikaispotilaiden virtaamat ovat selvästi vähentyneet. (Kuviot 14–16.)

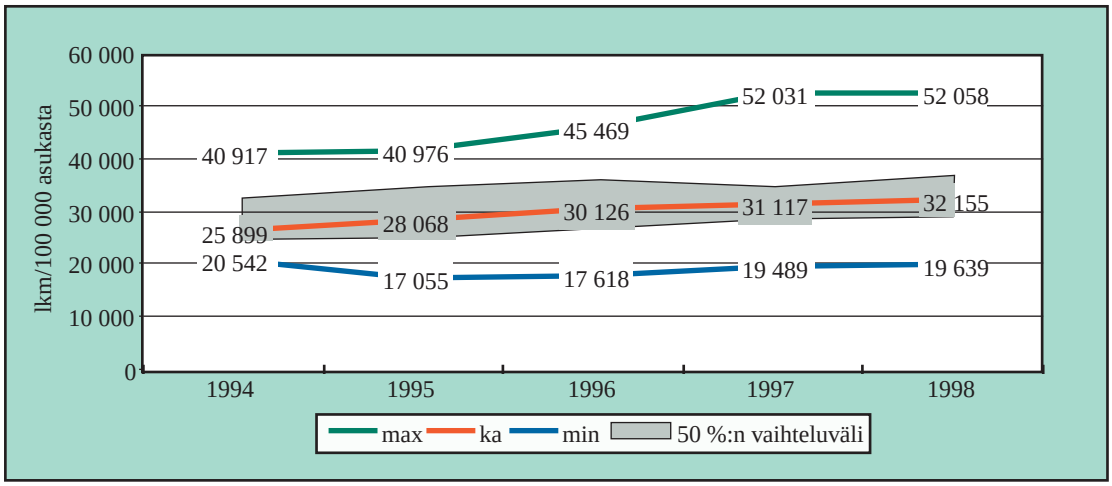
Lisätietoja mielenterveyspalveluista: *Erikoissairaanhoidon toimintatilasto 1994–1998.*

Kuvio 1. *Asiakkaat ja potilaat mielenterveystyön portailla eri yliopistollisten sairaaloiden vastuualueilla ja Manner-Suomessa 100 000 asukasta kohti vuonna 1998.*



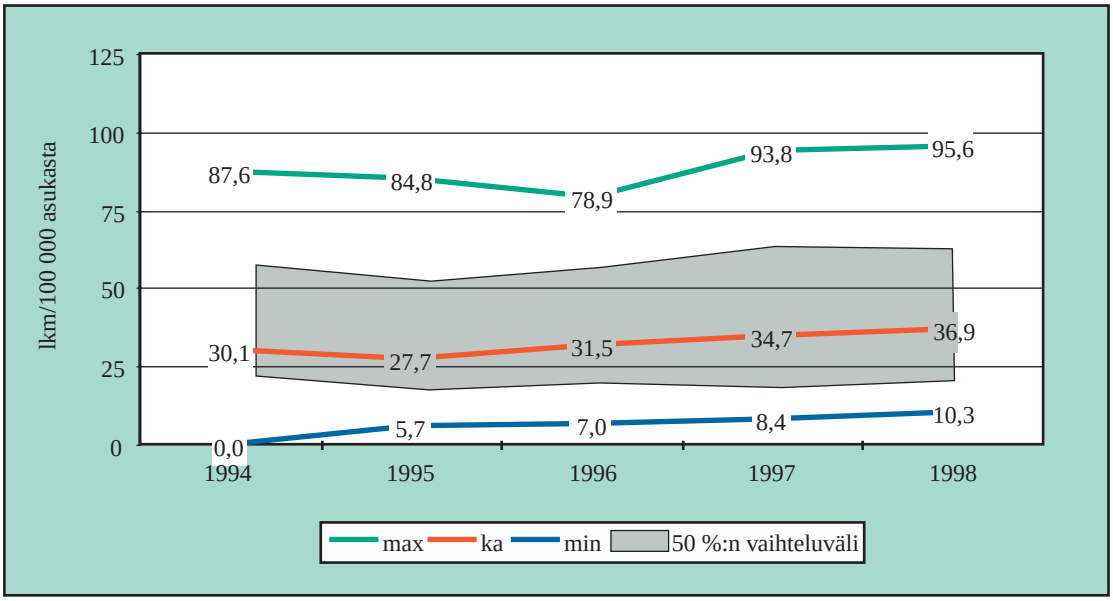
*) Sairaaloissa ja puoliavoimissa hoitomuodoissa on vuotuisten hoitopäivien määrä jaettu 365:llä, avohoidossa vuotuisten käyntien määrä on jaettu 260:lla eli vuotuisilla työpäivillä.

Kuvio 2. *Kaikki perusterveydenhuollon mielenterveystyön ja psykiatrisen erikoissairaanhoidon avohoitokäynnit 100 000 asukasta kohti vuosina 1994–1998.*
Manner-Suomen keskiarvo ja sairaanhoitopiireittäinen minimi ja maksimi sekä vaihteluväli, joka kattaa 50 % kunnista*)

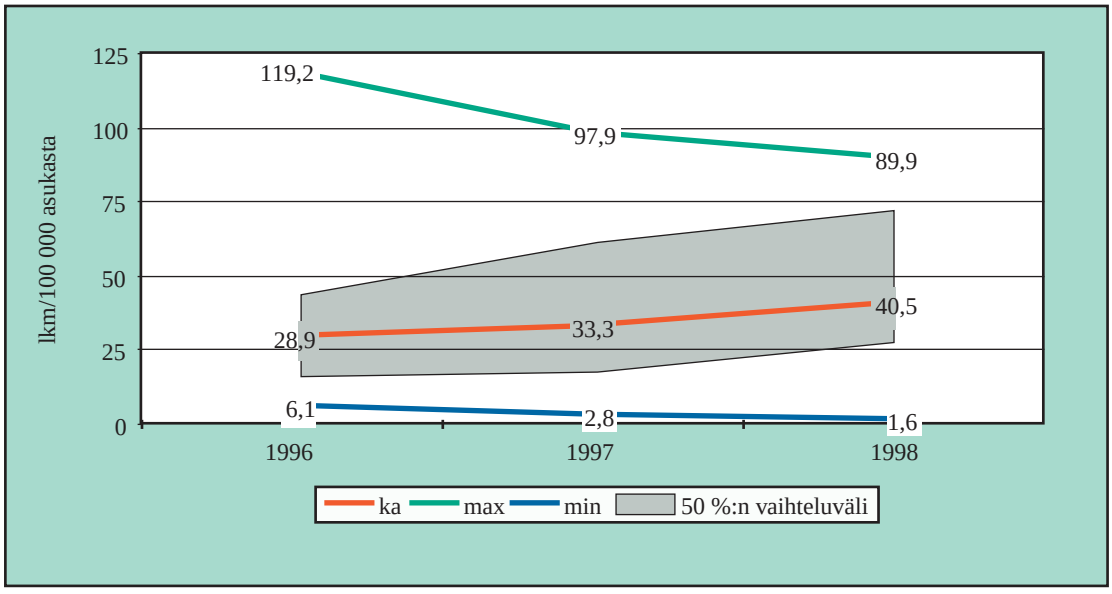


*) Minimi- ja maksimiarvojen väliin jää 100 % sairaanhoitopiireistä, 50 %:n vaihteluväli kattaa I ja III kvartiilin väliin jäävät piirit

