

SITRA:n Hoivafoorumi 5.2.2013

Miten Suomi selviää ikääntymisestä nykyisellä työvoimalla?

Taustamuistio ja lähdeaineisto, joka perustuu Tekes-projektiin ikääntyvän yhteiskunnan tarvitsemat palvelurakennukset. Aiheesta enemmän:
<http://www.sotera.fi/page.php?id=13#PALVELU>

Erkki Vauramo, professori (h.c.)
tukija, Aalto yliopisto, Sotera-instituutti
erkki.vauramo@aalto.fi

Miten Suomi selviää ikääntymisestä nykyisellä työvoimalla?

1 Palvelutarve ja nykyresurssit

1.1 Suomen ikääntyminen

Ikääntyvän ihmisen palvelun tarvetta voidaan lähestyä tilastollisten ennusteiden avulla. Jos tarkastelemme Suomen väestöennusteita, näemme, että yli 75-vuotiaitten vanhusten määrä noin kaksinkertaistuu nykytasosta. Tämä ja siitä riippuva huoltosuhteen muutos on päivittäinen keskustelunaihe.

Taulukko 1. Väestöennuste 2012 iän ja sukupuolen mukaan koko maa 2012 - 2040

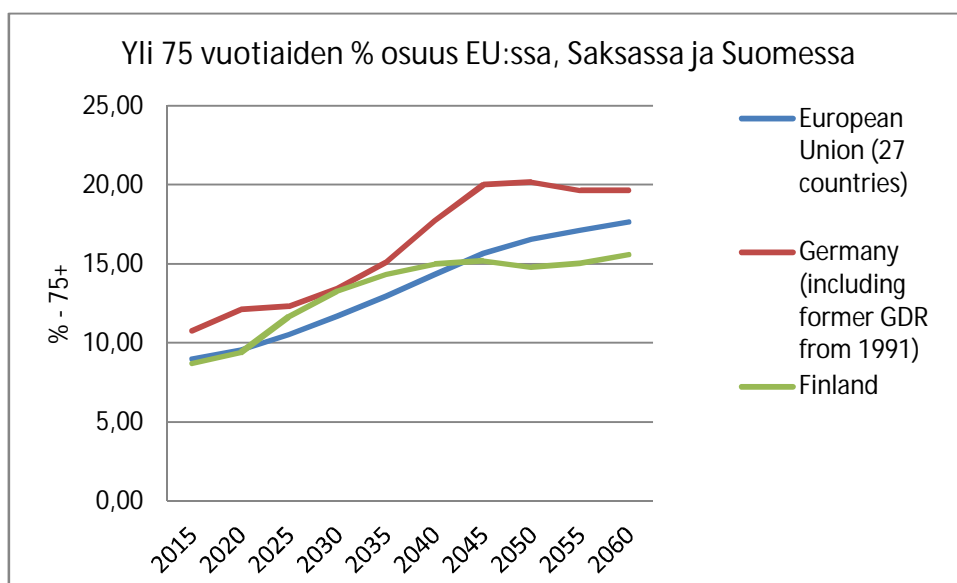
KOKO MAA	2013	2020	2025	2030	2035	2040
Ikäluokat yhteensä	5452773	5631017	5748548	5847678	5925151	5984898
- 14	896578	932596	939334	936712	927257	923027
15 - 64	3498136	3425603	3417499	3415342	3442181	3495360
65 - 74	593010	714898	681660	675865	660723	618594
75 -	465049	557920	710055	819759	894990	947917
75+ kerroin	1	1,2	1,5	1,8	1,9	2,0

Lähde: Tilastokeskus Väestöennuste 9/2012

Suomen tilanne on nyt hyvä, meidän yli 75 – vuotiaiden määrä on tällä hetkellä Euroopan Unionin keskiarvon alapuolella.

1.2 EU:n vanhusväestön kehitys

Jos tarkastelemme Euroopan väestökehitystä Eurostatin tilastojen avulla (taulukko 2, kuvio 1), näemme, että Suomen yli 75-vuotiaiden määrä nousee vuoteen 2035 toiseksi Saksan jälkeen ja laskee sen jälkeen suhteellisen nopeasti.



Kuvio1. Eurostat: väestöennuste yli 75 – vuotiaiden määrän kehitys 2015–2060

EU:n väestökehitys saadaan Eurostatin ennusteista. Taulukossa 2 on maat laskevassa järjestyksessä yli 75-vuotiaiden % -osuuden mukaan viiden vuoden välein vuosina 2015-2050.

Taulukko 2. Euroopan eri maiden yli 75-vuotiaiden määrä % koko väestöstä 2015-2050

GEO/TIME	2015	GEO/TIME	2020	GEO/TIME	2025	GEO/TIME	2030	GEO/TIME	2035	GEO/TIME	2040	GEO/TIME	2045	GEO/TIME	2050
Italia	10,86	Saksa	12,09	Saksa	12,33	Saksa	13,45	Saksa	15,10	Saksa	17,73	Saksa	20,00	Saksa	20,18
Saksa	10,79	Italia	11,36	Italia	12,24	Suomi	13,30	Liechtenstei	14,62	Liechtenstein	16,91	Liechtenstein	18,79	Liechtenstein	19,46
Kreikka	10,17	Kreikka	10,28	Suomi	11,68	Italia	12,91	Suomi	14,33	Italia	15,53	Italia	17,41	Italia	19,00
Portugali	9,31	Portugali	9,86	Ruotsi	11,18	Liechtenstein	12,45	Italia	13,90	Suomi	15,00	Itävalta	16,58	Espanja	17,75
Ranska	9,18	Itävalta	9,85	Kreikka	10,87	Malta	12,32	Malta	13,83	Slovenia	14,76	Sveitsi	16,23	Portugali	17,37
Espanja	9,04	Ruotsi	9,62	Portugali	10,74	Ranska	12,12	Ranska	13,31	Alankomaat	14,75	Alankomaat	16,05	Kreikka	17,36
EU (27)	8,98	EU (27)	9,54	Ranska	10,69	Ruotsi	11,93	Slovenia	13,30	Itävalta	14,72	Slovenia	15,87	Itävalta	17,17
Belgia	8,95	Espanja	9,44	Malta	10,65	Portugali	11,79	Alankomaat	13,21	Sveitsi	14,63	Espanja	15,86	Sveitsi	17,02
Viro	8,70	Suomi	9,39	Itävalta	10,54	Alankomaat	11,78	Portugali	12,99	Malta	14,63	Portugali	15,80	Slovenia	16,67
Suomi	8,70	Ranska	9,30	EU (27)	10,54	Bulgaria	11,71	EU (27)	12,96	Portugali	14,48	Kreikka	15,73	Alankomaat	16,61
Ruotsi	8,61	Latvia	9,22	Tanska	10,42	EU (27)	11,69	Puola	12,96	Ranska	14,37	EU (27)	15,66	EU (27)	16,55
Itävalta	8,58	Sveitsi	9,18	Liechtenstein	10,41	Kreikka	11,63	Bulgaria	12,93	EU (27)	14,35	Suomi	15,21	Latvia	16,48
Latvia	8,57	Viro	9,00	Sveitsi	10,39	Slovenia	11,54	Sveitsi	12,81	Espanja	14,08	Latvia	15,15	Bulgaria	16,33
Sveitsi	8,35	Belgia	8,88	Alankomaat	10,34	Sveitsi	11,46	Kreikka	12,80	Kreikka	14,06	Ranska	15,11	Romania	15,71
Englanti	8,23	Slovenia	8,86	Bulgaria	10,24	Tsekki	11,33	Itävalta	12,67	Latvia	14,01	Bulgaria	14,84	Ranska	15,69
Slovenia	8,22	Englanti	8,74	Espanja	10,22	Tanska	11,31	Ruotsi	12,43	Puola	13,89	Liettua	14,68	Liettua	15,49
Bulgaria	8,20	Bulgaria	8,72	Englanti	9,94	Itävalta	11,29	Espanja	12,41	Bulgaria	13,89	Malta	14,35	Puola	15,04
Liettua	7,96	Tanska	8,70	Belgia	9,75	Unkari	11,17	Unkari	12,32	Liettua	13,38	Puola	14,14	Unkari	14,86
Unkari	7,75	Unkari	8,55	Viro	9,66	Espanja	11,09	Latvia	12,27	Viro	13,32	Belgia	14,01	Viro	14,81
Alankomaat	7,50	Liettua	8,45	Tsekki	9,66	Viro	10,80	Viro	12,17	Belgia	13,24	Tanska	13,98	Suomi	14,80
Tanska	7,45	Alankomaat	8,44	Latvia	9,65	Belgia	10,76	Tsekki	12,11	Ruotsi	12,97	Viro	13,93	Tsekki	14,63
Malta	7,33	Liechtenstein	8,27	Slovenia	9,65	Puola	10,66	Tanska	12,01	Tanska	12,95	Ruotsi	13,71	Tanska	14,61
Romania	7,22	Malta	8,18	Unkari	9,49	Latvia	10,61	Belgia	12,00	Unkari	12,54	Romania	13,69	Malta	14,61
Norja	7,00	Tsekki	7,77	Norja	8,96	Englanti	10,59	Englanti	11,37	Englanti	12,49	Englanti	13,47	Slovakia	14,42
Luxemburg	6,90	Norja	7,50	Liettua	8,79	Norja	10,05	Liettua	11,34	Tsekki	12,48	Unkari	13,31	Belgia	14,38
Puola	6,87	Romania	7,35	Puola	8,31	Liettua	9,64	Romania	11,17	Slovakia	12,19	Luxemburg	13,00	Ruotsi	14,24
Tsekki	6,74	Luxemburg	7,05	Kypros	8,12	Romania	9,56	Norja	11,05	Norja	11,90	Tsekki	12,95	Englanti	13,91
Liechtenstein	6,33	Kypros	6,97	Romania	8,00	Kypros	9,29	Slovakia	10,97	Romania	11,65	Slovakia	12,95	Englanti	13,79
Islanti	6,12	Puola	6,96	Islant	7,68	Slovakia	9,18	Kypros	10,52	Luxemburg	11,53	Norja	12,91	Norja	13,69
Kypros	6,09	Islant	6,62	Luxemburg	7,66	Islant	9,02	Islant	10,46	Islant	11,51	Kypros	11,87	Kypros	12,36
Slovakia	5,43	Slovakia	6,00	Slovakia	7,17	Luxemburg	8,63	Luxemburg	9,93	Kypros	11,46	Islant	11,83	Islant	11,78
Irlanti	5,32	Irlanti	5,95	Irlanti	7,03	Irlanti	8,09	Irlanti	9,08	Irlanti	10,07	Irlanti	10,89	Irlanti	11,82

Tämän tarkastelun perusteella voidaan todeta, että Suomen ikääntyminen noudattelee EU:n keskiarvoa varsin tarkasti. Jos tarkastelemme Suomen yli 75-vuotiaiden määrän poikkeamaa EU:n keskiarvosta, nähdään, että erot ovat pieniä, usein vain prosentin osia. Vuonna 2030 Suomessa on ennusteen mukaan 820 000 yli 75-vuotiasta, EU:n keskiarvo merkitsisi 726 000 yli 75-vuotiasta ja korkein Saksan taso 829 000 yli 75-vuotiasta.

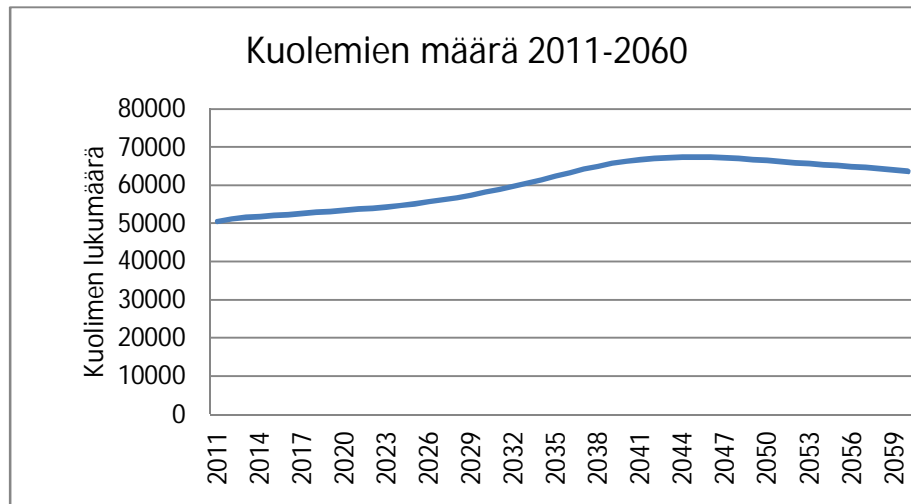
Kun yli 75-vuotiaiden määrä nousee nykytasosta yli kaksinkertaiseksi, on maitten välinen ero vähäinen. Kun muualla Euroopassa on jo nyt suhteellisesti enemmän vanhuksia, voidaan hyödyntää näiden maiden hyviä kokemuksia ja työtapoja.

1.3 Palvelutarve on suuri ennen kuolemaa

Vanhusten määrä ei sinänsä kelpaa palvelutarpeen mittariksi. Ensisijainen syy on vanhusten parantunut terveys, joka pidentää aktiivista ja omatoimista ikää sekä pienentää palvelutarvetta. Siihen vaikuttaa sekä yleinen elintason nousu että kehittyneet hoitomenetelmät. On esitetty arvioita siitä, että puolet sydän- ja verisuonitauti potilaiden eliniän pitenemisestä johtuisi parantuneesta lääkehoidosta.

Yleisesti tiedetään, että ennen kuolemaa ihminen tarvitsee enemmän hoivaa. Vanhus hoidetaan vuoteeseen ennen kuolemistaan noin pari viikkoa. Turun Kurjenmäki yksikössä hoidettiin kaikki yhden maantieteellisen alueen vanhukset. Heidät hoidettiin vuoteeseen keskimäärin noin 12 vrk ennen kuolemaa.

Kun kuolema on ainakin jonkinlainen hoitotarpeen mittari, voidaan tarkastella kuolemien määrän kehitystä.



Kuva 2. Kuolemien määrän kehitys tilastokeskuksen väestöennusteen mukaan

Oikeamman palvelutarve tarvearvion antaa kuolemien määrä. Vuoden 2011 tasosta noin 50 000 kuolemaa vuodessa luku kasvaa 20 % vuoteen 2033 mennessä ja laakea huippu, 67 400 kuolemaa, saavutetaan vuonna 2045. Kuolemien määrä on kasvanut nykytasosta noin 35 %. Väestön määrän kasvu selittää siitä 2-3 %. Suuren ikäluokan kolmeen neljään vuoteen kohdistunut syntyvyyspiikki hajoaa useammalle vuodelle eikä näin syntyvyyttä vastaavana huippuna näy kuolemissa. Tämä helpottaa merkittävästi palvelujen suunnittelua.

Kun ihmisten elinikä pitenee, pääosa siitä on tervettä elämää tai taudin hallintaan liittyvää toimintakyvyn ylläpitoa. Vastaavasti kuolema siirtyy myöhemmäksi. Väestöennusteet näyttäisivät tukevan kuoleman kompressiota, pakkaantumista lyhyeen ajanjaksoon.

