

Julkaisija

Sosiaali- ja terveysministeriö

KUVAILULEHTI

Julkaisun päivämäärä
26.11.1992

Tekijät (toimielimestä: toimielimen nimi, puheenjohtaja, sihteeri)

Palvelurakennetyöryhmä
Puheenjohtaja Kimmo Leppo
Sihteerit Pekka Ruotsalainen
Mirja Winter-Heikkilä

Julkaisun laji
TYÖRYHMÄMUISTIOToimeksiantaja
Sosiaali- ja terveysministeriöToimielimen asettamispäivä
18.12.1991

Julkaisun nimi (myös ruotsinkielinen)

Palvelurakennetyöryhmän muistio

Julkaisun osat

Tiivistelmä

Työryhmän johtavana ajatuksena on ollut laadukkaiden palvelujen turvaaminen nykyistä taloudellisemmalla tavalla ja varautuminen ensi vuosituhanen lisääntyviin palvelutarpeisiin. Selvitysten ja ehdotusten ensisijaisena tarkoituksena on tukea kuntia palvelurakenteensa kehittämässä. Merkittävä osa ehdotuksista voi toteutua kunnissa suoritettavana pitkäjänteisenä työskentelynä. Työryhmän tunnistamat keskeiset ongelmat olivat hoidon sairaala- ja laitospainotteisuus, asiakkaiden hoito epätarkoituksenmukaisilla paikoilla, asumisen ongelmat ja investointien laitospainotteisuus.

Laajan toimenpideohjelman ydinkohdat ovat seuraavat:

- selvitysmiesorganisaation asettaminen vauhdittamaan muutosta
- "muutosagentti" järjestelmän luominen toteuttamaan muutokset
- kuntien asuntopolitiikan ja sosiaali- ja terveyspolitiikan yhteistyön ja yhteensovittamisen parantaminen
- pienaluepohjaisen väestövastuisten toimintatavan toteuttaminen
- tutkimus- ja kehittämistoiminnan lisääminen tukemaan rakennemuutosta
- rakennemuutoksen seurantaan palvelevien tietojärjestelmien kehittäminen
- rakennemuutosta tukevien mitoitusperusteiden esittäminen.

Työryhmä rajasi tarkastelunsa kohteeksi vanhusten, erikoissairaanhoidon, kehitysvammaisten ja psykiatristen potilaiden palvelujen ongelmat ja kehittämistarpeet. Ehdotetulla toimenpideohjelmalla on aikaansaataavissa vähitellen alkava, kumuloituva säästö.

Mietintö sisältää monipuolisen liiteaineiston.

Avainsanat (asiasanat)

palvelurakenne, sosiaalihuolto, terveydenhuolto, erikoissairaanhoido, avopalvelut, asuntopolitiikka

Muut tiedot

Sarjan nimi ja numero

Työryhmämuistio 1992:17

ISSN

0358-3597

ISBN

951-47-6959-7

Kokonaissivumäärä

364

Kieli

suomi

Rinta

Luottamuksellisuus

Jakaja

Sosiaali- ja terveysministeriö
Valtion painatuskeskus

Kustantaja

Sosiaali- ja terveysministeriö

Sosiaali- ja terveysministeriölle

Sosiaali- ja terveysministeriö asetti 18.12.1991 työryhmän, jonka tehtävänä on

selvittää sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteen toimivuutta, taloudellisuutta ja muutostarpeita,

tehdä ehdotukset toimenpideohjelmaksi, jolla valtakunnallista sekä lääni- ja kunta-kohtaista palvelurakennetta ja mitoituserusteita voitaisiin parantaa, sekä

arvioida ehdotusten kustannusvaikutukset, koulutustarpeet ja muut toteuttamisedellytykset.

Työryhmän puheenjohtajaksi nimitettiin osastopäällikkö Kimmo Leppo, varapuheenjohtajaksi osastopäällikkö Markku Lehto sosiaali- ja terveysministeriöstä sekä jäseniksi apulaisosastopäällikkö Riitta Viitala ja erikoistutkija Raimo Jämsen sosiaali- ja terveysministeriöstä, osastopäällikkö Esa Ellala Hämeen lääninhallituksesta, ylijohtaja Eero Hokkanen ja projektijohtaja Marja Vaarama sosiaali- ja terveyshallituksesta, talouspäällikkö Heimo Jaakkola Luoteis-Satakunnan kansanterveystyön kuntainliitosta, sosiaalijohtaja Jaakko Luomanhaara Hämeenkyrön kunnasta, johtava lääkäri Veikko Mäkelä Kanta-Hämeen sairaanhoitopiiristä, hallintoylilääkäri Ilmo Parvinen Turun terveysvirastosta, ylilääkäri Veli-Pekka Prinssi Härkätien terveyskeskuksesta, sosiaali- ja terveysjohtaja Pekka Saarenmaa Keravan kaupungista, johtava lääkäri Tapio Tervo Keski-Suomen sairaanhoitopiiristä ja toimitusjohtaja Matti Toivola Helsingin kaupungin terveysvirastosta

Työryhmän sihteerinä ovat toimineet tekniikan tohtori Pekka Ruotsalainen sekä kehittämispäällikkö Mirja Winter-Heikkilä sosiaali- ja terveyshallituksesta. Työryhmän teknisenä sihteerinä on toiminut notaari Kirsti Eskelinen sosiaali- ja terveysministeriöstä.

Asiantuntijoina työryhmän työskentelyyn ovat osallistuneet erikoissuunnittelija Timo Karjalainen sosiaali- ja terveyshallituksesta, joka on myös osallistunut sihteeristön työskentelyyn sekä terveydenhuollon sovellusasiantuntija Silja-Riitta Sinisalo Valtion tietokonekeskus/ATLAS-käyttäjät ry:stä. Lisäksi ovat työryhmässä olleet asiantuntijoina kuultavana kehittämispäällikkö Ville Lehtinen sosiaali- ja terveyshallituksesta, tutkimusjohtaja Leena Matikka kehitysvammaliitosta, hallitusneuvos Hannu Junkkari ympäristöministeriöstä, asuntotoimen päällikkö Ulla-Maija Laiho Kaupunkiliitosta, asuntotoimen johtaja Matti Nyberg Rovaniemen kaupungista, toimistopäällikkö Olli Paikkala Raha-automaattiyhdistyksestä, toimitusjohtaja Hannu Puttonen Y-säätiöstä, yliarkkitehti Ritva Routio sosiaali- ja terveyshallituksesta, johtaja Ulla Saarenheimo asuntohallituksesta, projektipäällikkö Hilka Summa valtionvarainministeriöstä, kehittämispäällikkö Annika Tapaninen sosiaali- ja terveyshallituksesta ja yhteistoimintapäällikkö Matti Väisänen Helsingin kaupungista. Erikoissairaanhoidon mitoituksen laadintaan osallistui dosentti Turka Tunturi Tampereen yliopistosairaalaasta sekä asumisen ongelmien selvittelyyn ylitarkastaja Jaakko Ellisaari sosiaali- ja terveysministeriöstä.

Työryhmä nimesi itsensä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennetyöryhmäksi.

Työryhmä jätti väliraportin 15.4.1992 ehdotuksista, jotka liittyvät vuoden 1993 tulo- ja menoarvioesitykseen. Loppuraportin tulee työryhmän antaa 31.12.1992 mennessä.

Työryhmä jättää kunnioittavasti muistionsa sosiaali- ja terveysministeriölle. Helsingissä 26 päivänä marraskuuta 1992.

Kimmo Leppo

Markku Lehto

Esa Ellala

Eero Hokkanen

Heimo Jaakkola

Raimo Jämsen

Jaakko Luomahaara

Veikko Mäkelä

Ilmo Parvinen

Veli-Pekka Prinssi

Pekka Saarenmaa

Tapio Tervo

Matti Toivola

Marja Vaarama

Riitta Viitala

Pekka Ruotsalainen

Mirja Winter-Heikkilä

SISÄLLYSLUETTELO

Tiivistelmä	1
1 Johdanto	6
2 Toimenpideohjelma	8
2.1 Lähtökohdat	8
2.2 Toimenpideohjelman tavoitteet	9
2.3 Toimintaohjelma	11
Lähdeluettelo	16

LIITELUETTELO

- Liite 1 Nykyinen palvelurakenne, sen ongelmat ja mittarit
- Liite 2 S-R. Sinisalo: Esimerkkikuntien vanhustenhuollon, kehitysvammahuollon ja psykiatrisen erikoishoidon palvelurakennetarkastelu
- Liite 3 T. Karjalainen: Palvelurakenteen muutos ja sen kustannusvaikutukset
- Liite 4 B-V. Levo'n ja A. Ekman: Hissien rakentaminen olemassaoleviin kerrostaloihin
- Liite 5 S. Tiainen: Asuntojen peruseräparannus kannattaa
- Liite 6 P. Ruotsalainen: Kunnan sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteen mittarit ja mitoituksetmenetelmät
- Liite 7 L. Matikka: Arvio kehitysvammahuollon rakenteen kehityksestä sosiaali- ja terveysministeriön palvelurakennetyöryhmälle
- Liite 8 V. Lehtinen: Psykiatrisen hoidon rakenteen kehityksestä
- Liite 9 M. Vaarama: Vanhusten palvelujen tavoitteet ja todellisuus
- Liite 10 J. Ellisaari, H. Junkkari, U-M. Laiho, M. Nyberg, O. Paikkala, R. Routio, U. Saarenheimo, H. Summa, A. Tapaninen: Asiantuntija-arvioita asumisesta

TIIVISTELMÄ

Suomalainen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmä on suhteellisen korkeasta laadustaan ja kohtuullisista kustannuksistaan huolimatta palvelurakenteeltaan osin heikosti toimiva ja epätarkoituksenmukainen.

Monissa selvityksissä ja tutkimuksissa on todettu, että sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenne on kehittynyt odotettua hitaammin ennaltaehkäisevien ja avohuollon palvelujen suuntaan. Näihin tähtääviä tavoitteita on mm. sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnallisissa suunnitelmissa ja terveyttä kaikille vuoteen 2000- ohjelmassa.

Vanhusten määrän kasvu lisää palvelutarpeita ensi vuosituhaten alusta lähtien. Tällöin myös palvelujen järjestämiselle edullinen ikärakenne muuttuu epäedullisemmaksi. Laitoshoitoon painottuva palvelurakenne muodostuisi 2000-luvulla tutkimusten mukaan yhteiskunnalle erittäin kalliiksi.

Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö asetti 18.12.1991 palvelurakennetyöryhmän selvittämään sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteen toimivuutta, taloudellisuutta ja muutostarpeita. Työryhmän tuli myös tehdä ehdotukset toimenpideohjelmaksi sekä arvioida ehdotusten kustannusvaikutukset, koulutustarpeet ja muut toteuttamisedellytykset. Työryhmässä oli valtion, lääninhallitusten, kuntainliittojen ja kuntien edustajia.

Työryhmä luovutti väliraporttinsa 15.4.1992 (työryhmämuistio sosiaali- ja terveysministeriö 1992:7). Väliraportissa keskityttiin ongelmien kartoitukseen sekä eräiden esimerkkikuntien palveluratkaisujen kuvaukseen. Tässä muistiossa syvennetään väliraportissa havaittujen ongelmien tarkastelua ja keskitytään erityisesti toimenpideohjelmaan. Liitteissä kuvataan palvelurakennetta, palvelujen taloudellisuutta, ehdotetun toimenpideohjelman kustannusvaikutuksia sekä työryhmän kuulemien asiantuntijoiden käsityksiä palvelurakenteen kehittämisestä.

Työryhmän selvitysten ja ehdotusten ensisijaisena tarkoituksena on tukea kuntia palvelurakenteensa kehittämisessä. Monet työryhmän ehdotukset tähtäävät tällaiseen jatkotyöhön. Vallitseva taloudellinen tilanne vaatii palvelurakenteen ripeää kehittämistä, jotta vältettäisiin virheellisten säästöpäätösten aiheuttamat palvelujärjestelmän vauriot ja niiden asiakkaille aiheuttamat vahingot.

Työryhmä on tarkastellut keskeisimpiä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteen ongelmia. Tarkastelua on syvennetty yhdeksään esimerkkikuntaan. Työryhmän mielestä suurimmat ongelmat ja kehittämistarpeet koskevat vanhuksia, kehitysvammaisia ja psykiatrista hoitoa tarvitsevia. Ongelmien ratkaiseminen edellyttää rakennetta korjaavia toimia ja samanaikaista laitoshoidon tarvetta synnyttävien asumisongelmien poistamista.

Työryhmä rajasi pienten lasten hoitoa koskevat tukimuodot ja muut palvelusektorit tarkastelun ulkopuolelle, koska niihin liittyvät ongelmat ovat luonteeltaan erilaisia kuin tarkasteluun valittujen ryhmien kohdalla.

Vuonna 1993 on sosiaalitoimen ja terveydenhuollon käyttökustannusten on arvioitu nousevan noin 58 miljardiin markkaan, joka on noin 12 % bruttokansantuotteesta.

Valtionosuus kunnille on 21 miljardia. Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön kokonaismäärän arvioidaan olevan 236.000. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteen nykytilaa on tarkasteltu yksityiskohtaisemmin liitteessä 1.

Työryhmän tarkasteleman palvelujärjestelmän kokonaiskustannukset olivat vuonna 1990 noin 34 miljardia markkaa. Vuonna 1993 summa on arviolta noin 37 miljardia mk eli vajaa kaksi kolmannesta koko sosiaali- ja terveydenhuollon menoista.

Työryhmän tunnistamat keskeisimmät palvelurakenteen ongelmat olivat: hoidon sairaala- ja laitospainotteisuus, asiakkaiden ja potilaiden hoito epätarkoituksenmukaisilla paikoilla, asumisen ongelmat sekä investointien laitospainotteisuus. Näihin liittyy monia muita työryhmän havaitsemissa ongelmia.

Sairaala- ja laitospainotteisuus ilmenee palvelurakenteessa kahdella tavalla. *Ihmisiä hoidetaan ylipäättään liikaa laitoksissa* ja osa laitoksissa hoidetuista on *epätarkoituksenmukaisessa hoitopaikassa*, joka usein on myös kunnan kannalta kallis hoitovaihtoehto. Avohoidon ja muiden laitoshoidolle vaihtoehtoisten asumis- ja palvelumuotojen kehittymättömyys johtuu osittain laitospainotteisesta palvelurakenteesta. Sosiaali- ja terveyshallituksen selvityksissä on ilmennyt, ettäjoka viides laitoksessa oleva vanhus selviäisi hoitajien arvion mukaan avohuollossa.

Asuminen voi aiheuttaa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelutarvetta. Ensinnäkin monet *vanhusten asunnot ovat niin huonokuntoisia*, että ne aiheuttavat laitoshoidon ja avohuollon tarvetta. Toisaalta osa asunnoista, varsinkin kaupungeissa, on *liikuntaesteisille henkilöille soveltumattomia*. Kuntien antamien tietojen mukaan keväällä 1991 erilaisissa laitoksissa asunnon puutteen takia oli noin 3 300 henkilöä.

Palvelutarpeita lisää myös vanhojen kerrostalojen hissittömyys. Suomessa on noin 45.000 hissitöntä porraskäytävää kolmikerroksisissa ja sitä korkeammissa asuintaloissa eli näissä taloissa noin *puoli miljoonaa asuntoa ilman hissiä*. Liikuntaesteisille ja vanhuksille voi hissien puuttuminen johtaa kalliiseen laitossijoitukseen.

Tilastokeskuksen asuinolotilaston mukaan vuoden 1991 lopussa vanhusten asunnoista oli erittäin puutteellisesti varustettuja 43 000 (11,8 %) . Näistä 30 000:ssa asui yksi vanhus. Kaikkiaan 17 % vanhuksista asuu erittäin puutteellisesti varustetuissa asunnoissa.

Sosiaali- ja terveydenhuollon ja asuntopolitiikan välttämätön yhteistoiminta kompastuu usein asenteisiin tai tottumattomuuteen toimia yli sektorirajojen.

Kustannustietoisuuden riittämättömyys, mikä osin perustuu puutteellisiin ja kehittymättömiin johtamisen ja taloushallinnon tietojärjestelmiin on merkittävä este palvelurakenteen muutoksen käynnistämiseksi.

Investointeja on kohdennettu merkittävästi laitosrakentamiseen ja niitä ei ole riittävästi koordinoitu muiden palvelumuotojen kanssa. Investointien kustannuslaskennassa päähuomio on ollut rakentamisen kustannuksissa. Sen sijaan investoinnista aiheutuvat vuotuiset käyttökustannukset ovat jääneet vähemmälle huomiolle.

Julkiset investoinnit terveydenhuoltoon olivat vuonna 1990 noin 1,9 miljardia mk. Summa on reaalisesti 58 % suurempi kuin vuonna 1980 elinkustannusindeksillä deflatoituna.

Sosiaali- ja terveystalouden käyttö ja *kustannukset vaihtelevat huomattavasti eri alueiden ja yksikköjen välillä*. Vain osa tästä vaihtelusta pystytään selittämään väestön palvelutarpeen erilaisuudella (esimerkiksi ikärakenteella ja sairastavuudella). Sen sijaan tekijät, kuten esimerkiksi pitkien hoitajaksojen yleisyys, sairaaloiden käytön runsaus ja kunnan taloudellinen kantokyky, selittävät kuntien välisiä asiakas-kohtaisia menoeroja. Vanhustenhuollossa palvelutarjonta vaihtelee kuntien välillä suuresti ja palvelurakenne on yksipuolinen. Suurin pula on avohoidon palveluista.

Työryhmä korostaa palvelurakenteen ongelmien paikallisia ja alueellisia vaihteluja. Ongelmia tulee arvioida vastaavasti: kunnan osa-alueittain, kunnittain, kuntainliitoittain ja kuntaa suurempien alueiden tasoilla.

Rakennemuutoksen lähtökohta on palvelutarpeen synnyn ehkäiseminen ja avopalvelujen tarjonnan merkittävä lisääminen. Moniammatillisen henkilöstön osaamisen hyödyntäminen uudella tavalla on lähtökohta muutokselle. Tällöin nykyisillä voimavaroilla toimintoja ja palvelurakenteita kehittämällä kyetään tarjoamaan laadukkaita palveluja. Hyvin suunnitellulla ja johdetulla toiminnalla selvitetään nykyisellä henkilökuntamäärällä mahdollisimman pitkään myös lähivuosisikymmenien kasvavista palvelutarpeista.

Työryhmä *ehdottaa laajaa toimenpideohjelmää* vuoteen 2000. Ohjelman ytimenä ovat uudet toimintatavat, hoito- ja palvelumuodot, jotka mahdollistavat kansalaisten omatoimisen kotona selviytymisen mahdollisimman pitkään. Ohjelma on esitetty yksityiskohtaisesti muistion luvussa 2. Keskeisimmät ehdotukset ovat:

1. Sosiaali- ja terveysministeriö asettaa, neuvoteltuaan asiasta kuntien keskusjärjestöjen kanssa, selvitysmiesorganisaation palvelurakenteen muutoksen vauhdittamiseksi. Selvitysmiehet ovat kunnallisista sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioista nimettyjä asiantuntijoita eri puolilta Suomea. Selvitysmiesten tehtävänä on pikaisesti selvittää alueellisesti ja kunnittain lähtökohtia, tavoitteita ja keinoja mahdollisten ja tarpeellisten muutosten aikaansaamiseksi sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteessa, toimintatavoissa ja hoitokäytännöissä.
2. Työryhmä esittää, että palvelurakennetyöryhmän ja selvitysmiesten raporttien jälkeen huolehditaan siitä, että maassa on toimiva "muutosagenttien" verkko ja sillä on jatkuva johdon tuki sekä tehokas tiedonvälitysjärjestelmä. Työhön kytketään erikseen sovittavan työnjaon mukaan kaikki ne tutkimus- ja kehittämisorganisaatiot, koulutusjärjestelmät sekä kansalais- ja etujärjestöt, joiden myötävaikutus on tärkeä ohjelman onnistumiseksi.
3. Kuntien asuntopolitiikkaa kehitetään tiiviissä yhteistyössä sosiaali- ja terveydenhuollon kanssa. Tavoitteena on se, ettei asumisen puutteiden vuoksi jouduta turvautumaan sosiaali- ja terveydenhuollon palveluihin.
4. Kunnat käynnistävät sosiaali- ja terveydenhuollon yhteisen pienaluepohjaisen väestövastuutoiminnan. Sen ytimen muodostavat moniammatilliset aluetyöryhmät.

5. Työryhmä suosittaa, että erikoissairaanhoidossa somaattisen vuodeosastohoidon sairaansijoja vähennetään nykyisestä (26 000 paikkaa) noin 30%. Tämä merkitsee noin 7 100 paikan vähenemistä vuoteen 2000. Psykiatrisen hoidon muuttamista avohoitopainotteiseksi jatketaan ja samankaltainen prosessi käynnistetään kehitysvammahuollossa. Psykiatrisia sairaansijoja oli vuoden 1991 lopussa 8 500. Vuonna 2000 määrä olisi vähentynyt noin 7 600:aan. Kehitysvammahuollon paikkoja suositellaan vähennettävän 5 300:sta 2600:aan.

6. Vanhusten pitkäaikaishoidon tavoitteeksi työryhmä asettaa tavoitteen, että 75 vuotta täyttäneistä vanhuksista 90 % selviytyy kotona joko itsenäisesti tai sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämien palvelujen taikka lähiomaisten ja lähiympäristön tukemina. Nykyisin osuus on noin 84 %. Tavoite merkitsee, että vuoteen 2000 mennessä vanhainkotien hoitopaikkojen ja perusterveydenhuollon sairaansijojen yhteismäärää vähennetään nykyisestä noin 48 000:sta 33 000:een eli noin 15 000:lla.

7. Laitospaikkojen vähentämisen välttämätön edellytys on, että avohuoltoa ja ns. välimuotoisia palveluja lisätään korvaamaan vähentyneet laitospalvelut. Liitteessä olevien laskelmien mukaan tämä on mahdollista toteuttaa laitoksista vapautuvalla henkilöstöllä, mikäli korvaavaa avohuoltoa tuetaan tarpeellisilla investoinneilla. Siirtämällä henkilöstöä avohuoltoon luodaan perusta nykyistä taloudellisemmalle palvelurakenteelle. Tällä kyetään huolehtimaan aikaisempaa laajemman asiakasjoukon palvelutarpeista.

8. Palvelurakenteen muutosprosessia on seurattava ja arvioitava kriittisesti. Tiedot muutoksista on tuotettava nopeasti. Tietojen tulee kuvata järjestelmällisesti ja kattavasti sekä määrän että laadun muutoksia. Palvelurakennetyöryhmä on laatinut alustavia määrällisiä tunnuslukuja. Niitä tulisi edelleen kehittää siten, että ne ovat mahdollisimman käyttökelpoisia kunnille. Myös nopean palautteen systematisointi sekä muutosprosessin toiminnallisten ja laadullisten näkökohtien kuvaus ja erittely vaativat jatkotyötä. Sosiaali- ja terveysministeriön tulisi huolehtia siitä, että vähintään puolivuositain ministeriön johto saa raportin palvelurakennehankkeen edistymisestä.

Työryhmä suosittaa, että sekä kunnat että Sosiaali- ja terveysministeriö, Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus (STAKES), Kunnallinen kehittämissäätö että perustettava Kuntaliitto käynnistävät palvelurakennetta ja toiminnan järjestämis- muotoja edistäviä kokeiluja sekä rakennemuutosta tukevaa ja arvioivaa tutkimus- ja kehitystoimintaa. Tutkimus- ja kehittämistoiminnan kohteiksi työryhmä ehdottaa mm. seuraavia: asumisedellytyksiä lisäävien ratkaisujen ja toimenpiteiden kustannukset ja vaikutukset, hoitamattomuuden vaihtoehtoiset kustannukset ja palvelurakenteen muutoksen kustannusvaikutukset.