Kuvio 3. *Mielenterveysongelmaiset asukkaat palvelu- ja tukiasunnoissa 100 000 asukasta kohti 31.12. vuosina 1994–1998.*
Manner-Suomen keskiarvo ja sairaanhoitopiireittäinen minimi ja maksimi sekä vaihteluväli, joka kattaa 50 % sairaanhoitopiireistä*)

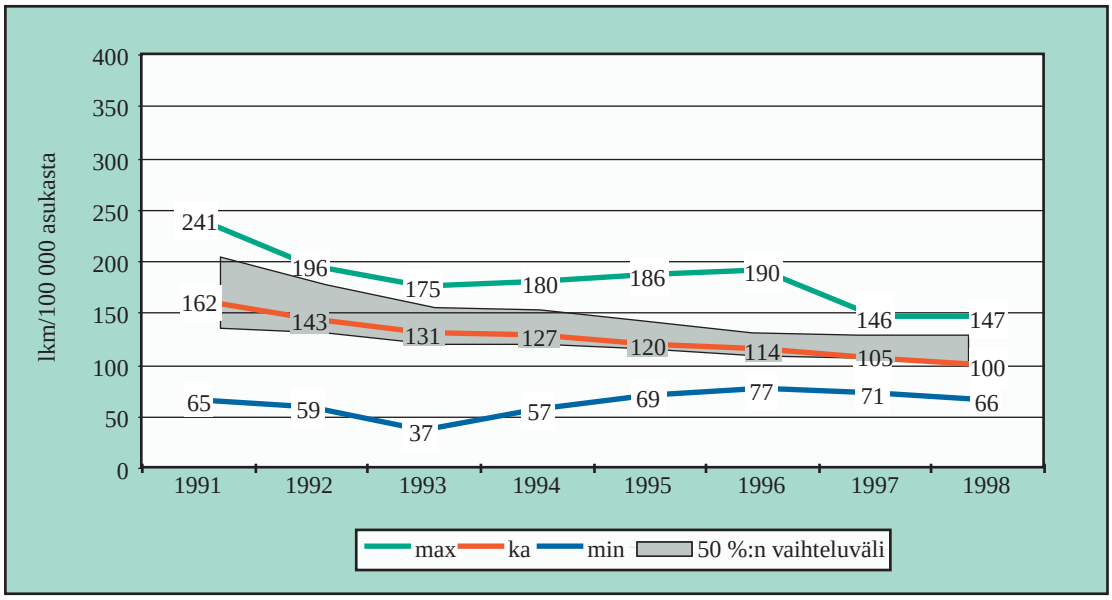


Kuvio 4. *Psykiatristen kuntotuskotien asukkaat 100 000 asukasta kohti 31.12. vuosina 1996–1998.*
Manner-Suomen keskiarvo ja sairaanhoitopiireittäinen minimi ja maksimi sekä vaihteluväli, joka kattaa 50 % sairaanhoitopiireistä*)

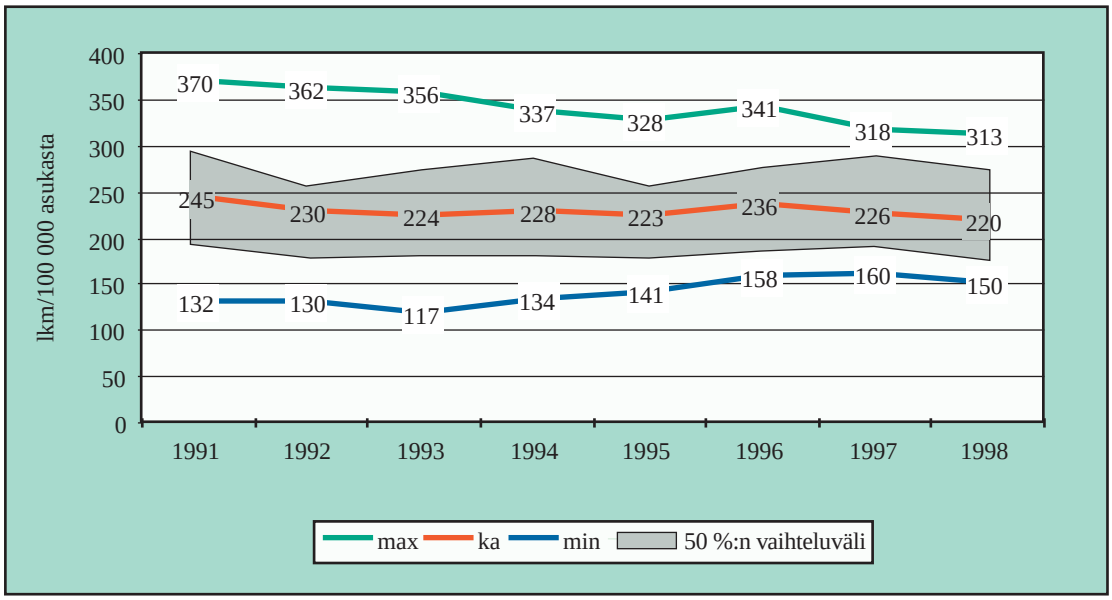


*) Minimi- ja maksimiarvojen väliin jää 100 % sairaanhoitopiireistä, 50 %:n vaihteluväli kattaa I ja III kvartiilin väliin jäävät piirit

Kuvio 5. *Kunnallisten sairaaloiden psykiatrian erikoisalan potilaita keskimäärin päivässä 100 000 asukasta kohti vuosina 1991–1998.*
Manner-Suomen keskiarvo ja sairaanhoitopiireittäinen minimi ja maksimi sekä vaihteluväli, joka kattaa 50 % sairaanhoitopiireistä*)