Näyttäisi siltä, että väestön ikääntymisestä ja suuren ikäluokan kuolemista aiheutuva lisäpalvelutarve ei ole verrannollinen vanhusten määrään vaan väestön kuolemien määrään. Kuolemien määrän lisääntymisen perusteella näyttäisi palvelutarve kasvavan noin 20 - 30 %. Tämä 30 % olisi löydettävä nykyisistä järjestelmistä.

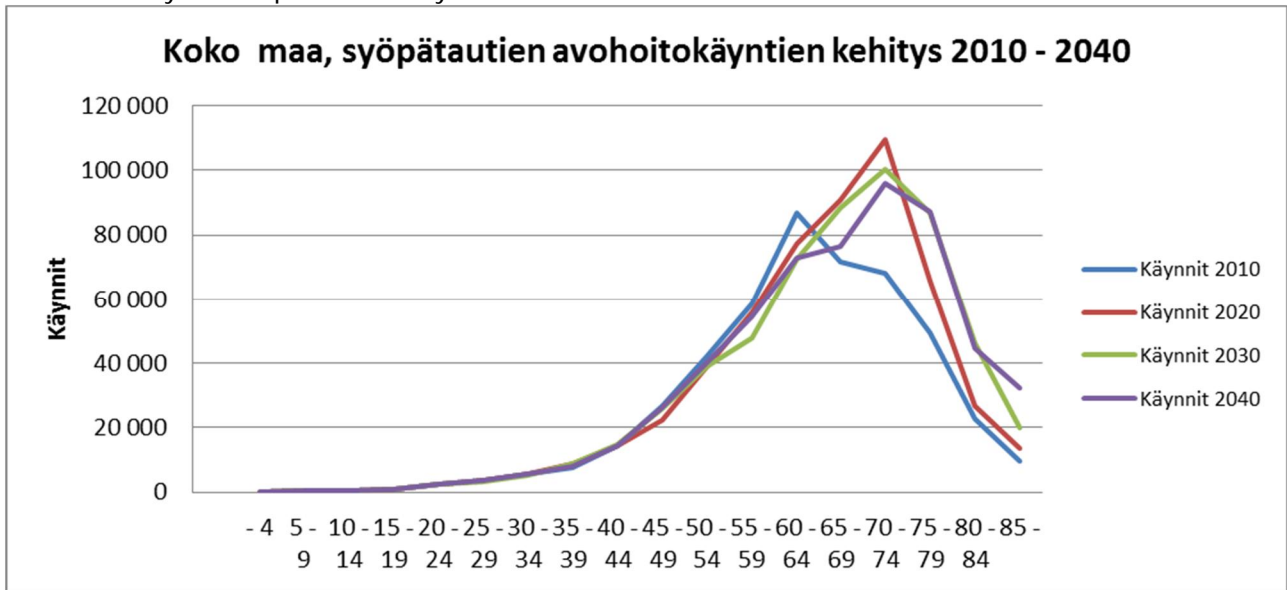
1.4 Vanhusväestö ei käytä erikoissairaanhoitoa

Terveydenhuollon palvelut kohdistuvat eri tavalla eri ikäryhmiin. Valtaosan erikoissairaanhoidon palveluista käyttävät keski-ikäiset henkilöt. Vanhusväestön osuus on noin 10–15 % erikoissairaanhoidon hoitoprosesseista.

Syitä on monia. Keskeiseksi syyksi esitetään toimenpiteiden raskaus. Usein hoito on niin raskas, ettei vanhemman ihmisen kunto kestä sitä ja siksi toimenpiteisiin ei ryhdytä.

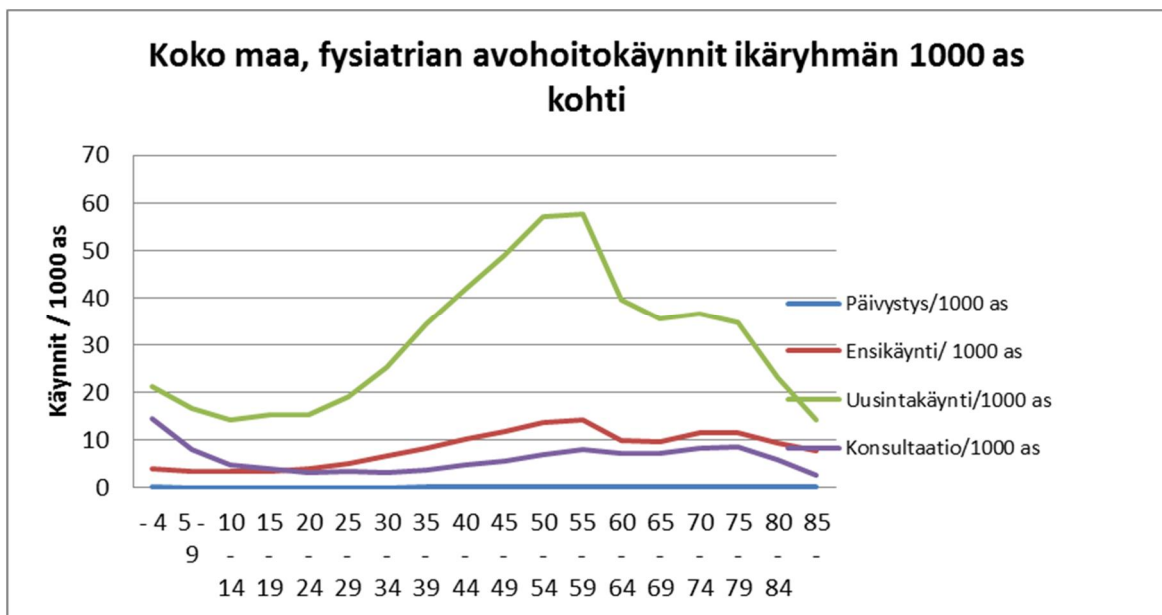
Sotera-instituutti on tehnyt ennusteita erikoissairaanhoidon tulevasta käytöstä nykyisten hoitokäytäntöjen pohjalta. Esimerkiksi on valittu koko maan syöpätautien ja kuntoutuksen hoitokäynnit. Syövän hoitopiikki

on ennen 75 ikävuotta ja käyntien määrä laskee nopeasti vanhemmissa ikäryhmissä. Sama pätee myös sairaaloiden fysiatrian poliklinikkakäynteihin.



Kuva 3. Syöpätautien hoitokäyntien kehitys ei kovinkaan paljon kasva vuoteen 2040 mennessä

Kuten kuvasta 3 näkyy, ei ikääntyminen vaikuta merkittävästi erikoissairaanhoidon. Vanhusten syövän hoito ei käytä raskaita hoitomuotoja niin paljon kuin 50-70 vuotiaat. Tämä näkyy vielä selvemmin kuntoutukseen kuuluvan fysiatrian sairaalapalvelujen käytössä. Palvelut painottuvat alle 60 – vuotiaiden ikäryhmiin.



Kuva 4. Keskussairaaloiden kuntoutus ei tavoita vanhusväestöä, kuten fysiatrian esimerkki osoittaa

Kun yleisesti tiedetään, että maamme erikoissairaanhoidon on kansainvälisissä vertailuissa tehokas, on tarkastelu suunnattava vanhuspalveluihin. Siksi seuraavassa keskitytään tarkastelemaan kuntoutusta, terveyskeskussairaala ja vanhusten asumista.

Toteamukset:

- Suomi ikääntyy, kuten ikääntyy muukin Eurooppa
- Palvelujen tarve riippuu kuolemien määrästä, joka kasvaa 30 %, vaikka yli 75 – vuotiaiden määrä kaksinkertaistuu

- Vanhukset käyttävät (liian?) vähän erikoissairaanhoidoa ja etenkin kuntouttavia toimenpiteitä
- Vanhusten palvelut ovat perus- ja lähipalveluja, jota seuraavassa käsitellään

2 Palvelujärjestelmä potilas ja asiakaslaskennan valossa

2.1 Potilas- ja asiakaslaskenta 31.12.2011

THL kerää vuosittain 31.12. tehtävässä laskennassa tiedot kaikista palvelujärjestelmässä olevista henkilöistä. Kyseessä on keskeneräisen hoidon inventaario. Laskenta kattaa sekä julkiset että yksityiset palvelutuottajat. Tiedot vuodelta 2011 ovat juuri valmistuneet ja antavat mahdollisuuden tarkastella vanhusten palveluita yhtenä toiminnallisena kokonaisuutena.

Laskennassa kerätään useita kymmeniä eri tietoja. Seuraavassa tarkastellaan vain keskeneräisen hoitojakson pituutta järjestelmään tulopäivästä laskentapäivään, tulosityitä ja arvioidaan kokonaiskustannuksia.

Kustannuksia tarkastellaan kahdesta näkökulmasta. Hoitojakson keskimääräinen hinta arvioidaan laitokseen tulosta laskentapäivään mennessä kertyneiden hoitopäivien avulla. Lisäksi arvioidaan yhden tulosyyn kokonaiskustannus laskemalla yhteen siihen käytetyt hoitopäivät.

Vuosikustannus on arvio järjestelmän yhden vuoden kustannuksista ja kertynyt kustannus on keskeneräisen hoidon arvioitu kokonaiskustannus laskentapäivään mennessä.

Taukukko 3. Suomen palvelujärjestelmä ja sen tunnusluvut

Palvelujärjestelmä	Luku- määrä	Luku- määrä %	Hoitopäiviä alusta	Hoito- aika	Hoito- päivän hinta €	Jakson hinta €	Vuosikus- tannus M€	Kertynyt kustan- nus M€	Kustan- nus %
Vanhainkodit	15 520	22	10 762 752	693	130	90 090	736	1 399	23
Tehostettu palveluasunto	30 772	43	21 113 760	686	130	89 180	1 460	2 745	45
Palveluasunto, vanhukset	6 855	10	8 941 408	1 304	90	117 360	225	805	13
Palveluasunto, keski-ikäiset	2 097	3	3 669 066	1 750	90	157 500	69	330	5
Tk vuodeosasto, lyhytaikainen	8 270	12	166 467	20	190	3 800	574	32	1
Tk vuodeosasto, pitkäaikainen	7 274	10	4 677 060	643	190	122 170	504	889	14
Yhteensä	70 788	100	49 330 513	697	125	87 125	3 230	6 166	100

Yhteensä järjestelmässä on 70788 henkilöä, joiden keski-ikä oli 81 vuotta. STM:n ja Kuntaliiton suositusten mukaisen uudet määrälliset tavoitteet ovat olleet tiedossa jo vuodesta 2008 lähtien. Niiden mukaan pitäisi laitospaikkojen olla korkeintaan 3 % yli 75-vuotiaiden (465 000) määrästä eli yhteensä noin 14 000 paikkaa. Tarve on todennäköisesti alle eli noin 1% vastaten noin 5000 paikkaa. Nyt terveyskeskuksen pitkäaikaishoidon ja vanhainkotien paikkamäärä on yhteensä noin 25000 eli ainakin 11 000 ylitavoitetason.

Palveluasuminen 9 % / 75 vuotta täyttäneistä merkitsee 465 000 vanhuksen osalta noin 42 000 asumispaikkaa, kun nykyisin niitä on terveyskeskussairaalan pitkäaikaisosastolla 7200, vanhainkodissa 15 520, tehostetussa palveluasunnossa 30772 ja tavallisessa palveluasunnossa 6855, yhteensä noin 60 000 paikkaa, siis runsaasti yli tarpeen.

Nykytilannetta tarkasteltaessa olennaisimmat tiedot ovat palvelun kesto ja laitokseen tai palveluun tulosyöt.

2.2 Hoitojaksojen keston tarkastelu

Palvelun keston tarkastelu on keskeneräisen hoidon inventaario. Siinä tarkastellaan hoitoajan pituutta jakson alusta laskentapäivään. Jaksot on jaettu hoitoaikaluokkiin. Luokka 0-9 tarkoittaa sitä, että alle kymmenen vuorokautta kestäneet jaksot ovat tässä ryhmässä ja niitä on kaikissa järjestelmissä yhteensä 5683 jaksoa. Tässä ryhmässä keskimääräinen hoitoaika on ollut 31.12.2011 neljä vuorokautta.

Koska tarkkoja kustannustietoja tai palvelujärjestelmäkohtaisia keskiarvoja ei ole saatavissa, käytetään Aalto-yliopiston ja Kuntaliiton aiemassa yhdessä tehtyjä hoitopäivän keskihinnan arvioita. Siinä päädyttiin 125 € vuoden 2011 osalta.

Taulukko 4. Kaikkien hoitojärjestelmien hoidossa olevat henkilöt luokiteltuna hoidon keston mukaan, laskenta 31.12.2011

Hoitoaika jakson alusta	Luku-määrä	Luku-määrä %	Hoitopäiviä alusta	Hoito-aika	Keski-ikä	Jakson hinta € (125 €/vrk)	Kertynyt kustannus M€	Kustannus %
0 1- 9	5683	8	24468	4	79	500	3,1	0
1 10-29	5153	7	88037	17	80	2125	11,0	0
2 30-59	4225	6	180636	43	81	5375	22,6	0
3 60-90	3454	5	258185	75	82	9375	32,3	1
4 91-179	6924	10	906811	131	82	16375	113,4	2
5 180-364	10925	15	2908354	266	82	33250	363,5	6
6 365-729	12559	18	6483396	516	82	64500	810,4	13
7 730-1094	7680	11	6773688	882	82	110250	846,7	14
8 1095-3599	12581	18	23002912	1828	82	228500	2875,4	47
9 3600-9999	1604	2	8704032	5426	75	678250	1088,0	18
Yhteensä	70788	100	49330496	697	81	87125	6166,3	100
Punainen alue	21865	31	38480632	1760		1017000	4810,1	79

Aalto-yliopiston yhteyksien kautta tätä tehdessä on ollut tiedossa EU:n vanhuspoliittista valmistelumateriaalia. EU:n ikäpoliittisessa valmistelutyössä on esillä ajatus, jonka mukaan vanhusten ei tulisi olla palvelujärjestelmässä kahta vuotta kauempaa. Tämä alue on merkitty punaisella. Jotkut maat, kuten Alankomaat ovat jo päässeet 1,2 vuoden keskimääräiseen hoitoaikaan.

Palvelujärjestelmässä oli yhteensä 70 778 henkilöä. He ovat järjestelmässä keskimäärin 1,9 vuotta, heidän hoitoonsa on käytetty yhteensä laskentapäivään mennessä resursseja vähän yli 6 mrd. euroa. Keskimääräinen jakson hinta oli 87 000 €.

Kun tarkastelemme punaista aluetta, on siinä 31 % henkilöistä ja 80 % kustannuksista eli yli 4,8 mrd euroa. Kun punaisen alueen keskimääräinen hoidossa ole aika 1760 vuorokautta on noin 4,8 vuotta, merkitsee tämä vuodessa noin 1 mrd. euron panostusta pitkäaikaiseen hoitoon. Tästä noin 70 % eli 700 miljoonaa euroa on työpanosta. Jos henkilötyövuoden hinta on 50 000 €, vastaa tämä noin 14 000 työntekijän työpanosta.

Eriyksen pitkään yli 10 vuotta järjestelmässä olleet 1604 henkilöä eli 2 % kaikista ovat käyttäneet noin 670 000 € jokainen ja varanneet 18 % koko laitoshoidon keskeneräisen hoidon panostuksesta. Alle puolenvuoden kestoiset jaksot merkitsevät vain 3 % kokonaissummasta. Tähän ryhmään kuuluu kuntoutus.