Työryhmä korostaa *kuntien merkitystä nykyistä toimivamman, taloudellisemmän ja silti laadukkaamman palvelurakenteen kehittämisessä*. Onnistumisen edellytys on, että kunnan henkilökunta ja johto sitoutuvat uusiin tehtäviin ja toimintatapoihin pitkäjänteisesti.

Työryhmä on selvityttänyt palvelurakenteen muutoksen kustannuksia kahdella tavalla. Yhtäältä tutkittiin, millaiset kustannukset olisivat, jos kaikki maan kunnat soveltaisivat työryhmän valitseman yhdeksän esimerkkikunnan keskimääräistä palveluraken-

netta. Työryhmän mielestä esimerkkikunnissa palvelurakennetta on jo kehitetty ta-
loudelliseen ja toimivaan suuntaan.

Esimerkkikunnat arvioivat asiakkaittensa tarkoituksenmukaisen asumis- ja palvelu-
tarpeen. Tämä palvelurakenne "heijastettiin" kaikkiin kuntiin ja laskettiin saatava
säästö maan nykyiseen palvelurakenteeseen verrattuna. Laskelman mukaan vanhus-
tenhuollon köäyttömenoissa olisi mahdollista säästää noin miljardi markkaa vuodessa.
Psykiatrisessa erikoishoidossa säästö olisi 170 milj.mk. Kehitysvammahuollosta ei
tämän arvion mukaan ole saatavissa säästöä. Laskelmat ilmenevät tarkemmin liitteenä
olevasta Silja-Riitta Sinisaloon raportista. Sinisaloon laskelmissa ei ole otettu huomi-
oon erikseen avohuollon investointitarpeita.

Toisaalta arvioitiin edellä esitettyjen hoitopaikkojen määrää koskevien suositusten
valtakunnalliset kustannusvaikutukset. Laskelmien lähtökohta oli, että laitoshoidon
vähennetään asteittain noin kymmenen vuoden aikana. Korvaavan avohuollon
kehittäminen sovitetaan laitoshoidon vähentämiseen. Laskelmissa ei lisätty eikä
vähennetty henkilöstön kokonaismäärää, vaan laitoksista vähennettävä henkilöstö tai
virat siirtyivät avohuoltoon. Siirtyvillä viroilla on mahdollista myös sopivin edelly-
tyksin huolehtia vanhusten määrän pienestä kasvusta johtuvista palvelujen lisätar-
peista vuoteen 2000 mennessä. Muutoksen tueksi tarvitaan jonkin verran, lähinnä
asumista tukevia, investointeja sekä teknologian ja tietojärjestelmien kehittämistä ja
koulutusta.

Työryhmän suositusten mukaan sairaansijojen, vanhainkotien ja kehitysvammalaitos-
ten kokonaispaikkaluku vähenee noin kolmanneksen eli noin 90 000:sta (vuoden
1990 tieto) runsaaseen 60 000:een vuoteen 2000 mennessä. Vuosittainen vähenemi-
nen olisi noin 3 000 hoitopaikkaa.

Liitteessä 3 on tarkat laskelmat perusteineen. Työryhmä ei ole ottanut kantaa
laskelman perusteisiin. Laskelmassa on arvioitu, että henkilöstömäärä vähenee noin
13 000:lla eli 1 300 vuodessa. Henkilöstö vähenee keskimäärin 1,5 % vuodessa.
Tällöin sairaaloiden vuodeosastohoidon, vanhainkotien ja kehitysvammalaitosten
kustannukset olisivat vuonna 2 000 reaalisesti 7 % pienemmät kuin vuonna 1990.
Vuonna 1990 kustannukset olivat 19,8 miljardia mk. Reaaliensioiden nousuksi on
arvioitu prosentti vuodessa. Laitoshoidon supistamisen edellytyksenä on, että avo-
huoltoa tukevat investoinnit toteutetaan ja avohuoltoon siirtyvä henkilöstöä koulut-
etaan. Laskelmassa on otettu huomioon eräisiin Kelan etuuksiin sisältyvä avohuollon
tuki.

Lisäksi tehtiin suuntaa-antava laskelma investointitarpeista. Investointitarve on vajaa
9 miljardia markkaa kymmenessä vuodessa eli noin 900 miljoonaa markkaa vuodes-
sa. Tällainen investointiohjelma on mahdollista toteuttaa valtion ja julkisten yh-
teisöjen investointeja koskevien suunnitelmien puitteissa.

*Toteutettuna työryhmän ehdotukset merkitsevät sosiaali- ja terveydenhuollon nykyisen
toimintatavan ja palvelurakenteiden rakenteiden uudistamista. Tällä luodaan toimivaa
ja taloudellista perustaa vuoden 2000 jälkeen syntyviin kasvaviin palvelutarpeisiin.
Kysymys on laajasta ja pitkäaikaisesta kehittämistyöstä.*

1 Johdanto

Vastuu sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä Suomessa on kunnilla, joiden toimintaa valtiovalta on tähän saakka ohjannut melko yksityiskohtaisesti. Kunnat ovat perinteisesti tuottaneet itse suuren osan palveluista ja päättäneet painotuksistaan, mikä heijastaa kunnallisen itsehallinnon vanhaa perinnettä Suomessa.

Suomalaista sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmää on kehitetty viime vuosikymmenet voimakkaan taloudellisen kasvun vallitessa kunkin ajankohdan vallitsevaan suunnittelu- ja mitoitustietämyksen mukaisesti. Hyvien aikojen suunnittelu on ollut suurelta osin peräkkäisten painopisteiden asettamista ja lisäpanostusta kullakin ajanhetkellä tarkoituksenmukaisimmaksi katsotulla lohkolla. Palvelujärjestelmän toiminnan sisällöllinen suunnittelu ja taloudellisuusajattelu ovat olleet varsin etäällä toisistaan.

Vuosikymmenien kehitystyön tuloksena on rakentunut suomalainen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmä, joka on kansainvälisesti tarkasteltuna korkeatasoinen ja kustannuksiltaan kohtuullinen. Pohjoismaisessa vertailussa vuodelta 1990 käytti Suomi toiseksi vähiten rahaa terveydenhuoltoon suhteessa kansantuloon. Sosiaalihuollon palveluihin käytettiin samana vuonna Ruotsissa, Tanskassa ja Norjassa ostovoimalla mitattuna enemmän varoja asukasta kohti kuin Suomessa.

Maassamme epätavallisen pitkään jatkunut taloudellinen kasvu taittui 1990-luvun alussa ja muuttui nopeasti syväksi taloudelliseksi taantumaksi, rahoituskriisiksi ja luottolamaksi. Kun bruttokansantuotteen kasvu oli vielä vuonna 1989 runsaat 5 % tapahtui vuosina 1991 ja 1992 bruttokansantuotteen yhteensä noin 8,3 % väheneminen.

Laman myötä syntyneestä massatyöttömyydestä huolimatta on aikaisempien vuosien sosiaali- ja terveydenhuoltomenojen kasvu lähes pysähtynyt. Vuoden 1992 ennakkotietojen mukaan sosiaalihuollon menot kasvavat vuonna 1992 1,4 % ja terveydenhuollon menot vähenevät 0,1%. Sosiaalihuollon lievä nimelliskasvu selittyy toimeentulotuen kasvulla. Vuodelle 1993 arvioidaan sosiaalihuollonkin nimelliskasvun olevan - 2 prosenttia.

Massatyöttömyyden ja kansantuotteen laskun seurauksena on maamme julkisten menojen osuus bruttokansantuotteesta kasvanut 1980-luvun lopun noin 45 prosentista tämän vuoden arvioituun 56 prosenttiin eli selvästi yli OECD-maiden eurooppalaisten jäsenmaiden nykyisen keskiarvon.

Valtion rooli palvelujen järjestämisessä on ollut tasata verovaroilla kuntien erilaisia taloudellisia mahdollisuuksia järjestää palvelut. Valtio on myös asettanut valtakunnalliset sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisen tavoitteet ja voimavarojen kasvun rajat (keskeisesti investointihankkeiden ja henkilökunnan määrän osalta).

Valtion rahoitus on tähän saakka perustunut käyttömenojen osalta lääninhallituksen hyväksymiin kuntainliittojen ja kunnan todellisiin menoihin. Merkittävät hankkeet on hyväksytty valtakunnallisissa sosiaali- ja terveydenhuollon suunnitelmissa. Lisäksi käyttökustannushankkeiden volyyymiä on säädelty. Valtion on rahoittanut alimmassa

kantokykyluokassa kunnan menoista 66 % ja ylimmässä 29 prosenttia. Tämä valtionavun jakomekanismi ei ole välttämättä kannustanut kuntia säästäväisyyteen, palvelujen tuottajia kustannustehokkuuteen ja suoritekustannusten alentamiseen.

Vuoden 1993 alusta voimaan astuva valtionosuusuudistus velvoittaa kunnat jatkossakin järjestämään asukkailleen sosiaali- ja terveydenhuoltoa, mutta ei säätele enää yksityiskohtaisesti toiminnan laajuutta, sisältöä ja järjestämistapaa. Uudistuksen tavoitteena on lisätä kuntien toimivaltaa ja siten osaltaan luoda niille entistä paremmat edellytykset toimintansa taloudellisuuden ja tuloksellisuuden parantamiseen. Kunnat päättävät jatkossakin kuntalaisille tarjottavien palvelujen määrästä ja palveluvaihtoehtoista. Valtionosuus tulee olemaan aikaisempaa pienempi niissä kunnissa, joissa palvelut ovat olleet valtionosuuskaavan määrittämään tarpeeseen nähden ylimitettuja tai tehottomasti järjestettyjä.

Kaikissa teollistuneissa maissa, myös Suomessa, väestön ikääntyminen tulee vaikuttamaan merkittävästi yhteiskunnan rakenteisiin ja toimintatapoihin kaikilla sektoreilla. Suomen nykyinen väestörakenne on kansainvälisesti ottaen edullinen. Tulevina vuosikymmeninä se kuitenkin muuttuu nykyistä vanhuspainotteisemmaksi. Muutos on erityisen voimakasta vuosituhaten vaihteen jälkeen, jolloin ennusteiden mukaan vanhusväestön määrä tulee kaksinkertaistumaan. Vuonna 2010 ennustetaan Suomen väestöstä 7,2 % olevan yli 75 vuotiaita ja 1,7 % yli 85-vuotiaita. Vuonna 2020 on yli 75-vuotiaita jo 8,5 %.

Väestön ikärakenteen muutoksesta seuraa vanhusten huoltosuhteen muuttuminen. Kuntällä hetkellä on maassamme viittä työikäistä kohti yksi vanhus, on vuonna 2030 – viittä työikäistä kohti kaksi vanhusta, jos nykyiset väestöennusteet pitävät paikkansa.

Kuolleisuuden väheneminen ja vanhusten pitempään eläminen eivät välttämättä merkitse terveyden ja toimintakyvyn paranemista. Vanhuksille tyypillisten pitkäaikaisairauksien puhkeamista ja etenemistä voidaan lykätä korkeampaan ikään muun muassa vaikuttamalla ihmisten elintapoihin ja elinolosuhteisiin. Vaikka ensi vuosituhaten vanhuksat olisivatkin terveempiä kuin nykyiset, tulee sosiaali- ja terveyspalveluja tarvitsevien määrä olemaan silloin nykyistä huomattavasti suurempi. Esimerkkinä tästä kasvusta on vaikeasti tai keskivaikeasti dementoituneiden henkilöiden määrän arvioitu lisääntyminen nykyisestä noin 40.000:sta arviolta 90.000:een vuoteen 2030 mennessä. Vanhuksista tarvitsee nykyarvioiden mukaan kolme prosenttia palveluasuntoja. Tämä edellyttää heille tarkoitettujen palveluasuntojen määrän kolminkertaistamista nykytasosta vuoteen 2000 mennessä.

Työryhmä keskittyy muistiossaan tarkastelemaan kuntien ja kuntainliittojen ylläpitämien erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja sosiaalipalvelujärjestelmän tuottamien palvelujen järjestämisen tarkoituksenmukaisuutta. Painopisteenä ovat vanhuksat, kehitysvammaiset ja psykiatrinen hoitoa tarvitsevat, joille tuotettavien palvelujen kehittämiseen liittyy olennaisesti laitoshoidon tarvetta synnyttävien asumisongelmien ratkaiseminen. Näille ryhmille tarjottavien palvelujen järjestämisessä on työryhmä katsonut löytyvän nykyisen palvelurakenteen merkittävimmät puutteet ja epäkohdat. Vanhusväestön määrän lisääntyminen tulevina vuosikymmeninä ja siitä aiheutuvat paineet sosiaali- ja terveydenhuollolle perustelevat samoin huomion kohdistamista vanhuksiin, kehitysvammaisiin ja psykiatrinen hoitoa tarvitseviin.

Työryhmä on rajannut tarkastelunsa ulkopuolelle pienten lasten hoitoon kohdistuneet palvelut ja erät muut sosiaali- ja terveystoimen tehtäväkokonaisuudet. Tarkastelun kohteena on siis sosiaali- ja terveydenhuollon lohko, jonka kustannukset vuonna 1990 olivat 70 % sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaismenoista (34,4 miljardia markkaa).

2 Toimenpideohjelma

2.1 Lähtökohdat

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteiden uudelleenarvioinnin yleisenä lähtökohdana on ollut palvelurakenteiden ja toimintatapojen tarkastelu ja kehittäminen väestön ja palvelujentarvitsijan tarpeista lähtien.

Työryhmä korostaa ennalta ehkäisyä, avopalvelujen merkittävää lisäämistä ja sosiaali- ja terveydenhuollon koko henkilöstön osaamisen täyteen käyttöön ottamista, jolloin nykyisillä voimavaroilla toimintoja ja rakenteita kehittäen kyetään tarjoamaan laadukkaita palveluja ja vastaamaan mahdollisimman pitkään ensi vuosituhatuuden lisääntyviin palvelutarpeisiin.

Työryhmä korostaa kuntien merkitystä nykyistä toimivamman, taloudellisemman ja silti laadukkaan palvelurakenteen kehittämisessä. Perusehto palvelu- ja henkilöstörakenteen muuttumiselle on henkilöstön sitoutuminen uusiin tehtäviin johdon tukemana. Kustannustietoisena ja taloudellisen palvelurakenteen kehittämisen työryhmä ei näe olevan ristiriidassa asiakkaiden palvelutarpeiden tyydyttämisen kanssa. Tämä kuitenkin edellyttää huolellista ennakkointia ja seuranta muualla tapahtuvista mahdollisista ja todennäköisistä kustannusvaikutuksista. Ennakointiin tulisi sisältyä asiakkaiden palvelu- ja asumistarpeiden analyysi, toimenpiteen kustannusarvio, arvio muualla saatavista mahdollisista ja todennäköisistä säästöistä sekä arvio toimenpiteen vaikutuksista asiakkaiden hyvinvointiin. Seurannan tulee kattaa myös edellä mainitut neljä seikkaa.

Monet palvelurakenteen kehittämishankkeet vaativat useiden tahojen joustavaa yhdessätekemistä, jotta tavoiteltu tilanne olisi *kokonaisuudessaan* lähtötilannetta toimivampi, laadukkaampi ja taloudellisempi. Esimerkiksi, jos kuntainliitot kehittävät omaa avohuoltoaan ottamatta huomioon kuntien kehittämissuunnitelmia, voi syntyä päällekkäistä palvelurakennetta. Viitteitä tällaisesta vinoutumasta on nähtävissä esim. erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välisessä työnjaossa.

Palvelurakenteeseen voidaan vaikuttaa muun muassa *määräaikaisilla ja alueellisilla yhteistyöhankkeilla (projekteilla) ja pysyvällä yhteistyöllä*. Pysyvät yhteistyöryhmät ovat tarpeen esimerkiksi aluevastuuseen pohjautuvien perustason palvelujärjestelmien kehittämisessä sekä asiakkaiden ohjaamisessa tarkoituksenmukaisiin ja taloudellisiin palvelumuotoihin. Määräaikaiset yhteistyöryhmät ovat tehokkaita silloin, kun suunnitellaan ja toimeenpannaan merkittäviä rakenteellisia muutoksia palvelurakenteen perusteissa; esimerkiksi, jos lopetetaan vanhainkoti ja luodaan korvaava avohuollon tukijärjestelmä, yhdistetään terveyskeskuksen vuodeosastohoito ja vanhain-

kotihoito, käynnistetään suunnitelmallinen hanke kuntainliittojen järjestämien palvelujen vähentämiseksi ja korvaamiseksi kunnan omilla palveluilla.

2.2 Toimenpideohjelman tavoitteet

2.2.1 Avohuoltoa ja ns. välimuotoisia palveluja lisätään vastaamaan paikallista ja alueellista tarvetta siten, että niiden avulla voidaan ehkäistä vanhusväestön, mielenterveyspotilaiden ja kehitysvammaisten tarpeeton sijoittuminen laitoksiin. Henkilöt, jotka eivät ole laitoshoidon tarpeessa siirretään laitoksista kotikunnan avohuollon palvelujen käyttäjiksi.

2.2.2. Edistetään ratkaisuja, jotka turvaavat asiakkaille tarkoituksen- ja tarpeenmukaisen hoitopaikan.

Työryhmä on kartoittanut yhdeksän kunnan palvelurakennetta ja sen mitoitusta kuntanäkökulmasta. Yksityiskohtaiset tulokset on esitetty liitteessä 2.

2.2.3. Asuntopolitiikalla on merkittävä vaikutus sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksiin. Asuntopolitiikassa tarvitaan laajaa sekä selkeää työn- ja vastuunjakoa. Asuntopolitiikkaa ja yhdyskuntasuunnittelua on määrätietoisesti toteutettava siten, että asunto-olojen tai toimintaympäristön puutteiden vuoksi ei jouduta turvautumaan raskaisiin ja merkittäviä kustannuksia tuottaviin sosiaali- ja terveydenhuollon ratkaisuihin.

Keväällä 1991 oli kuntien antamien tietojen mukaan erilaisissa laitoksissa asunnon puutteen takia noin 3.300 henkeä.

2.2.4 Erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja sosiaalitoimen laitospaikkoja vähennetään asteittain, siten että vuoteen 2000 mennessä on päästy työryhmän esittämiin seuraaviin suosituksiin:

-somaattiseen erikoissairaanhoidon käytetään vuodessa 1,1 – 1,2 hoitopäivää kunnan asukasta kohti.

Laskennallisiksi sairaansijoiksi muutettuna tämä merkitsee koko maassa 3,3 – 3,6 sairaansijaa tuhatta asukasta kohti (sairaansijojen 90%:n kuormituksella).

-psykiatriseen erikoissairaanhoidon käytetään vuodessa 0,5 hoitopäivää kunnan asukasta kohti.

Laskennallisina sairaansijoina tämä merkitsee koko maassa 1,5 sairaansijaa tuhatta asukasta kohti (sairaansijojen 90%:n kuormituksella).

-kehitysvammahoitoon käytetään 0,2 hoitopäivää kunnan asukasta kohti.

Laskennallisina hoitopaikkoina tämä merkitsee koko maassa 0,5 hoitopaikkaa tuhatta asukasta kohti (sadan prosentin kuormituksella).

- 75 vuotta täyttäneistä vanhuksista 90 % selviytyy kotona joko itsenäisesti tai lähiomaisten ja lähiympäristön tukena ja/tai sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämien koti- ja avohuollon palvelujen turvin

Työryhmän mielestä perusterveydenhuollon sairaansijamäärää ei ole tarvetta lisätä nykyisestä. Sairaanhoidon sekä kunta-, sairaanhoitopiiri että läänikohtaisia käyttöeroja tulee tasoittaa.

Vuonna 1991 olivat koko maan kuntien ja kuntainliitojen itse ylläpitämien sosiaalipalveluiden, kansanterveystyön ja erikoissairaanhoidon käyttötalouden nettomenot keskimäärin 8100 markkaa asukasta kohti. Työryhmä suosittaa, että sosiaali- ja terveydenhuollon asukaskohtaiset käyttömenot eivät missään kunnassa ylittäisi 20 prosentilla maan keskiarvoa.

Avohuollossa tulee kehittää erityisesti palveluasumista sen eri muodoissaan ja muita ns. välimuotoisia palveluita, kodinhoitoapua, kotisairaanhoidoa ja erilaisia tukipalveluja, päivätoimintaa ja lyhytaikaista kuntouttavaa hoitoa vanhainkodeissa, kehitysvammalaitoksissa sekä sairaaloissa.

Palvelurakenteen muutoksia toteutettaessa kunnioitetaan asiakkaiden ja heidän omaistensa valintoja. Jos esimerkiksi pitkään laitoksessa asunut henkilö ei missään tapauksessa halua siirtyä avohoitoon kotikuntaansa, häntä ei pakoteta siihen. Asiakasta tyydyttävä ratkaisu haetaan tällöin neuvottelemalla. Myös omaisten toiveet ja pelot tulisi kuulla.

Kapasiteettia lisäävien julkisten, yksityisten ja järjestöjen investointien tulee tukea laitoshoidon korvaavaa avohuoltoa ja asumista. Työryhmä pitää tärkeänä sitä, että eri rahoitustahojen (mm. valtionosuusrahoituksen ja RAY:n rahoituksen) investointipolitiikka toteuttaa tätä tavoitetta.

Avohuollon ja ns. välimuotoisten palvelujen lisääminen sekä tarkoituksenmukaiselle hoitopaikalle ohjaaminen tulee kunnissa aloittaa ennen laitoshoidon vähentämistä, jotta vältettäisiin epätoivottavilta väliinputoamisilta ja hoidon laiminlyönneiltä. Myös asumisen ongelmakohtien ja puutteiden korjausohjelmat tulisi kunnissa käynnistää toimenpiteiden varhaisessa vaiheessa.

Palvelurakenteen painopisteen muuttuessa nykyistä avopainotteisemmaksi vähenevät sairaala- ja laitoshoitopäivät. Tässä yhteydessä laitostyöstä vapautuvaa henkilöstöä on mahdollista ja välttämätöntä suunnata avohoidon ja ns. välimuotoisten palvelujen lisäämiseen kunnissa. Työryhmän tiedossa on, että sairaanhoitopiireissä jo vähennetty henkilökuntaa sekä jätetty sijaisia ja varallaolohenkilökuntaa palkkaamatta. Koska samanaikaisesti kunnat ovat vaikeassa taloudellisessa tilanteessa joutuneet tekemään vastaavia henkilöstön supistamistoimenpiteitä, ei palvelurakenteen muuttumiselle työryhmän esittämään avopainotteiseen suuntaan ole ollut mahdollisuuksia. Tavoitteeksi on kuitenkin asetettava, että kunnissa avohoitopalveluja hoitavaa henkilöstöä ei vähennetä, vaan pyritään lisäämään, jotta laitospainotteisuutta voidaan purkaa. Laitosten hoitopäivien määrän vähentyessä on edellytettävä vastaavien henkilöstö- ja muiden voimavarojen siirtämistä avopalvelujen tehostamiseen.

Modernin turva-, apuväline ja viestintätekniiikan käyttöönotolla voidaan helpottaa vanhusten ja vammaisten kotona selviytymistä sekä lisätä heidän kokemaansa turvallisuuden tunnetta ja oman elämän hallintaa. Näiden avulla voidaan lisäksi tehostaa ja järjestyttää avopalveluja antavan henkilöstön työtä. Työryhmä suosittaa edellä mainittujen tekniikoiden käyttöönottamista kunnissa.