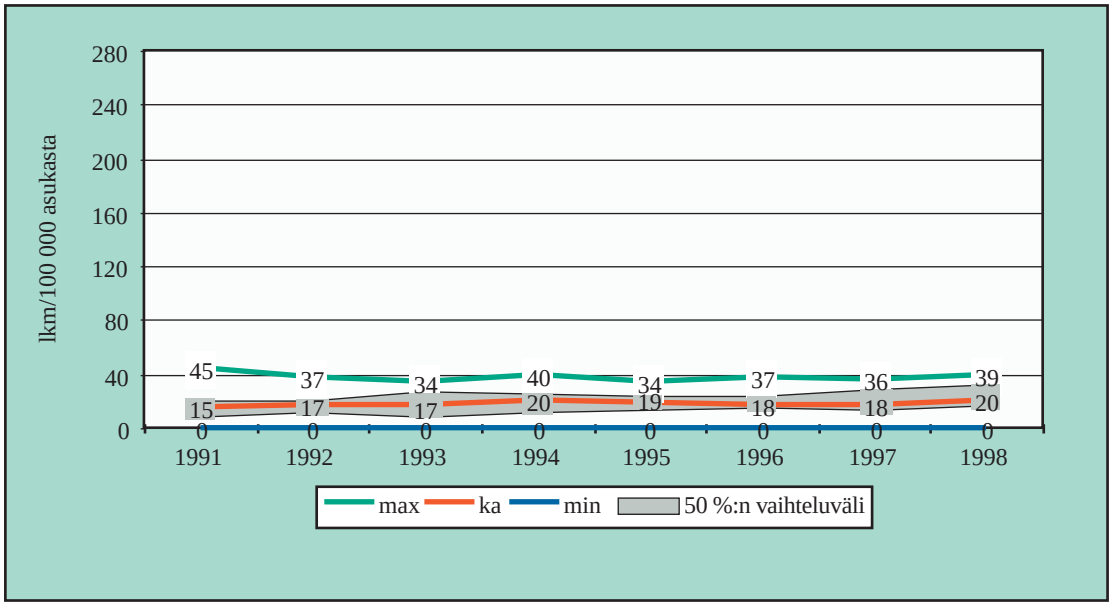


Kuvio 6. *Mielenterveyden häiriöitä sairastavia potilaita keskimäärin päivässä 100 000 asukasta kohti vuosina 1991–1998.*
Manner-Suomen keskiarvo ja sairaanhoitopiireittäinen minimi ja maksimi sekä vaihteluväli, joka kattaa 50 % sairaanhoitopiireistä*)

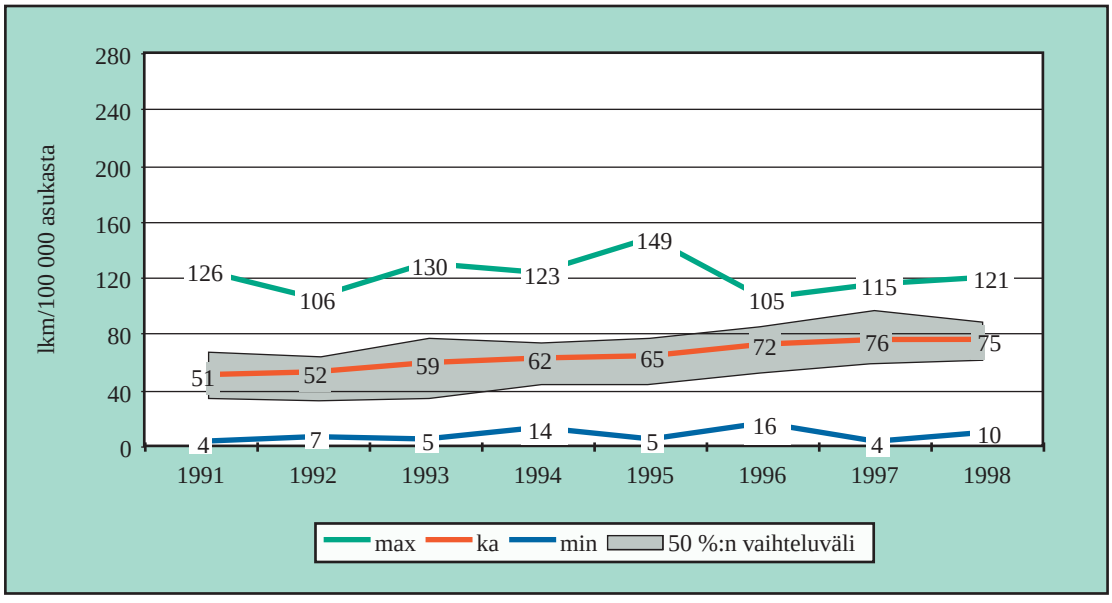


*) Minimi- ja maksimiarvojen väliin jää 100 % sairaanhoitopiireistä, 50 %:n vaihteluväli kattaa I ja III kvartiilin väliin jäävät piirit

Kuvio 7. *Kunnallisten sairaaloiden 0–11-vuotiaita psykiatrian erikoisalan potilaita keskimäärin päivässä 100 000 vastaavanikäistä asukasta kohti vuosina 1991–1998.*
Manner-Suomen keskiarvo ja sairaanhoitopiireittäinen minimi ja maksimi sekä vaihteluväli, joka kattaa 50 % sairaanhoitopiireistä*)

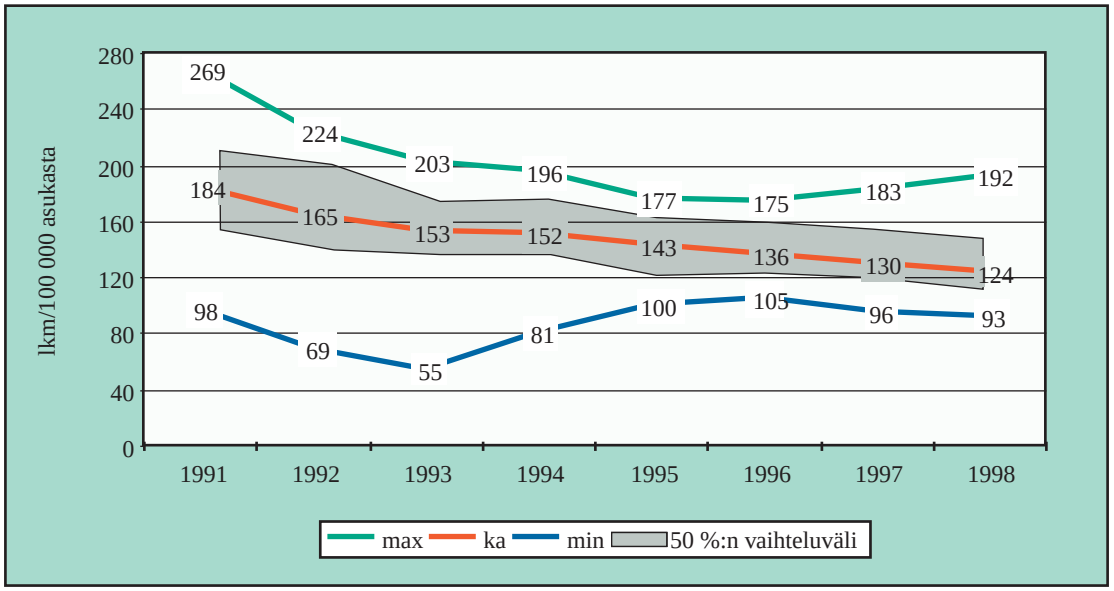


Kuvio 8. *Kunnallisten sairaaloiden 12–17-vuotiaita psykiatrian erikoisalan potilaita keskimäärin päivässä 100 000 vastaavanikäistä asukasta kohti vuosina 1991–1998.*
Manner-Suomen keskiarvo ja sairaanhoitopiireittäinen minimi ja maksimi sekä vaihteluväli, joka kattaa 50 % sairaanhoitopiireistä*)