2.2.1 Hoitoaika ja vuoden aikana henkilöön kohdistunut hoito

Sosiaali- ja terveydenhuollon käsitteistö paljastaa ongelman, jonka vuoksi pitkien hoito-aikojen kustannukset eivät tule esiin. Ne nollataan vuoden lopussa. Yleensä elinkeinoelämässä on totuttu tarkastelemaan realistisesti kokonaistilannetta. Tämä edellyttää hoitojakson pituuden tarkastelua tulopäivästä lähtöpäivään (tai kuolemaan). Tällöin vuodenvaihteella ei ole mitään merkitystä, vaan vuosien mittaiset hoitojaksot on otettava tarkasteluun kokonaisuutena.

Sosiaalisektorin terveyskeskus- ja sosiaalipalvelutilastot ja taloudelliset tarkastelut perustuvat vuoden aikana tuotettuihin palveluihin. Tämä merkitsee sitä, että pitkät hoitajaksot päätetään vuoden mittaisiin jaksoihin. Tilannen nollataan vuosittain vuodenvaihteessa ja aloitetaan seuraavana vuonna alusta. Tätä kuvaa kuvan 3 musta viiva ja sen vasemmalla puolella oleva ruskea alue, jolla on aktiivinen vaihto. Viivan oikealla puolella oleva sininen alue, joka kuvaa todellista hoitomäärää leikataan pois ja unohdetaan.



Kuva 5. Sosiaalisektorin ja elinkeinoelämän tapa tehdä inventaarioita on erilainen. Jaksoista katkaistaan yli vuoden mittainen osa pois, eikä kokonaisuudesta seurata. Kuitenkin se merkitsee pääosaa kustannuksista.

Kun tästä lasketaan keskimääräinen hoitoaika, tulee sinne huomattavasti enemmän potilaita tai asiakkaita, koska lyhytaikaisilla paikoilla on useita henkilöitä vuoden aikana. Esimerkiksi luokassa 0 1-9 vrk hoidetaan yhdellä paikalla 91 potilasta, luokassa 2 10-29 hoidetaan vastaavasti 21 potilasta. Näin ollen aina on potilas- tai asiakasmäärä suurempi kuin paikkamäärä.

Kun esimerkiksi 100 paikkainen laitos on aina täynnä, on peruspotilaiden määrä aina 100. Jos siellä on ollut 10 aktiivista lyhytaikaista paikkaa, on niillä hoidettu 910 potilasta ja 10 paikkaa luokassa 10-29 vrk on hoitanut 21 paikkaa kohti eli yhteensä 210. Yhteensä vuodenaikana on hoidettu 100 + 910 + 210 potilasta, yhteensä 1220 henkilöä. Kun hoitopäiviä yksikössä tuotetaan 100 x 360 vrk eli 36 000 ja se jaetaan 1220, saadaan tulokseksi 36 vrk henkilöä kohti. Tämä luku ei ole jakson alusta laskettu todellinen hoitoaika, vaan se on vuoden aikana laitoksessa oleviin henkilöihin keskimäärin kohdistunut hoitoaika. Kun tästä lasketaan kustannukset, saadaan keskimääräiseksi jakson kustannukseksi 36 x 125 € eli 4 500 €, joka on kaukana todellisen jakson todellisesta keskimääräisestä kustannuksesta 87 000 €.

Laskentatapa antaa henkilökunnalle mielikuvan siitä, että he toimivat hyvin ja taloudellisesti. Todettakoon, että pisimmät hoitajaksot terveyskeskuksissa ovat yli 15 vuotta ja ne ovat maksaneet yli miljoona euroa. Erikoissairaanhoidossa ei vielä ole päästy miljoonan euron kustannuksiin yhden potilaan kohdalla. Nämä kustannukset eivät tule koskaan esille nyt vallitsevalla tarkastelutavalla. Eikä sosiaalisektori miellä toimintansa todellisia kustannuksia ja niiden kalleutta.

2.3 Palveluun tulokset

Ihmisen vanhentuuessa elimistö kuluu ja hän saa lääkitystä useisiin vaikeuksiin. Yli 70 vuotilalla on usein 2-3 diagnoosia, mutta hän elää silti kotonaan itsenäistä elämää. Jossain vaiheessa tulee kriisi, toimintakyky heikkenee ja syntyvän hoivan tarpeen vuoksi vanhus siirtyy pysyvästi asumaan palvelujärjestelmään.

Koska yleensä vanhemmalla henkilöllä on useita diagnooseja ja useita lääkkeitä, antaa toimintakykyä kuvaava tulos paremman kuvan palvelutarpeesta.

Taulukko 5. Tulokset palvelujärjestelmään, terveyskeskusten vuodeosasto, vanhainkoti ja erityyppiset palveluasunnat yhteensä

Kaikki järjestelmät yhteensä	Lukumäärä	Lukumäärä %	Hoitopäiviä alusta	Hoitoaika	Keski-ikä	Hoitosuus %	Pysyväispäätös %	Jakson hinta € (125 €/vrk)	Kertynyt kustannus M€	Kustannus %
24 Dementia	35 199	50	21 728 080	617	83	4,6	85	77 125	2 716	44
11 Itsensä huolehtimisen vajavuus	13 141	19	10 931 776	832	80	4,1	85	104 000	1 366	22
12 Liikkumiskyvyn vajavuudet	3 658	5	4 272 696	1 168	76	4,1	87	146 000	534	9
6 Som.sairauden tutkim. + hoito	8 348	12	2 225 576	267	79	3,8	44	33 375	278	5
34 Yksinäisyys,turvattomuus	1 666	2	2 064 689	1 239	86	2,7	88	154 875	258	4
35 Asumisongelmat	1 066	2	1 625 686	1 525	80	2,9	88	190 625	203	3
32 Muu psykiatr. sairaus/oire	1 109	2	1 453 467	1 311	74	3,9	90	163 875	182	3
21 Muistamattomuus	1 999	3	1 324 555	663	84	4,4	85	82 875	166	3
3x Muut psyyk.-sosiaaliset syyt	946	1	1 024 429	1 083	77	3,8	90	135 375	128	2
23 Viestimiskyvyn vajavuudet	421	1	795 800	1 890	70	3,6	93	236 250	99	2
39 Oikein hoitopaikan puute	678	1	489 252	722	77	4,3	88	90 250	61	1
38 Kotipalvelujen puute	291	0	350 586	1 205	81	3,1	86	150 625	44	1
33 Päihdeongelma	299	0	291 183	974	66	3,8	79	121 750	36	1
2x Muut hermostolliset syyt	196	0	283 701	1 447	78	4,2	91	180 875	35	1
36 Omaisten avun puute	220	0	150 702	685	83	3,7	65	85 625	19	0
4 Kuntoutus	662	1	114 503	173	74	3,4	34	21 625	14	0
22 Sekavuus	190	0	102 090	537	81	4,3	67	67 125	13	0
37 Hoitajan loma	466	1	50 756	109	80	3,8	18	13 625	6	0
5 Tapaturma	206	0	50 333	244	77	3,3	24	30 500	6	0
0 Ei tietoa	27	0	664	25	58	2,2	7	3 125	0	0
Yhteensä	70 788	100	49 330 496	697	81	4,2	79	87 125	6 166	100

Dementia ja itsensä huolehtimisen vajavuus eli kotona pärjäämättömyys merkitsevät yhteensä 48 340 paikkaa eli 66 % koko järjestelmän kapasiteetista. Näiden ryhmien keskeneräisen hoidon kustannukset vastaavasti ovat noin 4 mrd. € eli 66 % koko keskeneräisen hoidon arvosta.

Keskeinen havainto on kuntoutuksen asema. Tietoisessa kuntoutuksessa on hoidettu erikoissairaanhoidossa noin 5.000 potilasta ja potilaslaskennassa löytyi 600 tulostusta. Yhteensä meillä on siis noin 6.000 tietoista kuntoutushoitoa. Kuntoutuksen vuoksi oli hoidossa vain 622 henkilöä eli alle 1 % kaikista. Heistäkin 34 % oli kuntoutus jo loppunut pysyväispäätökseen. Tietoinen kuntoutus puuttuu vanhustenhuoltojärjestelmästä.

2.4 Järjestelmäkohtainen tulosten tarkastelu

Erinimiset järjestelmät hoitavat samanlaisia vanhuksia. Sen voi jokainen havaita vertailemalla naapurikuntien palvelurakennetta.

Ikäihmisten laatusuosituksessa mainittu ajatus on hyvä, mutta parikymmentä vuotta myöhässä. Terveyskeskusten vuodeosastot ovat muuttuneet dementiakodiksi. Siihen niiden rakenne ja toimintatavat ovat mahdollisimman epäsovivia. Pitkäaikaisosastot ovat kustannuksiltaan kalliita ja samalla 1960-luvun hoitojärjestelmän elävä museo.

Hoitovuorokausien hinta (190 €/vrk) vaihtelee, mutta jos pitkäaikaishoidon 4,7 miljoonaan hoitopäivää tuotettaisiin palveluasunnoissa (130 €/vrk), säästyisi koko maan tasolla noin 60 € vuorokaudessa ja 280 M€ vuodessa vastaten. Samalla vapautuisi 5600 henkilön vuotuinen työpanos.

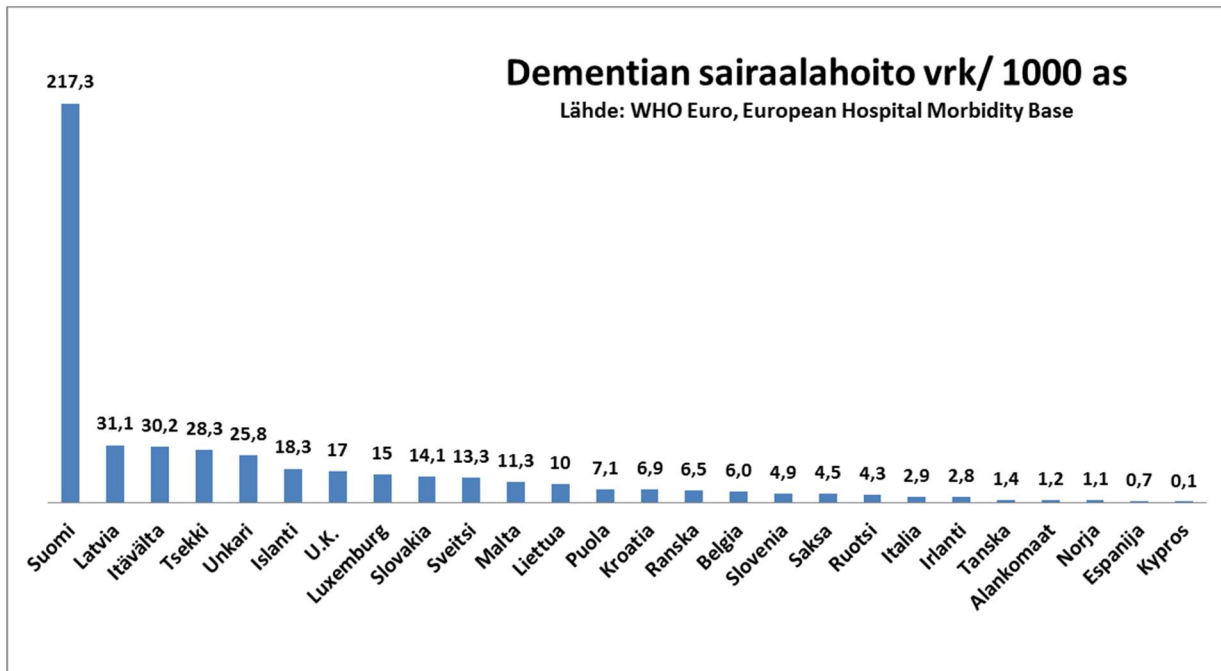
Asiaa auttaisi, jos esimerkiksi otettaisiin muiden maiden käytäntö ja rajattaisiin hoitoaika sairaaloiden vuodeosastoilla 30 vrk myös meillä.

Taulukko 6. Tärkeimmät laitokseen tulossyyt palvelualoittain

Palveluala	Luku- määrä	Luku- määrä %	Hoitopäiviä alusta	Hoito- aika	Keski- ikä	Jakson hinta €	Kertynyt kustannus M€	Kustan- nus %
Vanhainkodit, 130 €/vrk	15 520	100	10 762 752	693	84	90 090	1 399,2	100
24 Dementia	9 228	59	6 396 852	693	84	90 090	831,6	59
11 Itsensä huolehtimisen vajavuus	2 876	19	1 997 495	695	83	90 350	259,7	19
6 Som.sairauden tutkim. + hoito	1 108	7	710 953	642	82	83 460	92,4	7
Muut syyt	2 308	15	1 657 455	718		93 358	215	15
Tehostettu palveluasunto, 130 €/vrk	30 772	100	21 113 760	686	83	89 180	2 744,8	100
24 Dementia	17 556	57	10 614 096	605	83	78 650	1 379,8	50
11 Itsensä huolehtimisen vajavuus	6 151	20	4 473 528	727	83	94 510	581,6	21
12 Liikkumiskyvyn vajavuudet	1 581	5	1 286 092	813	82	105 690	167,2	6
Muut syyt yhteensä	5 484	18	4 740 044	864	83	112 364	616	23
Palveluasunto, vanhukset, 90€/vrk	6 855	100	8 941 408	1 304	80	117 360	804,7	100
11 Itsensä huolehtimisen vajavuus	2 202	32	2 863 236	1 300	80	117 000	257,7	32
24 Dementia	1 602	23	1 520 587	949	83	85 410	136,9	17
35 Asumisongelmat	461	7	911 972	1 978	81	178 020	82,1	10
Muut syyt yhteensä	2 590	38	3 645 616	1 408		126 682	328	41
Palveluasunto, keski-ikäiset, 90 €/vrk	2 097	100	3 669 066	1 750	51	157 500	330,2	100
12 Liikkumiskyvyn vajavuudet	590	28	1 583 934	2 685	49	241 650	142,6	43
11 Itsensä huolehtimisen vajavuus	773	37	1 149 821	1 487	51	133 830	103,5	31
24 Dementia	188	9	167 908	893	59	80 370	15,1	5
Muut syyt yhteensä	546	26	767 404	1 406		126 495	69	21
Tk vuodeosasto, lyhytaikainen, 190€/vrk	8 270	100	166 467	20	79	3 800	31,6	100
6 Som.sairauden tutkim. + hoito	4 512	55	81 713	18	77	3 420	15,5	49
24 Dementia	2 309	28	54 911	24	82	4 560	10,4	33
11 Itsensä huolehtimisen vajavuus	530	6	10 466	20	78	3 800	2,0	6
Muut syyt yhteensä	919	11	19 377	21		4 006	4	12
Tk vuodeosasto, pitkäaikainen 190 €/vrk	7 274	100	4 677 060	643	82	122 170	888,6	100
24 Dementia	4 316	59	2 973 724	689	84	130 910	565,0	64
6 Som.sairauden tutkim. + hoito	1 768	24	862 068	488	80	92 720	163,8	18
11 Itsensä huolehtimisen vajavuus	609	8	437 227	718	79	136 420	83,1	9
Muut syyt yhteensä	581	7	404 042	695		132 131	77	9

2.5 Poikkeuksellinen dementian hoitokäytäntö

Tavallisin tulosyys terveyskeskussairaalaan on dementia. Suomen asema dementian sairaalahoidossa on WHO:n tautitilastojen mukaan poikkeuksellinen. Jos tarkastellaan hoidettavien lukumäärää 1000 asukasta kohti ja hoitoaika saadaan laskettua hoitopäivämäärä 1000 asukasta kohti eri maissa.