2.3 TOIMINTAOHJELMA

Muutosprosessin tavoitteet, keinot ja sisältö määrittyvät paikallisten ja piirien olosuhteiden yleisten tavoitteiden mukaisesti ja ne tulisi kirjata kuntien, kuntainliitosten ja läänien toisiaan täydentäviksi muutosstrategioiksi eli kehittämissuunnitelmiksi. Muutostarpeet kunnissa voivat vaihdella suuresti ja hyvään lopputulokseen voidaan päätyä useilla eri tavoilla.

Muutosprosessin onnistunut läpivieminen edellyttää mahdollisimman suurta yksimielisyyttä muutoksen välttämättömyydestä ja samansuuntaista sitoutumista sekä paikallis- ja piiritasolla että myös aluehallinnossa ja valtakunnantason työskentelyssä. Sitoutumisen tulee ulottua mahdollisimman laajasti sekä poliittiseen päätöksentekoon että virkamiesvalmisteluun ja toimeenpanoon.

2.3.1 Työryhmä ehdottaa selvitysmiesorganisaation ja muiden palvelurakenteen kehittämiseen liittyvien toimien käynnistämistä

Työryhmä esittää, että sosiaali- ja terveysministeriö asettaa, neuvoteltuaan asiasta kuntien keskusjärjestöjen kanssa, selvitysmiesorganisaation palvelurakenteen muutoksen vauhdittamiseksi. Selvitysmiehet ovat kunnallisista sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioista nimitettyjä asiantuntijoita eri puolilta Suomea. Selvitysmiesten tehtävänä on pikaisesti selvittää alueellisesti ja kunnittain lähtökohtia, tavoitteita ja keinoja mahdollisten ja tarpeellisten muutosten aikaansaamiseksi sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteessa, toimintatavoissa ja hoitokäytännöissä. Selvitysmiesten tulisi osoittaa muutosten taloudellisia, toiminnallisia ja henkilöstövaikutuksia. Edelleen tulisi heidän arvioida toimenpiteiden edellyttämät hallinnollisia, koulutuksellisia tai taloudellisia tukitoimia. Muutostarpeita, niiden esteitä ja tukitoimia tulisi asettaa tärkeysjärjestykseen, mikä voi suurestikin vaihdella alueittain.

Sosiaali- ja terveysministeriön tulisi sitoutua siihen, että kyseessä on 90-luvun sosiaali- ja terveydenhuollon suurisuuntainen kehittämishanke, panostaa siihen johdon tuen ja tutkimus- ja kehittämisrahoituksen keinoin tämän mukaisesti. Tämä edellyttää ainakin 3–4 vuoden projektia, jossa ministeriön ja kuntien keskusjärjestöjen panos on keskeinen. Käytännössä tämä merkitsee sitä, että palvelurakennetyöryhmän ja selvitysmiesten raporttien jälkeen huolehditaan siitä, että maassa on toimiva kunnallinen, alueellinen ja valtakunnallinen "muutosagenttien" verkko ja sillä on jatkuva johdon tuki sekä tehokas tiedonvälitysjärjestelmä. Työhön kytketään erikseen sovittavan työnjaon mukaan tiiviisti kaikki ne tutkimus- ja kehittämisorganisaatiot,

koulutusjärjestelmät sekä kansalais- ja etujärjestöt, joiden myötävaikutus on tärkeä ohjelman onnistumiseksi.

Palvelurakenteen muutosprosessilla on oltava sisään rakennettuna nopea palaute, kriittinen seuranta ja arviointi. Näiden tulee kattaa sekä määrällisiä että laadullisia ulottuvuuksia järjestelmällisellä tavalla. Palvelurakennetyöryhmä on laatinut alustavia määrällisiä mittareita (muistion liite 1). Niitä tulisi edelleen kehittää siten, että ne ovat mahdollisimman relevantteja kuntakäyttäjille. Myös nopean palautteen systematisointi sekä muutosprosessin toiminnallisten ja laadullisten näkökohtien kuvaus ja erittely vaativat jatkotyötä. Sosiaali- ja terveysministeriön tulisi huolehtia siitä, että vähintään puolivuositain ministeriön johto saa raportin palvelurakennehankeen edistymisestä.

Työryhmä pitää tärkeänä että sosiaali- ja terveysministeriö ja STAKES varmistavat, että valtakunnallisen tilasto- ja rekisterijärjestelmien uudistamistyön tuloksena kunnille voidaan tuottaa tarpeellinen valtakunnallinen ja alueellinen tieto palvelurakenteen muutoksen edistymisen ja sen vaikutuksista. STM:n, STAKES:n, Tilastokeskuksen ja kunnallisten keskusjärjestöjen yhteistyönä ollaan kehittämässä tarkoitukseen sopivaa tietojärjestelmää (ns. kuntatieturi-hanke). Työryhmä pitää tärkeänä, että tieturihanke saadaan kuntien käyttöön vuoden 1994 alkuun mennessä.

Kuntien tehtävänä on kerätä ja ylläpitää oman toimintansa seurantaan tarvittavat tiedot. Työryhmä suosittelee, että kunnat ottaisivat käyttöön palvelurakenteen seurannan mittareita. Valtakunnan tasoa yksityiskohtaisempi palvelurakenteen, palvelujen kohdentumisen ja niissä tapahtuvien muutosten seuranta perustuu kuntien omiin intresseihin ja painotuksiin.

Muutosagenttien tehokkaan toiminnan mahdollistamiseksi esittää työryhmä seuraavia toimia:

-Tiedotetaan sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteen muutostarpeista, tavoitteista ja keinoista julkisuudessa erikseen laadittavan suunnitelman mukaan.

-Muutosprosessin toimijoille, "muutosagenteille" tarjotaan motivoivaa ja tiedollista koulusta samoin erillisen suunnitelman mukaan.

-Viritetään keskustelua ja välitetään tietoa kuntien onnistuneista palvelurakenteen ratkaisuista.

-Käynnistetään yhteistoiminta muun muassa neuvottelemalla eri intressiryhmien kanssa.

2.3.2 Työryhmä pitää tarkoituksenmukaisena, että kunnat käynnistäisivät omien erityisolosuhteidensa pohjalta sosiaali- ja terveydenhuollon yhteisen pienueluepohjaisen väestövastuutoiminnan. Tämän toiminnan ytimen muodostaa moniammatillinen aluetyöryhmä.

Alueellisessa väestövastuutoiminnassa voidaan nykyistä paremmin toteuttaa hoidon tarkoituksenmukainen porrastus ja ennalta ehkäistä raskaiden hoitojen ja palvelujen tarvetta hyödyntämällä sosiaali- ja terveydenhuollon moniammatillisen aluetyöryhmän laaja-alaista osaamista. Uudenlaisia mahdollisuuksia avautuu aluetyöryhmän tuntiensa väestönsä, sen voimavarat ja ongelmat sekä alueella julkisten palvelujen rinnalla toimivat ns. "epäviralliset voimavarat".

Aluetyöryhmä huolehtii alueensa väestön sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluista ja väestön tarkoituksenmukaisesta pääsemisestä vaativimpiin hoito- ja hoivapalveluihin.

2.3.3 Työryhmä ehdottaa, että sosiaali- ja terveysministeriö huolehtii siitä, että sen omat ja alaiset tutkimus- ja kehittämisorganisaatiot tukevat pienaluepohjaisen väestövastuutoiminnan toteutumista yhteistyössä perustettavan kuntaliiton ja Kunnallisen kehittämissäätiön kanssa 1–2 vuoden ajan.

2.3.5 Työryhmä esittää sosiaali- ja terveysministeriölle ryhtymistä toimiin kunnallislain muuttamiseksi, siten että on mahdollista luopua kuntien maksuosuuksien jälkilaskutusmahdollisuudesta.

Tämä on luonteva jatko sosiaali- ja terveysministeriön kuntakorvausprojektin työlle.

2.3.5 Työryhmä esittää, että henkilöille, jotka tällä hetkellä ovat asunnon puutteen vuoksi laitoshoidossa, hankitaan sopiva asunto.

Selvitysmiehet kartoittavat kunnittain asunnon puutteen vuoksi laitoshoidossa olevien henkilöiden määrän. Kunnille tehdään arvio kotiin sijoittamisen kustannusvaikutuksista.

2.3.6 Työryhmä pitää tärkeänä, että kunnat lisäävät asuntojen korjaustoimintaa ja -neuvontaa.

2.3.7 Työryhmä esittää, että kunnat ryhtyvät yhteistoiminnassa paikallisten asunto-osakeyhtiöiden kanssa pikaisiin toimiin liikuntaesteiden poistamiseksi ja hissien rakentamiseksi hissittömiin kolmekerroksisiin ja sitä korkeampiin taloihin.

2.3.8 Työryhmä esittää selvitettäväksi, tulisiko kansaneläkelaitoksen toimia aktiivisesti sairaalahoitopaikan hakemiseksi, kun todennäköinen pitkä sairauspäiväraha-kausi on alkamassa.

Asiaa voidaan alustavasti käsitellä sairaskorvaustoimikunnassa ja sopia jatkovalmisteluista.

2.3.9 Työryhmä ehdottaa, että palvelumaksujen määräytymisen perusteita muutetaan niin, että ne suosivat avohuoltoa ja ns. välimuotoisia palveluja pitkäaikaisen hoidon sijasta.

Tämän tulee ottaa huomioon STM:n maksupolitiikatoimikunnan työskentelyssä.

2.3.10 Työryhmä esittää WHO:n Terveyttä kaikille vuoteen 2000-maa-arviointiraportin mukaisesti, että sosiaali- ja terveysministeriön asettamassa sairaanhoito- vakuutustoimikunnassa selvitetään sairausvakuutusjärjestelmän kautta tapahtuvan yksityislääkäritoiminnan rahoittamisen suhde terveyskeskusmaksuun.

2.2.11 Työryhmä pitää yhtenä rakennemuutoksen onnistumisen edellytyksenä, että perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välistä yhteistoimintaa ja konsultaatioiden määrää lisätään.

2.2.14 Työryhmä ehdottaa, että sosiaali- ja terveysministeriö käynnistää kustannuslaskentaan liittyvän koulutusohjelman.

Koulutusohjelman tavoitteena on lisätä kustannustietoisuutta ja kykyä kustannuslaskentaan. Koulutusohjelma kattaa kaikki sosiaali- ja terveydenhuollon hallinnon tasot, sosiaali- ja terveysministeriöstä kuntiin. Koulutus on hyvä järjestää yhteistyössä kustannuslaskentaan perehtyneiden alan tutkimus- ja koulutuslaitosten kanssa sekä kunnallisen laskentatoimen uudistustoimikunnassa (KULAUS).

Taloudellisuusarvioinnin edellytyksenä on, että kustannuslaskennan yleiset perusteet otetaan käyttöön, erityisesti varsinaista palvelutuotantoa harjoittavissa toimintayksiköissä tai tulosityksiköissä. Tulosityksiköiden tulee pyrkiä tuotteistamaan toimintaansa. Tämä edellyttää muun muassa päätöstä tai sopimusta tavasta, jolla tuotteiden määrä ja laatu) mitataan.

Suuremmat sairaalat tai sairaanhoitopiirit ovat jo siirtymässä palvelujensa tuotteistamiseen. Sen sijaan muualla sosiaali- ja terveydenhuollossa on vielä varsin yleistä, että tulosityksiköt eivät tunnista tuotteitaan, eivät laske niiden hintoja ja eivät ole riittävän tarkasti selvillä niiden kustannuksiin vaikuttavista tekijöistä.

2.3.15 Työryhmä suosittaa, että kunnat varaavat sosiaali- ja terveydenhuollon käyttöbudjeteissaan vähintään 1% palvelurakennetta, toimintatapoja ja hoitokäytäntöjä kehittävään ja uudistavaan selvitys- ja tutkimustyöhön sekä tietojärjestelmien rahoittamiseen.

Tässä muistiossa on monin tiedoin ja tavoin osoitettu, että suomalainen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenne vaatii edelleen monipuolista kehittämistä, joka puolestaan edellyttää varoja. Mikäli kunnat eivät uhraa tähän tarkoitukseen riittävästi käyttökustannusmenoistaan, saattavat hyvät tarkoitukset valua hukkaan. Toimivan, asiakkaiden ja potilaiden palvelua sekä oikealle hoitoportaalille sijoittelua edistävän tietojärjestelmän olemassaolo, ajantasalla pito ja uuden oppiminen on perusedellytys kunnan asukkaita nykyistä paremmin palvelevan rakenteen aikaansaamiselle.

Toiminnan ennakkointia ja seuranta varten – samoin kuin asiakas- ja potilasvirtojen jokapäiväisen hallintaan kehitettyjen ohjelmistojen tarjonta on varsin suppeaa. Vanhustenhuoltoon on atk-työvälineitä kuitenkin tarjolla. Tällaisia ovat mm. STH:n yhteistyössä 11 läänin ja 37 kunnan kanssa kehittämä vanhustenhuollon suunnittelujärjestelmä, johon liittyy ennustemalli (Evergreen). Esimerkiksi Turussa ja Kotkassa on käytössä vanhustenhuollon asiakastason tietojärjestelmä VAPA, jota voidaan käyttää apuna järjestettäessä asiakkaille kulloistakin tarvetta vastaavaa palvelua.

2.3.16 Työryhmä ehdottaa, että STAKES, Kunnallinen kehittämissäätiö ja perustettava Kuntaliitto käynnistävät sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennetta ja kustannuskehitystä sekä toiminnan järjestämismuotoja tukevaa ja arvioivaa tutkimus- ja kehitystoimintaa. Kehittämistyön kohteeksi tulee ottaa myös asumista kehittäviä ja asumisedellytyksiä lisääviä hankkeita.

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmää ja sen toteuttamisvaihtoehtoja tulisi arvioida paitsi toimivuuden ja taloudellisuuden myös järjestelmän asiakkaan näkökulmasta. Arvioinneissa olisi hyvä verrata suomalaisen ja kansainvälisten järjestelmien ratkaisuvaihtoehtoja. Keinot tuloksellisen palvelurakenteen kehittämiseksi vaihtelevat kunnan olosuhteiden mukaan. Toiminnan tuloksellisuutta kuvaavat tietojärjestelmät ja mittarit tulee kytkeä kunnan valitsemaan palvelujen organisointimalliin sekä tulosbudjetointimalliin.

2.3.17 Työryhmä ehdottaa, että STAKES selkeyttää yhdessä asiantuntijoiden kanssa sosiaali- ja terveydenhuollon ja siihen kytkeytyvän asumisen käsitteistön.

Yhtenäisellä käsitteistöllä helpotetaan sosiaalihuollon, terveydenhuollon ja asuntoimen yhteistyötä.

Lähdeluettelo

Helsingin terveystoimisto Uuteen johtamisjärjestelmään Helsingin terveystoimistossa JOKE-projekti, Helsingin kaupungin terveystoimiston raportteja ,Sarja A, Raportti 61/1992

Häkkinen U. Terveyspalvelujen käyttö, terveydentila ja sosio-ekonominen tasa-arvo Suomessa, Sosiaali- ja terveyshallitus, tutkimuksia 20/1992

Hämeen lääninhallitus, Hämeen läänin kuntien ja kuntainliittojen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenne ja toimintatietoja v. 1990, Hämeen lääninhallituksen julkaisusarja 1992 :19

Iivari A. ja Jämsen R., Sosiaali- ja terveydenhuollon kunnittainen kustannusvertailu vuonna 1989, STM kehittämissosaston julkaisuja 1992:1.

Laiho U., Hurnasti T., Laiho K., Ojala K., Sundström L. Vanhusten asumisen vaihtoehdot, Suomen Kaupunkiliitto* Sairaalaliitto* Suomen kunnallisliitto 1991

NOMESCO Health Trends in Nordic Countries Annus Medicus 1990, NOMESCO no 33, NORD 1990:99 E

NOMESCO Health Statistics in the Nordic Countries 1966–1991, Nordic Medico-Statistical Committee 36:1991

Nässi S., Vaissi E., Koski T., Niininen O., Vannes A., Paatonen P. Turun kaupungin vanhustenhuollon suunnitelma 1991–2000, Turun kaupungin terveydenhuollon julkaisuja N:O 9:1991

Oulun Lääninhallitus Sosiaali- ja terveydenhuollon läänikatsaus Oulun lääni 1992, Oulun lääninhallitus sosiaali- ja terveysosasto 1992

Paronen O., Kuusilinna P., Lauslahti K., Vuori I. Tampereen terveysprofiili 1989–1990 Osa 1 Aikuisväestön terveyskysely, Tampereen terveystoimisto ja UKK-instituutti, Tampere 1991

Pohjois-Karjalan Seutukaavaliitto Asuntojen perusparannus kannattaa, painossa

Pohjois-Karjalan Lääninhallitus Vanhuspolittinen pitkän aikavälin toimintaohjelma, projekti 1989–2030, julkaisu 5/92

Rissanen V., Niskanen T., Hokkanen E. Terveydenhuollon alue- ja palvelualakohtainen sairaansijarakente v. 1991, Dialogi no 1992.

Ruotsalainen P. Menetelmä alueellisen sairaanhoidon tarjonnan määrittämiseksi, Sosiaali- ja terveyshallitus, tutkimuksia 13/1991

Sairaalaliitto Suomen sairaalatilasto 1989, Tilastojulkaisu 1990

Sairaalaliitto Suomen sairaalatilasto 1990, Tilastojulkaisu 1991

Salmela R. Yleissairaaloiden vuodeosastohoidon käyttö Suomessa 1980–85, Sosiaali- ja terveyshallitus, tutkimuksia 10/1991

Segerholm R. Kanta-Hämeen keskussairaala Erikoisalojen koko vuonna 1997, Suomen terveydenhuollon konsultit 1990

Sosiaali- ja terveysministeriö Mielenterveystyön porrastustyöryhmän muistio, työryhmämuistio 1992:10

Sosiaali- ja terveysministeriö Yhteenveto sosiaali- ja terveydenhuollon kertomuksesta 1991 koko maa, Sosiaali- ja terveysministeriön monisteita 1992:21

Sosiaali- ja terveyshallitus Sosiaali- ja terveydenhuollon KETI-tietoja vuodelta 1989, Sosiaali- ja terveyshallitus tietopalveluosasto 1991

Sosiaali- ja terveyshallitus Sosiaali- ja terveydenhuollon KETI-tietoja vuodelta 1990, Sosiaali- ja terveyshallitus tietopalveluosasto 1991

Sosiaali- ja terveysministeriö Terveyttä kaikille vuoteen 2000, Suomen terveystiikan pitkän aikavälin tavoite- ja toimintaohjelma, Sosiaali- ja terveysministeriö 1986

Sosiaali- ja terveysministeriö Valtakunnallinen suunnitelma sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä vuosien 1993–1996,

Törmä S. Menot, palvelut, vaikuttavuus, sosiaalihuollon menot ja palvelujen vaikuttavuus Hämeen läänissä, Sosiaali- ja terveyshallitus, Raportteja 37/1992

Uudenmaan lääninhallitus Uudenmaan läänin kuntaprofiili, Uudenmaan lääninhallituksen julkaisusarja 1992:7

Vaarama M., Vanhustenhuollon palvelujen tavoitteet ja todellisuus, Sosiaali- ja terveyshallitus, Raportteja 48, 1992

Vaarama M., Hurskainen R., Hyvään vanhuuteen 1990- ja 2000-luvuilla, Sosiaali- ja terveyshallitus, painossa.

PALVELURAKENNETYÖRYHMÄN MUISTION LIITE 1

NYKYINEN PALVELURAKENNE, SEN ONGELMAT JA MITTARIT

Sisällysluettelo

1. Nykyinen palvelurakenne	1
1.1 Palvelujen tarjonta ja tuotanto	1
1.2 Kustannukset	3
2. Palvelurakenteen ongelmia	6
2.1 Palvelujärjestelmän laitospainotteisuus ja hoitopaikkojen epätarkoituksenmukainen käyttö	7
2.2 Erot kuntien ja kuntainliittojen palvelurakenteessa, palvelujen käytössä ja kustannuksissa	10
2.3 Päätöksenteon ja toimintatavan ongelmat	11
2.4 Asumisen ongelmat	14
2.5 Investointisuunnitelmien laitospainotteisuus sekä investointien rahoituksen koordinoimattomuus	16
2.6 Kuntien rahoitusvastuu erikoisairaanhoidossa	18
3.0 Palvelurakenteen mittarit	19
3.1 Valtakunnan- ja aluetason palvelurakenteen mittarit	19
Käsitteitä	22

TAULUT

Taulu 1 Tietoja sosiaali- ja terveydenhuollosta

Taulu 2 Terveydenhuollon menot vuoden 1990 hinnoin

Taulu 3 Sosiaali- ja terveydenhuollon menot ja kansantuoteosuus vuosina 1975 – 1992

Taulu 4 Terveydenhuollon avohoidon rakennemuutos

Taulu 5 Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilökunta kunnissa ja kuntainliitoissa vuosina 1980, 1985 ja 1990

Taulu 6 Sosiaalihuollon avo- ja laitoshuollon kehitys –vanhustenhuolto

Taulu 7 Kehitysvammahuollon kehitys

Taulu 8 Vanhainkotien asukkaiden tarkoituksenmukainen hoitopaikka vuoden 1991 asiakaslas-
kennan mukaan

Taulu 9 Tietoja Vaasan läänin sosiaali- ja terveydenhuollosta

1. Nykyinen palvelurakenne

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmää ja sen rakennetta tarkastellaan seuraavassa tarjonnan (hoitopaikat ja sairaansijat), tuotannon (käynnit, kontaktit ja hoitopäivät) ja kustannusten näkökulmista. Palvelurakennetta kuvataan toisaalta tilastoilla, toisaalta asiantuntijoiden näkemyksillä ja tutkimustiedolla. Työryhmä piti sairaansijojen määrää epätyydyttävänä mittarina, mutta pitäytyi sen käytössä, jotta olisi mahdollista tehdä vertailuja kansallisten ja kansainvälisten tilastojen perusteella.

Kunnalla on monta tapaa järjestää sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut kuntalaisille. Se voi ylläpitää omaa terveystaloutta tai olla jäsenenä kansanterveystyön kuntainliitoissa. Oman sosiaalitoimen/sosiaalikeskuksen lisäksi se voi omistaa vanhainkoteja itse tai yhdessä muiden kuntien kanssa. Kunnan on lisäksi kuuluttava sekä erikoissairaanhoidon että kehitysvammahuollon kuntainliittoihin. Osan palveluista kunta voi järjestää myös ostopalveluina.