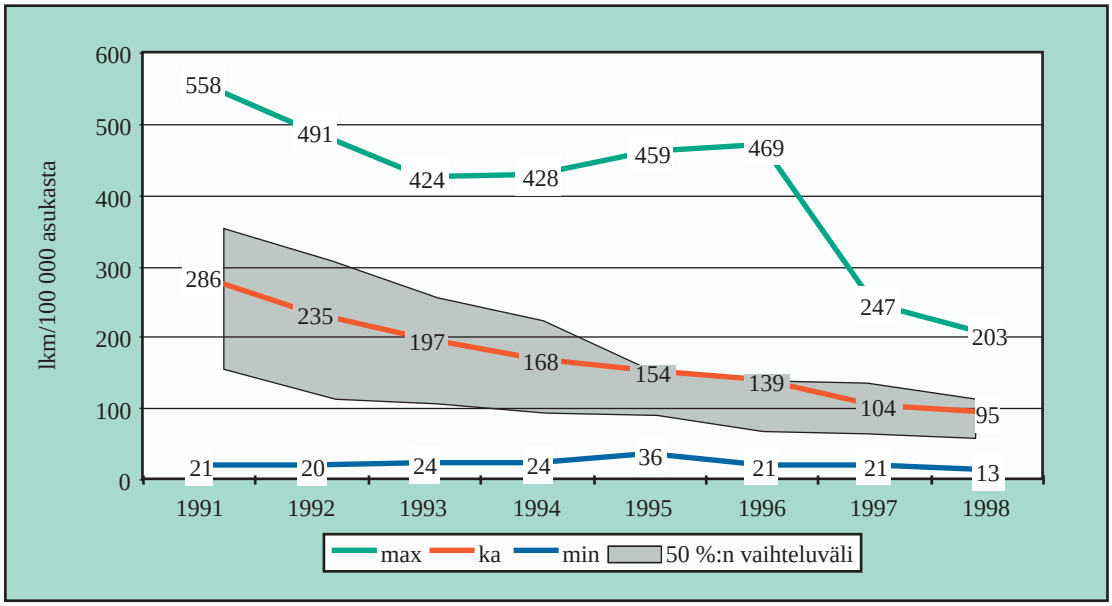


*) Minimi- ja maksimiarvojen väliin jää 100 % sairaanhoitopiireistä, 50 %:n vaihteluväli kattaa I ja III kvartiilin väliin jäävät piirit

Kuvio 9. *Kunnallisten sairaaloiden 18 vuotta täyttäneitä psykiatrian erikoisalan potilaita keskimäärin päivässä 100 000 vastaavanikäistä asukasta kohti vuosina 1991–1998.* Manner-Suomen keskiarvo ja sairaanhoitopiireittäinen minimi ja maksimi sekä vaihteluväli, joka kattaa 50 % sairaanhoitopiireistä*)



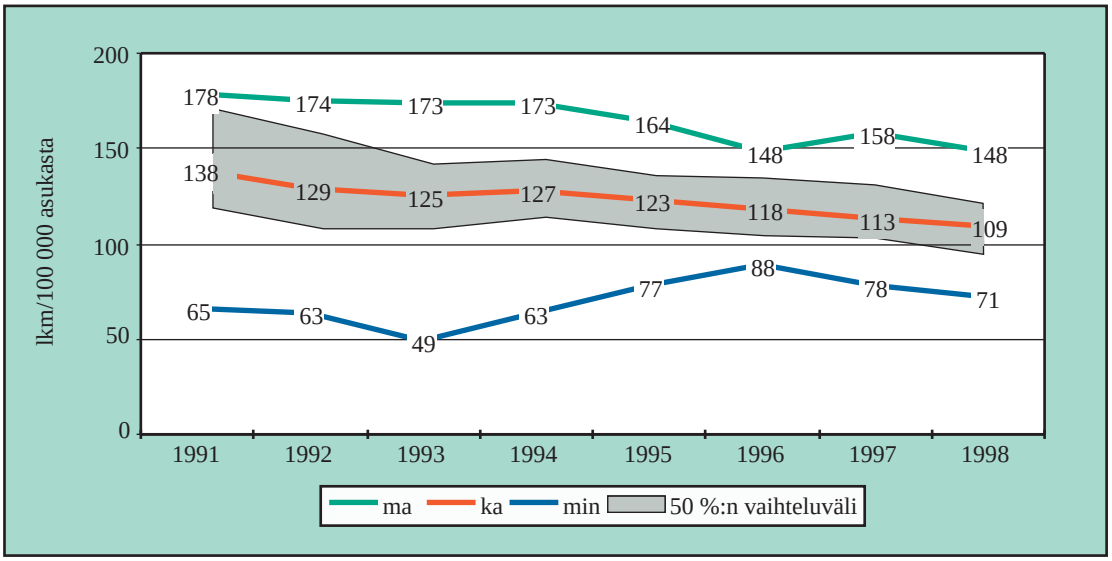
Kuvio 10. *Kunnallisten sairaaloiden 65 vuotta täyttäneitä psykiatrian erikoisalan potilaita keskimäärin päivässä 100 000 vastaavanikäistä asukasta kohti vuosina 1991–1998.* Manner-Suomen keskiarvo ja sairaanhoitopiireittäinen minimi ja maksimi sekä vaihteluväli, joka kattaa 50 % sairaanhoitopiireistä*)



*) Minimi- ja maksimiarvojen väliin jää 100 % sairaanhoitopiireistä, 50 %:n vaihteluväli kattaa I ja III kvartiilin väliin jäävät piirit

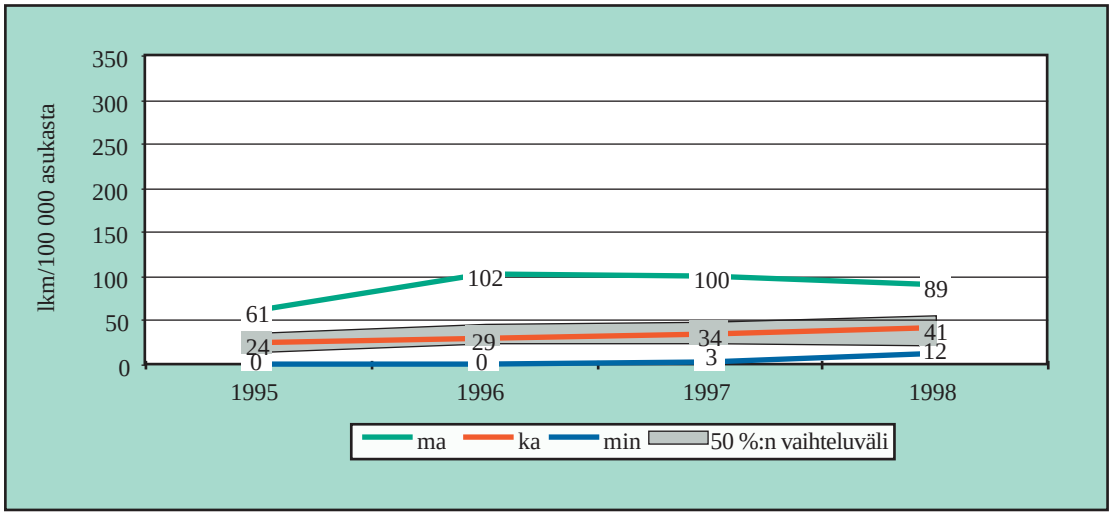
Kuvio 11. Keskeisiä psykiatrisiin diagnooseihin luettavia sairauksia potevia potilaita) kunnallisissa sairaaloissa keskimäärin päivässä 100 000 asukasta kohti vuosina 1991–1998.*

Manner-Suomen keskiarvo ja sairaanhoitopiireittäinen minimi ja maksimi sekä vaihteluväli, joka kattaa 50 % sairaanhoitopiireistä**)



Kuvio 12. Kunnallisten sairaaloiden alle 18-vuotiaiden tahdostaan riippumatta hoitoon otettuja psykiatrian erikoisalan potilaita 100 000 vastaavanikäistä asukasta kohti vuosina 1995–1998.