Taulukko 14. WHO EURO:n tilasto dementian sairaalahoidosta.

WHO:n hoitotilasto osoittaa, että dementian hoidossa vuodelepo sairaalan osastolla on valittu Suomessa keskeiseksi hoitomuodoksi. Vuodeosastot on rakennettu 1970-luvun normilla, 25 m²/paikka. Ne ovat ahtaita ja epäinhimillisiä. Kuuminaan päivinä ei ole ulkoilumahdollisuuksia. Jatkuva pakkomakuu käpristää ihmisen lopuksi liikkumattomaksi. Kun vanhus joutuu pakkomakuuseen niin jo noin 10 päivässä dementi tai kotona pärjäämätön vanhus tottuu makaamaan, menettää toimintakykynsä ja jää pysyväksi vuodepotilaaksi.

Dementia ja pärjäämättömyys kuluttavat 66 % terveyskeskussairaalan resursseista. Näiden vanhusten hoito ei vaadi sairaalavarusteita eikä fyysinen ympäristö ja rakennukset sovi vanhusten hoitoon. Heidän kuntonsa huononee nopeasti.

Geriatrian professorit kirjoittivat Lääkärilehdessä (3/2012) vuodelepoon liittyvästä toimintakyvyn menetyksestä, joka johtuu ylihoivasta ja on usein vaarallisempi kuin perustauti.

Dementian hoito on nopeasti siirrettävä pois sairaaloista sekä inhimillisistä että taloudellisista syistä. Samalla vapautuu 6 600 terveyskeskuspaikkaa eli yli 40 % paikoista. Tästä seuraa terveyskeskussairaaloiden yhdistyminen, tilojen vapautuminen ja resurssien mittava uudelleenjärjestely. Tämä on myös kuntien keskeinen säästökohde.

Toteamukset:

- THL:n vuotuinen laskenta on alikäytetty tietovarasto
- Moniportainen palvelujärjestelmä hoitaa samanlaisia potilaita erinimisissä ja eritavoin resursoituissa yksiköissä kunnan palvelujärjestelmästä riippuen
- Kaikista kertyneistä kustannuksista 80 % käytettiin yli kolme vuotta laitoksessa olleisiin vanhuksiin, tätä ryhmää ei monessa maassa ole lainkaan
- Sosiaalisektorin on ruvettava tarkastelemaan pitkän hoitoajan todellisia kustannuksia
- Kuntoutus on Suomen järjestelmässä aliarvioitu
- Dementian sairaalahoito on täysin poikkeava hoitomuoto, ei paranna potilaan kuntoa ja pitäisi heti lopettaa

3 Vertailua muihin järjestelmiin

3.1 Palvelujen mitoitus

3.1.1 Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilökunta OECD maissa

Vanhusten määrä kaksinkertaistuu ja julkisuudessa vilisee erilaisia arviota kymmenien tuhansien työntekijöiden lisätarpeesta. Tämä perustuu käsitykseen siitä, että meillä olisi poikkeuksellisen vähän työntekijöitä. Tilastot näyttävät kuitenkin toista.

Jos tarkastelemme OECD:n Health dataan perustuen sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijämäärää 1000 asukasta kohti eri maissa, sijoittuu Suomi listoissa varsin korkealle. Vaikka yli 80- vuotiaiden määrässä olemme EU:n keskiarvon alapuolella, käytämme jo nyt runsaasti resursseja.

Verrattaessa Suomea muihin maihin, todetaan terveydenhuollon bkt-osuuden olevan OECD maiden keskiarvon alapuolella ja käytetään tätä lisäperusteena uudelle henkilökunnalle. Vertailtaessa väestöön suhteutettua henkilökunnan määrää on tulos toisenlainen. Keski-Eurooppaan verrattuna meillä on noin 20 % enemmän henkilökuntaa. Myös suoritepohjainen palvelujen mitoitus on sekä terveydenhuollossa että sosiaalipalveluissa noin 20 -30 % kireämpää.

Taulukko 7. Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilökunta 1000 asukasta kohti, OECD Health Data 2012.

Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilökunta 1000 asukasta kohti					
Norja	105,3	Australia	57,5	Slovakia	28,5
Tanska	93,9	Saksa	55,8	Espanja	28,0
Alankomaat	83,3	Belgia	54,2	Italia	27,6
Ruotsi	78,2	Irlanti	53,4	Viro	26,1
Suomi	73,0	Uusi Seelanti	52,0	Unkari	24,8
Islanti	72,5	Japani	48,7	Puola	22,9
Sveitsi	69,8	Itävalta	47,4	Kreikka	21,5
Kanada	61,7	Ranska	38,4	Chile	18,7
Englanti	61,3	Israel	37,6	Korea	17,4
Yhdysvallat	61,2	Tšekki	31,8	Slovenia	15,6
Luxemburg	59,8	Portugali	28,7	Meksiko	12,2

Todettakoon, että listan kärjessä Tanskassa, Hollannissa ja Ruotsissa on meneillään laajoja uudistuksia, joilla pyritään merkittäviin kustannussäästöihin.

Jokaiselle ajattelevalle ihmiselle on selvää, että kymmenien tuhansien henkilöiden lisäykset sosiaali- ja terveyspalveluihin ovat epärealistisia ja jotakin muuta on tehtävä. Suunnilleen nykyisen henkilökunnan on selvittävä tästä tehtävästä myös tulevaisuudessa. Siksi on tarkasteltava kehittyneempiä vanhuspalvelujärjestelmiä.

Näitä ovat esimerkiksi Hollanti, Saksa, Ruotsi ja Tanska. Seuraavassa tarkastellaan Ruotsin ja Hollannin mitoitusta ja uusia esimerkkejä vanhusten huollosta.

3.1.2 Ruotsin mitoitus – palveluja puretaan

Hyvä vertailukohta on Ruotsi. Siellä väestö vanhenee ja samanaikaisesti kallista laitosjärjestelmää puretaan. Ruotsissa oli eriasteisia palveluasuntoja 2004 noin 111 000, josta 91 % yhden hengen huoneita omilla mukavuuksilla. Vuodeosastopaikkoja oli yhteensä 3261.

Järjestelmää on purettu siten, että nyt jäljellä on 87 554 erityisasumispaikkaa (skärskild boende). Jos tarkastellaan resursseja yhtä kuolemaa kohti, saadaan mielenkiintoisia tuloksia. Ruotsissa kuolemia on noin 90 000, joten yhtä kuolemaa kohti on 355 vrk keskimääräistä hoitoaikaa eli kodin ulkopuolista asumista noin vuosi.

Suomessa vanhusten huollossa on kapasiteettia yhteensä noin 70 000 eriasteista paikkaa ilman akuuttisairaaloiden 15 000 sairaansijaa. Suomessa kuolee vuosittain noin 50 000 henkilöä. Keskimäärin yhtä kuolevaa henkilöä kohti on varattu laitospelämää noin 511 vrk. eli 17 kuukautta.

Voimme jatkaa tarkastelua vertaamalla yli 75-vuotiaiden vanhusten kuolemien määrää heidän käyttämiinsä hoitoasumisresursseihin. Ruotsissa kuolee vuodessa 64 500 yli 75-vuotiasta. Yhtä kuolemaa kohti on kodin ulkopuolista asumista varten 87500 paikka ja asumisaikaa noin 1,36 vuotta. Suomessa kuolee vuosittain noin 32 000 yli 75-vuotiasta henkilöä. Laitospaikkoja on 70 800 ja asumisaikaa on varattu kodin ulkopuolella 2,21 vuotta. Vanhuksen kannalta katsottuna tilanne näyttää ikävältä, jos kuoleman odotusta kodin ulkopuolella on yli 2 vuotta. Helsingissä oli 31.12. 2011 keskeneräisen hoivan määrä noin 7 250 000 vrk ja kuolemia noin 5000 vuodessa, joten tästä tulee noin 4 vuotta asumisaikaa jokaista kuolevaa helsinkiläistä kohti.

Jos Suomessa vanhustenhuolto toimisi kuin Ruotsissa, täälläkin vanhukset asuisivat kotona pidempään. Silloin Suomessa riittäisi vanhuksille noin 43 500 hoivapaikkaa eli 27 000 paikkaa nykyistä vähemmän. Säästynyt summan olisi vuositasolla 1,23 mrd €.

Ruotsin ja Suomen suurin ero on asenteessa ja kuntoutuksessa. Ruotsissa vanhus on itse oman hoitonsa suurin resurssi ja hänet vastuutetaan omasta hoidosta. Sama pätee myös Ruotsiin muuttaneisiin suomalaisiin. Palveluasunnoissa eivät suomalaiset ole yhtään sen huonompikuntoisia kuin ruotsalaiset.

3.1.3 Hollanti

Hollannissa ja yleisesti Euroopassa ikääntyneet pyritään mahdollisimman pitkään tukemaan omiin koteihin. Hollannissa väestön itsemääräämisoikeutta ja valinnan vapautta kunnioitetaan ikään katsomatta.

Hollannissa on hoitopalveluin varustettuja tehostettuja palveluasuntoja 10 % ja tavallisia vain päiväaikaisin palveluin tuettuja asuntoja 18 % yli 80-vuotiaita kohti. Ympäri vuorokautista palvelua on siis oleellisesti vähemmän. Yllättävää on, että laitosten määrää Hollannissa ei suunnitella lisättäväksi, vaikka väki vanhenee.

Suomessa on vuonna 2012 yli 80-vuotiaita 270 000 henkilöä. Hollannin mitoitus merkitsisi 27 000 tehostettua palveluasuntoa ja 48 500 tavallista päiväpalveluin tuettua asuntoa, yhteensä 69 400 asuntoa eli 63 %. Kapasiteetti on sama kuin Suomessa, noin 75 000 paikkaa, mutta rakenne erilainen. Suomen kaikkia päiväpalveluin varustettuja senioritaloja ei ole THL:n tilastoissa.

Verrattaessa Hollannin palveluasuntomäärää Suomeen nähdään, että meillä on suunnilleen sama kokonaispalveluasuntomäärä, mutta rakenne on eri. Hollannissa pääosa on päiväpalvelun puitteissa olevia asuntoja, kun taas Suomessa pyritään lähes kaikissa henkilökunnan 24 tunnin läsnäoloon. Hollannissa vanhukset pidetään paremmassa kunnossa.

Hollannissa keskimääräinen hoito-aika kaikissa laitoksissa on noin 432 vrk eli merkittävästi lyhyempi verrattuna Suomen lukuun, 687 vrk. Järjestelmä hoitaa 1,6 kertaisen määrän vanhuksia Suomen järjestelmään verrattuna. Jos Hollannin normia sovelletaan Suomeen, merkitsee se myös noin 70 000 paikkaa, näistä ympärivuorokautista valvontaa vaativia olisi noin 28 000 eli 40 %, Suomessa vastaava luku on 87 %.

Vaikuttaa siis siltä, että hollantilainen kuntoutukseen perustuva palvelujärjestelmä pystyy kuntouttamaan vanukset parempaan kuntoon kuin Suomessa, koska pääosa vanhuksista asuu yksin.

3.1.4 Järjestelmien vertailu

Edellä olevien tietojen perusteella voimme laskea, miten paljon vanhusten hoito Suomessa tulisi maksamaan Hollannin ja Ruotsin palvelujärjestelmillä ja mitoituksella. Hoitoajan avulla pystymme arvioimaan kertyneen keskeneräisen hoidon kokonaiskustannuksen.

Taulukko 8. Palvelujärjestelmien kustannusvertailu, Suomen vanhusmäärään on sovitettu Ruotsin ja Hollannin mitoitus

Palvelujärjestelmä	Lukumäärä	Hoitoaika	Hoitopäivän hinta €	Jakson hinta €	Vuosikustannus M€	Kertynyt kustannus M€
Suomen järjestelmä	70 788	697	125	87 125	3 230	6 166
Hollannin järjestelmä, josta	75 500	440	102	44 880	2 835	3 402
24 h hoivakodit	27 000	440	130	57 200	1 264	1 516
palveluasunnot, päiväpalvelut	48 500	440	90	39 600	1 571	1 886
Ruotsin järjestelmä	43 500	496	125	62 050	1 958	2 699

Ruotsin palvelurakenteella vuosikustannus pienenee noin 1 mrd euroa eli kolmanneksen ja kertynyt kustannus puolittuu. Kustannuksista osa, noin 400 miljoonaa euroa, siirtyy tarvittaviin avopalveluihin, mutta reaalisesti Ruotsin järjestelmä olisi lähes 30 % halvempi. Ruotsin pieni laitospäästö johtuu hyvin kehittyneestä kuntoutusjärjestelmästä. Kuntoutus suoritetaan toimintaterapeuttien toimesta useimmiten vanhuksen kotona. Kun nyt siirrytään ennaltaehkäisevään kuntoutukseen, odotetaan kustannusten laskevan entisestään.

Suomessa kertynyt kokonaiskustannus 6,4 mrd. € olisi Hollannin hoitoajalla noin 4 mrd. € eli 62 % nykytasosta. Hollannissa vanukset ovat paremmassa kunnossa, koska he pärjäävät vain päiväaikaisin tukipalveluin. Tämä rakenne alentaa kustannuksia lisää noin 0,6 mrd. Hollannin mitoituksella järjestelmässä on myös 7 % eli 5 500 paikkaa enemmän.

Tämä vertailu osoittaa, että Suomessa tarvittava lisäkapasiteetti, noin 30 % lisää, on saavutettavissa järjestelmän rakennemuutoksen avulla. Yksistään lyhyempi hoitoaika merkitsee merkittävästi alempia kustannuksia. Suomessa vallitsee äärimmäisen passiivinen ylihoitava hoitokulttuuri, jonka murtaminen on ongelma. Lisäksi meillä on paneuduttava erityisesti kuntoutukseen ja asetettava kuntoutukselle vastaava tavoite kuin Ruotsissa eli kuntouttaa takaisin kotiin.

3.2 Esimerkkejä hyvistä ratkaisuista

3.2.1 Dementtiakoti Distansgatan 7, Borås

Ruotsin vanhustenhuollossa rakennemuutos on tapahtunut jatkuvana muutoksena jo 1970-luvulta lähtien ja se virallistettiin 1990-luvun alun Ädelreformin myötä. Ruotsissa ei enää ole Suomen kaltaista laajamittaista vanhusten pitkäaikaista laitos- ja sairaalahoitoa, vaan vanhuksista yli 90 % asuu kotonaan tuettuina erilaisin palveluin. Periaatteena on, että vanhus asuu samassa tarpeensa vaatimissa palveluasunnossa elämänsä loppuun asti ja käy sairaalassa tarvittaessa. Palveluasunnoissa ei ole pääsääntöisesti omaa sairaanhoitohenkilökuntaa. Kotisairaahoito tulee paikalle tarvittaessa.

Distansgatan 7 on kolmeen vanhaan asuinrakennukseen korjattu 90-paikkainen dementtiakoti. Kahdeksasta osastosta kolme on suomenkielistä.