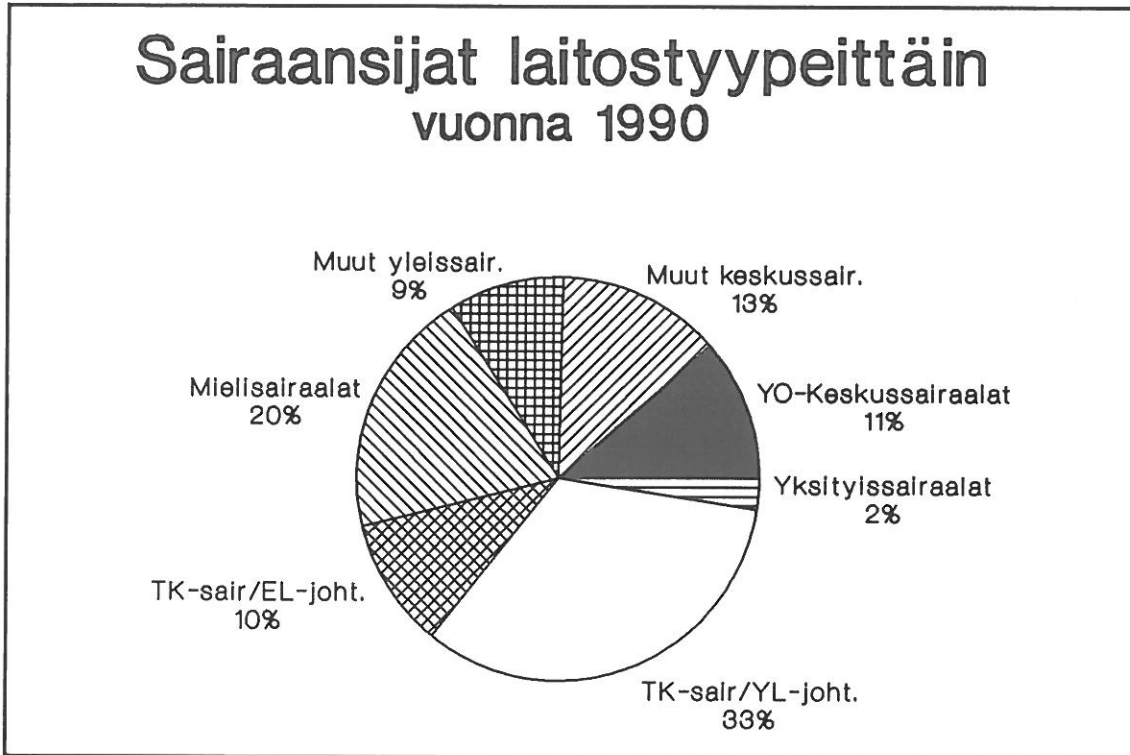
Palvelurakennetta muotouttavat merkittävästi tehdyt uudis- ja korvaavat investoinnit. Valtio on rahoittanut sosiaali- ja terveydenhuollon investointeja pääosin suunnittelu- ja valtiosuusjärjestelmän avulla. Raha-automaattivastuuksilla tuetaan järjestöjen investointeja. Asuntotuotantomäärärahoja käytetään myös jossain määrin tukemaan sosiaali- ja terveydenhuollon avoavopalvelujen kehittämistä.

Sosiaali- ja terveydenhuollon julkiset investoinnit ovat kasvaneet reaalisesti koko 1980-luvun. Vuonna 1990 ne olivat 1,9 miljardia markkaa. Summassa on reaalista kasvua vuoteen 1980 verrattuna 58 prosenttia. Vuosina 1993–1996 on sosiaali- ja terveydenhuollon perustamishankkeita suunniteltu rahoitettavaksi 1,2 miljardilla markalla vuodessa. Sosiaali- ja terveydenhuoltoa, sen rakennetta ja menoja vuonna 1990 on tarkasteltu yksityiskohtaisesti taulussa 1.

1.1 Palvelujen tarjonta ja tuotanto

Laitoshoidon paikkoja ja sairaansijoja on kuluvaan vuoteen yhteensä noin 85.700 eli 1,7 prosentille väestöstä. Näistä on vanhainkotipaikkoja lähes 30.000, kansanterveystyön sairaansijoja 25.000 (joista erikoislääkärijohtoisia sairaansijoja noin 5.000), muita erikoissairaanhoidon sairaansijoja on noin 18.000 yleissairaaloissa ja 7.500 psykiatrisissa sairaaloissa. Kehitysvammaisten laitospaikkoja on noin 5.100. Laitospaikoista vajaa kaksi kolmannesta on pitkäaikaishoitoa vaativien asiakkaiden käytössä. Näistä merkittävin ryhmä ovat vanhukset, joita on pitkäaikaishoitopaikoilla vajaa 50 000.

Vuonna 1990 oli koko maassa sairaansijoja tuhatta asukasta kohti erikoissairaanhoidossa 5,5 ja terveystalouksissa 3,5. Tuhatta yli 75-vuotiasta kohti oli vanhainkotipaikkoja 96. Sairaansijojen jakautuma vuonna 1990 laitostyypeittäin on esitetty kuvassa 1.



Kuva 1 Sairaansijat laitostyypeittäin vuonna 1990

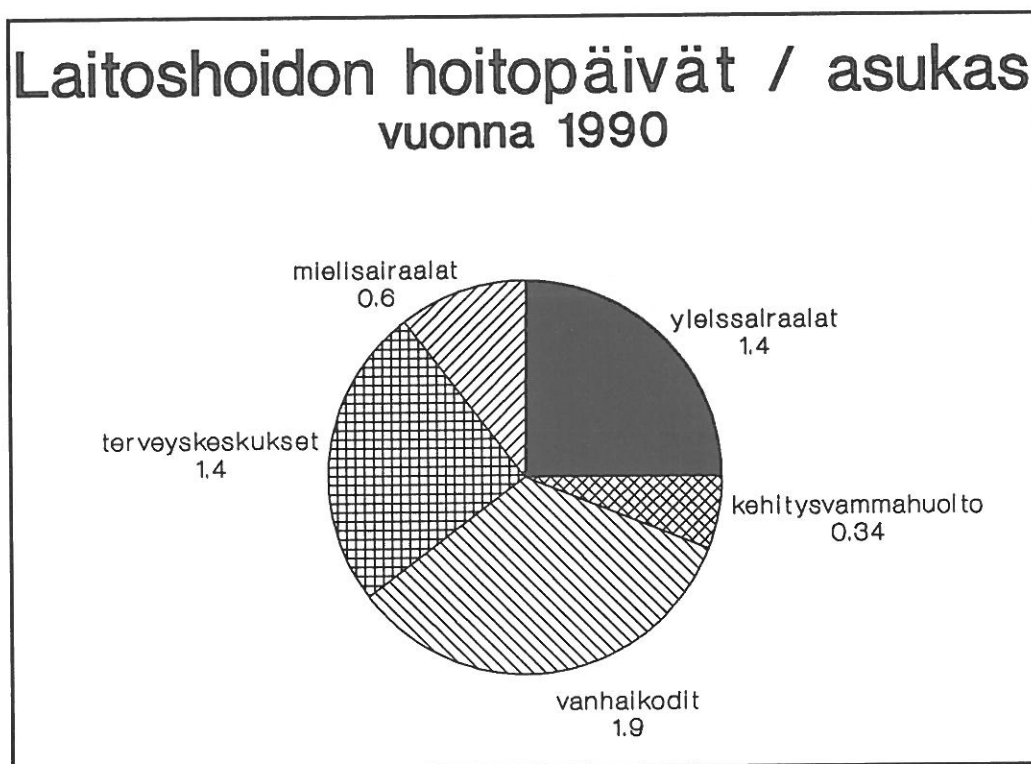
Laitoshoidossa tuotettiin vuonna 1990 yhteensä noin 29 miljoonaa hoitopäivää, taulukko 1. Hoitojaksojen keskimääräiset pituudet ovat yleissairaaloissa lyhentyneet 1980-luvulla vuoden 1985 7,7 päivästä vuoden 1990 5,9 päivään. Mielisairaaloissa keskimääräinen hoitoaika lyhentyi samassa ajassa 156 päivästä 82 päivään.

LAITOSHOIDON HOITOPÄIVÄT (tuhansia hoitopäiviä)								
VUOSI	erikoissairaanhoito			pitkäaikaishoito				Kaikk-yht.
	yleissai-raalat	mielisai-raalat	yht.	terveys-keskus-set	vanha-inko-dit	yht.	kehitys-vamma-huolto	
1980	8 200	6 600	14 800	3 500	9 900	13 400	2 000	30 200
1990	7 000	3 400	10 400	7 000	9 400	16 400	1 700	28 500

Taulukko 1 Laitoshoidon hoitopäivät vuosina 1980 ja 1990

Maassamme tuotettiin vuonna 1990 yhteensä eri laitoksissa keskimäärin 5,6 hoitopäivää tuhatta asukasta kohti, kuva 2. *Kuntakohtaiset vaihtelut asukasta kohti lasketuissa hoitopäivissä läänin tai sairaanhoitopiirin sisällä ovat suuret, jopa kolminkertaiset.* Vuonna 1990 kävi erikoissairaanhoidon avovastaanotolla jokainen

suomalainen noin kerran ja terveyskeskuksiin tehtiin keskimäärin 6,3 käyntiä asukasta kohti.



Kuva 2 Laitoshoidon keskimääräiset hoitopäivät asukasta kohden vuonna 1990

Maamme nykyinen asuntokanta käsittää noin 2,2 miljoonaa asuntoa. Uustuotanto on ollut vuosittain keskimäärin noin 50.000 asuntoa ja se on vähenemässä suuruusluokkaan 1 prosenttia asuntokannasta. Uudisrakentaminen tulee siten olemaan jatkossa vähäistä pääkaupunkiseutua ja maakunnallisia kasvukeskuksia lukuunottamatta.

Vanhusten ja vammaisten palveluasunnoiksi tilastoituja asuntoja oli vuonna 1990 noin 8100. Tämän lisäksi palveluasunnoiksi katsottavia asuntoja on jonkin verran psykiatrista hoitoa vaativille. Eräissä kunnissa (esimerkiksi Turussa) on viime vuosina kehitetty "raskashoitoisia" asiakkaita – lähinnä vanhuksia – varten tarkoitettuja "hoivakoteja", jotka eivät vähälukuisuutensa vuoksi näy valtakunnallisissa tilastoissa.

1.2 Kustannukset

Vuonna 1991 olivat kuntien sosiaalitoimen ja terveydenhuollon käyttökustannukset 53,6 miljardia markkaa ja vuoden 1992 arvio on 57,6 miljardia. Sosiaali- ja terveydenhuollon käyttökustannusten yhteismäärän arvioidaan olevan vuonna 1993 57,8

miljardia markkaa, joista valtionosuutta on 20,8 miljardia. On mahdollista, että todellisuudessa vuoden 1992 kustannukset jäävät vuoden 1991 tasalle, koska monissa kunnissa ja kuntainliitoissa on jouduttu tekemään kulujen leikkauksia, jotka eivät vielä näy tilastoista.

Kuntien ja kuntainliittojen ylläpitämän sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnan nettokäyttömenot olivat vuonna 1991 yhteensä noin 45 miljardia, mikä merkitsee keskimäärin 9 000 mk jokaista maan asukasta kohti. Menot jakautuivat siten, että sosiaalihuollon osuus oli 45 prosenttia. Suurin menoerä oli sosiaalipalvelut, jonka osuuksista nettokäyttömenoista oli 36 prosenttia, taulukko 2. Sosiaalipalveluihin kuuluvat muun muassa vanhusten avo- ja laitospalvelut sekä lasten päivähoito.

SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON NETTOKÄYTTÖMENOJEN JAKAUTUMA VUONNA 1991		
	menot miljardia markkaa	osuus %
sosiaalipalvelut	16,2	36
erikoissairaanhoido	13,6	30
kansanterveystyö	9,8	22
lasten kotihoidon tuki	2,3	5
toimeentuloturva	1,8	4
terveyskeskusten erik.lääk.joht sairaalat	1,0	2
muut	0,5	1
Yhteensä	45,2	100

Taulukko 2 Sosiaali- ja terveydenhuollon nettokäyttömenot vuonna 1990

Terveydenhuollon menojen muutosta 1980-luvulla on tarkasteltu taulussa 2. Menot ovat kasvaneet vuodesta 1980 vuoteen 1990 yhteensä 106 prosenttia (vuoden 1990 hinnoin elinkustannusindeksillä deflatoituna).

Sosiaalipalveluissa on laitoshuollon osuus menoista dominoiva. Vuoden 1990 tilastojen (KETI 1990 tilastot) perusteella käytettiin vanhusten sosiaalipalveluihin (vanhainkotihoidon ja kotipalveluihin) kolmannes sosiaalipalvelujen bruttokäyttömenoista. Lähes 70% vanhusten sosiaalipalvelujen menoista käytettiin vanhainkotihoidon. Arvio perusterveydenhuollon menojakautumasta on samanlainen.

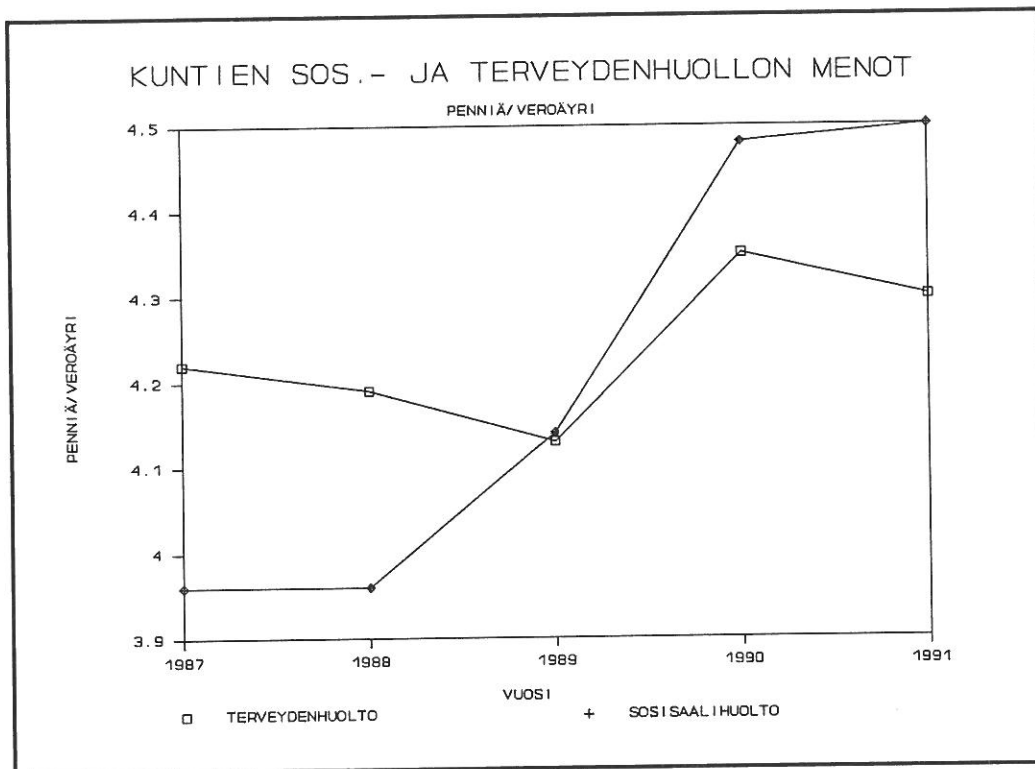
Sosiaalihuollossa merkittävin avohuollon toimintamuoto on kodinhoitoapu, josta noin kaksi kolmannesta kohdistuu vanhuksiin. Tukipalvelut ja välimuotoiset palvelujärjestelmät (palveluasuminen sen eri muodoissa) muodostavat vielä varsin vaatimattoman osan palveluista, joskin viime vuosina tällaisia toimintamuotoja on kehitetty.

Koko terveydenhuollon menot olivat vuonna 1990 noin 32 miljardia markkaa. Sairaaloitten vuodeosasto- ja avohoidon osuus oli summasta 83%. Terveydenhuollon kokonaiskäyttömenot ovat nousseet 1980-luvulla reaalisesti varsin nopeasti. Nousu oli kyseisenä vuosikymmenenä 72 prosenttia, vuodeosastohoidossa 57 prosenttia ja avohuollossa 114 prosenttia.

Terveydenhuollon avohoidon menot olivat vuonna 1990 noin 14 miljardia markkaa sairaaloitten osuuden ollessa tästä noin 3 miljardia, taulu 2. Avohoidon käyttömenojen suhteellista jakautumista eri osatoiminnoille vuonna 1990 on kuvattu taulussa 4. Terveyskeskusten avohoidon osuus oli 39%, sairaaloitten 22%, hammashuollon 17% ja yksityislääkäreiden 13 prosenttia. Kotisairaanhoidon ja lääkärin

kotikäyntien osuus perusterveydenhuollon menoista on vaatimaton. Terveyskeskusten antaman avohoidon osuus kaikista avohoidon menoista on noussut vuosikymmenessä kahdella ja sairaaloiden avohoidon neljällä prosenttiyksiköllä.

Sosiaalitoimen ja terveydenhuollon menot rasittavat kuntien veroäyriä vuonna 1991 keskimäärin 8,8 pennillä (ennakkotieto). Terveydenhuollon osuus tästä oli 4,3 penniä ja sosiaalitoimen 4,5 penniä. Tällä tapaa mitattu sosiaalitoimen rasite ylitti terveydenhuollon lukeman vuonna 1989 (kuva 3). Kuntien välinen vaihtelu on huomattava: vuonna 1991 sosiaalitoimen ja terveydenhuollon veroäyrirasite vaihteli 5,4 pennistä 11,2 penniin (sosiaalitoimessa 2,2 – 6,1 penniä ja terveydenhuollossa 2,3 – 6,5 penniä).



Lähteet: Kantokykyluokitustiedosto 1993. Tilastokeskus
Kuntien taloustilastot

Kuva 3 Kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon menot vuosina 1987 –1991 veroäyriä kohti

Sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksista noin 70 % on henkilöstökustannuksia. Vuonna 1990 oli kunnissa ja kuntainliitoissa yhteensä 220.000 sosiaali- ja terveydenhuollon virkaa. Voidaan arvioida, että niissä työskentelevistä henkilöistä toimi laitoshoidossa noin 85.000, joista 65.000 työskenteli sairaaloissa.

Valtionosuuden määrittämisen perusteena olevan sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön kokonaismäärä vuonna 1993 on 236.000 henkilöä. Virkojen määrä on

kasvanut kymmenessä vuodessa noin 53.000 eli kolmanneksella. Henkilöstön määrän kasvu on ollut sosiaalipalveluissa nopeampaa kuin terveydenhuollossa, joskin terveydenhuoltohenkilöstöä on vieläkin hieman enemmän kuin sosiaalipalveluhenkilöstöä. Sosiaalipalveluissa on henkilöstön määrän kasvu ollut voimakkainta lasten päivähoitossa sekä vanhusten ja vammaisten avohuollossa. Terveydenhuollossa on henkilöstömäärän kasvua tapahtunut kansanterveystyössä, mutta myös 1980-luvun jälkipuoliskolla on erikoissairaanhoidon henkilöstö kasvanut (taulu 5).

2. Palvelurakenteen ongelmia

Kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen määrä ja rakenne on seurausta eri aikoina valittujen toimintastrategioiden perusteella tehdyistä investoinneista ja voimavarapannostuksista. Toisiinsa niveltymättömien osaratkaisujen tuloksena on syntynyt nykyinen laitospainotteinen ja sektoroitunut palvelurakenne. Tämä on suhteellisen korkeasta laadustaan ja kohtuullisista kustannuksistaan huolimatta osin heikosti toimiva ja epätarkoituksenmukainen järjestelmä. Valtionosuusuudistuksen toivotaan selkeyttävän palvelujen järjestäjien ja tuottajien välisiä suhteita ja siten parantavan toimintojen koordinaatiota.

Terveyden tasa-arvo on kansalaisten kannalta toteutunut Suomessa puutteellisesti. Tutkimusten mukaan on pitkäaikaissairaista 58% viidessä alimmassa tuloluokassa. Erityisen huonosti on tasa-arvo toteutunut verenkiertoelin ja tuki- ja liikuntaelinten sairauksissa sekä tapaturmissa. Kuitenkin näyttää terveystalouden kokonaiskäyttö Suomessa määräytyvän pikemmin tarpeen kuin maksukyvyn mukaan.

Sosiaali- ja terveystalouden palvelujärjestelmän ongelmia ovat *asiakasnäkökulmasta*

- Palvelujen tarjonnan riittämättömyys kysyntään nähden. Tämä ilmenee pitkinä jonotusaikoina hoitoon ja tutkimuksiin.
- Potilaan "makuuttaminen" sairaalassa silloin kun hän selviäisi avohoidossa. Tämä merkitsee hänelle usein tarpeetonta elämän laadun laskua ja laitostumista.
- Erikoislääkäripalveluiden tarjonta keskittyy tiheään asuttuihin kaupunkikeskuksiin ja sairaaloiden sijaintipaikkakunnille. Näiden ulkopuolella asuvat kansalaiset pystyvät käyttämään palveluja vähemmän ja kalliimmilla kustannuksilla kuin muut.
- Kokonaishoidon ja kokonaisvaltaisten palvelujen puute. Hoidetaan peräkkäisiä osaongelmia kokonaisuuden sijasta. Asiakkaalle ei tehdä kaikkia tarpeellisia tutkimuksia ja hoitoja kerralla.
- Byrokraattinen ja viranomaisvaltainen palvelukulttuuri.

Työryhmä on katsonut, että *sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteen keskeisimmät ongelmat ovat*

- palvelujärjestelmän laitospainotteisuus
- hoitopaikkojen epätarkoituksenmukainen käyttö
- avohoidon ja muiden laitoshoidolle vaihtoehtoisten palvelumuotojen kehittymätömyys
- palvelutarpeella selittymättömät suuret kuntien ja kuntainliittojen väliset erot palvelurakenteessa, palvelujen käytössä ja palvelujen kustannuksissa

Näitä ongelmakohtia käsitellään yksityiskohtaisemmin jäljempänä.

Tekijöinä, jotka ovat olleet vaikuttamassa palvelurakenteen muotoutumiseen nykyisenkaltaiseksi ja jotka samalla ovat esteinä palvelurakenteen muutoksille, pitää työryhmä seuraavia

- päätöksenteon ja toiminnan ongelmia
- asuntopolitiikkaa, joka ei tue sosiaali- ja terveystalouden järjestämistä avohuollossa
- investointiratkaisuja, joiden painopiste on ollut laitoshoidon yksiköiden rakentamisessa, sekä koordinoimattomuutta investointien rahoituksessa
- erikoissairaanhoidon kuntalaskutusjärjestelmää, joka mahdollistaa sen, ettei tuotanto-organisaation volyymin ja kustannusten tarvitse alentua tuotannon laskiessa
- asenteita, joiden takia yhteistyö asuntopolitiikassa ja sosiaali- ja terveydenhuollossa ei toteudu riittävästi kunnissa eikä valtionhallinnon eri tasoilla
- kustannustietoisuuden puutetta

Työryhmä korostaa sitä, että palvelurakenteen ongelmat vaihtelevat paikallisesti ja alueellisesti ja niitä tulisi arvioida kunta- ja tuottajaorganisaatiokohtaisesti.

2.1 Palvelujärjestelmän laitospainotteisuus ja hoitopaikkojen epätarkoituksen mukainen käyttö

Sairaala- ja laitospainotteisuus ilmenee Suomen palvelurakenteessa kahdella päätavalla. Ensinnäkin ihmisiä hoidetaan ylipäättään liikaa laitoksissa. Toisaalta osa laitoksissa hoidetuista on epätarkoituksenmukaisessa hoitopaikassa. Tämä on usein on myös kunnan kannalta kallis hoitoratkaisu.

Somaattisen sairaalahoidon tarjonta on maassamme kansainvälisesti katsoen runsasta. Somaattisen erikoissairaanhoidon sairaansijojen määrä oli vuonna 1990 kaikkiaan 5,6 sairaansijaa tuhatta asukasta kohti. Terveystalouden vuoteen 2000-ohjelman mukainen pitkän aikavälin tavoite on 3,5– 3,9 sairaansijaa/1000 asukasta. Eräissä Euroopan maissa on tarjonta noin 3 sairaansijaa/1000 asukasta. Suomen ylikapasiteetti on vielä esitettyjä numeroeroja suurempi, kun otetaan huomioon, että Suomessa vanhusten väestöosuus on pienempi kuin monissa muissa Euroopan maissa.

Erikoissairaanhoidon sairaansijojen määrä on vähentynyt 1980-luvun lopulla runsaalla 2000 sairaansijalla. Terveystalouden sairaansijojen määrä on sensijaan kaksinkertaistunut 1980-luvulla. Kehitysvammaisten laitospaikkojen määrä on pudonnut lievästi 1980-luvun jälkimmäisellä puoliskolla.