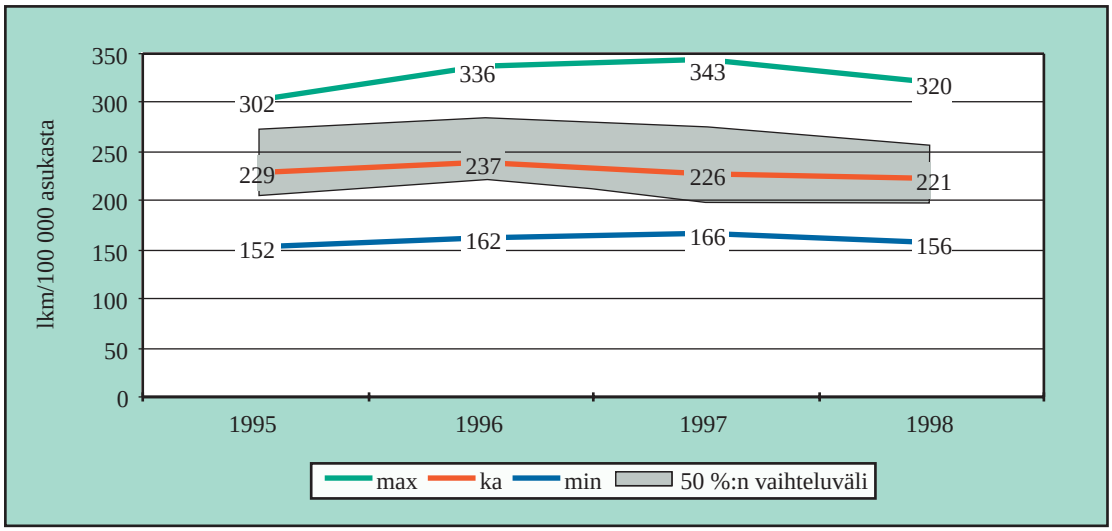
Manner-Suomen keskiarvo ja sairaanhoitopiireittäinen minimi ja maksimi sekä vaihteluväli, joka kattaa 50 % sairaanhoitopiireistä**)



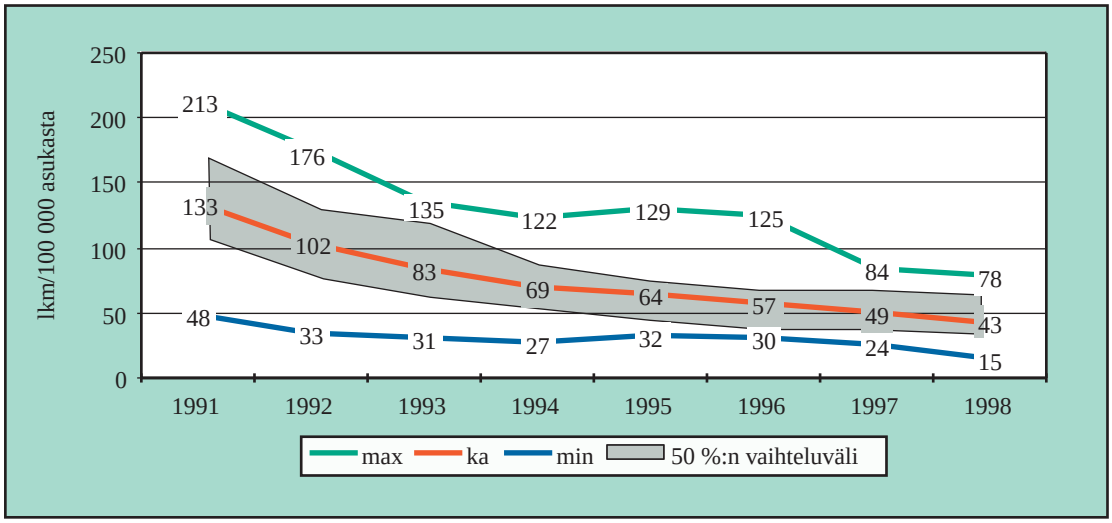
*) ICD10:n pääluokasta vähennetään kehitysvammaiset (F70–79), orgaaniset diagnoosit (F00–09) sekä päihdediagnoosit (F10–19).

**) Minimi- ja maksimiarvojen väliin jää 100 % sairaanhoitopiireistä, 50 %:n vaihteluväli kattaa I ja III kvartiilin väliin jäävät piirit

Kuvio 13. Kunnallisten sairaaloiden 18 vuotta täyttäneitä tahdostaan riippumatta hoitoon otettuja psykiatrian erikoisalan potilaita 100 000 vastaavanikäistä asukasta kohti vuosina 1995–1998.
Manner-Suomen keskiarvo ja sairaanhoitopiireittäinen minimi ja maksimi sekä vaihteluväli, joka kattaa 50 % sairaanhoitopiireistä*)