Avoin ympäristö ja riittävä tila lisää turvallisuuden tuntua. Tilat muistuttavat moderneja yksioita. Dementiaa sairastava selviää vain tutussa ympäristössä, siksi hänen on saatava mukaan omat huonekalut muuttaessaan palvelujärjestelmään. Levottomat vanhukset rauhoittuvat omaan asuntoonsa noin kuukaudessa. Tämä näkyi ympäristössä. Dementiakodin sisustaminen valmiilla kalusteilla on virhe ja tarpeeton kustannus.

Vanhus hoidetaan yksikössä loppuun asti. Jos sairaalaa tarvitaan, vuodeosastojakso ei saisi olla 2 - 3 päivää pidempi, koska vanhus sekoaa helposti sairaalassa. Siksi sairaanhoitaja tulee tarvittaessa palvelukotiin hoitamaan vanhuksia.

Organisaatio on kevyt. Johtajan lisäksi suorittavan työn ulkopuolella on kaksi henkilöä, ohjelmapäällikkö ja talousvastaava. Henkilökunnalla on suuri itsemääräämisoikeus. Budjetti on jaettu tiimeille, jotka päättävät siitä vapaasti. Aluksi tiimit siirtyivät 90 % työaikaan. Jäljellä oleva 10 % käytettiin lomien ja sairastumistapausten sijaistamiseen. Säästyneillä lomasijaisten palkoilla henkilökunta ja potilaat matkustivat kerran vuodessa linja-autolla Keski-Eurooppaan (Praha, Pariisi, Milano jne.).



Kuva 6. Vanhus voi nauttia omasta kodista muistisairaana loppuun asti (Borås). Kuva on yksikön suomenkieliseltä osastolta.

3.2.2 Göteborgin kuntoutussairaala-malli

Göteborgin kaupunki totesi vuonna 2008, että kaupungin veroäyriä on nostettava 10 – 15 % ikärakenteen vanhenemisen vuoksi. Tätä ei pidetty mahdollisena ja siksi lähdettiin käymään läpi vanhustenhuoltoa. Havaittiin, että vanhus pelkasi kotiin palaamista ja tottui nopeasti palveluihin. Samalla todettiin, että systemaattinen kuntoutus puuttui. Kuntoutusta oli kyllä, mutta se oli yleistä eikä vanhuksen spesifiseen ongelmaan kohdistuvaa määrätietoista toimintaa.



Kuva 7. Göteborgin kuntoutussairaalan huone muistuttaa hotellihuonetta, käytössä omat vaatteet

Kaupunginhallitus päätti ryhtyä nopeisiin toimiin seuraavasti. Vanhukset siirretään akuutin kriisin jälkeen kuntoutussairaalaan, jossa kuntoutusjakso on 7 - 30 vrk. Kuntoutus on sekä fyysistä että psyykkistä. Rinnan kuntoutuksen kanssa korjataan asunnon puutteet ja varustetaan asunto sopivalla tekniikalla. Lisäksi päätetään kotiin annettavan avun määrästä. Vanhukselle annetaan apua kotiin keskimäärin 7 tuntia viikossa.

Päätös vanhuksen sijoituksesta ja mahdollisen palveluasunnon saamisesta tehdään vasta kuntoutusjakson jälkeen. Kokemukset Göteborgin mallista ovat osoittaneet, että 80 % henkilöistä, jotka aikaisemmin sijoittuvat palveluasuntoihin, palaa tuettuna kotiin noin 2 - 3 vuodeksi. Loppuvaiheen hoitajakset palveluasunnoissa ovat vain muutamia kuukausia. Järjestelmä toimii niin hyvin, että palveluasuntoja on voitu tarpeettomina sulkea ja tullaan sulkemaan edelleen.

Kuntoutuksen painopiste on siirtynyt ennaltaehkäisevään kotikuntoutukseen. Tavoitteena on puuttua tilanteeseen kuntoutuksella ennen kun vanhus on joutunut kriisiin. On helpompi pitää yllä kuntoa kuin kuntouttaa kriisin jälkeen. Samalla kuntoutuksen painopiste on siirtynyt fysioterapeuteilta toimintaterapeuteille.

3.2.3 Palvelukoti Veldhof, Utrecht

Uudella Utrechtin De Meern-asuinalueella sijaitseva Veldhof on korttelikokonaisuus, jossa normaalin asumisen, koulun, ravintolojen, kauppojen ja toimistotilojen lisäksi sijaitsee senioriasumista ja eritasoista palveluasumista, jota koordinoidaan vanhusten palvelukeskuksesta, jossa on keskitetty kotihoidon palvelut.

Kortteli sisältää välttämättömät lähitaajaman peruspalvelut ja kävelymatkan päässä vanhuspalvelut: palvelutalo, hoivakoti, senioritalo yhtenä kokonaisuutena. Palvelukeskuksen roolina oli olla taajaman kokoontumispaikka olohuoneineen, kahviloineen, nettipisteineen sekä toimintahuoneineen.

Näillä tiloilla mahdollistettiin se, että palvelupiste oli ympäristön asukkaille kohtaamispaikka, jossa esim. taajaman lapset voivat surffaila netissä, pelata pelejä sekä osaltaan osallistua ikäihmisten avustamiseen. Kun palvelukodin asukkaat sekä lähiseudun muu väki saattoivat yhdessä osallistua kortinpelukseen tai

vaikkapa rivitanssiin, saatiin samalla aktiivisempaa ja onnellisempaa vanhuutta monille palvelutalon asukkaille. Tämä toiminta on noin 45 000 käyntiä vuodessa ja 900 käyntiä viikossa.



Kuvat 8 ja 9. Asunnot sijoittuvat Veldhofissa valoisan piha-alueen ympärille.

Veldhof on eräs Hollannin mallikodeista. Sen tavoitteisiin kuuluu, että asukas voi pääosin kustantaa omalla eläkkeellään omat palvelut. Vuokra on noin 400 euroa ja ruokailu 300 euroa eli 10 euroa päivässä. Mikäli eläkkeet eivät riitä, tuetaan vuokraa noin 100 eurolla ja tarvittavia palveluja vähemmän.



Kuvat 10 ja 11. Viriketoimintaa kaikenikäisille. Ympäristön eläkeläiset osallistuivat kuntotanssiin ja koululaiset kävivät iltapäivällä pelaamassa tietokonepelejä ja autoivat huonekalujen siirrossa.

Vakituisen hoitohenkilökunnan lisäksi hollantilaisissa palvelu- ja hoitokodeissa työskentelee monia vapaaehtoisia henkilöitä erilaisissa avustavissa sekä viriketoimintaan liittyvissä tehtävissä. Vapaaehtoistyö ja eläkeläisyhdistykset tuovat eloa järjestelmään, koska henkilökunta ei yksin selviä ohjelman tuottamisesta.

3.3 Vanhus on oman hoitonsa tärkein resurssi

Hollantilaiset, tanskalaiset ja ruotsalaiset korostavat vanhuksen roolia omana hoitoresurssina. Kaikkea ei pidä tehdä valmiiksi, vaan vanhuksen on osallistuttava päivittäiseen hoitoon ja siivoukseen. Samalla hänen kuntonsa säilyy parempana.

Sosiaalihuollon kytkeminen mukaan alueelliseen palvelujärjestelmään on välttämätöntä. Sosiaaliset ongelmat kuten yksinäisyys, työttömyys, marginalisoituminen, hoidon laiminlyönti ja aineiden väärinkäyttö, on usein yhdistetty lääketieteellisiin ongelmiin. Valitettavasti sosiaaliviranomaisten tarjoama pitkäaikainen vuodelepo laitoksissa ei ole ainoa oikea hoito sosiaalisiin ongelmiin.

Monien potilaiden sosiaalinen tilanne rajoittaa kustannustehokkaan lääketieteen käytön. Hoito-ohjeiden noudattaminen riippuu myös potilaan sosiaalisesta tilasta. Usein päivystyksessä on akuutti tarve sosiaalityöntekijän konsultaatioista. Laajempi tarkastelu ei kuulu tämän projektin piiriin.

Vanhenevan ikäluokan tietoisuus taudeistaan ei tule pelkästään lisäämään hoidon käyttöä, vaan se voidaan myös suunnata itsehoidon aktiiviseen hyväksymiseen. Kuitenkin tiedot näyttöön perustuvasta itsehoidosta ovat vasta kehittymässä, eikä hoito-ohjelmia vielä rutiininomaisesti ohjata terveyskeskuksista. Epäviralliset toimijat ja potilaiden omat organisaatiot on kytkettävä hoito-ohjelmien mukaan ja nähtävä virallisten toimijoiden tärkeinä partnereina.

Myös sosiaaliset innovaatiot ovat mahdollisia. Pitkälle dementoituneet henkilöt muodostavat palveluasunnoissa omia yhteisöjä, mikäli taustat ovat sopivia. Kun 10 asunnon ryhmään valitaan asukkaat siten, että samaan kokonaisuuteen tulee sääntöjen mukaan elävät (opettajat, virkamiehet, upseerit), toiseen kauppiaat (myyjät, yrittäjät, kirjanpitäjät) tai puutarhurit (maanviljelijät, omasta puutarhasta kiinnostuneet), niin taustan vaikutuksen vuoksi syntyy toimiva dementia-yhteisö (Nursing Home Boswijk Vught, NL).

Toteamukset:

- Sosiaalisektorin henkilökunnan määrä on korkea eikä sitä voida enää lisätä
- Ruotsin ja Hollannin vertailut osoittavat, että kuntoutuksella voidaan hoitoaikoja lyhentää lähes puoleen ja samalla lähes puolittaa hoidon kustannukset
- Vanhuksen omat resurssit hoidontoteuttajana on keskeinen lähtökohta sekä Hollannissa että Ruotsissa ja meillä täysin aliarvioitu
- Suomalaiset hoitoympäristöt ovat ahtaita ja epätarkoituksenmukaisia ja samanlaisia rakennetaan lisää
- Vanhusten hoidon osaaminen on opittavissa meitä kehittyneemmistä läntisistä naapurimaista
- Erikseen olisi tutkittava miksi osaaminen ei ole siirtynyt meille tai miksi emme ole pysyneet kehityksessä mukana

4 Henkilökuntaan riittävyys edellyttää palvelurakenteen uudistamista

4.1 Terveyskeskusten vuodeosastohoidon nopea uudelleenarviointi

Kun vanhus joutuu kriisin vuoksi akuuttisairaalaan, eikä häntä voida kotiuttaa, siirretään hänet terveyskeskuksen vuodeosastolle. Tämä on vanhuksen kannalta vaarallinen ratkaisu. Ahtaat tilat tekevät vuoteeseen sidottuja vanhuksia, kuntoutuksen puute ja kevyesti tehdyt pysyväispäätökset täyttävät kaikki paikat ja virheellinen taloudellinen ajattelu kuntien sosiaali- ja terveyssektorilla estää purkamasta nykyistä

systemiä. Tämä olisi myös vanhuksen etu, tästä Duodecim lähetti jo aikaa sitten (2.5.2007) seuraavan lehdistötiedotteen.

Liikkumattomuus on haitallista etenkin lihaksille, se kävi ilmi esiin tutkimuksessa, jossa terveitä vapaaehtoisia (keskimäärin 67-vuotiaita, puolet naisia) makuutettiin 10 päivän ajan. Koehenkilöt olivat koko ajan vuoteessa wc-käyntejä lukuun ottamatta ja nauttivat suositusten mukaista ruokavaliota. Tutkimuksessa mitattiin lihaksen aineenvaihdunnan muutoksia, lihasmassaa ja -voimaa.

Vuodelevon aikana kaikki lihaksiin liittyvät mittarit kääntyivät huonoon suuntaan: lihaksen proteiinisynteesi, lihasmassa ja lihasvoima vähenivät, lihaskato oli selvintä alaraajojen osalta.

Sukupuolten välillä ei havaittu eroa. Vertailu nuorempiin henkilöihin viittasi siihen, että iäkkäiden koehenkilöiden lihasmassa kärsi 10 päivän vuodelevosta yhtä paljon kuin nuorempien 4 viikon aikana. (www.jama.com ; JAMA 2007;297:1772-4)

Lähes ympärivuorokautisen pakkomakuun lihaskatoa yritetään kompensoida viikossa 20 minuutin kuntoutusohjelmilla. Vaikka keuhkot ja sydän ovat hyvässä kunnossa, lihaskato tekee nopeasti pitkäaikaispotilaan, jota sairaalan pitkäaikaisosasto tarvitsee. Prosessi muistuttaa teollista tuotantojärjestelmää. Sen vaarat tunnetaan yleisesti, mutta rakenteeseen on vaikea puuttua.

4.2 Laitostavaa ympäristöä ei saa rakentaa lisää

Suurin ongelma on asukkaan nopea laitostuminen taloon muutettaessa. Oma aktiivisuus vähenee hyvin pian, koska henkilökunnan tarjoamat avustavat palvelut kuuluvat hintaan.

Monipuolisia palveluja tarjoavat palvelutalot ja vanhainkodit on rakennettu 1970-luvulla, jolloin ohjelma sisälsi yhteis-, harraste- ja kuntoutustiloja. Nykyään nämä tilat ovat lähes käyttämättöminä. Siitä syystä nämä kohteet vaikuttavat sisään tultaessa autioilta ja tyhjiltä.

Syitä on kaksi. Hoivalaitos sijaitsee taajaman reunalle, jonne ei ole helppo mennä. Ehkä suurempi syy on se, että laitos kokee olevansa oma yksikkö, jonne ei ulkopuoliset kuulu. Tämä suljettu kulttuuri on tyypillistä Suomelle, vanhuus on salailtavaa, eristettävää ja häpeällistä.

Terveyskeskukset eivät selvästikään toteuta kuntouttavaa hoitokäytäntöä parhaalla mahdollisella tavalla. Vuodeosasto on ahdas, sen voi jokainen kävijä todeta. Pääsääntöisesti vuodeosastolla on 2 - 4 hengen huoneita, joissa on vuode, yöpöytä ja jakkara. Päivähuoneessa on kuusi tuolia 30 potilasta kohti. Vanhus voi oleskella päivähuoneessa 2 tuntia, muun ajan hän joutuu viettämään vuoteessa.

Konkreettinen esimerkki on ruuan jakelukäytännöt. Hoitajien työn helpottamiseksi ruoka jaetaan tarjottimilla, jotka viedään sänkyyn ja vanhus tulee käytävältä sängylle istumaan ja ruokailee siinä. Oikeampi ja kuntoutusta edistävä tapa olisi tuoda ruoka noutopöytään ja houkutella vanhuksia syömään noutopöydästä. Noutopöytä sijaitsee luonnollisesti yhteistiloissa, joita tällä hetkellä on liian vähän tai ne ovat liian pieniä. Perusongelma on osastolta puutuva ruokapöytä ja käveleviä potilaita ruokitaan vuosia sänkyyn.

Selkeästi suomalainen käytäntö on ruoan jälkeiset ruokalevot ja yleensä päivälepääminen. Kun vertailun kohteeksi otetaan esimerkiksi tanskalainen käytäntö, jossa aktiviteetteja on koko päivän ajalle, merkitsee tämä sitä, että tanskalaisessa järjestelmässä vanukset ovat illalla väsyneitä ja nukkuvat yönsä levollisesti

ilman unilääkkeitä. Kun on pitkät lepotauot päivällä sängyssä, ei luonnollinen uni enää illalla tule, joudutaan turvautumaan laajaan unilääkitykseen ja siihen liittyviin haittoihin. Lisäksi valveilla olevat vanhukset vaativat enemmän yöhenkilökuntaa.