Tilastojen valossa terveydenhuollon kokonaisrakenne on muuttunut 1980-luvulla lievästi aikaisempaa avohoitopainotteisemmaksi. Avohoidon osuus on kasvanut vuoden 1980 29 prosentista vuoden 1990 36 prosenttiin. Keskeinen syy tähän on psykiatrisen laitoshoidon supistuminen 1980-luvulla. Lievää kasvua on tapahtunut myös sairaaloiden avohoidossa. Avohoidossa näyttää kuitenkin erikoissairaanhoidon suhteellinen osuus lisääntyneen.

Jos nykyiset laitospaikkaluvut suhteutetaan kohdeväestöön, tullaan johtopäätökseen, että suomalainen sosiaali- ja terveydenhuolto on nykyään lähes yhtä laitospainotteinen kuin 1970-luvun alussa, vaikkakin laitospaikkojen määrä 1980-luvun huippuluvuista onkin pienentynyt.

Psykiatrisia sairaansijojä oli vuonna 1990 2,3 sairaansijaa tuhatta asukasta kohti. Näistä kolme neljäsosaa sijaitsi mielisairaaloissa, loput yleissairaaloissa ja erikoislääkärijohtoisissa terveyskeskuksissa. Psykiatrista avohuoltoa on kehitetty määrätietoisesti viimeisten vuosien aikana. 1980-luvulla psykiatrisia laitospaikkoja on vähenetty 41 prosenttia. *Purku ei ole kuitenkaan tapahtunut alueittain tasaisesti ja sen edelleen jatkaminen on työryhmän näkemyksen mukaan perusteltua.*

Mielisairaaloissa on historiallisesti ollut eri henkilökuntamitoitus kuin somaattisessa erikoissairaanhoidossa johtuen suurelta osin niiden aikaisemmasta säilyttävästä hoitoideologiasta. 1980-luvulla on siirrytty kuntouttavaan hoitoon sekä avohoidon kehittämiseen. Laitoshoitopaikkojen vähenemisen yhdessä hoitoideologiassa tapahtuneiden muutosten kanssa on aiheuttanut sen, että hoitopaikkaa kohti lasketut vuotuiset kustannukset ovat vuodesta 1980 vuoteen 1990 kasvaneet noin 100 prosenttia. Kasvu on lähes kaksinkertainen verrattuna somaattisen erikoissairaanhoidon hoitopaikkaa kohti lasketujen käyttömenojen kasvuun. Osin tämä kasvu johtuu siitä, etteivät laitoshoidon voimavarat ole vähentyneet samassa suhteessa hoidettavien ja hoitotarpeiden muutosten kanssa.

Sairaala- ja laitospainotteisuus ilmenee selvästi myös *vanhustenhuollossa*. Kaikista vuonna 1990 kunnallisissa sairaaloissa tuotetuista hoitopäivistä käyttivät vanhusikäluokat yhteensä 61 prosenttia. Vanhuksille suunnattujen sosiaali- ja terveyspalvelujen kustannuksista 68 prosenttia käytettiin vuonna 1988 laitoshoitoon ja laitoshoido dominoi edelleen vanhustenhuoltoa. Vanhustenhuollon kehitystä on kuvattu tarkemmin taulussa 6.

Kehitysvammaisuus on yksilölle elinikäistä ja hänen elinkaarensa eri vaiheissa tarvitaan erilaisia tukimuotoja. Kehitysvammaisia arvioidaan olevan noin 28.000. Erot kehitysvammaisten määrissä maan eri osien välillä ovat suuret. Kehitysvammaisuuden piirissä on runsas 19.000 kehitysvammaista. Vaikeasti tai syvästi kehitysvammaisia on noin 31 prosenttia kehitysvammahuoltoa saaneista. Työkyvyttömyyseläkettä saavien kehitysvammaisten osuus 16-64 vuotiaista vaihteli vuonna 1990 lääneittäin kolmesta 11 promilleen, koko maan keskiarvon ollessa 6,1 promillea. Kehitysvammahuollon kehitystä on kuvattu taulussa 7.

Kehitysvammahuollon päätavoitteena on 1970-luvulta lähtien ollut laitoshuollon järjestäminen mahdollisimman monelle kehitysvammaiselle. 1980-luvulla kehitysvammahuollon tavoitteiksi muodostui Suomessakin periaate, jonka mukaan vammaisten tulisi voida elää niinkuin muutkin ihmiset. Lisäksi pyritään edistämään

vammaisten ja ei-vammaisten henkilöiden kanssakäymistä ja osallistumista. Muutokset ovat kuitenkin olleet hitaita ja kehitysvammahuolto on edelleen hyvin laitospainotteista. Kolmannes huollon piiriin kuuluvista asuu laitoksissa.

Kehitysvammaisten palveluissa ei ilmene pyrkimystä samanlaiseen hoidon porrastamiseen kuin erikoissairaanhoidossa vaan palvelut pyritään antamaan hänelle oikeana ajankohtana. Vuonna 1986 oli vanhempien luona asuvia kehitysvammaisia 8.800 eli 45% kehitysvammahuollon piirissä olevista. Heistä arviolta 4.000 asuu ikääntyvien vanhempien luona. Tästä aiheutuu lähivuosina *tarve lisätä asumispalveluja*. Ennen kaikkea aikuiset kehitysvammaiset tarvitsevat asumispalveluja, joihin he voivat saada tarpeelliset tukipalvelut. Kehitysvammaiset elävät lähes poikkeuksetta kansaneläkkeen varassa eivätkä kykene siten hankkimaan itselleen asuntoa ilman yhteyskunnan apua.

Kehitysvammahuollon laitospainotteisuuden purkautuminen on alkanut hitaasti 1980-luvun lopulla. Asuntolapaikkoja on lisätty neljänneksellä vuosina 1988 -1990. Myös perhehoito- ja päivähoitopaikkoja on lisätty. Rakennemuutos kehitysvammahuollossa on tapahtunut ensisijassa siten, että avohoitoa on kehitetty ilman, että laitoshuoltoa on merkittävästi vähennetty. Oikeansuuntaisesta kehitystrendistä huolimatta on vieläkin kehitysvammaisia epätarkoituksenmukaisesti sijoitettuna laitoksiin.

Asiantuntijoiden mukaan kehitysvammaisten laitoshoidon nykyistä radikaalimpi purkaminen edellyttäisi kehitysvammaisten erityishuollosta annetun lain säädöksiä muuttamista siten, että keskuslaitos ei olisi (kuten se on nyt) pakollinen. Jos tähän mennään, tulee huolehtia siitä, ettei laitoksista avohoitoon siirtyviltä henkilöiltä viedä kuntien säästötoimien myötä mahdollisuutta saada tarpeellista kuntoutusta, apuvälineitä ja lääkitystä maksutta.

Potilaiden epätarkoituksenmukainen hoitopaikka ilmenee selvästi sosiaali- ja terveyshallituksen ja sairaanhoitopiirien "Poistoprojektin" tuloksista vuodelta 1989. Sen mukaan oli sairaalahoidosta poistettujen pitkäaikaispotilaiden (yli puoli vuotta kestäneiden hoitajaksojen) keskimääräinen kesto 3,3 vuotta ja hoidon keskimääräinen kustannus noin 635.000 mk. Tutkimus arvioi, että jos puolet pitkistä hoitajaksoista olisi toteutettu asianmukaisemmalla hoitopaikalla, olisi näiden hoitojen kuluista voitu säästää yhteensä noin 1,5 miljardia markkaa eli noin 0,5 miljardia vuodessa. Sama tutkimus arvioi, että erikoissairaanhoidon on käytetty korvaamaan perushoitoa ja hoivapalveluja. Projektin laskelmat vuosilta 1989 ja 1990 osoittavat saman *epätarkoituksenmukaisen hoitotavan jatkuvan*.

Sosiaali- ja terveyshallituksen vuonna 1988 toteuttamassa pitkäaikaishoidon asiakaslaskennassa henkilökunta arvioi, että ainakin joka kolmas vanhainkotipaikka ja joka viides terveyskeskusten pitkäaikaishoitopaikka on väärin kohdennettu. Henkilökunnan mielestä joka viides laitoksessa oleva vanhus selviäisi avopalvelujen turvin kotomaan, jos näitä palveluja olisi.

Vuoden 1991 vastaavassa laskennassa oli vanhainkotien 23.000 asiakkaasta pitkäaikaisessa hoidossa 92 prosenttia. Heistä lähes puolet oli tullut hoitoon kotoa ja kolmasosa terveyskeskuksesta. Asiakkaista itsenäisesti suoriutuvia oli 6% ja satunnaisesti apua tarvitsevia 20%. Henkilökunnan arvion mukaan *17 prosentille asiakkaista (noin 4.000 vanhukselle) vanhainkoti ei ollut tarkoituksenmukainen hoitopaikka*. Puolelle heistä katsottiin tarkoituksenmukaiseksi hoitopaikaksi vanhusten palvelutalo ja 14 prosentille kotihoito tai päivähoito ja kotihoidon yhdistelmän, taulu 8. Kol-

masosa epätarkoituksenmukaisella hoitopaikalla olevista olisi tarvinnut muuta laitoshoidoa kuin vanhainkotihoitoa.

Näyttää ilmeiseltä, että kunnat käyttävät sairaalahoitoa korvamaan sosiaalihuollon laitospalveluja. Pitkäaikaishoito sairaaloissa saattaakin vähentää kunnan sosiaalihuollon laitoshoidon menoja, mutta kun samalla terveydenhuollon laitoshoidon kustannusten kasvavat huomattavasti, tulee tällainen korvaaminen kunnalle kalliiksi.

Sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisessä näyttää pyrkimyksenä olleen maksimoida valtionosuusjärjestelmän investointirahan käyttö, mikä on osaltaan vaikuttanut suomalaisen palvelujärjestelmän muotoutumiseen laitospainotteiseksi. Nykyinen maksuasetus, joka mahdollistaa sen että pitkäaikaishoitopaikalle sijoittaminen tulee asiakkaalle taloudellisesti edullisemmaksi kuin lyhytaikainen hoito, on osaltaan ohjannut asiakkaiden sijoittamista pitkäaikaishoitoon.

2.2 Erot kuntien ja kuntainliittojen palvelurakenteessa, palvelujen käytössä ja kustannuksissa

Tutkimusten mukaan esiintyy *sosiaali- ja terveystarjojen tarjonnassa ja käytössä suuria eroja kuntien, läänien ja sairaanhoitopiirien välillä*. Näiden erojen on voitu selittää johtuvan vain osaksi väestön palvelujen tarpeen vaihteluihin vaikuttavista tekijöissä (niitä ovat esimerkiksi väestörakenne, sairastavuus ja työttömyys). Eroja selittävät enemmän muun muassa palvelujen tarjonnan määrä ja rakenne, laitospalvelujen maantieteellinen läheisyys, kunnan varallisuus ja koko sekä omaksuttu palvelukulttuuri ja toimintapolitiikka. Usea näistä tekijöistä on kunnan päätäntävällän ulottuvissa.

Hoidon porrasteisessa käytössä (sairaala-, laitos- ja lääkäripalvelut) ilmenee tutkimusten mukaan eroja kunnan varallisuuden suhteen. Vauraimmat kunnat käyttävät suuremman osan hoitopäivistään ylemmillä ja yksikkökustannuksiltaan kalliimmilla porrastustasoilla kuin köyhemmät kunnat. Sosiaalihuollon kustannukset ovat taas sitä suuremmat mitä pienempään kantokykyluokkaan kunta kuuluu ja mitä enemmän on laitospaikkoja. Pienen kantokykyluokan kunnalla on myös muita korkeampi palvelujen kustannustaso. Suuren äyrimäärän ja suuren valtionavun kunnissa ovat asukas-kohtaiset sosiaali- ja terveydenhuollon menot keskimääräistä suuremmat. Tämä selittyy toisaalta vauraudella ja toisaalta köyhille kunnille osoitetulla suurella valtionosuudella.

Tutkimusten mukaan kunnan asukaskohtaiset sosiaali- ja terveydenhuollon menot ovat sitä suuremmat mitä suurempi kunta pinta-alaltaan on. Pinta-alaltaan suurissa kunnissa ovat kansanterveystyön menot suurimmat. Siten suurissa kunnissa palvelujen järjestäminen tulee kalliimmaksi kuin pienissä.

Kuntien väliset erot yleissairaaloiden käytössä ja hoidon peittävydessä ovat suuria ikävakioinneista huolimatta. Erot ovat suurempia kuin sairastavuuden erot ja ilmentävät kunnissa vallitsevaa terveystarjojen tarpeen ja tarjonnan välistä epätasapainoa.

Keskussairaalan läheisyys lisää poliklinikoiden ja vuodeosastojen käyttöön. Etenkin kaupungeissa ovat asukasta kohden lasketut terveydenhuollon kustannukset selvästi suuremmat kuin maaseudulla. Sosiaalihuollon asukasta kohden lasketut kustannukset ovat sitä suuremmat mitä tiheämmin asuttu kunta on ja mitä korkeampi on sen taajama-aste.

Vanhustenhuolto on eri kunnissa järjestetty eri tavoin ja palvelutarjonta vaihtelee kuntien välillä suuresti. Vanhusväestön määrään suhteutettujen pitkäaikaishoidon laitospaikkojen määrän kasvaessa kasvavat myös asukaskohtaiset menot. Vanhushuollon palvelurakenne on usein yksipuolinen ja avohuollon palveluista on eniten pulaa. *Kuntien väliset erot vanhustenhuollon tuotantokustannuksissa ovat suuret (jopa kymmenkertaiset) eikä asiakkaiden hoitoisuudella näytä olevan merkitystä kustannuksiin.*

Tutkimusten tuloksista voidaan tehdä seuraavat johtopäätökset:

Sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttö ja kustannukset vaihtelevat huomattavasti eri alueiden ja yksikköjen välillä ja vain osa tästä vaihtelusta pystytään selittämään väestön palvelutarpeen erilaisuudella (esimerkiksi ikärakenteella ja sairastavuudella). Sen sijaan tekijät, kuten pitkien hoitajaksojen yleisyys, sairaaloiden runsas käyttö ja kunnan taloudellinen kantokyky, selittävät asiakaskohtaisia menoeroja.

2.3 Päätöksenteon ja toimintatavan ongelmat

Voimavarojen mitoitus- ja käyttöpäätökset tehdään kunnissa, kuntainliitoissa, sairaanhoito- ja kehitysvammapiireissä ja valtionhallinnossa. Päätöksenteossa ei ilmeisesti ole onnistuttu parhaalla tavalla sovittamaan yhteen erilaisia tarpeita. Osittain siihen on vaikuttanut tavoitteiden täsmentymättömyys ja tietojen riittämättömyys, mutta myös yhteistyökäytäntöjen kehittymättömyys. Yhteistyö on monissa kunnissa sosiaali- ja terveystoimen sekä perus- ja erikoistason hoidon että näiden ja sosiaali-toimen kesken on ollut riittämätöntä niin suunnittelussa kuin suunnitelmien toimeenpanossa. Myöskään yhteistyö sosiaali- ja terveydenhuollon edustajien ja kunnan kushallinnon kesken ei toimi parhaalla tavalla.

Strategisten suunnittelun puute tai riittämättömyys sekä perus- ja erikoishoidossa että sosiaalitoimessa on ilmeinen. *Toiminnan painopiste on ollut yleensä laitoksissa annettavassa korjaavassa hoidossa ennaltaehkäisevien sosiaali- ja terveyspalvelujen sijasta.*

Yleisesti käytetty palvelujen järjestämisen suunnittelustrategia on ollut olemassa olevan palvelurakenteen laajentaminen. Näin on siirretty usein epätarkoituksenmukaiset ja epätaloudellisesti toimivat rakenteet muuttumattomana tulevaisuuteen. Tutkimusten mukaan on sosiaali- ja terveyspalvelujen kysyntä vahvasti tarjontajoh- teinen. Vallitsevan palvelurakenteen säilyttämiseen ja volyymin kasvattamiseen pe-

rustuvasta suunnittelusta on ollut seurauksena *tarpeeseen heikosti perustuva palvelujen mitoitus ja vaikeasti uudelleenkehennettävä palveluvarustus.*

Tyypillinen toimintatavan ongelma on, ettei toiminnalle laadita pitemmän aikavälin suunnitelmia ja että voimavarojen kohdentaminen on epäsystemaattista ja jäykkää. Organisaatiot kunnissa ovat useasti hajanaisia, sektoroituneita, yhteistyötä tekemättömiä, heikkotehoisia ja jäykkiä.

Kustannustietoisuus on riittämätöntä niin toiminnan yksikkötasolla kuin sosiaali- ja terveydenhuollon ja asumisen järjestämisen kokonaisuudessa. Puutteelliset ja kehittyvät johtamisen ja taloushallinnon tietojärjestelmät ovat osaltaan tähän syynä. *Terveys- ja sosiaalipalvelujen ja sosiaalivakuutusjärjestelmän kustannuksia ei tarkastella kokonaisuutena vaan erillään toisistaan.* Tämä aiheuttaa tarpeetonta laistostumista ja eläkkeellesiirtymistä. Esimerkiksi vanhuksen nivelrikon leikkaamattomuus aiheuttaa laitoshoidon jäämisen, vaikka leikatut selviytyisivät omatoimisesti kotona. Asiantuntijoiden mukaan lähes 90% henkilöistä, joilla on ollut vähintään kuuden kuukauden sairausloma, joutuu eläkkeelle. Siten esimerkiksi perheellinen 50-vuotias mies, joka on ollut yli kuusi kuukautta sairauslomalla ennen sydänvaltimoiden ahtautuman ohitusleikkausta, päätyy hyvin todennäköisesti eläkkeelle. Jos leikkaus kuitenkin tehdään ajoissa, kykenee hän hyvin todennäköisesti palaamaan työhön 2–3 kuukauden sairausloman jälkeen. Tämän esimerkitapauksen kokonaiskustannustarkastelu osoittaa selvästi, että miehen odotettavissa olevat 2,5 miljoonan markan eläkemenot ja 80.000 mk:n ohitustusleikkauskustannukset pitäisi ottaa päätöksenteossa samanaikaiseen tarkasteluun.

Palvelujärjestelmän toiminnan ja sen yksikkökustannusten seurannan tietojärjestelmät ja suunnitteluvälineistöt ovat puutteellisia sekä sosiaali- että terveydenhuollossa. *Se, ettei toimintaa ja siitä aiheutuvien kustannusten kohdistumista väestölle kyetä kunnissa seuraamaan, on osaltaan ollut vaikuttamassa siihen, että toiminnan tuotavuus ja taloudellisuus vaihtelevat kunnittain suuresti.*

Kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden *toimintatapa on usein järjestelmä- ja viranomaiskeskeinen, resurssipainotteinen, fyysisiä puitteita korostava ja sektoroitunut.* Tämän seurauksena muun muassa erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välinen yhteistyö ja *konsultaatiojärjestelmä ei ole riittävän toimiva.* Osassa kuntia esiintyy sama ongelma myös sosiaali- ja terveystointien sekä asuntotoimen yhteistyössä.

Avopalvelujen tehokas ja turvallinen järjestäminen vaatii yhteistyötä ja sen koordinoitua palvelujen tuottajien kesken. Monesti on ollut helpompaa ja yksinkertaisempaa sijoittaa vanhukset laitoksiin ja pitäytyä laitoshoidon korostavassa toimintatavassa, kuin koordinoita hallinnollisesti erillisten yksiköiden yhteistyötä. Tämä näkyy esimerkiksi siinä, että kehitysvammahuollolla on oma muusta terveydenhuollosta erillään oleva järjestelmänsä ja sen toimintojen sovittaminen muun sosiaali- ja terveydenhuollon kanssa on ollut heikkoa.

Johtamisen ongelmina ovat sektoroitunut suunnittelu ja työskentely, jolloin kokonaisnäkemys ja -vastuu jää määrittelemättä. Vastuujaon täsmentymättömyydestä johtuu, että usein jää määrittelemättä se taho, jolla olisi käytännön edellytykset kantaa vastuu asiakkaan hoidon kokonaisuuden kannalta tarkoituksenmukaisista sijoituksista ja

hoitoonohjauksista (mikä sopisi esimerkiksi pienalueen moniammatillinen työryhmälle).

Kuntien terveydenhuollon järjestämisvastuun kannalta on ongelmallista on se, että merkittävä osa terveydenhuollon potilaista ohjautuu suoraan erikoissairaanhoidon kunnallisen perusterveydenhuoltojärjestelmän ohitse, vaikka hoito voitaisiin toteuttaa perusterveydenhuollon toimenpitein. Potilaan hoitoonohjaus ei toimi parhaalla mahdollisella tavalla päinvastaisessakaan suunnassa: eli silloin kun erikoissairaanhoidon asianmukaisesti siirretty potilas tulisi kotiuttaa tai siirtää perusterveydenhuoltoon. Nämä ongelmat voisi ratkaista sopimalla alueellisesta yhteistoiminnasta palvelujen tuottajien kesken. Yhteistoiminta voisi tapahtua esimerkiksi pienalueen moniammatillisen työryhmän toimintana.

Puutteellinen yhteistyö samoin kuin tietojen puute potilaan koko elämäntilanteesta ja sosiaalisen selviytymisen tekijöistä aiheuttavat sen, että hoito monesti toteutetaan etsimällä sosiaaliinkin ongelmiin kalliita sairaanhoidollisia ratkaisuja. Tämä ongelma on ilmeinen sairaaloiden päivystystoiminnassa. Usein oikeampi ratkaisu olisi löydettävissä sosiaalityön tai sosiaalihuollon pienimuotoisin keinoin.

Vanhusväestölle tyypillisiä ongelmia ovat turvattomuus ja epävarmuus, avun riittämättömyys raskaimmissa kotitöissä sekä lääkäriin ja sairaalaan tai vanhainkotiin pääsyn epävarmuus. Myös alentunut toimintakyky, puutteellinen asuminen, huonot liikenneyhteydet, asunnon huono sijainti ja palvelujen sijainti kaukana asunnosta ovat vanhusten kokemia ongelmia. Näihin ja muihin vanhusten ongelmien arviointiin ja määrittelyyn tulee sosiaali- ja terveydenhuollossa kiinnittää nykyistä selvästi enemmän huomiota.

Vanhustenhuollossa näyttää useissa kunnissa puuttuvan selkeä tavoitteenasettelu. Toiminnan toteuttaminen tapahtuu ilman selkeää suunnitelmaa ja palvelujen tuotanto painottuu laitospalveluihin. Ongelmallista on, että palvelujen saatavuus vaihtelee kunnittain suuresti ja vanhuksat näyttävät olevan alueellisesti eriarvoisessa asemassa. Kuitenkin näyttää vanhusten sosiaalipalvelujen suunnittelu olevan kunnissa kehittyneempää kuin terveysterveysten palvelujen. Kaikkiaan on esimerkiksi sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyössä suuria kuntakohtaisia eroja. Yhteistyötä voidaan lisätä tekemällä kokonaisnäkemykseen perustuvat vanhustenhuollon "suunnitelmat" sektorikohtaisten suunnitelmien sijaan.

Sosiaali- ja terveydenhuollon onnistumisen ehtona on yhteinen tavoite ja toiminta niin vanhuksia kuin muita asiakkaita hoidettaessa. Yhteistyötä vaikeuttaa osaltaan terveydenhoidon ja sosiaalihuollon erilaiset sisäiset kulttuurit, puuttuva yhteinen kieli ja käsitteiden vakiintumattomuus. Käsitelmäärittelyä kaipaavia termejä ovat esimerkiksi vanhustenhuollossa hoivakoti, palveluasuminen, päivätoiminta ja ryhmäasuminen. Kulttuurien ja kielen erojen tunnistaminen on tärkeää, kun kehitetään alueellista yhteistyötä.

Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakas on monesti joko julkisen palvelujärjestelmän "laitostama", "ylihoidettu" tai "ylipalveltu tai sitten lähes kokonaan julkisten palvelujen ulkopuolella. Hänelle annettujen palvelujen kohdentaminen ei välttämättä tapahdu monipuoliseen arviointiin perustuvan hoito- palvelusuunnitelman pohjalta. Asiakkaan omia samoin kuin omaisten, lähiympäristön ja muun epävirallisen avun voimavaroja ei yleensä oteta osaksi hoidon kokonaisuutta eikä niitä tueta riittävästi.

Kuitenkin omaisten tekemä hoitotyö on yhteiskunnalle suuriarvoista ja tutkimusten mukaan on esimerkiksi vanhuksille annettu epävirallinen apu rahassa mitattuna vanhainkotihoidon kustannusten luokkaa.

Monesti myös omaisten ja hoitohenkilökunnan asenteet estävät avohuoltoratkaisujen toteuttamisen vanhusten kohdalla. Palvelujärjestelmä tuntuu kuuntelevan enemmän omaisten kuin vanhuksen itsensä mielipidettä silloin, kun nämä mielipiteet menevät keskenään ristiin.

2.4 Asumisen ongelmat

Asuntopolitiikkaa on maassamme traditionaalisesti ohjailtu laein, säädöksiin, hallintotraditioon ja epävirallisiin verkoin. *Rakentaminen ja sen rahoitus on ollut dominoiva näkökulma asumiseen.* Rakentajat ovat tuottaneet asuntoja tavallisille ihmisille ja perheille. Asunto-olojen on yleisesti katsottu olevan tyydyttävällä tasolla ja merkittäviä ongelmia olevan vain pienillä erityisryhmillä. Koska Suomessa väestö on ollut melko nuorta, ei sosiaali- ja terveydenhuollon tarpeita ole omaksuttu osaksi asuntorakentamisen tavoitteita. Vanhukset ja vammaiset on asuntopolitiikassa katsottu marginaaliryhmäksi.

Asenteista johtunee, että noudatettu asuntopolitiikka ei toiminut riittävästi *yhteistyössä* sosiaali- ja terveydenhuollon kanssa kunnan eikä valtionhallinnon eri tasoilla. Kunnissa asuminen ja palvelut käsitellään erillään toisistaan ja kokonaisnäkemys puuttuu useasti. Ei katsota rinnakkain *kokonaisuutta asuinympäristön rakentaminen – palvelut ja toiminta – korjaaminen.*

Asenneongelma on myös se, että asukkailla on puutteelliset mahdollisuudet vaikuttaa asuinympäristön ja sen palvelujen muotoutumiseen.

Valtiovallan toimenpiteistä (mm. lainsäädäntö ja asuntomäärärahat) huolimatta jää käytännössä pitkälle kuntien päätettäväksi, mitkä asuntopoliittiset seikat nähdään tärkeiksi ja mitkä toteutetaan. *Kunnilla onkin keskeinen rooli asuntopolitiikassa.* Monet asumiseen vaikuttavat päätökset tehdään suunnitelma- ja yleiskaavatasolla sekä kaavoitusvaiheessa. Näitä tehtäessä jää usein sosiaalisten olojen kartoitus puutteellisesti samoin kuin kaavoitusviranomaisten ja sosiaali- ja terveystoimien yhteistyö ohueksi. Kaikkiaan on maankäytön suunnittelu hyvän ja turvallisen elämisen ja liikkumisen perusta ja kaavoitusratkaisuilla voidaan varmistaa lähipalvelujen järjestäminen.

Kuntaorganisaatioissa ei myöskään monesti välity tietoa siitä, mikä on vanhuksille ja vammaisille hyvä ja toimiva ympäristö eikä yhteistyö toimi systemaattisesti sosiaali- ja terveystoimen, asuntotoimen, kunnan rakennuttajien ja kunnan rahan käytöstä päättävien kesken.

Väärien asenteiden, yhteistyön ja kokonaisnäkemysten puuttumisen ja tiedonvälityksessä ilmenevien ongelmien seurauksena varoja ei suunnata riittävästi kotona asumiseen ja asumisen palveluihin. Siten asumiseen ja asuinympäristöön liittyvät puutteet

aiheuttavat asiakkaan kannalta epätarkoituksenmukaisia ja kunnan sekä valtion kannalta kallista laitoksiin sijoittamista.

Keväällä 1991 oli maassamme kuntien antamien tietojen mukaan noin 14.000 yksinäistä *asunnotonta* ja 700 *asunnotonta* perhettä. Näistä oli erilaisissa laitoksissa asunnon puutteen takia noin 3.300 henkeä.

Kohtuuhintaisten vuokra-asuntojen puute on yksi asunnottomuuden syitä. Vuosittain on rakentamalla noin 10.000 arava-rahoitettua vuokra-asuntoa pyritty lisäämään tarjolla olevien asuntojen määrää. Arava-uudistutuotannolla ei ole kuitenkaan kyetty estämään vuokra-asuntokannan absoluuttista pienenemistä ja suhteellista romahdusta. Kaikkiaan Suomessa puuttuvat ammattimaiset vuokranantajat ja vuokranantaja vuokralainen suhde on jäänyt perin kehittymättömäksi.

Monesti kunnat ovat suosineet laitossijoitusvaihtoehtoa, koska se *sektorikohtaisissa laskelmissa* näyttäneet taloudellisesti edulliselta. Kun valtionosuus on ohjautunut suoraan tuottajille eikä kunnille, eivät ne ole katsoneet sitä "omaksi rahakseen". Näin esimerkiksi kunnassa näkyvät erikoissairaanhoidon kustannukset ovat olleet valtionosuuden (keskimäärin noin 48 %) verran todellisia alhaisemmat. Laitosten sijaintipaikkakunnat ovat vielä saattaneet laskea laitosten henkilökunnan verotulot pääosin omiksi tuloikseen ja päätyä siihen, että laitoksen ylläpitäminen on kunnan kokonaistalouden kannalta edullista.

Asuntoihin ja asumiseen liittyy sosiaali- ja terveydenhuollon kannalta kaksi keskeistä palvelutarvetta synnyttävää tekijää. Ensinnäkin monet *vanhusten asunnot ovat niin huonokuntoisia*, että ne aiheuttavat laitoshoidon ja muiden sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen tarvetta. Toisaalta osa asunnoista, varsinkin kaupungeissa, on *liikuntaesteisille henkilöille soveltumattomia*. Kotona asuvien vanhusten ja liikuntaesteisten elämisen kannalta välttämättömät palvelut tulee turvata joko lähiympäristön normaalein tai sosiaalihuollon tuottamin palveluin.

Asunto on aina jossain ympäristössä. Vasta sekä asunnon että asuinympäristön korjaaminen luo edellytykset itsenäisesti selviämiseksi. Tämä ei kuitenkaan riitä, ellei samalla hoideta myös asumiseen liittyvien palvelujen ja lähipalvelujen kehittämistä. Vanhusten ja vammaisten liikkuminen asuntojen ulkopuolella mahdollistuu asuntojen ulkopuolella lähiympäristön *liikuntaesteiden poistamisella*. Tämä *esteettömän asumisen ajatus toteutuu käytännössä huonosti*.

Yli 65-vuotiaille – heitähän on lähes kolmannes väestöstä – asumisen ongelmat ovat sekä yleisiä että merkittäviä. Esimerkiksi Tilastokeskuksen selvityksen mukaan Pohjois-Karjalan seutukaavaliiton kuntien vanhuksista 13,7 % asui puutteellisesti. Asumisen ongelmista keskeisin on *ahtaus ja puutteellinen asumistaso*. Selvityksen mukaan vanhusväestö muodostaa puutteellisesti asuvien suurimman ryhmän. Puutteellisesti asuvista ruokakunnista oli vuonna 1988 yli kolmannes vanhusruokakuntia.

Suomessa on noin 45.000 hissitöntä porraskäytävää kolmikerroksisissa ja sitä korkeammassa asuintaloissa. Tämä merkitsee lähes *puolta miljoonaa asuntoa ilman hissiä*. Hissin rakentamisesta olemassaolevaan asuinkerrostaloon on hyötyä kaikille, mutta erityisesti lapsiperheille, vanhuksille ja vammaisille. Liikuntaesteisille ja vanhuksille voi hissien puuttuminen olla se seikka, joka johtaa kalliiseen laitossijoi-

tukseen. *Hissin rakentaminen on kansantaloudellisesti edullinen ratkaisu, jos se mahdollistaa kotona asumisen laitoshoidon vaihtoehtona.*

Nykyhintatasolla hissien rakentamisen kustannukset olemassa olevaan kolmikerroksiseen asuintaloon vastaavat kolmen vanhainkotipaikan tai yhden aluesairaala-paikan vuosikustannuksia. Vanhoissa taloissa – etenkin osaketaloissa – ei hissien rakentamista pidetä useinkaan kiinteistötaloudellisesti kannattavan investointina ja hissihankkeet tarvitsevatkin julkista tukea toteutuakseen. Tämän lisäksi tarvitaan kuluttajavalistusta, opastusta ja koordinoitua rakennuttajatoimintaa.

Vanhusten ja vammaisten asuntojen korjaustoiminnan tukijärjestelmät ovat kirjavia ja tukea ei aina edes osata hakea. Sosiaalihuoltolain perusteella maksetut avustukset ovat olleet yleensä tarveharkinnan varaista osittaisrahoitusta. Vammaispalvelulain perusteella maksetaan yleensä täysimääräiset kohtuulliset avustukset. Vuosittain käytetään Suomessa sosiaali- ja terveydenhuollossa asuntojen korjaus- ja muutostöihin vain noin 30 miljoonaa markkaa julkisen sektorin varoja.

Kunnittainen asuntojen peruseränuskokeilu Pohjois-Karjalassa (korjattiin 355 asuntoa, joiden asukkaiden keski-ikä oli 62 vuotta) vuosina 1990–1991 osoitti, että asunnoista 5% oli sellaisia, joiden korjauksilla tai varustetason nostamisella on ollut asukkaiden laitoshoidon tarvetta vähentävä vaikutus. Korjauksilla oli myös lievä avopalvelujen kysyntää pienentävä vaikutus.

Oikealla tavalla järjestetty asuminen on välttämätön joskaan ei riittävä edellytys pitkäaikaista laitoshoidon korvaavan vaihtoehdon luomiselle. Keskeistä on riittävien avopalvelujen turvaaminen sekä tarpeentullen nopea laitokseen tai sairaalaan-pääseminen. Unohtaa ei sovi myöskään sitä, että ikäihmiset (erityisesti yksinasuvat) tarvitsevat asumiseen turvallisuuden tunnetta, jota tulisi saada aikaan asumisen ratkaisulla.

Mielenterveyspotilaiden asumisen ja avopalvelujen järjestäminen on yksi ongelmallinen osa-alue. Näyttää, että laitosasumista vähennettäessä ei ole aina samanaikaisesti huolehdittu riittävien avohuollon asumispalvelujen järjestämisestä, huolimatta siitä, että asuminen on näissä tapauksissa katsottava tukiasumisen luonteiseksi. Kun tuki- ja asumispalvelujen saaminen jää liiaksi mielenterveysongelmista kärsivien asukkaiden oman aktiviteetin varaan on vaarana muun muassa säännöllisen lääkityksen laiminlyönti ja sitä seuraava laitoshoidokierre.

2.5 Investointisuunnitelmien laitospainotteisuus sekä investointien rahoituksen koordinoimattomuus

Investointisuunnitelmat ovat olleet toisaalta *laitosrakentamista suosivia* ja toisaalta *heikosti koordinoituja* eri rahoitusratkaisujen osalta. SVOL-investointeja, asuntoinvestointeja ja Raha-automaattiyhdistyksen (Ray) avustuksien rahoitettuja inves-

tointeja ei ole juurikaan koordinoitu. Investointeja ei ole myöskään yhteensovitettu sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen kanssa. Investointien kustannuslaskennassa paino on ollut yksipuolisesti rakentamisen kustannuksissa tulevien vuosien käyttö-kustannusten jäädessä taka-alalle. Kuitenkin rakennusajan kustannukset ovat vain noin 5% rakennuksen käyttöiän kokonaiskustannuksista. Investointien koordinoimat-tomuus sosiaali- ja terveydenhuollon eri sektoreiden, asuntotoimen ja Ray-inves-tointien välillä on myös johtanut usein päällekkäisiin investointeihin.

Taulukossa 3 on esitetty vuosien 1993-96 sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnal-lisen suunnitelman mukaan valtionosuutta saavien suurten ja pienten perustamishank-keiden enimmäiskustannukset miljoonissa markoissa. Kyseisinä vuosina on kunnille suunniteltu aloittamisvaltuuksia kaikkiaan 4,8 miljardia mk. Suurten hankkeiden osuus on 1,3 ja pienten 3,5 miljardia. Sosiaalipalveluihin kohdistuu suurista hank-keista 280 miljoonaa, kansanterveystyöhön 390 ja erikoissairaanhoidon 620 mil-joonaa.

vuosi	suuret hankkeet	pienet hankkeet	yhteensä
1993	275	925	1200
1994	335	865	1200
1995	345	855	1200
1996	350	850	1200
Yhteensä	1305	4395	4800

Kokonaiskustannuksiltaan vähintään 2-25 miljoonan markan määräisiksi arvioidut hankkeet ovat pieniä hankkeita ja yli 25 miljoonan hankkeet suurja hankkeita.

Taulukko 3 Valtionosuutta saavien perustamishankkeiden arvioidut kustannukset vuosina 1993 - 1996

Raha-automaattiyhdistys avustaa yleishyödyllisiä yhteisöjä ja säätiöitä tukemalla avopalvelutoimintaan liittyviä investointeja (tuen suuruus 60% investoinnista), huonokuntoisten vanhusten ja muiden palveluja tarvitsevien erityisryhmien palvelu-asuntojen rakentamista ja peruskorjaamista (tuki on 30% ja asuntolainaa voi saada lisäksi 70%). Lisäksi yhdistys avustaa tukiasuntoinvestointeja, Y-säätiön asuntojen hankintaa (tuen suuruus 30%) ja itsenäistyvien nuorten asuntoinvestointeja (tuki 5% ja asuntolainaa voi saada 95%). Yhteisöjen on itse rahoitettava asiakkaiden tarvitsema asumista tukeva palvelutoiminta. Lisäksi avustaa Raha-automaattiyhdistys projekti-luontoisesti toiminnallisia kokeiluja ja kotipalvelutoimintaa.

RAY-avustuksista on päätetty ja suunniteltu kohdistettavan investointeihin vuosina 1992-95 noin 2,4 miljardia markkaa (eli 600 miljoonaa markkaa vuodessa). Kaikkiaan RAY-avusten määrä on kyseisenä aikana noin 4,5 miljardia markkaa, taulukko 4. Vuonna 1993 suunnitellaan annettavan kansanterveyden, vanhustenhuollon sekä invalidihuollon tukemiseen investointiavustuksia kaikkiaan 0,5 miljardia. Erityisesti vanhustenhuollon investointiavustuksissa (290 miljoonaa mk) painottuvat palvelutalot ja näihin verrattavat kohteet.

	1 %	2	3	4	5 milj.mk
	sisältää myös muut kuin investointiavustukset				
1992	21,7	31,5	17,1	29,7	1077
1993	27,2	30,4	12,2	30,2	1109
1994	29,8	29,5	11,3	29,4	1143
1995	28,5	28,2	11,7	31,6	1199
yht.milj.mk 1992-95	1218	1352	589	1370	4528
1 = kansanterveyden edistäminen					
2 = vanhustenhuollon tukeminen					
3 = invalidihuollon tukeminen					
4 = muut lohkot					
5 = jaettava avustus yhteensä					

Taulukko 4 Raha-automaattiyhdistyksen määrärahojen suunniteltu kohdistus vuosina 1992 - 1995

Suunnitellussa RAY-avustusten kohdistamisessa vanhustenhuollon ja invalidihuollon suhteelliset osuudet pienenevät yhdistyksen oman ilmoituksen mukaan vuoteen 1995. Sen sijaan kansanterveyden osuus kasvaa ja on suunnitelmien mukaan vuonna 1995 suurempi kuin vanhustenhuollon osuus, joka vuonna 1992 on suurin painoalue.

Epävarmaa on, missä määrin kunnat ja kuntainliitot voivat käyttää valtakunnallisen suunnitelman mukaisia investointivaltuuksia samoinkuin järjestöt RAY-investointiavustuksia kiristyneen taloudellisen tilanteen takia. Ilmeisesti osa suunnitelluista hankkeista on pantu jäihin. Toisaalta on myös vireillä hankkeita, joissa pyritään uudenaikaistamaan olemassa olevaa sairaalakapasiteettia. Kaikki tällaiset hankkeet eivät ole laitოსvaltaisuuden vähentämispyrkimysten mukaisia.

2.6 Kuntien rahoitusvastuu erikoissairaanhoidossa

Erikoissairaanhoidon kuntalaskutus on tähän saakka perustunut koko sairaalan keskimääräisiin hoitopäivä- ja poliklinikkakustannuksiin. Keskimääräinen hinta on tasannut eri hoitomuotojen kustannuksia. Väestöltään pienille kunnille toimii keskimääräinen hinta tasausmekanismina, joka tasoittaa tilastollisesti harvinaisten mutta kalliiden hoitojen kustannukset sairaanhoitopiirin kunnille ja useammalle vuodelle.

Keskimääräisten hintojen laskeminen on ollut teknisesti varsin helppoa. Se ei ole edellyttänyt sairaaloilta tietoa tuotettujen palveluiden todellisista yksikkökustannuksista. Koska *yksikkökustannuksien seuraamiseen ei ole ollut tarvetta*, ovat sairaalat vasta 1980-luvun lopulla ryhtyneet - osaksi tulosjohtamiseen siirtymisen seurauksena - selvittämään annetun hoidon todellisia kustannuksia. Samalla on ryhdytty kehittämään sairaaloiden johtamisen tarvitsemia tietojärjestelmiä ja keskimääräistä hintaa todellisempiin kustannuksiin perustuvia kuntalaskutusratkaisuja.

Osa kunnista on kehittänyt voimakkaasti 1980-luvun puolivälin jälkeen avopalveluja ja muita laitoshoidoa korvaavia hoitomuotoja ja palveluja. Tämä on osaltaan ollut vaikuttamassa tilastoissa näkyvään erikoissairaanhoidon hoitopäivätuotannon laskuun.

Sairaalat eivät ole kuitenkaan riittävästi sopeuttaneet tuotantokustannuksia alenevaan käyttöön ja seurauksena on ollut hoitokustannusten nousu. Siis kun kunnat ovat muuttaneet omaa palvelurakennettaan avohoidon suuntaan on tuloksena ollut niille ei-toivottu erikoissairaanhoidon kustannusten nousu. Jos kuntien lakisääteinen velvollisuus osallistua sairaaloiden mahdollisiin tappioihin poistettaisiin, paransivat kuntien edellytykset toteuttaa työryhmän suosittamaan palvelurakenteen kokonaisuutosta.

3.0 Palvelurakenteen mittarit

Sekä valtakunnallisella, alueellisella että kuntatasolla tarvitaan mittareita, joiden avulla voidaan tarkastella sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennetta ja sen kehittymistä kunnissa. Meneillään oleva sosiaali- ja terveydenhuollon tilastouudistus rationalisoi ja uudistaa valtakunnallisen tilastotiedon keruun seuraaviin rekistereihin:

- kuntien toiminta- ja taloustilasto
- tuottajatilastot
- asiakastilastot
- sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön keskusrekisteri

Näiden rekistereiden ja eräiden muiden Tilastokeskuksen ja KELA:n rekistereiden varaan ollaan STM:n, STH:n ja Tilastokeskuksen yhteistyönä rakentamassa kuntatieturijärjestelmää. Kuntatieturin tavoitteena on olemassa olevien tietovarantoja hyödyntämällä tuottaa kuntakohtaista vertailutietoa sosiaali- ja terveyspalvelujen tarpeesta, käytöstä ja kustannuksista.

Työryhmän mielestä kuntien palvelurakenteen kehittyneisyyttä ja sen muutoksia voidaan seurata valtakunnan ja alueellisella tasolla suppealla joukolla mittareita. Mit-tareiksi ehdottaa ryhmä jäljempänä lueteltuja.

Mittareita tulisi kehittää edelleen siten, että ne ovat mahdollisimman tarkoituksenmu-kaisia ja käyttökelpoisia kuntakäyttäjille. Muistion liitteessä 6 on esitetty esimerkki-luettelona palvelurakenteen tunnuslukuja kunnissa tapahtuvan jatkokehittelyn pohjaksi.

3.1 Valtakunnan- ja aluetason palvelurakenteen mittarit

Valtakunnan tason mittareiden tehtävänä on mahdollistaa kunnan palvelurakenteen kehittyneisyys vertaaminen muihin kuntiin ja alueisiin. Mittareiden avulla voidaan myös seurata palvelurakenteessa tapahtuneita kunta ja aluekohtaisia muutoksia.

Ilmiöalue

Mittari

Investoinnit

Kunnan tai alueen viiden vuoden sosiaali- ja terveydenhuol-lon keskimääräiset investoinnit markkaa per asukas suhteessa

Kunnan tai alueen sosiaali- ja terveydenhuollon rakennuskanta markka per asukas tai m² per asukas.

Panokset

Kunnan tai alueen sosiaali- ja terveydenhuollon käyttötalouden ikävakioidut bruttomenot markka per asukas suhteessa maan keskiarvoon (tai väestön ja taajama-asteen osalta kaltaistettujen kuntien keskiarvoon).

Kunnan tai alueen sosiaali- terveydenhuoltomenojen osuus veroäyrin hinnasta ja se suhteutettuna kaltaistettuihin kuntiin sekä maan keskiarvoon (sekä sosiaali-, että terveystenot erikseen ja yhteenlaskettuna).

Kunnan tai alueen sosiaali- terveydenhuoltomenot penniä per veroäyri ja se suhteutettuna kaltaistettuihin kuntiin sekä maan keskiarvoon (sekä sosiaali-, että terveystenot erikseen ja yhteenlaskettuna).

Kunnan tai alueen sosiaali- ja terveydenhuollon menojen viiden vuoden keskimääräisen kasvuprosentin suhde maan keskiarvoon ja kaltaistettujen kuntien keskiarvoon.

Kunnan tai alueen sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön määrä per 1000 asukasta. Kaikki yhteensä ja erikseen avo- ja laitoshenkilöstö (ostopalveluhenkilöstön määrä voidaan laskea vuoden 1992 tasolla jakamalla ostopalvelujen markkamäärä 230.000 markalla).

Kunnan tai alueen sairaanhoidon ikä- ja sukupuolivakioitujen menojen osuus markkaa per asukas kunnan sosiaali- ja terveydenhuollon ikä- ja sukupuolivakioidusta menoista.

Kunnan tai alueen vanhainkotihoitoon menot markkaa per 65-vuotta täyttäneet asukkaat.

Palvelujen käyttö

Kunnan tai alueen asukkaiden ikä- ja sukupuolivakioitujen käyntien määrä päivystyspoliklinikoilla (kokonaiskäynnit ja ikäryhmät 0-64 ja yli 64-vuotiaat).

Kunnan tai alueen väestön laitoshoidon vakioitu peittävyys laitostyypeittäin sekä ikäryhmittäin 0-64 ja yli 65-vuotiaat.

Kunnan tai alueen vanhuspotilaiden käyntien lukumäärä sairaaloissa (erikseen ikäluokat 64-vuotiaat ja 75-vuotiaat).

Kunnan tai alueen yli 65-vuotiaiden palveluasumiseen piiriin kuuluvien prosenttiosuus kaikista yli 65-vuotiaista.

Kunnan tai alueen kodinhoitoavun käynnit yli 65-vuotiasta kohti.