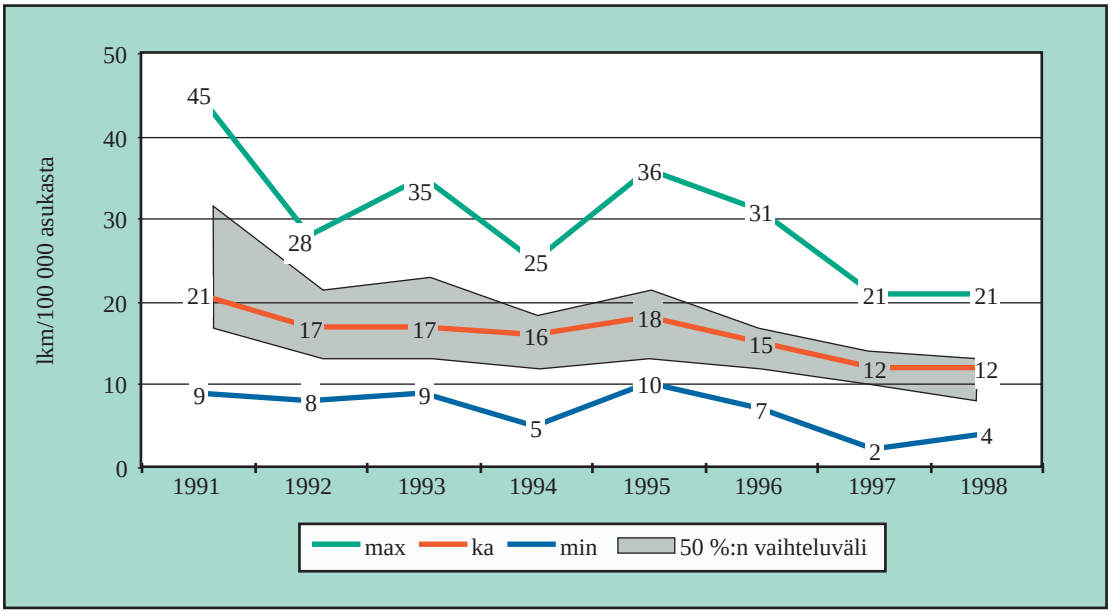


Kuvio 14. Kunnallisten sairaaloiden kaikkien vähintään yhden vuoden hoidossa olleita 18 vuotta täyttäneitä psykiatrian erikoisalan pitkäaikaispotilaita (varanto) 100 000 vastaanikäistä asukasta kohti 31.12.1991–1998.
Manner-Suomen keskiarvo ja sairaanhoitopiireittäinen minimi ja maksimi sekä vaihteluväli, joka kattaa 50 % sairaanhoitopiireistä*)

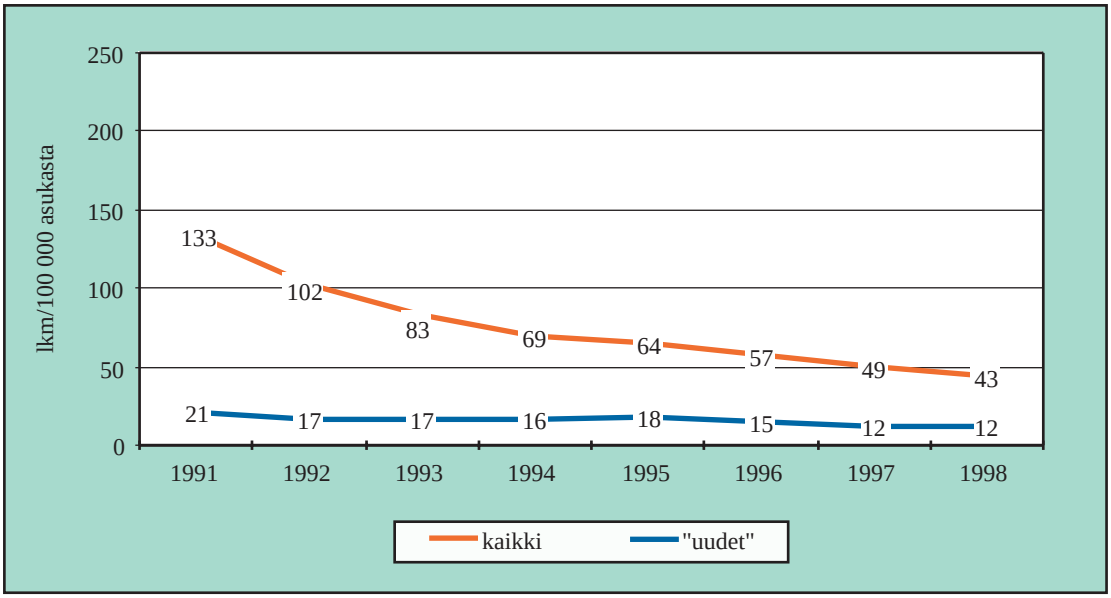


*) Minimi- ja maksimiarvojen väliin jää 100 % sairaanhoitopiireistä, 50 %:n vaihteluväli kattaa I ja III kvartiilin väliin jäävät piirit

Kuvio 15. Kunnallisten sairaaloiden vähintään yhden vuoden, mutta alle kaksi vuotta hoidossa olleita 18 vuotta täyttäneitä psykiatrian erikoisalan ”uusia” pitkäaikaispotilaita (virtaama) 100 000 vastaavanikäistä asukasta kohti 31.12.1991–1998.
Manner-Suomen keskiarvo ja sairaanhoitopiireittäinen minimi ja maksimi sekä vaihteluväli, joka kattaa 50 % sairaanhoitopiireistä*)



Kuvio 16. Kunnallisiin sairaaloihin otettujen 18 vuotta täyttäneiden ”uusien” pitkäaikaispotilaiden virtaama ja kaikkien pitkäaikaispotilaiden varanto psykiatrian erikoisalalla 100 000 vastaavanikäistä asukasta kohti 31.12.1991–1998 Manner-Suomessa.



*) Minimi- ja maksimiarvojen väliin jää 100 % sairaanhoitopiireistä, 50 %:n vaihteluväli kattaa I ja III kvartiilin väliin jäävät piirit

Taulu 1. Asiakkaiden ja potilaiden lukumäärä keskimäärin päivittäin sekä 100 000 asukasta kohden laskettuna[1] mielenterveystyön portailla yliopistollisten sairaaloiden vastuualueilla ja Manner-Suomessa vuonna 1998.

Alue 2)	Avohoidon asiakkaita/potilaita keskimäärin päivässä		Asukkaita 31.12.		Kunnallisissa sairaaloissa potilaita keskimäärin päivässä	
	PTH:n mielelen-terveystyö	Psykiatrian erikoisala	Mielenterveysongelmaisten palvelu- ja tukiasunto	Psykiatrinen kuntoutuskoti	Psykiatrian erikoisaloilla	Ei-psykiatrisilla erikoisaloilla, mielenterveyshäiriöt 3)
1. Lukumäärä						
HYKS	156	1785	372	388	1868	1936
TYS	73	677	104	171	687	580
TAYS	158	1092	512	483	1344	1715
KYS	720	687	452	546	963	1328
OYS	412	578	512	491	704	754
Manner-Suomi	1520	4820	1952	2079	5566	6314
2. Lukumäärä/100 000 asukasta						
HYKS	9	107	22	23	101	116
TYS	11	99	15	25	114	85
TAYS	13	92	43	41	111	145
KYS	83	79	52	63	96	153
OYS	56	79	70	67	109	103
Manner-Suomi	30	94	38	40	112	123

1) Sairaaloissa ja puoliavoimissa hoitomuodoissa on potilaiden keskimääräinen päivittäinen lukumäärä laskettu jakamalla vuotuisten hoitopäivien määrät luvulla 365, avohoidossa vuotuisten käyntien määrä on jaettu luvulla 260 eli vuotuisten työpäivien määrällä.

2) HYKS Helsingin yliopistollinen keskussairaala
TYS Turun yliopistollinen sairaala
TAYS Tampereen yliopistollinen sairaala
KYS Kuopion yliopistollinen sairaala
OYS Oulun yliopistollinen sairaala

3) Kansainvälisen tautiluokituksen pääluokka 10.

Taulu 2. Avohoitokäynnit perusterveydenhuollon mielenterveystyössä ja psykiatrian erikoisalan avohoidossa yliopistollisen sairaaloiden vastuualueittain Manner-Suomessa vuonna 1998.