Nykyinen eurooppalainen periaate lähtee siitä, että järjestelmät - sairaalat mukaan lukien - suunnitellaan potilaskeskeisesti siten, että potilaan tai vanhuksen etu on ensisijainen. Tämä suunnitteluperiaate edellyttää sitä, että henkilökunta joutuu hyväksymään työnsä kannalta ratkaisuja, jotka eivät ehkä aina ole työtä yksinkertaistavia.

Joissakin vanhankodeissa on suunnittelun tavoitteena järjestää ruokailu niin, että siitä syntyy noin 3000 askeleen luonnollinen kävely.



Kuvat 12 ja 13. Suomalainen terveyskeskussairaala, missä vuodeosaston ruokailu tapahtuu potilashuoneessa. Tässä tapauksessa rollaattorilla liikkuvat henkilöt tulivat käytävältä syömään vuoteeseen

Kuvan esittämä pakkomakuuyksikkö todennäköisesti lyhentää vanhusten elämää. Tämä pitää uskaltaa sanoa niille vanhuksille, jotka sijoitetaan sinne. Jos vanhuksella on tilaa liikkua, hän pysyy liikkuvana lähelle kuolemaa. Turun Kurjenmäen terveyskeskussairaala ottaa hoitoonsa valikoimatta yhden kaupunginosan kaikki vanhukset. Keskimääräinen vuoteessa oloaika on noin 11 päivää ennen kuolemaa.

Dementian hoito vaatii uudentyypisiä asuntoja. Dementoitunut henkilö on sijoittanut osan muistiaan ympäristöön ja huonekaluihin. Hän tulee toimeen tutussa huoneessa omin kalustein. Hän menettää tilanteen hallinnan, jos hänet siirretään vieraaseen ympäristöön, esimerkiksi valmiiksi kalustettuun laitokseen tai sairaalaan. Jos ja kun dementoinut ei selviä kotonaan, on hänet siirrettävä omien huonekalujen kanssa riittävän isoon huoneeseen. Ruotsin valtiopäivät määrittivät vanhuksen palveluasunnon minimikooksi 32 - 35 m² jo 1980 luvun alussa.

Suomessa vastuu on ARA:lla. Syrjässä oleva tontti on halvempi. Virikkeetön ympäristö deprimoi. Lopputulos on kopitettu vanhus, joka vaatii paljon hoitoa ja enemmän henkilökuntaa aktiiviseen ja osittain itsehoitoiseen verrattuna. Ahtaalla syrjäisellä ratkaisulla työkustannukset ovat 70% ja kiinteistökustannukset 10%. Tilavilla keskustaratkaisuilla päästään työkustannuksissa 40 % kiinteistökustannusten ollessa 20%, jolloin kuoletukseen ja 40% hoitopäivän hinnasta.



Kuva 14. Vasemmalla hollantilaisen dementin vanhuksen huone, oikealla 5.2012 avatun suomalaisen vanhainkodin dementin vanhuksen koppi

Kun dementti henkilö on usein fyysisesti terve, hän ei hyödy sairaanhoidosta.. Siksi yksikössä tarvitaan kotipalvelutyypistä henkilökuntaa. Päiväohjelmaksi riittää, kun henkilökunta laittaa aterioita niin, että sitä voi seurata. Kotisairaanhoitoa tarvitaan silloin, kun vanhus sairastuu, ei jatkuvasti.

Tyypillinen dementiayksikkö voisi olla suljetulla sisäpihalla varustetturiittävän suurista itsenäisistä yksioista koostuva asuntorakennus. Sijainti on taajaman keskusta, mielellään R-kioskin yläkerta. Rakennus on voitava muuttaa tarvittaessa myöhemmin tavallisiksi asunnoiksi.

4.3 Siirrytään kuntoutukseen perustuva toimintamalli

Suomen vanhuksen sijoittaminen ja arviointi (SAS-toiminta) käytäntö poikkeaa merkittävästi muiden maiden mallista. Keskussairaaloiden hoitama aivoverenkiertohäiriön ja ortopedisten leikkausten kuntoutus on kunnossa, mutta vanhusten kuntoutus ei kuten tulositytaulukko näyttää.

Vanhus tulee terveyskeskukseen kriisin vuoksi joko sairaalasta tai kotoa. Parin päivän perästä käynnistyy arviointiprosessi, jossa mietitään kuntouttamista. Koska kuntouttaminen tapahtuu eri laitoksessa, on määrärahat tiukassa. Asiantuntijoiden kuuleminen kestää helposti viikon ja paras kuntoutusikkunan aika menetetään. Ratkaisuksi valitaan nykyisen hoidon jatkaminen, jolloin jakson hinnaksi tulee 120 000 € pitkäisosastolla, kun ei löydy 10 000 euroa kuntoutukseen tai oma henkilökunta ei osaa kuntouttaa.

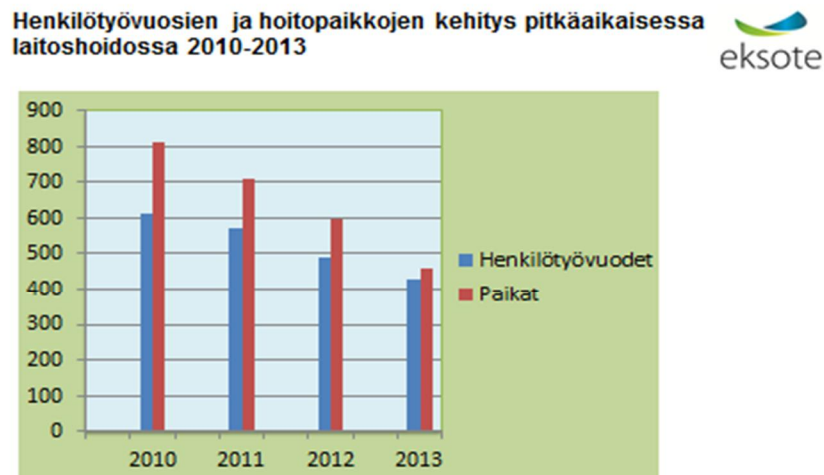
Myös muilta osin toiminta poikkeaa Ruotsin (ja muun Euroopan) mallista. Siellä ennen pysyvään hoitoon sijoitusta vanhuksen palvelutarpeen arviointi tapahtuu riippumattoman elimen toimesta. Usein tästä vastaa ulkopuolinen kuntoutussairaala tai joku muu riippumaton elin. Suomessa SAS – ryhmä käynnistyy kun paikka vapautuu. Tavoitteena on nopeasti täyttää kallis paikka. On aika tavallista, että listan kärjessä oleva vanhus ei koe tarvitsevänsä paikka ja vasta kuudes tai seitsemäs suostuu tulemaan laitokseen.

Olenaiset erot ovat siinä, että Ruotsissa kuntoutetaan kaikki, koska etukäteen ei tiedetä eikä voida arvata miten kuntoutus vaikuttaa. Sijoitus päätös, joka tehdään palveluntuottajasta riippumatta, tehdään keskitetysti samoilla kriteereillä. Näin vältetään naapurikuntien välisiltä eroilta, jotka voivat olla Suomessa 1,5 kertaisia riippuen siitä paljonko kunnan palvelujärjestelmä tarvitsee vanhuksia. Jo kauan aikaa on ollut selvää, että vanhukset eivät tarvitse näin laitosvoittoista palvelujärjestelmää.

Pysyvän hoidon tarpeen arviointi on keskitettävä alueelliselle, tuottajista riippumattomalle elimelle. Kuntoutuksen järjestämisessä tulee sairaanhoitopiirillä olla rooli. Arvio on tehtävä vasta kuntoutusjakson jälkeen. Arvioon on liitettävä rahoituspäätös. Jos rahoituspäätöksessä todetaan riittäväksi palveluasunto

päiväpalveluin ja kunta sijoittaakin henkilön sairaalaan, tulisi sairaalalle maksaa vain rahoitus päätöksen mukainen hinta. Jo tämäläinen järjestelmä nopeuttaisi palvelurakenteen uudistamista.

Konkreettinen esimerkki on Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveyskuntayhtymä EKSOTE. Soter-instituutti suoritti siellä palvelurakennusten kartoituksen. Tämän lopputuloksena päätettiin lopettaa terveyskeskus-sairaaloiden vuodeosastot ja perustaa kuntoutussairaala. Kuntoutustoiminta lähti heti aktiivisesti liikkeelle ja seurauksena on, että puolen vuoden toiminnan jälkeen on pystytty palauttamaan 147 pitkäaikais-päätöksellä ollutta potilasta takaisin kotiin ja toiminta jatkuu. Sama henki löytyy joistakin muista harvoista kunnista. Myös Forssassa on jo pitkäaikaisosastot kokonaan lopetettu.



Kuva 18. Eksote 2013, esimerkki tuloksellisesta kuntoutuksesta

Eksote kelpaa malliksi muille!

5 Uusi palveluorganisaatio

5.1 Alueorganisaatio

Muutos on jo käynnistynyt. Kuntaliiton ja STM:n yhteinen tavoite on määritelty ja samalla visio vanhusten palveluista. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010:28, HOITOA JA HUOLENPITOA YMPÄRI VUOROKAUDEN, Ikähoiva-työryhmän muistio toteaa sivulla 24 seuraavaa:

*”Ikäihmisten palveluja koskevan laatusuosituksen mukaan sellainen pitkäaikainen laitoshoido terveyskeskuksen sairaalassa, joka ei ole lääketieteellisesti perusteltua, korvataan muilla vaihtoehdoilla, jolloin **terveyskeskussairaalat voivat keskittyä akuuttihoitoon ja kuntoutukseen**. Työryhmän työn taustaksi tehdyssä tutkimuksessa (Finne-Soveri H. ym. 2010) selvitettiin terveyskeskusten vuodeosastojen asiakasrakennetta pitkäaikaishoidossa olevien osalta. Tutkimusaineisto koottiin vuoden 2008 RAI -tietokannasta (n = 3 508).*

Tulosten mukaan asiakkaista 56 prosentilla toimintakyky ja avun tarve oli samantasoinen kuin vanhainkodeissa ja tehostetun palveluasumisen yksiköissä olevien asiakkaiden. Tämän perusteella arvioitiin, että vain 44 prosenttia asiakaskunnasta (= 1 % 75 vuotta täyttäneistä) tarvitsee sellaista

sairaanhoidollista välineistöä ja erityisosaamista, että heidän hoitonsa vaatisi hoitoa juuri terveyskeskuksen vuodeosastolla.

Työryhmän ehdotuksen mukaan *tehostettu palveluasuminen, ml. ryhmäkodit, ja vanhainkotiasuminen muodostavat vuoden 2015 jälkeen integroidun kokonaisuuden, jonka kattavuustavoite on 9 prosenttia / 75 vuotta täyttäneistä (vrt. laatusuositus) vuonna 2015. Tarpeen perusteluna on tieto asiakkaiden, erityisesti muistisairauksia sairastavien asiakkaiden, hoidon ja huolenpidon tarpeesta.*

Terveyskeskuksen vuodeosaston raskaan vanhushoidon tarve todettiin samassa kananotossa olevan noin 1 % yli 75-vuotiasta eli vuoden 2013 alussa yhteensä 4570 paikkaa vanhusten kroonisen tilan hallintaan. Tämäkin toiminata on perusluonteeltaan hoivaa, eikä vaadi jatkuvaa diagnostiikkaa ja kriisin hoitoa, jotka ovat sairaalan tehtäviä.

Hallituksen tavoite lähisairaalasta voisi merkitä aluesairaaloiden (noin 5000 ss) ja terveyskeskusten akuuttihoiton (noin 5000 ss) tehtävien lähentämistä. Yhdessä näistä elementeistä muodostuisi noin 10 000 ss palveluverkko, jonka keskeisiin tehtäviin kuulusi kuntoutus.

Tuleva rakenne vaikuttaa jo aika selvältä. Nyt on tiedossa, että erikoissairaanhoito (akuutti ja elektiivinen) jatkaa uudella nimellä vanhaa toimintaa.

Uusi palvelurakenne muodostuisi seuraavaksi:

1. Erikoissairaanhoito jatkaa suunnilleen nykyisessä laajuudessa, keskitetympin ja eri nimellä
2. Terveyskeskussairaaloista ja aluesairaaloista muodostetaan kuntouttavien lähisairaaloiden verkko
3. Vanhusten asumispalvelut muodostavat yhden kokonaisuuden osana muita lähipalveluja

Kaaviona tuleva palvelumalli olisi seuraava.



Kuva 15. Todennäköinen tulevaisuuden malli, jossa terveyskeskussairaala muuntuu kuntouttavaksi lähisairaalaksi

Erikseen on huomattava, että mallin mukaiset palvelut on järjestettävä väestölle, riippumatta rahoituksesta tai organisaatiosta. Alueellinen toteutus tulee olemaan hyvin erilainen.

Terveyskeskussairaalan uusiminen kuntoutussairaalaksi on monissa kunnissa vaikea prosessi. Pitkäaikaissairaanhoito voidaan siirtää helposti palveluasuntoihin, mutta ongelmaksi jää akuutti sairaanhoito. Etäisyydet ovat pitkiä naapurikuntiin, usein parikymmentä kilometriä. Vaikka naapurikuntia yhdistettäisiin, ei niistä synny helposti toimivaa kokonaisuutta ja ne yleensä sijaitsevat asutuskeskuksen ympärillä. Näin ollen olisi hyödyllistä löytää joku sellainen toimintamallimalli, joka olisi yhdistettynä pienempään kuntaan ja toimisi noin 5 000 – 10 000 asukkaan keskuksen lähipalvelupisteenä.

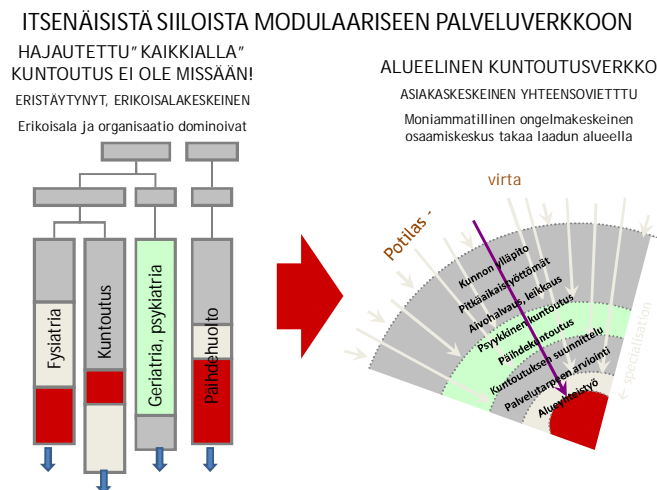
5.2 Kuntouttava lähisairaala – vanhushuollon ydin

Nykyinen tilanne on, että kuntoutus on kaikkialla ja joka puolella. Seurauksena on se, että se ei ole kenenkään vastuulla eikä missään. Tämä ilmenee esimerkiksi siitä, ettei terveyskeskusten vuodeosastoilla läheskään aina pyritä kuntouttamaan potilasta takaisin kotiin, vaan pyritään pitämään hänen kuntoaan sellaisena kuin se oli laitokseen tullessa. Tämä sinänsä on hyvä tavoite, mutta se ei ole oikea eikä riittävä tavoite.