Kunnan tai alueen asukkaiden lääkärisäkäyntien määrä per asukas (kaikki ikäryhmät ja 0–64 ja yli 64– vuotiaat).

Palvelujen rakenne

Kunnan tai alueen pitkäaikaispotilaiden (hoitoaika >30 päivää) määrä vuoden aikana akuuttisairaalassa verrattuna kaikkien pitkäaikaispotilaiden määrään.

Kunnan tai alueen psykiatrisilla sairaansijoilla olevien vanhuspotilaiden osuus kaikista potilaista.

Kunnan tai alueen pitkäaikaispotilaiden hoitokustannukset markkaa per asukas.

Kunnan tai alueen laitospalvelujen ja avopalvelujen kustannusosuudet kaikkien palveluiden kustannuksista.

Vaikuttavuus

Kunnan tai alueen ikävakioitu kokonaiskuolleisuus (kaikki ikäluokat ja erikseen yli 65–vuotiaat).

Kunnassa tai alueella menetettyjen potentiaalisten elinvuosien määrä tuhatta asukasta kohden (menetetyt henkilövuodet= niiden vuosien määrä, jotka henkilö on kuollut ennen 75 vuoden ikää tuhatta asukasta kohden).

Kunnan tai alueen väestön keskimääräisen hoitoajan pituus terveyskeskussairaaloissa ja vanhainkodeissa.

Esimerkkinä palvelurakenteen aluetason mittareista on tauluun 9 laskettu joukko Vaasan läänin kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon menorakenteen ja palveluiden käytön mittareita kunnittain.

KÄSITTEITÄ

Laitoshoidtoa on somaattinen- ja psykiatrinen erikoissairaanhoidto, terveyskeskusten erikoislääkärijohtoinen hoito, vaativa kuntoutus, yleislääkärijohtoinen terveyskeskushoito, hoivakoti- ja vanhainkotihoito.

Vanhainkoti on kunnan tai yksityisen ylläpitämä laitos, jossa vanhuksille tarjotaan hoitomaksua vastaan asunto ja tarpeelliset hoitopalvelut.

Välimuotoinen hoito käsittää pienryhmäkotiasumisen, hoiva-asuminen ja palveluasuminen.

Palveluasuminen on vanhuksille ja muille henkilöille, jotka toimintakykynsä tai puutteellisen asumisturvallisuutensa takia tarvitseva päivittäistä tukea ja apua, tarkoitettu asumismuoto.

Kotihoito käsittää satunnaisen, tuetun, valvotun ja tehostetun kotihoidon.

Tukipalveluita ovat ateriapalvelut, kuljetus, saunotus ja kylvytys, vaatehuolto, turvapalvelut).

Tietoja sosiaali- ja terveydenhuollosta 1990
 Liite6/vaiirap6.xls

	Paikkoja Saajia 1000	Henkiö- kuntaa 1000	Hoito- päiviä milj.	Käynti- kertoja milj.	Käyttömenot, miljardia, mk			Hoito- päivää kohhti	Käynti- kerta kohhti
					Yhteensä	Siitä Laitos- hoito	Avo- huolto		
Erikoissairaanhoido									
Yleissairaalat	21	50	5,3	3,6	12,3	8,1	2,4	1 521	671
Mielisairaalat	11	12	3,4	0,7	2,6	2,2	0,3	651	446
terv.kesk. erikoisl.joht.	5	8	1,7	0,3	1,9	1,8	0,1	1 061	363
Perusterveydenhuolto									
terv. kesk. yleisl. joht.	20	34	6,9	35,8	10,5	3,4	7,1	490	198
Terveydenhuolto yhteensä	57	104	17,3	40,4	27,3	15,5	9,9	895	246
Vanhusten erityispalvelut									
Vanhainkodit	28	15	9,9		3,2	3,2	0,1	323	
Palvelutalot, ym.	6	0,3			0,1		0,0		
Päivähoito ja päiväkeskustoiminta	0,1				0,0		0,0		
Kehitysvammaisten erityispalvelut									
Kehitysvammalaitokset	5	5	1,7		1,0	1,0	0,2	598	
Asunolat, erit.huollona järj.	2	1			0,2		0,6		
Suojatyö, päivähoito ja opetus	11	2			0,6		0,1		
Perhehoito	2				0,1		0,1		
Kohderyhmään rajaamattomat									
Kodinhoitoapu	200	13		7,6	1,5		1,5	191	
Tukipalvelut	100				0,2		0,2		
Vanhusten ym. koitoitoiden tuki	21				0,3		0,3		
KAIKKIAAN					34,4				
LAITOSHUOLTO	90	140			87	19,7		750	
AVOHUOLTO					53			12,8	

Lähteet: Sairaala-luettelo, Keli, Kuntien talousluettelo
 Huom. Erikoissairaanhoidossa käyttömennot sisältävät myös muita menoja kuin laitoshoidon ja avohuollon menoja.
 Laitoshoidon ja avohuollon menot esitetty erikoissairaanhoidossa nettomääräisinä. Nettomenot on saatu vähentämällä käyttömenoista toiminnaista palvelusten myyntitulot ja henkilöstötulot.

Taulu 1 Tietoja sosiaali- ja terveydenhuollosta

Taulu 2 Terveydenhuollon menot vuoden 1990 hinnoin

Terveydenhuollon menot vuoden 1990 hinnoin, miljardia mk

Menoerä	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990
SAIRAALAOHOITO	11,7	11,8	12,3	12,6	12,5	14,2	14,8	15,3	16,1	17,1	18,4
Yleis- ja tuberkuloosisairaalat	8,0	8,0	8,5	8,7	9,6	10,5	11,0	11,5	12,0	13,1	14,1
Mielisairaalat	1,9	1,9	1,9	1,9	2,0	2,1	2,2	2,2	2,2	2,1	2,2
Kehitysvammaissairaalat	0,6	0,6	0,7	0,7	0,7	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,9
Muut sairaalat	1,3	1,4	1,2	1,2	0,7	0,7	0,8	0,9	1,0	1,1	1,2
AVOHOITO	6,5	7,0	7,5	8,0	8,9	9,9	10,6	11,7	12,2	12,9	13,9
Avohoito (pl.hammashuolto)	5,0	5,5	6,0	6,4	7,1	8,0	8,7	9,6	10,0	10,6	11,5
Terveyskeskusten avohoito	2,4	2,6	2,8	2,9	3,2	3,8	4,0	4,6	4,7	5,0	5,4
Työterv.h ja opisk.th.	0,7	0,7	0,7	0,8	0,9	0,9	1,0	1,0	1,1	1,2	1,2
Sairaaloiden avohoito	1,2	1,4	1,5	1,6	1,9	2,1	2,2	2,4	2,5	2,8	3,1
Yksityinen avohoito	0,8	0,8	0,9	1,1	1,2	1,3	1,4	1,6	1,6	1,7	1,8
Hammashuolto	1,4	1,5	1,5	1,6	1,7	1,8	1,9	2,1	2,2	2,3	2,4
JULKISET INVESTOINNIT	1,2	1,3	1,5	1,7	1,6	1,4	1,4	1,4	1,5	1,6	1,9
KÄYTTÖMENOT YHTEENSÄ	22,7	23,4	24,4	25,5	26,9	29,4	31,0	32,9	34,6	36,5	39,1
TERVEYDENHUOLLON KOKONAIS- MENOT YHTEENSÄ	23,9	24,7	26,0	27,2	28,5	30,8	32,4	34,4	36,1	38,1	41,0
BKT-osuus (%)	6,5	6,6	6,7	6,9	6,9	7,2	7,4	7,4	7,2	7,2	7,8

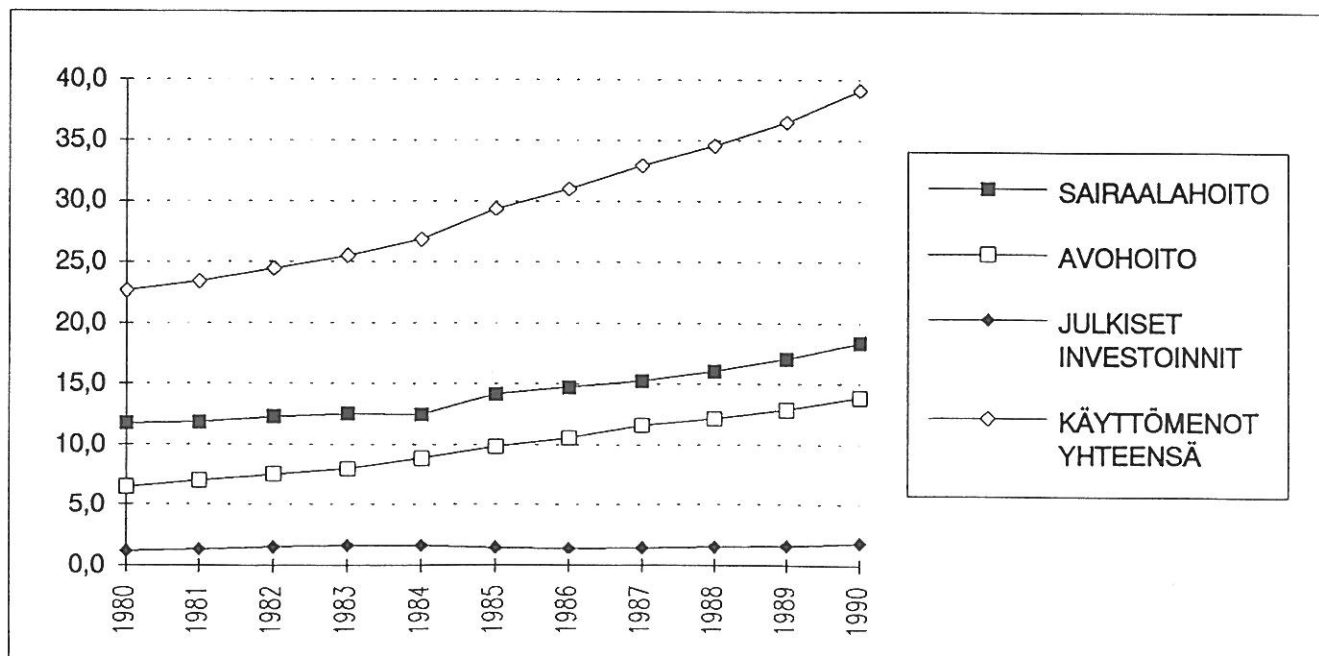
Lähde: Kelan tilasto: Terveyspalvelujen kustannukset ja rahoitus Suomessa 1960–90

Liite6/tekela3

Terveydenhuollon rakennemuutos

SAIRAALAOHOITO	52%	51%	50%	49%	47%	48%	48%	46%	46%	47%	47%
AVOHOITO	29%	30%	31%	31%	33%	34%	34%	35%	35%	35%	36%
MUU	20%	20%	19%	19%	20%	18%	18%	18%	18%	18%	17%
KÄYTTÖMENOT YHTEENSÄ	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Terveydenhuollon menot 1990 hinnoin



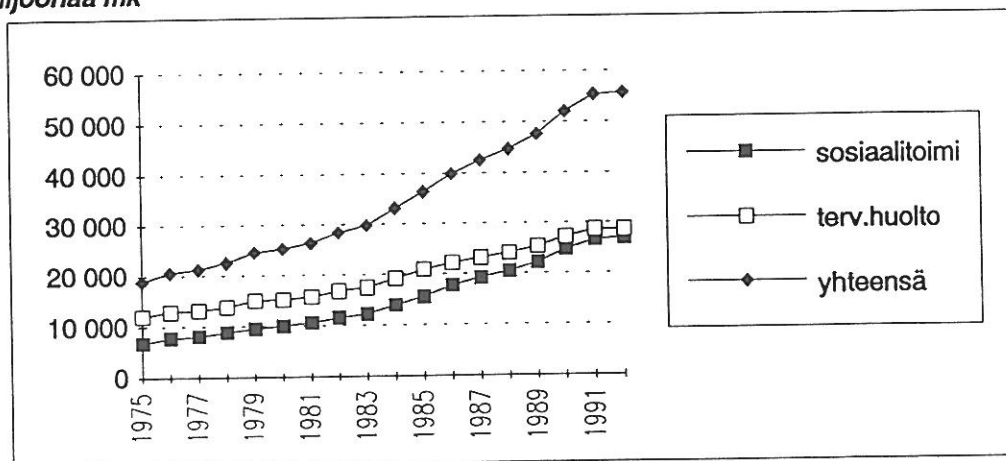
Taulu 3 Sosiaali- ja terveydenhuollon menot ja kansantuoteosuus vuosina 1975 - 1992

Sosiaali- ja terveydenhuollon menot ja kansantuote vuoden 1990 hinnoin
 Sisältää myös svol:n ulkopuolista toimintaa sosiaalitoimessa
 deflatoitu elinkustannusindeksillä

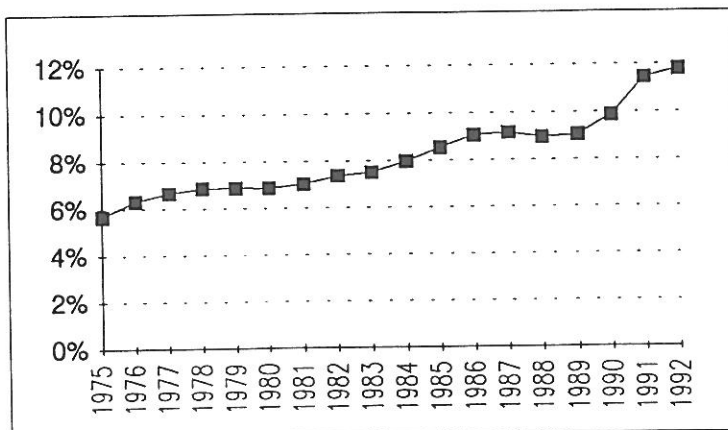
	sosiaalitoimi milj. mk	terveydenhuolto yhteensä	bkt	bkt- osuus	
1975	6 823	12 012	18 835	331 767	6%
1976	7 752	12 928	20 680	326 990	6%
1977	8 124	13 143	21 268	320 114	7%
1978	8 796	13 735	22 531	328 921	7%
1979	9 479	15 081	24 560	357 258	7%
1980	10 013	15 210	25 223	369 234	7%
1981	10 643	15 683	26 326	374 018	7%
1982	11 519	16 844	28 363	384 760	7%
1983	12 255	17 476	29 731	396 254	8%
1984	13 974	19 134	33 108	416 032	8%
1985	15 513	20 914	36 428	426 594	9%
1986	17 703	22 114	39 817	439 648	9%
1987	19 267	23 243	42 510	464 556	9%
1988	20 537	24 143	44 679	499 131	9%
1989	22 149	25 377	47 526	526 912	9%
1990	24 648	27 289	51 937	525 900	10%
1991	26 672	28 682	55 354	483 044	11%
1992	27 033	28 652	55 685	470 839	12%

Lähde: kuntien taloustilasto, sisältää myös svol:n ulkopuolista toimintaa

Miljoonaa mk



Sosiaali- ja terveydenhuollon menojen kansantuoteosuus

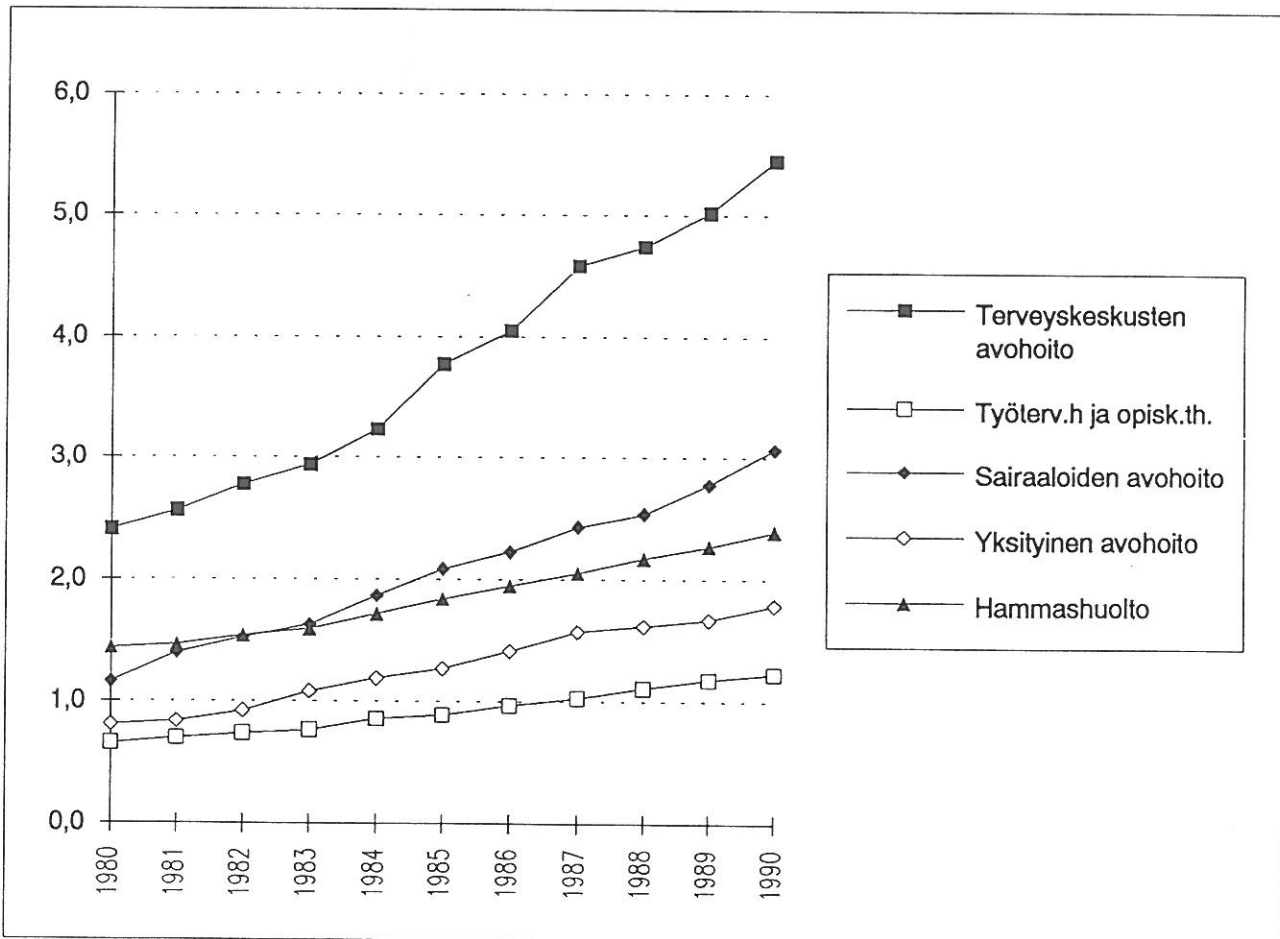


Taulu 4 Terveydenhuollon avohoidon rakennemuutos

Avohoidon rakennemuutos

	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990
AVOHOITO yhteensä	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
AVOHOITO (pl.hammashuolto)	78%	79%	79%	80%	81%	81%	82%	82%	82%	82%	83%
Terveyskeskusten avohoito	37%	37%	37%	37%	36%	38%	38%	39%	39%	39%	39%
Työterv.h ja opisk.th.	10%	10%	10%	10%	10%	9%	9%	9%	9%	9%	9%
Sairaaloiden avohoito	18%	20%	20%	20%	21%	21%	21%	21%	21%	21%	22%
Yksityinen avohoito	13%	12%	12%	14%	13%	13%	13%	13%	13%	13%	13%
Hammashuolto	22%	21%	21%	20%	19%	19%	18%	18%	18%	18%	17%

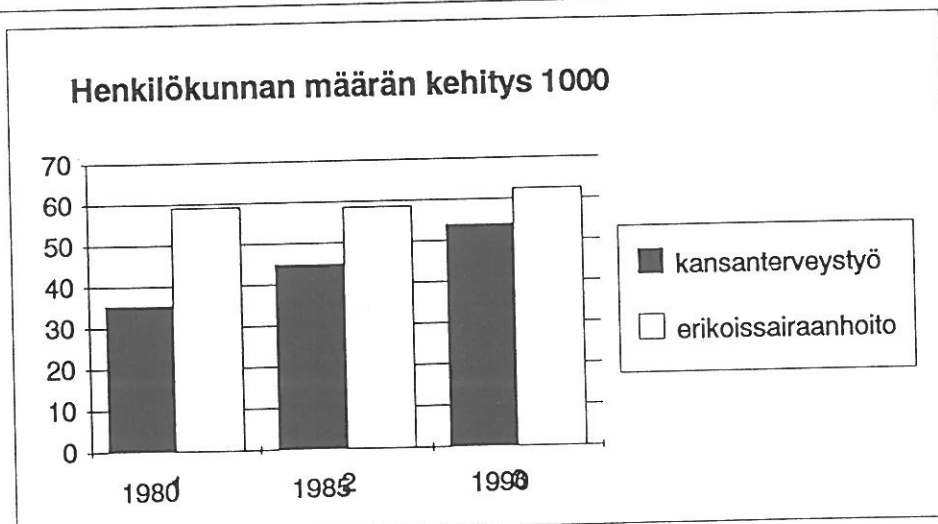
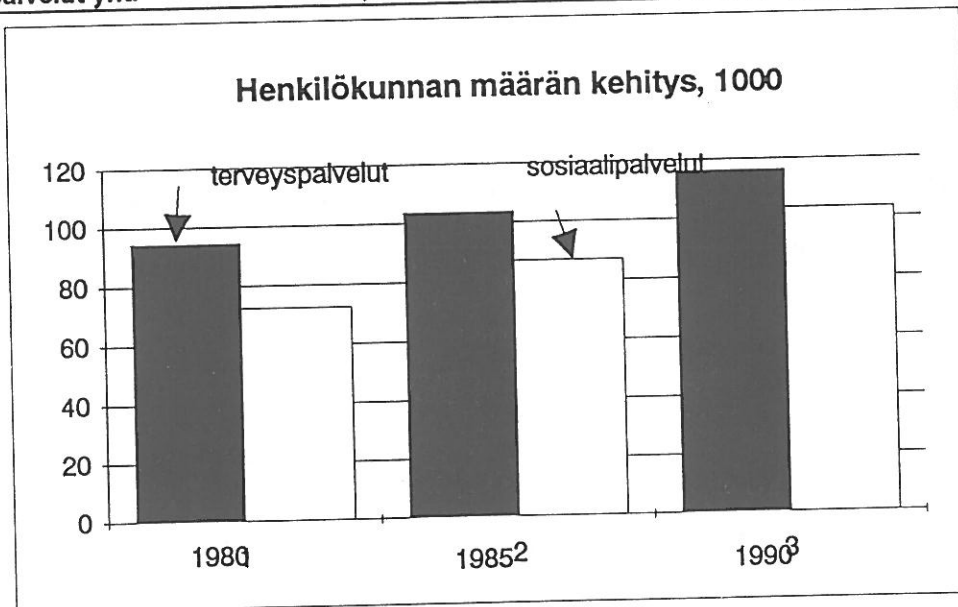
Avohuollon rakenne, miljardia mk, 1990 hinnoin



Taulu 5 Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilökunta kunnissa ja kuntainliitoissa vuosina 1980, 1985 ja 1990

Sosiaali- ja terveyspalvelujen henkilökunta kunnissa ja kuntainliitoissa vuosina 1980, 1985 ja 1990, tuhatta virkaa