Alue 1)	Käyntejä vuodessa													
	lkm							lkm/100 000 asukasta 2)						
	PTH:n mielenterveystyö			Psykiatria				PTH:n mielenterveystyö			Psykiatria			
	Lääkäri	Muu	Yhteensä	Lapset	Nuoret	Aikuiset	Yhteensä	Lääkäri	Muu	Yhteensä	Lapset	Nuoret	Aikuiset	Yhteensä
HYKS	2 149	38 510	40 659	33 194	35 499	395 502	464 195	129	2 313	2 442	13 313	30 686	30 421	27 877
siitä:														
Helsinki	0	0	0	8 226	6 677	164 469	179 372	0	0	0	11 907	22 444	37 042	33 043
TYS	1 566	17 388	18 954	8 324	9 020	158 606	175 950	230	2 551	2 781	8 820	17 956	29 537	25 815
TAYS	6 724	34 482	41 206	13 748	7 374	262 900	284 022	569	2 917	3 486	8 048	8 153	28 550	24 027
KYS	22 367	164 945	187 312	13 181	13 493	151 961	178 635	2 573	18 974	21 547	10 669	19 340	22 479	20 549
OYS	11 933	95 185	107 118	12 412	1 923	135 937	150 272	1 635	13 042	14 677	10 442	2 885	24 973	20 589
Manner-Suomi	44 739	351 510	395 249	80 859	67 309	1 104 906	1 253 074	872	6 855	7 708	10 682	17 136	27 774	24 436

1) HYKS Helsingin yliopistollinen keskussairaala
TYS Turun yliopistollinen sairaala
TAYS Tampereen yliopistollinen sairaala
KYS Kuopion yliopistollinen sairaala
OYS Oulun yliopistollinen sairaala

2) Jakajana keskiväkiluku:
Lapset 0–11 vuotta
Nuoret 12–17 vuotta
Aikuiset 18– vuotta

8 Suun terveydenhuolto

Terveyskeskusten suun terveydenhuollon potilasmäärien muutoksia kuvataan kolmessa ryhmässä erikseen. Vuosien 1990–1993 tiedot on laskettu sosiaali- ja terveydenhuollon kertomustiedoista, jotka kerättiin 0–16-vuotiaista, 'muut hoitoon oikeutetut' sisälsivät vuonna 1956 syntyneet ja sitä nuoremmat vähintään 17-vuotiaat ja ryhmä 'muu väestö' sisälsi tätä vanhemmat henkilöt eli vuonna 1955 ja sitä ennen syntyneet. Vuonna 1992 kansanterveyslain voimaanpanosta annettua lakia muutettiin siten, että alle 19-vuotiaiden hammashoito on maksutonta terveyskeskuksessa. Toimintatilastoissa tämä muutos näkyy siinä, että vuodesta 1994 eteenpäin suun terveydenhuollon palvelujen käyttöä on tilastoitu ikäryhmässä 0–18-vuotiaat. Muut hoitoon oikeutetut ryhmään sisällytettiin 1956 syntyneet ja sitä nuoremmat vähintään 19-vuotiaat. Ryhmään muu väestö kuuluivat kuten aikaisemmin vuonna 1955 ja sitä ennen syntyneet. Siten 1990-luvulla on joka vuosi ryhmään 'muut hoitoon oikeutetut' tullut yksi ikäluokka lisää ja ryhmä 'muu väestö' on puolestaan vähentynyt yhdellä ikäluokalla.

Vuoden 1997 lokakuussa voimaan tuli määräaikainen lainmuutos, jonka perusteella koko väestölle sairausvakuutuslain mukaan korvataan yksi tutkimuksen ja ehkäisevän hoidon käynti kolmessa vuodessa.

Vuosina 1990–1993 alle 17-vuotiaiden asiakkaiden osuus vastaavan ikäisestä väestöstä väheni, mutta on vuoden 1994 jälkeen pysytellyt verraten vakiona. Vuodesta 1994 eteenpäin terveyskeskusten suun terveydenhuollon aikuisasiakkaiden osuudet vastaavan ikäisestä väestöstä ovat nousseet. (Kuvio 1.)

Suun terveydenhuolto vaihtelee selvästi kuntatyypin mukaan. Maaseutumaissa kunnissa suun terveydenhuollon palveluja käytetään huomattavasti useammin kuin kaupungeissa. Ero on sitä suurempi, mitä vanhempaan ikäryhmään siirrytään. Yli 42-vuotiaiden ero on kolminkertainen. Taajaan asutuissa kunnissa ero kaupunkimaisiin kuntiin on kaksinkertainen. (Taulu 1.) Tilanne on käänteinen Kansaneläkelaitoksen korvaaman yksityisen suun terveydenhuollon korvausta saaneiden yli 42-vuotiaiden joukossa. Kelan korvaavat suun terveydenhuollon kustannukset ovat kaupunkimaisissa kunnissa suuremmat kuin maaseudulla. (Taulu 1 ja 2.)

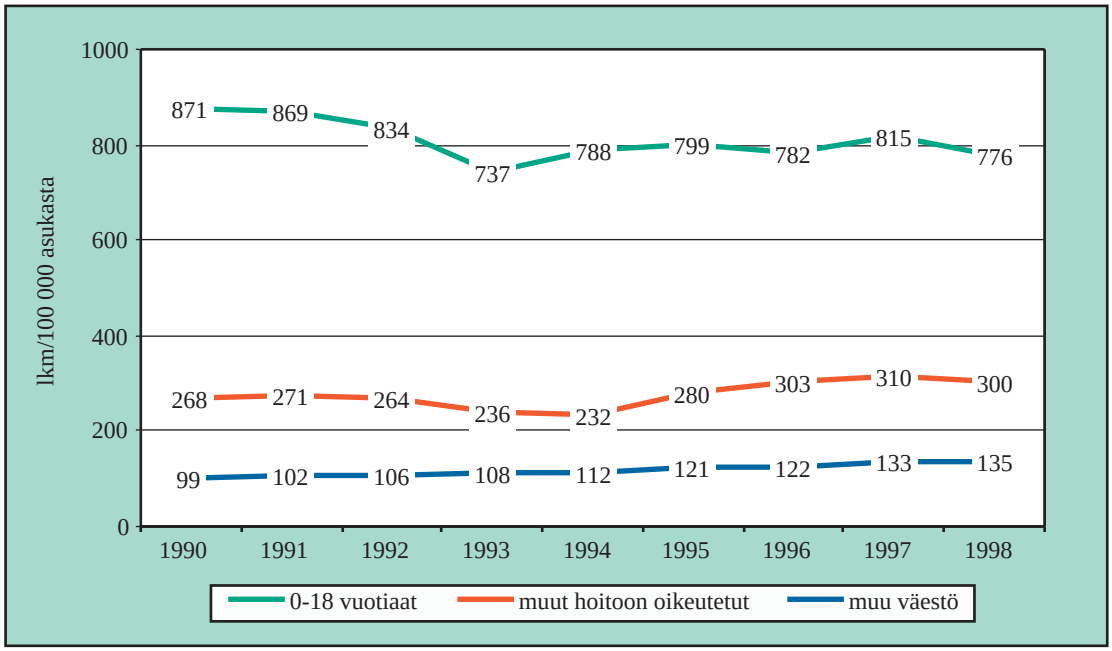
Perusterveydenhuollossa annetun hammashuollon nettokustannukset asukasta kohti vuodessa ovat vuodesta 1994 lähtien pysyneet suunnilleen samalla tasolla. Kuntien välinen vaihtelu ei myöskään ole sanottavammin muuttunut. (Ks. kuvio 8 tilastoliitteen luvussa 6.)