Kuntouttava lähisairaala tulee olemaan Euroopassa vanhustenhuollon perusta. Osasta erikoissairaanhoitoa ja osasta terveyskeskussairaaloita kehittyvä uusi "Community Hospital"-tyyppinen sairaala, joka keskittyy geriatriaan, kuntoutukseen, kroonisten tautitilojen kriisien hoitamiseen kuten esimerkiksi valmiiksi diagnostisoidut sydäntaudit, eräät syöpätaudit, arthroosit, osteoporoosi, diabetes, liikalihavuus. Yksikössä on kuntoutuksen, fysiatrian, geriatrian, kardiologian ja psykogeriatrian erikoisaloja. Paikallisista olosuhteista riippuen siellä voi olla myös elektiivistä kirurgiaa kuten ortopediaa tai päiväkirurgiaa.

Kuntoutussairaalan tehtävänä on hoitaa valmiiksi diagnostisoitujen vanhusten kriisitilanteita. Sairaala on tässä mielessä päivystävä, joskaan sillä ei ole päivystysvastaanottoa. Useimmat hoitajakset ovat kuitenkin etukäteen suunniteltuja.

Kuntoutus on nähtävä laajana tehtävänä, johon kuuluu koko kuntoutustarve alkaen pitkäaikaistyöttömästä, sisältäen sairauksista kuntouttamisen, kunnon ylläpitämisen vanhenevassa ikärakenteessa ja päätyen lähipalveluna tuotettuun kotikuntoutukseen.

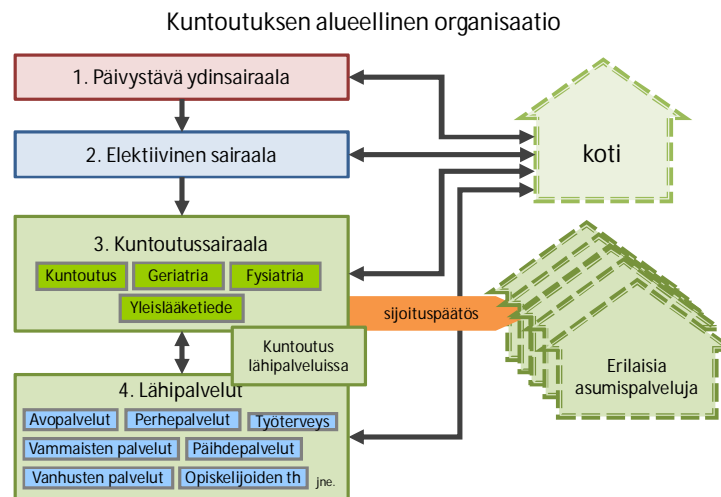


Kuva 16. Alueellisen kuntoutusjärjestelmän rakenne.

Arviot sairaalan tarpeesta ovat suuruusluokkaa noin 1 sairaansija 1 000 asukasta kohti. Sairaala on helposti muokattavissa olemassa olevista aluesairaaloista ja terveyskeskussairaaloista. Kuvassa 16 esitetään alueellisen kuntoutusjärjestelmän rakenne, missä erillisten organisaatioiden muodostamasta mallista siirrytään alueelliseen palveluverkkomalliin.

Kuntouttava lähisairaala tai osaamiskeskus muodostetaan olemassa olevista yksiköistä. Pääresurssi saadaan uudelleen organisoitavista terveyskeskussairaaloista.

Taudin kroonista vaihetta hoitamaan muodostetaan osaamiskeskus. Tähän ryhmään liittyy pitkäaikainen psykiatria, vaikeat kuntoutustapaukset, kroonista tautia sairastavien henkilöiden äkilliset kriisit sekä kuntoutuksen jälkeinen sijoitus mahdollisesti pysyvään uuteen hoitopaikkaan ja siihen liittyvä arviointityö. Kroonisen vaiheen hoidon tulee olla lähihoitoa, jolloin siihen liittyy osastoja sekä keskussairaalassa että lähipalveluina terveyskeskuksissa paikallisten mahdollisuuksien mukaan.



Kuva 17. Kuntoutussairaalan toimintamalli.

5.3 Palvelukorttelikonsepti – uusi palvelukonsepti

5.3.1 Palvelukorttelin tarve

Vaikka vanhus kuntoutetaan kuinka hyvin, tulee vaihe, jolloin hän ei enää selviä kotona ilman, että kotikäyntien määrä nousee kohtuuttoman kalliiksi yhteiskunnalle. Jos kotikäynnin hinta on 70 – 75 euroa, merkitsee neljä käyntiä päivässä lähes 300 euroa, joka on huomattavasti kalliimpi kuin palveluasunto. Tähän vaiheeseen liittyy yhdyskuntarakenteen ongelmia.

Ongelma, jota ei vielä ole nostettu keskusteluun on maamme asuntokanta, joka on rakennettu 1970-luvulla tai sen jälkeen. Silloin oli kiire saada suurelle ikäluokalle asunnot. Asunnot ovat ahtaita, eikä niissä ole tilaa ikääntyvien tarvitsemille apuvälineille kuten rollaattorille. Tämä lisää painetta laitoksiin. Ratkaisu on kallis, asunto-ongelmajakson hinnalla voi ostaa kaksion Helsingin kantakaupungista. Tarvitaan vanhusten tuetulle asumiselle uusi ratkaisu.

Useat vanhuksat ovat käveleviä ja itse itsensä hoitavia joutuessaan vuodeosastolle. Jakson jälkeen heitä ei enää haluta tai voida jättää asumaan yksin rakennuksissa, jotka sijaitsevat kaukana keskustasta tai jonne ei saada valvontaa.

Tarvitsemme uudentyyppisen palvelukorttelin, joka sijaitsee asutuskeskuksen keskuksessa. Rakenne on tavallisia yksioita ja kaksioita, jonne vanhuksat voivat muuttaa. Ne voidaan myöhemmin palauttaa normaaliin asutuskäyttöön niin haluttaessa.

Vanhusten palvelut tuotetaan kotipalvelukeskuksesta, joka on osa palvelukokonaisuutta. Keskukseen kuuluu luonnostaan ravintola ja kahvila, parturikampaamo, mahdollisuus ohjattuun voimisteluun ja kuntoutukseen ja erilaisia muita palveluita.

Ongelma on tiedostettu, mutta aluksi ongelmana on valtion omat ARA:n antamat määräykset. ARA pyrkii ratkaisuihin, jotka ovat rakennuksena halpoja ja sijaitsevat tontin hinnan vuoksi asutuskeskuksen laidalla. Valitettavasti nämä ratkaisut tulevat kalliiksi, koska ne vaativat enemmän henkilökuntaa. Vanhukset eivät pysty osallistumaan keskustassa olevaan virikkeisyyteen eikä keskustan harrastustoiminta käytä vanhusten talon yhteistiloja ja siten osaltaan huolehdi vanhusten ohjelmasta. Tämä näkyy paineena henkilökuntaan päin, joiden edellytetään järjestävän ohjelmaa. Myös vapaaehtoistoiminta on hankalaa syrjäisessä laitoksessa.

5.3.2 Palvelujen sijainti

Suunnittelussa ei ole kiinnitetty riittävästi huomiota vanhusten palvelujen sijaintiin. Omahoitoinen vanhus kykenee käyttämään normaaleja palveluita yllättävän paljon, jos siihen annetaan mahdollisuuksia.

Perinteinen vanhainkodin tai terveydenhuolto-/sairaalarakennuksen sijainti on taajaman ulkopuolella omalla rauhallisella alueella vähän eristettynä muusta yhteiskunnan elämästä ja toiminnasta. Viime vuosina sijoituspaikoiksi on valittu alueita hieman lähempää keskustoja. On tultu rakennetun yhteisön ja palvelujen äärelle.



Kuva 19. Veldhof sijaitsee asutuskeskuksen keskuskorttelissa, joka on esimerkki palvelukorttelista

Niin kutsuttu rollaattorietäisyys on korkeintaan 150 – 200 metriä harvemmin yli kilometrin. Tällä etäisyydellä palveluista (kauppa, posti, pankki, ravintola, kirjasto, kahvila, pubi) tulisi näiden laitosten ja

asuntojen sijaita tänä päivänä. Suuntaus on yleiseurooppalainen. Ilmeisesti me täällä reunalla tulemme vähän jäljessä tästä kehityksestä.

Vanhusten asumiskohteiden sijoituksessa ei yleensä huomioida maisema- tai näköala-asioita. Vaikka upea maisemallinen kohta voisi olla muutaman kymmenen metrin päässä valitusta paikasta, niin sitä ei ole huomattu tai sitä ei ole pidetty mitenkään tärkeänä.

Vanhusten palauttaminen kuntouttamalla itsehoitoisiksi ja osaksi yhteiskuntaa edellyttää myös sopivaa ympäristöä. Useat taajamat ovat harvaan rakennettuja ja niistä puuttuu selkeä keskus. Kuvan 12 ilmakuvasssa näkyy selvästi, miten alueen sosiaalipalvelut on erotettu laajalla metsävyöhykkeellä kauas taajaman keskustan toiminnoista ja palveluista.

5.3.3 Rakenne

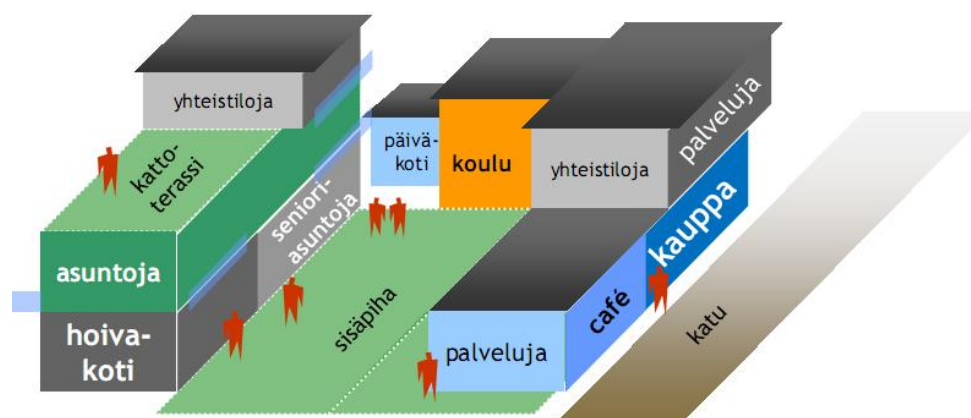
Kuntoutus, joka nyt puuttuu vanhuksilta kokonaan, on pakko käynnistää. Seurauksena on vuodeosastoilla tapahtuvan pitkäaikaishoidon väheneminen ja uudentyyppisten palveluasuntojen tai tuetun asumisen yksiköiden tarve.

Yleensä alueella sosiaali- ja terveysministeriön suosituksen mukaan pitäisi korvata moniportainen palvelujärjestelmä vanhusten palvelukeskuksella, jossa palveluja annettaisiin kunkin vanhuksen kulloisenkin tarpeen mukaan. Tarvittaessa tällöin voitaisiin myös joustavasti vaihtaa yksikön toimintaa esimerkiksi siten, että influenssan sattuessa vanhuksen huone muutettaisiin tavallisesta palveluasunnosta tehostetuksi palveluasunnoksi. Kun vanhus taas tervehtyy, tila varustus muutetaan takaisin tavalliseksi palveluasunnoksi.



Kuva 20. Palvelukorttelin malli, jossa on yhdistettynä asunnot, lähikauppa, muut päivittäispalvelut ja vanhusten asuminen.

Ratkaisuna olisi yhdistää toimintoja keskustakortteliksi, jossa eri toiminnat luonnollisella tavalla tukisivat toisiaan. Tämä on mahdollista rakentamalla vanhusten asunnot itsenäisten yksioiden ja kaksioiden periaatteella ja tuomalla sinne palvelut tarpeen mukaan. Elämän loppuvaiheessa palvelujen intensiteettiä nostetaan siten, että kyseessä on normaali saattohoito.



Kuva 21. Uudentyyppinen palvelukortteli on toimiva ratkaisu myös vanhushuoltoon.

Tällainen monitoimitalo edellyttää korttelirakennetta. Sen suunnittelu on yksittäistä kohdetta vaativampaa. Monitoimitalossa oleva harrastustoiminta vähentää henkilökunnan painetta ohjelman järjestämiseen. Myös vierailijoiden on helpompi käydä pistäytymässä. Jo olemassa olevat julkisten palvelujen tilat, mm. koulut, päiväkodit tai kirjastot voivat luontevasti muodostaa perustan monitoimisen palvelukorttelin muodostumiselle. Tällöin voidaan käyttää synergian tuottama hyöty sekä tilojen käytössä että sosiaalisessa ja yhteisöllisessä kanssakäymisessä.

Ratkaisussa osa palveluista tulee automaattisesti normaalina toimintana, kuten kampaaja tai parturi, ruokahuolto ja siivous. Päinvastainen ajatus eli palvelujen tuonti erillään olevaan vanhustentaloon ei toimi, koska se ei ole kenellekään kannattavaa. Perusajatus on se, että vanhusten ei tulisi maksaa palvelujen rakentamista ja ylläpitoa yksin, vaan he voisivat käyttää kaupunkiympäristön olemassa olevia palveluja oman tarpeensa mukaan. Siksi vanhusten palveluasunnot tulisi sijoittaa jo olemassa olevaan kaupunkirakenteeseen, palveluiden ulottuville. Tavoitteena vanhuksen näkökulmasta on kustannustehokas ja edullinen mahdollisuus käyttää palveluja mahdollisimman omatoimisesti.

Palveluinnovaatioille on tilaa esimerkiksi seuraavan kaavion mukaisesti. Siinä näytetään, kuinka palvelun yleiskustannuksia jakamaan saadaan lähialueen asukkaat. Samalla vanhuksat palaavat erityksestä osaksi tavallista yhteiskuntaa.

Vanhainkoti, palvelutalo; suljettu rakennus	Palvelukortteli, avoin taajaman asukkaille
Potilaan huone	Asukkaan yksiö tai kaksio
Päivähuone	Harrastustilat
Kuntohuone, vajaakäyttöinen	Kuntosali myös muille
Ruokasali	Ravintola ja kahvila
Hoitajien kanslia	Vanhusten kotipalvelukeskus
Puuttuu	Kaupat, apteekki
Erillisjärjestely	Lääkärikeskus

Kuten kaaviosta näkyy voidaan sosiaalipalvelut tuottaa joko laitoksen sisällä tai yhdistää alueen muihin palveluihin, jotka samalla ovat avoimia kaikille. Tässä on mahdollisuussynergiaetuihin.

Palvelukorttelit ovat Euroopassa nopeasti kehittyvä alue. Tuomalla vanhuspalvelut lähipalveluksi voidaan samalla kehittää alueen väestön viihtyvyyttä rakentamalla palvelukorttelista alueen olohuone.

Toteamukset:

- Palvelujen rakennemuutos on edellytys henkilökunnan uudelleen kohdentamiseen
- Lääkäreillä on yleisessä tiedossa vuodeosastohoidon riskit, kuitenkin terveyskeskusten uudistamista ei julkisuudessa vielä vaadita
- Vanhusten palveluympäristön tilanormeja on väljennettävä, nyt rakennetaan koppeja, ei itsehoitoa tukevaa vanhustympäristöä
- Alueellisen kuntoutussairaalan ja siihen liittyvän palveluverkon kehittäminen on käynnistettävä nopeasti
- Palvelukortteli mahdollistaa vanhustaluiden tuottamisen uudella ja inhimillisellä tavalla sekä samalla aktivoi taajaman keskustaa.
- Luonnollinen ehdotus on, palvelukorttelin kehittäminen otetaan Sitran kehittämissuunnitelmaan

6 Yhteenveto

1. Kansainvälinen vertailun on osoitettavissa, että Suomessa on EU:n keskitason alle vanhuksia, mutta riittävästi tai runsaasti henkilökuntaa eikä sen määrää enää voida kasvattaa. Nykyisellä henkilökunnalla on tultava toimeen ikääntyvän vanhusväestön hoidossa
2. Vanhustalujärjestelmässä on selviä kustannusvuotoja, joiden koko muihin maihin verrattuna on miljardiluokkaa. Ne johtuvat poikkeuksellisen pitkistä hoitoajoista ja kirjavista palveluihin pääsykriteereistä. Järjestelmän kokonaiskustannuksia ei enää tule kasvattaa, vaan järjestelmä on pakotettava kohdentamaan resurssit uudelleen ja modernisoimaan itsensä. Samalla saamme inhimillisemmän lopun elämällemme.
3. Ikäihmisten laatusuosituksen mukainen mitoitus on toteutettava ja samassa yhteydessä on purettava terveyskeskusten pitkäaikaishoito.
4. Kun vanhusten määrä kaksinkertaistuu, ei nykyinen järjestelmä selviä siitä. Perusongelma on liian laitostava hoito-ote. Siksi tarvitaan radikaalia uutta ajattelua. Mallia tulisi ottaa meitä kehittyneemmistä maista. Selviäminen vaatii useita ratkaisuja. Rakenteellisilla uudistuksilla, kuntoutussairaaloilla ja palvelukorttelilla selviämme suunnilleen nykyisellä henkilökunnalla tulevasta ikääntymisestä.
5. Kuntoutus nostetaan keskiöön. Terveyskeskussairaaloitten akuuttiosasta ja aluesairaaloista luodaan kuntouttavien lähisairaaloitten verkko. Terveyskeskussairaala yhdistyy muilta osin vanhusten asumispalveluihin. Pysyväshoidon päätös tehdään vasta kuntoutusjakson jälkeen.
6. Pääasiallisille vanhustaluiden tarvisijoille, dementoituville ja itsensä huolehtimiseen kykenemättömille järjestetään tuettua asumista ja palveluasuntoja asutuskeskuksen keskustassa oleviin palvelukortteleihin.
7. Palvelukorttelista vanhusten huolto pilkotaan osiin, joita ovat esimerkiksi asunnot, ruokailu, hoivapalvelukeskus, harrastetilat, kuntoutustilat ja ruokailutilat. Toiminnoilla voi olla eri tuottajia. Samalla toiminnot voivat olla avoimia ympäristön asukkaille.
8. Palvelukorttelin kehittäminen on hyvä ehdokas Sitran kehityssuunnitelmaan. Palvelukortteista tulee järjestää suunnittelukilpailu yhdessä asiasta kiinnostuneen kunnan kanssa.
9. Edellytys on, että valtiovalta käyttää suositusta kovempaa ohjauskeinoa. Kaikissa Euroopan maissa on jouduttu tilanteeseen, jossa sosiaalisektori joutuu pysäyttämään kasvunsa ja sopeuttamaan toimintaansa niukeneviin resursseihin. Sosiaali- ja terveyssektorin kustannuskaton määrittely valtiovarainministeriön taholta on askel, jolla pakotetaan sektori ja myös kunnat uudistuksiin. Samalla me kaikki saamme paremman vanhuuden.

Liite: Eliniän odotteet

Taulukossa on naisten ja miesten eliniän odote OECD maissa vuosi 2010 tai viimeinen saatavissa oleva vuosi. Paras kolmannes on vihreä ja huonoin kolmannes on punainen.

Liitetaulukko 1. Naisten eliniän odote,

1	Female Country	at birth Country	Female Country	at 40 Country	Female Country	at 60 Country	Female Country	at 65 Country	Female Country	at 80
2	Japan	86,4	Japan	47,2	Japan	28,4	Japan	23,9	Japan	11,6
3	Spain	85,3	Spain	46	France	27,3	Spain	22,7	Spain	10,6
4	Switzerland	84,9	France	45,7	Spain	27,2	France	22,6	Switzerland	10,6
5	France	84,8	Switzerland	45,7	Switzerland	26,9	Switzerland	22,5	France	10,5
6	Italy	84,6	Italy	45,3	Italy	26,5	Italy	22,1	Canada	10,4
7	Korea	84,1	Korea	45,1	Australia	26,2	Australia	21,8	Italy	10,3
8	Australia	84	Australia	44,9	Korea	26,2	Korea	21,6	Australia	10,1
9	Sweden	83,7	Austria	44,4	Luxembourg	25,9	Luxembourg	21,6	Chile	10,1
10	Iceland	83,6	Israel	44,4	Finland	25,8	Canada	21,5	Ireland	10
11	Israel	83,6	Finland	44,3	Austria	25,7	Finland	21,5	Luxembourg	10
12	Austria	83,5	Iceland	44,3	Canada	25,7	Austria	21,4	Belgium	9,9
13	Finland	83,5	Luxembourg	44,3	Belgium	25,5	Belgium	21,3	United Kingdom	9,9
14	Luxembourg	83,5	Canada	44,2	Ireland	25,5	Netherlands	21,2	Austria	9,8
15	Norway	83,3	Sweden	44,2	Israel	25,5	New Zealand	21,2	Finland	9,8
16	Ireland	83,2	Ireland	44,1	Netherlands	25,5	Norway	21,2	Korea	9,8
17	Canada	83,1	Norway	44,1	New Zealand	25,5	Ireland	21,1	New Zealand	9,8
18	Belgium	83	Netherlands	44	Norway	25,5	Israel	21,1	Norway	9,8
19	Germany	83	New Zealand	44	Iceland	25,4	Sweden	21,1	Israel	9,7
20	Greece	82,8	Belgium	43,9	Sweden	25,4	Iceland	21	Netherlands	9,7
21	New Zealand	82,8	Germany	43,7	Germany	25,2	Germany	20,9	United States	9,7
22	Portugal	82,8	Greece	43,7	United Kingdom	25,1	United Kingdom	20,9	Sweden	9,6
23	Netherlands	82,7	Portugal	43,7	Chile	25	Chile	20,8	Germany	9,5
24	Slovenia	82,7	United Kingdom	43,6	Portugal	25	Portugal	20,6	Iceland	9,5
25	United Kingdom	82,6	Chile	43,4	Slovenia	24,9	Slovenia	20,5	Denmark	9,1
26	Chile	82	Slovenia	43,4	Greece	24,8	Greece	20,4	Mexico	9
27	Denmark	81,4	United States	42,5	United States	24,5	United States	20,3	Slovenia	9
28	United States	81,1	Denmark	42,1	Denmark	23,8	Denmark	19,7	Portugal	8,8
29	Czech Republic	80,9	Czech Republic	41,6	Poland	23,5	Poland	19,4	Poland	8,7
30	Poland	80,6	Poland	41,6	Czech Republic	23,2	Czech Republic	19	Estonia	8,5
31	Estonia	80,5	Estonia	41,5	Estonia	23	Estonia	18,8	Czech Republic	8,4
32	Slovak Republic	78,8	Mexico	39,9	Mexico	22,2	Mexico	18,3	Greece	8,2
33	Hungary	78,1	Slovak Republic	39,9	Hungary	21,6	Hungary	17,6	Hungary	7,4
34	Mexico	77,9	Hungary	39,1	Slovak Republic	21,6	Slovak Republic	17,5	Slovak Republic	6,9
35	Turkey	76,8	Turkey	38,4	Turkey	20,2	Turkey	16,1	Turkey	6,8
	Lähde OECD Health Data 2013									

Vuonna 2009 naisten eliniän odote oli kaikissa ikäluokissa 8 sijalla, paitsi 80-vuotiaiden kohdalla 9. Nytkokonaiseliän odoteessa ovat Ruotsi, Islanti, Israel ja Itävalta mennee ohitse, koska Suomen naisten elin odotteen kasvu on pysähtynyt.

Liitetaulukko 2. Miesten eliniän odote

	Male	at birth	Male	at 40	Male	at 60	Male	at 65	Male	at 80
1	Country		Country		Country		Country		Country	
2	Switzerland	80,3	Switzerland	41,4	Switzerland	23,1	Switzerland	19,0	Israel	8,8
3	Iceland	79,9	Iceland	41,1	Australia	23,0	Australia	18,9	Greece	8,7
4	Sweden	79,8	Israel	41,1	Israel	22,9	Israel	18,9	Japan	8,6
5	Israel	79,7	Australia	41,0	New Zealand	22,9	Japan	18,9	Mexico	8,6
6	Japan	79,6	New Zealand	40,9	Japan	22,8	New Zealand	18,8	New Zealand	8,6
7	Australia	79,5	Japan	40,8	France	22,5	Spain	18,6	Spain	8,6
8	Italy	79,4	Italy	40,6	Iceland	22,5	Greece	18,5	Switzerland	8,6
9	New Zealand	79,1	Sweden	40,6	Spain	22,5	France	18,4	United Kingdom	8,6
10	Spain	79,1	Ireland	40,3	Greece	22,4	Canada	18,3	Australia	8,5
11	Norway	79,0	Netherlands	40,3	Italy	22,4	Italy	18,3	Canada	8,5
12	Netherlands	78,8	Norway	40,3	Canada	22,3	United Kingdom	18,3	Germany	8,4
13	Ireland	78,7	Canada	40,2	Sweden	22,3	Iceland	18,2	France	8,3
14	United Kingdom	78,6	Spain	40,2	United Kingdom	22,3	Sweden	18,2	Chile	8,2
15	Canada	78,5	United Kingdom	40,1	Ireland	22,2	Ireland	18,1	Ireland	8,2
16	Greece	78,4	Greece	40,0	Norway	22,1	Netherlands	18,0	Italy	8,2
17	France	78,2	France	39,7	Netherlands	22,0	Norway	18,0	United States	8,2
18	Germany	78,0	Austria	39,3	Austria	21,6	Austria	17,9	Austria	8,1
19	Austria	77,9	Germany	39,2	Germany	21,6	Germany	17,8	Belgium	8,0
20	Luxembourg	77,9	Belgium	39,1	United States	21,5	United States	17,7	Finland	7,9
21	Belgium	77,6	Luxembourg	39,1	Belgium	21,4	Belgium	17,6	Netherlands	7,9
22	Denmark	77,2	Korea	38,6	Luxembourg	21,3	Finland	17,5	Norway	7,9
23	Korea	77,2	Finland	38,5	Finland	21,2	Luxembourg	17,3	Sweden	7,9
24	Finland	76,9	United States	38,5	Korea	21,1	Korea	17,2	Iceland	7,7
25	Portugal	76,7	Chile	38,3	Portugal	21,0	Chile	17,1	Korea	7,6
26	Slovenia	76,3	Denmark	38,3	Chile	20,9	Portugal	17,1	Denmark	7,5
27	United States	76,2	Portugal	38,1	Denmark	20,8	Denmark	17,0	Luxembourg	7,4
28	Chile	75,9	Slovenia	37,5	Mexico	20,3	Mexico	16,8	Slovenia	7,4
29	Czech Republic	74,5	Mexico	36,7	Slovenia	20,3	Slovenia	16,6	Portugal	7,3
30	Mexico	73,2	Czech Republic	35,9	Czech Republic	18,9	Czech Republic	15,5	Estonia	7,2
31	Poland	72,1	Turkey	34,9	Poland	18,3	Poland	15,1	Poland	7,2
32	Turkey	71,8	Poland	34,1	Estonia	17,8	Estonia	14,6	Czech Republic	7,0
33	Slovak Republic	71,6	Estonia	33,5	Turkey	17,6	Turkey	14,1	Hungary	6,3
34	Estonia	70,6	Slovak Republic	33,4	Slovak Republic	17,1	Slovak Republic	13,9	Turkey	6,2
35	Hungary	70,5	Hungary	32,0	Hungary	16,8	Hungary	13,8	Slovak Republic	6,0

Vaikka miesten eliniän odote on vuodesta 2009 pidentynyt noin 1-3 kk, on suhteellinen sijoitus laskenut yksi tai kaksi pykälää. Tilastollinen tarkkuus ja laskentamenetelmät voivat vaihdella, joten kannatta seurata pidempää aikasarjaa.

PALVELU - Ikääntyvän yhteiskunnan palvelurakennukset ja ympäristö -projekti

Tutkimuksen vastuullinen johtaja: prof. Hannu Huttunen

Projektipäällikkö: prof. Erkki Vauramo

Tutkija: Anna Melander

Tutkimuksen kesto: 2010 - 2011

Tiivistelmä:

Hankkeen tavoitteena on kehittää palvelumalli, joka käsittää erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon integroinnin, vanhushuollon modernisoinnin sekä ennakoi tulevaa terveydenrakenneuudistusta. Alueellinen malli on oltava sovitettavissa 200 000 – 300 000 asukaan väestöpohjalle. Sen voidaan skaalata suurempaan väestöpohjaan.

Yhteistyökumppanit:

Tekes, Rakennettu ympäristö-ohjelma

Keski-Suomen shp

Varsinais-Suomen shp

Rovaniemen kaupunki

Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus

Julkaisut:

Kurkela, T.; Kekäläinen, R.; Melander, A.; Miyauchi, T.; Taegen, J. & Vauramo, E. 2011.

[Keskussairaalan modernisointi - Case Keski-Suomi](#). Espoo. Aalto-yliopisto, Arkkitehtuurin laitos, Sotera. s. 70. ISBN 978-952-60-3584-0 (pdf)

Aalto, L.; Anttila, M.; Hölttä, J.; Kekäläinen, R.; Melander, A.; Riippa, I. & Vauramo, E. 2011.

[Ikääntyvän yhteiskunnan palvelurakennukset – Case Eksote](#). Espoo. Aalto-yliopisto, Arkkitehtuurin laitos, Sotera. s. 70. ISBN 978-952-60-3585-7 (pdf)

Aalto, L.; Kekäläinen, R. & Vauramo, E. 2011. [Eksoten vanhuspalvelujen inventaario](#). Espoo.

Aalto-yliopisto, Arkkitehtuurin laitos, Sotera. s. 78. ISBN 978-952-60-3586-4 (pdf)

Anttila, M.; Huttunen, H.; Kekäläinen, R.; Kjisik, H. & Vauramo, E. 2011.

[Visio uudistuvasta terveyskeskuksesta - Case Rovaniemen kaupunki](#). Espoo. Aalto-yliopisto, Arkkitehtuurin laitos, Sotera. s. 952-60-3587-1(pdf)

Loppuraportti:

Huttunen, H.; Kekäläinen, R.; Kurkela, T.; Vauramo, E.; Aalto, L.; Anttila, M.; Autio, A.; Hölttä, J.; Kjisik, H.; Melander, A.; Miyauchi, T.; Raveala, J.; Riippa, I.; Taegen, J. & van Laarhoven, H. 2012.

[Visioita lähitulevaisuuden palvelujärjestelmästä](#). Espoo. Aalto-yliopisto, Arkkitehtuurin laitos, Sotera. ISBN 978-952-60-3598-7