Yhteenlaskettuna terveyskeskusten suun terveydenhuollon potilaiden ja Kelan hammashuollon korvausta saaneiden potilaat muodostavat noin puolet väes-

töstä. Maakunnittain tarkasteltuna hoidossa olevien osuus koko väestöstä oli pienin Lapissa ja suurin Itä – Uudellamaalla. (Taulu 3.)

Lisätietoja suun terveydenhuollosta: *Perusterveydenhuollon toimintatilasto 1994–1998.*

Kuvio 1. Terveyskeskusten suun terveydenhuollon potilaat 1 000 vastaavanikäistä kohti Manner-Suomessa vuosina 1990–1998.



Taulu 1. *Terveyskeskusten suun terveydenhuolto ja Kelan korvaama yksityinen suun terveydenhuolto vuonna 1998.*
Asiakkaat ja käynnit Manner-Suomessa, Helsingissä ja eri tilastoalueilla.

Alue	Terveyskeskusten suun terveydenhuollon potilaat/1000 vastaavan ikäistä				Kelan korvaama yksityinen suun terveydenhuolto, korvausta saaneita/1000 vastaavan ikäistä			Terveyskeskusten ja yksityisen suun terveydenhuollon käynnit/1000 vastaavan ikäistä						
								Terveyskeskukset			Kelan korvaama suun terveydenhuolto			Terveyskeskus- ja yksityiset käynnit yhteensä
	0-18 v	19-42 v	muu väestö	yhteensä	0-42 v.	muu väestö	yhteensä	0-42 v.	muu väestö	yhteensä	0-42 v.	muu väestö	yhteensä	
Manner-Suomi	776	300	135	341	100	168	129	1 384	411	961	286	216	256	1 217
Helsinki	683	207	26	223	137	241	180	1 014	86	632	393	349	375	1 007
Kaupunkimaiset kunnat 1)	738	260	77	291	117	220	160	1 229	240	815	334	284	313	1 128
Taajaan asutut kunnat 1)	806	354	175	394	84	138	108	1 537	510	1 088	240	172	211	1 299
Maaseutumaiset kunnat 1)	843	390	239	430	63	69	66	1 713	733	1 246	184	90	139	1 385

1) Kaupunkimaisia kuntia ovat kunnat, joiden väestöstä vähintään 90 % asuu taajamissa tai suurimman taajaman väkiluku on vähintään 15 000. Taajaan asuttuja kuntia ovat kunnat, joiden väestöstä vähintään 60 % mutta alle 90 % asuu taajamissa ja suurimman taajaman väkiluku on vähintään 4 000 mutta alle 15 000. Maaseutumaisia kuntia ovat kunnat, joiden väestöstä alle 60 % asuu taajamissa ja suurimman taajaman väkiluku on alle 15 000, sekä kunnat, joiden väestöstä vähintään 60 % mutta alle 90 % asuu taajamissa ja suurimman taajam väkiluku on alle 4 000.

Taulu 2. *Kelan korvaaman yksityisen suun terveydenhuollon kustannukset ja korvaukset vuonna 1998.*
Kustannukset ja korvaukset Manner-Suomessa, Helsingissä ja eri tilastoalueilla.

Alue	Yksityisen suun terveydenhuollon								
	Kustannukset mk/vastaavan ikäinen henkilö			Kelan korvaukset mk/vastaavan ikäinen henkilö			Asiakasmaksut mk/vastaavan ikäinen henkilö		
	0-42 v.	Muu väestö	Yhteensä	0-42 v.	Muu väestö	Yhteensä	0-42 v.	Muu väestö	Yhteensä
Manner-Suomi	120	69	98	54	39	48	66	30	50
Helsinki	169	127	152	75	70	73	94	57	79
Kaupunkimaiset kunnat 1)	140	89	119	63	50	57	77	39	62
Taajaan asutut kunnat 1)	98	42	79	46	25	40	52	17	39
Maaseutumaiset kunnat 1)	78	33	56	37	18	29	41	15	27

1) Kaupunkimaisia kuntia ovat kunnat, joiden väestöstä vähintään 90 % asuu taajamissa tai suurimman taajaman väkiluku on vähintään 15 000. Taajaan asuttuja kuntia ovat kunnat, joiden väestöstä vähintään 60 % mutta alle 90 % asuu taajamissa ja suurimman taajaman väkiluku on vähintään 4 000 mutta alle 15 000. Maaseutumaisia kuntia ovat kunnat, joiden väestöstä alle 60 % asuu taajamissa ja suurimman taajaman väkiluku on alle 15 000, sekä kunnat, joiden väestöstä vähintään 60 % mutta alle 90 % asuu taajamissa ja suurimman taajam väkiluku on alle 4 000.

Taulu 3. Terveyskeskusten hammashuollon potilaiden määrä ja Kelan hammashuollon korvausta saaneiden potilaiden määrä vuonna 1998 maakunnittain.

Maakunta	0-18 vuotiaat potilaat	Osuus ikäryhmästä %	19-42 vuotiaat potilaat	Osuus ikäryhmästä %	Muun väestön potilaat	Osuus ikäryhmästä %	Potilaat yhteensä	Osuus väestöstä %
Manner-Suomi	943 571	78	792 862	47	674 039	30	2 410 472	47
Uusimaa	197 541	67	203 687	44	149 849	30	551 077	44
Varsinais-Suomi	81 360	83	75 987	53	66 175	33	223 522	51
Satakunta	41 473	76	35 718	49	33 627	29	110 818	46
Kanta-Häme	31 675	83	26 255	52	20 937	27	78 867	48
Pirkanmaa	82 549	83	68 862	47	64 480	33	215 891	49
Päijät-Häme	38 809	86	30 305	50	28 487	31	97 601	49
Kymenlaakso	33 807	82	27 963	49	36 032	39	97 802	51
Etelä-Karjala	25 442	85	19 024	46	21 573	32	66 039	48
Etelä-Savo	30 776	81	23 825	48	27 727	33	82 328	48
Pohjois-Savo	46 670	77	37 120	46	28 697	25	112 487	44
Pohjois-Karjala	33 684	81	24 209	46	23 570	30	81 463	47
Keski-Suomi	48 936	78	39 712	48	41 442	36	130 090	50
Etelä-Pohjanmaa	42 500	85	30 336	52	25 194	28	98 030	50
Pohjanmaa	35 538	83	30 864	58	23 892	31	90 294	52
Keski-Pohjanmaa	15 414	78	10 681	48	7 849	26	33 944	47
Pohjois-Pohjanmaa	80 424	79	54 229	45	32 528	24	167 181	46
Kainuu	18 380	80	11 645	42	10 578	25	40 603	44
Lappi	40 023	80	28 052	45	17 814	21	85 889	43
Itä-Uusimaa	18 570	85	14 388	53	13 588	35	46 546	53