	1980	1985	1990	Lisäys v. 80/90		Virkoja / 100 yli 65- vuotiaita	
				lkm	%	1980	1990
Kansanterveystyö	35,3	44,8	53,9	18,6	53%	6,1	8
Erikoissairaanhoito	59,2	58,7	62,5	3,3	6%	10,3	9,3
Terveyspalvelut yht.	94,5	103,5	116,3	21,8	23%	16,4	17,3
Sosiaalipalvelut yht.	72,3	87	103,3	31	43%	12,5	15,4
siintä							
- vanhainkodit	13,7	14	15,2	1,5	11%	2,4	2,3
- kodinhoitoapu	8,1	10,2	13	4,9	60%	1,4	1,9
Sosiaali- ja terveys- palvelut yht.	166,8	190,5	219,6	52,8	32%	28,9	32,7



Taulu 6 Sosiaalihuollon avo- ja laitoshuollon kehitys - vanhustenhuolto

Sosiaalihuollon avo - ja laitoshuollon kehitys - vanhustenhuolto

liite6/loprap3.xls

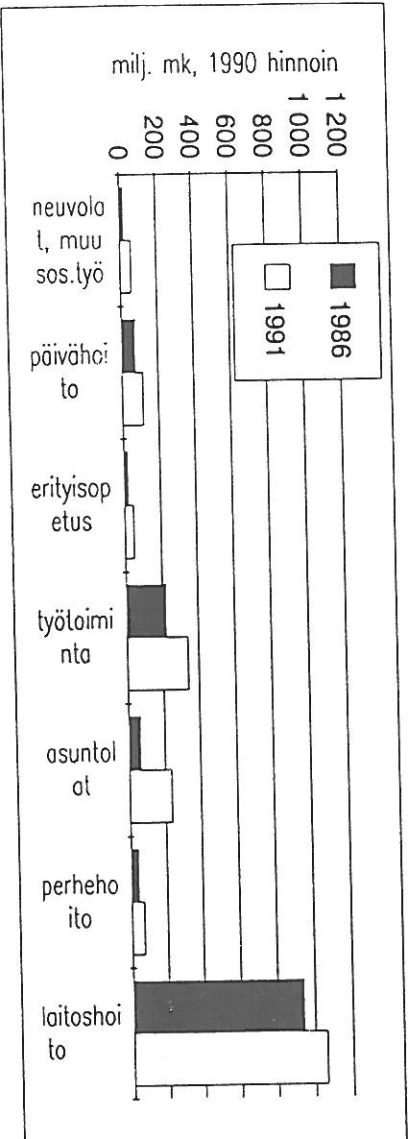
Kaikki markkamäärät on esitetty vuoden 1990 hinnoin

	1 986	1 990	Muutos	
<i>Vanhainkodit</i>				
Hoitopaikkoja	30 426	29 791	-635	-2%
Hoitopäivät, 1000	9 846	9 396	-450	-5%
Käyttömenot, milj. mk	2 875	3 242	367	13%
Käyttömenot /hoitopäivä, mk,	292	345	53	18%
<i>Palvelutalot</i>				
Asuntoja/hoitopaikkoja	3 931	5 579	1 648	42%
Käyttömenot, milj. mk	36	110	74	202%
<i>Muut avohuollon tukimuodot</i>				
<i>Vanhusten kodinhoitoapu</i>				
Kotitalouksia, 1000	119	127	8	7%
Työtunteja, 1000	9 387	9 664	277	3%
Käyttömenot, milj. mk	743	1 064	321	43%
Käyttömenot työtuntia kohti, mk	79	110	31	39%
Käyttömenot kotitaloutta kohti, mk vuodessa	5 411	7 429	2 018	37%
<i>Tukipalvelut</i>				
Sisältää myös vammaiset, joiden osuus tuen saajista vuonna 1990 oli 12 %.				
Kotitalouksia palvelujen piirissä, 1000	37	68	31	84%
Näistä ateriapalvelujen piirissä	22	34	12	55%
Käyttömenot, milj. mk	99	198	99	100%
Käyttömenot kotitaloutta kohti, mk vuodessa	2 703	2 924	221	8%
<i>Vanhusten, vammaisten ja pitkäaikaissairaiden kotihoidon tuki</i>				
Vuonna 1990 yli 64-vuotiaita tuen saajia oli 13 150 eli 63 %.				
Tuen saajia vuoden aikana, 1000	14	21	7	50%
Käyttömenot, milj. mk	156	288	132	85%
<i>Muuta, 1986 arvioita</i>				
Päivätoiminnan käyttömenot, milj. mk	5	10	5	100%
Sosiaalinen lomatoiminta, milj. mk	10	13	3	30%
<i>Käyttömenot yhteensä, milj. mk</i>				
<i>Siiitä, avohuolto</i>	1 049	1 683	634	60%
<i>laitoshuolto</i>	2 875	3 242	367	13%
<i>Kustannusrakenne</i>				
<i>avohuolto</i>	27%	34%		
<i>laitoshuolto</i>	73%	66%		

Taulu 7 Kehitysvammahuollon kehitys

Kehitysvammahuollon kehitystä

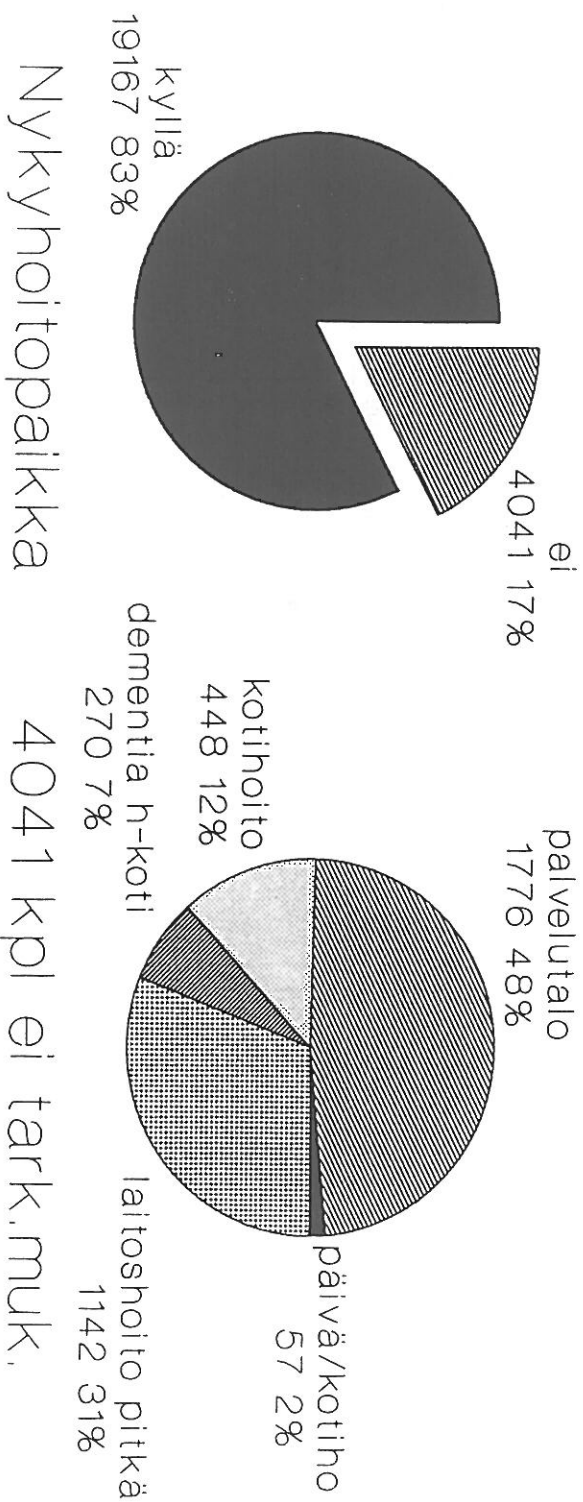
	Milj. mk, 1990 hinnoin		Muutos	Rakenne	
	1986	1991		1986	1991
Erytysuottolain mukainen toiminta					
<i>Pääosin kuntainliittojen järjestämää</i>					
neuvolat, muu sos.työ	21	58	37	178%	2%
päivähoito	77	114	37	48%	6%
erityisopetus	23	50	27	115%	2%
työtoiminta	222	340	118	53%	16%
asuntolat	67	238	171	255%	5%
perhehoito	44	70	26	59%	3%
laitoshoido	941	1 061	120	13%	67%
YHTEENSÄ	1 396	1 931	535	38%	100%
Muu kehitysvammaisten tuki					
Kodinhoitoapu	<i>Pääosin peruskunnan jäh. sos.huollon palveluja ja muiden terr. huoltopalveluja</i>				
Tukipalvelut					
Terveystuoltopalvelut					
Ym.					



Kehitysvammaisten erityisluottolain mukaisen toiminnan menot

Lähde: Kelti
Liite6/oprap4.xls

Taroituksensemukainen hoitopaikka henkilökunnan arvio



Taulu 8 Vanhainkotien asukkaiden tarkoituksenmukainen hoitopaikka vuoden 1991 asiakaslaskennan mukaan

Taulu 9 Tietoja Vaasan läänin sosiaali- ja terveydenhuollosta: väestörakenne, sosiaali- ja terveydenhuollon menorakenne, palveluiden käyttö ja VOS-laskelma

Taulukko 9 alkaa seuraavalta sivulta

TIETOJA VAASAN LÄÄNIN SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLOSTA

VÄESTÖRAKENNE

	Alttika	Alttika	Alttika	Alttika	Työministeriö	Laskennak- kotiö
	Asukas- luku 1.1.1992	Yli 75 v. osuus % 1990	Alle 6 v. osuus % 1990	Työttömyys- aste 1991	Sairasta- vuus 1987-1991	
ALAHÄRMÄ	5429	7.7	9.0	6.9	0.933	
ALAJÄRVI	9646	5.4	11.3	12.2	0.973	
ALAVUS	10593	6.0	9.6	7.9	0.959	
EVIJÄRVI	3324	5.8	9.3	11.7	1.160	
HALSUA	1644	5.4	10.4	9.0	1.087	
HIMANKA	3364	6.0	10.5	11.1	0.992	
ILMAJOKI	12127	5.9	9.3	9.5	0.992	
ISOJOKI	2861	11.0	6.7	9.6	1.065	
ISOKYRÖ	5377	8.2	8.8	7.2	0.971	
JALASJÄRVI	9840	7.4	8.1	9.1	1.052	
JURVA	5318	5.8	7.5	9.0	1.032	
KANNUS	6168	6.0	11.8	8.4	0.890	
KARIJOKI	1945	10.6	8.0	7.5	0.887	
KASKINEN	1745	5.6	8.9	6.9	1.020	
KAUHAJOKI	15704	6.6	9.2	11.7	0.997	
KAUHAVA	8633	6.5	9.2	6.9	0.967	
KAUSTINEN	4518	5.1	11.3	7.4	0.920	
KOKKOLA	34746	4.3	9.2	11.4	0.898	
KORSNÄS	2319	8.6	7.7	7.0	0.805	
KORTESJÄRVI	2793	7.9	8.8	9.5	1.063	
KRISTIINANKAUPUNKI	8867	8.1	8.0	7.3	0.866	
KRUUNUPYYPY	7081	8.4	9.1	5.9	0.837	
KUORTANE	4922	8.2	8.1	6.1	0.890	
KURIKKA	11289	6.2	9.1	11.4	0.982	
KÄRVIÄ	4627	6.2	10.8	9.9	0.762	
LAIHIA	7622	6.2	10.2	7.9	0.920	

LAPPAJÄRVI	4478	7.2	9.4	12.7	0.892
LAPUA	14576	7.1	8.4	8.0	0.955
LEHTIMÄKI	2335	8.1	9.4	10.2	0.906
LESTIJÄRVI	1099	5.7	11.8	10.5	0.745
LOHTAJA	3028	5.3	11.7	11.6	1.043
LUOTO	3739	4.4	14.7	7.8	0.928
MAALAHTI	5929	9.5	8.5	5.9	0.738
MAKSAMAA	1161	9.4	9.9	8.3	0.837
MUSTASAARI	16139	5.8	9.9	5.1	0.836
NURMO	9316	3.3	11.2	6.5	1.010
NÄRPIÖ	10425	10.5	7.1	5.7	0.815
ORVAINEN	2475	9.2	9.3	6.8	1.008
PERHO	3405	4.3	13.5	8.7	1.065
PERÄSEINÄJOKI	4129	7.2	8.2	10.7	1.106
PIETARSAARI	19955	6.4	8.4	9.4	0.869
PEDERSÖRE	10003	5.5	12.3	5.8	0.913
SEINÄJOKI	28104	3.9	9.1	8.2	0.917
SOINI	3027	6.8	10.8	14.0	0.995
TEUVA	7382	6.7	8.7	7.9	0.983
TOHOLAMPI	4078	5.9	10.5	6.5	1.022
TÖYSÄ	3194	7.1	10.4	10.5	0.973
ULLAVA	1133	5.7	12.4	7.7	0.918
UUSIKAARLEPYY	7721	8.9	9.7	8.6	0.788
VAASA	53761	6.3	8.4	7.0	0.844
VETELI	4059	6.0	10.4	7.8	0.892
VIMPELI	3837	6.6	8.1	11.0	0.958
VÄHÄKYRÖ	4999	6.2	9.2	9.2	0.908
VÖYRI	3845	11.1	8.3	3.9	0.877
YLIHÄRMÄ	3297	8.0	9.2	6.1	0.927
YLISTARO	6093	8.7	8.9	9.1	0.942
ÄHTÄRI	7780	7.4	9.6	9.8	0.999
Vaasan lääni		6.4	9.3		
Koko maa		5.7	8.8	8.6	1.000

TIETOJA VAASAN LÄÄNIN SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLOSTA

SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON MENORAKENNE

	SVOL-menot				Kunnallistilastot		
	Kuntien taloustilasto		VOS-rekisteri		ESH-menojen osuus terv.h. menoista % 1990	Päivähoidon osuus sos.h. menoista % 1990	Vanhainkotien osuus sos.h. menoista % 1990
	Terv.h. p/äyri 1989	Sos.h. p/äyri 1989	Terv.h. mk/as. 1990	Sos.h. mk/as. 1990			
ALAHÄRMÄ	5.06	4.78	4988	3652	57.6	25.2	20.1
ALAJÄRVI	4.62	4.77	4676	3470	56.3	21.9	11.7
ALAVUS	4.64	4.53	4458	3415	55.7	19.9	18.5
EVIJÄRVI	5.38	3.80	5377	3251	51.2	17.1	18.0
HALSUA	4.45	5.48	4376	4286	50.9	21.6	2.6 kl
HIMANKA	5.43	5.27	5196	4325	50.8	22.5	21.9
ILMAJOKI	4.33	3.49	4469	2747	58.9	27.1	11.1
ISOJOKI	6.56	4.28	6010	3200	60.4	12.8	16.6
ISOKYRÖ	5.05	3.16	5350	2661	56.9	19.0	22.5
JALASJÄRVI	5.02	4.27	4671	3209	51.6	23.5	0.0
JURVA	4.82	4.65	5135	2968	51.0	28.0	15.2
KANNUS	3.61	3.94	4305	3446	47.5	30.6	13.5
KARJOKI	6.00	4.29	5848	3215	63.7	14.3	30.2
KASKINEN	4.52	4.35	4708	3551	60.2	33.9	33.0
KAUHAJOKI	4.44	3.89	4743	2861	61.0	24.4	8.3
KAUHAVA	4.61	4.47	5068	3403	50.1	24.8	18.9
KAUSTINEN	4.45	4.46	4260	3286	46.5	28.3	4.1 kl
KOKKOLA	3.90	4.27	3979	3401	60.9	33.5	9.4
KORSNÄS	5.16	4.93	4545	4162	57.2	26.4	31.1
KORTESJÄRVI	5.23	4.99	5236	3415	60.0	13.2	27.4
KRISTIINANKAUP	5.39	3.55	5798	3093	63.7	30.9	16.6
KRUUNUPYÛ	5.69	4.04	5399	3307	62.8	22.2	19.7
KUORTANE	4.21	3.85	4487	3391	60.2	20.6	17.7
KURIKKA	3.54	3.62	3942	2878	54.4	27.8	15.2
KÄRVIÄ	3.67	4.36	3771	3226	55.1	27.3	4.5 kl

LAIHIA	5.00	3.98	4507	3240	7746	55.8	31.1	25.1
LAPPAJÄRVI	5.94	4.24	5252	3182	8434	47.8	23.2	13.8
LAPUA	4.31	3.46	4537	2661	7199	58.2	24.6	19.4
LEHTIMÄKI	6.04	4.99	5370	3590	8960	61.4	17.1	23.8
LESTIJÄRVI	5.82	7.07	6413	5536	11949	49.4	15.2	24.8
LOHTAJA	4.42	4.98	4044	3534	7578	62.3	20.9	5.6 kl
LUOTO	4.78	5.11	4365	3911	8276	61.3	26.3	27.4
MAALAHTI	4.91	4.51	4813	3561	8375	53.6	24.8	22.9
MAKSAMAA	6.76	6.41	5230	4790	10020	48.9	29.3	31.6
MUSTASAARI	4.16	4.17	4123	3430	7553	60.4	34.7	17.3
NURMO	3.61	4.07	3579	3140	6720	63.9	36.3	17.2
NÄRPIÖ	5.86	4.45	5578	3001	8579	52.0	23.4	17.8
ORVAINEN	6.08	4.18	5794	2984	8778	52.1	19.9	25.5
PERHO	5.06	6.44	4348	4351	8698	57.6	24.4	17.4
PERÄSEINÄJOKI	5.05	4.00	5269	3147	8417	64.6	18.9	24.8
PIETARSAARI	4.48	4.11	4674	3440	8114	62.4	37.7	12.9
PEDERSÖRE	4.64	4.54	4405	3406	7811	61.0	27.7	14.3
SEINÄJOKI	3.25	4.22	3645	3466	7111	68.8	34.7	15.2
SOINI	5.61	4.73	5283	2942	8225	60.6	20.7	17.8
TEUVA	4.84	3.12	4990	2941	7931	53.1	23.1	19.4
TOHOLAMPI	4.32	4.52	4574	3418	7992	52.8	15.6	15.7
TÖYSÄ	4.86	5.27	4900	4778	9678	63.6	19.9	22.9
ULLAVA	6.04	5.48	4937	3616	8553	63.1	19.6	2.3 kl
UUSIKAARLEPYY	5.48	4.22	4861	3090	7951	57.3	19.3	19.1
VAASA	4.69	4.38	5173	3980	9153	64.9	36.4	8.0
VETELI	4.45	4.41	4691	3457	8147	44.1	26.2	3.6 kl
VIMPELI	4.08	3.68	5971	2950	8922	50.1	22.9	11.5
VÄHÄKYRÖ	4.30	3.69	4942	2879	7820	47.9	28.9	24.4
VÖYRI	5.50	4.06	5354	2973	8327	49.6	15.4	29.5
YLIHÄRMÄ	5.28	4.45	5513	3527	9040	62.9	26.2	16.8
YLISTARO	5.32	4.53	5014	3237	8251	62.6	20.3	24.6
ÄHTÄRI	5.11	4.17	5944	3362	9306	61.9	31.2	17.4
Vaasan lääni	4.53	4.21	4709	3370	8080	58.9	27.9	14.9
Koko maa	4.15	4.16	4709	3695	8404	51.0	28.9	13.7

TIETOJA VAASAN LÄÄNIN SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLOSTA

PALVELUIDEN KÄYTTÖ

Kysely läänin-
hallituksille
Pitkäaik.h.
paikat yli
75 v. kohti %
1989

Poistoilmoitusrekisteri 1989

Sairaaloiden
hoitopäivät
yht./1000 as.
1989

Yli 30 p.
hoitajaks.
osuus %
1989

Hoidetut
potilaat
yht./1000 as.
1989

Yliopisto- ja
keskussair.
hoitopäivien
osuus %

Yht. VOS
muutos
mk/as.
1989

STM VOS
muutos
mk/as.
1989

ALAHÄRMÄ

ALAJÄRVI

ALAVUS

EVIJÄRVI

HALSUA

HIMANKA

ILMAJOKI

ISOJOKI

ISOKYRÖ

JALASJÄRVI

JURVA

KANNUS

KARJOKI

KASKINEN

KAUHAJOKI

KAUHAVA

KAUSTINEN

KOKKOLA

KORSNÄS

KORTESJÄRVI

KRISTIINANKAUPUNKI

KRUUNUPYY

KUORTANE

KURIKKA

KÄLVÄ

14.3	5836	5.52	152	29.2	-1435	-63
15.7	7600	4.30	153	13.5	-1066	298
19.0	6258	3.60	162	14.6	-974	281
15.2	4413	4.21	189	32.8	-1581	-207
6.6	3206	3.75	168	47.7	-1728	-317
17.5	10393	3.96	153	11.4	-1937	-530
15.7	4019	4.77	151	26.9	-436	671
10.6	7044	5.96	182	11.2	-2045	-70
15.8	8395	6.50	146	16.6	-820	442
14.1	7028	4.36	161	16.5	-818	485
20.0	2780	4.06	148	38.4	-2324	-843
13.8	5452	3.42	162	17.0	-643	410
13.8	2738	5.02	171	20.0	-1785	-205
21.2	1651	2.99	152	37.8	-385	-22
12.7	4774	5.13	148	22.4	-524	805
15.3	4060	4.66	159	29.5	-1104	-146
8.9	2673	4.45	141	39.5	-985	273
12.7	3393	3.78	141	28.9	-57	330
16.5	3040	4.33	121	31.8	-1239	-542
14.1	8048	4.49	177	17.8	-1224	286
14.4	6560	5.82	154	7.3	-1364	-598
15.8	7206	4.28	161	28.3	-1357	-105
15.1	5716	3.78	171	18.0	-886	591
15.2	5893	3.95	152	16.7	-351	941
8.9	5100	3.56	135	17.2	-408	719

VOS-KOELASKELMA

LAIHIA	19.3	4817	5.56	131	21.1	-975	230
LAPPAJÄRVI	19.4	5200	4.12	172	22.2	-1648	-343
LAPUA	14.2	6866	5.68	156	17.1	-495	587
LEHTIMÄKI	16.7	4335	4.08	175	18.4	-2097	-713
LESTIJÄRVI	25.6	2474	1.50	175	44.3	-2413	-291
LOHTAJA	12.1	5722	3.70	147	19.2	-570	620
LUOTO	11.9	4086	3.65	143	19.4	-1076	-48
MAALAHTI	13.0	2616	5.14	126	38.2	-1115	-106
MAKSAMAA	12.7	1656	1.63	135	61.1	-1527	-31
MUSTASAARI	13.4	1895	3.59	110	50.6	-217	51
NURMO	20.2	1806	3.32	133	54.0	239	726
NÄRPIÖ	11.1	5954	4.69	135	10.1	-706	-27
ORAVAINEN	13.7	7632	2.79	162	13.1	-1138	-24
PERHO	15.7	3179	3.15	154	36.6	-1248	-91
PERÄSEINÄJOKI	22.3	4449	6.05	166	30.7	-1551	26598
PIETARSAARI	15.9	3877	4.07	170	20.0	-329	-5
PEDERSÖRE	15.0	7911	3.56	155	9.7	-688	512
SEINÄJOKI	21.0	2587	3.82	149	42.1	61	182
SOINI	18.1	4448	4.35	190	16.4	-1412	57
TEUVA	12.7	5589	4.33	156	16.2	-1213	11
TOHOLAMPI	15.1	5544	4.45	149	19.5	-1155	65
TÖYSÄ	20.1	6409	5.91	183	13.4	-2107	-699
ULLAVA	14.8	7021	5.15	157	19.9	-1505	-239
UUSIKAARLEPYÄ	15.1	5137	4.54	152	10.7	-520	48
VAASA	13.5	4153	3.96	134	27.8	-775	-675
VETELI	18.4	4641	4.45	149	25.0	-1527	-253
VIMPELI	20.8	5558	3.99	177	20.7	-1766	-377
VÄHÄKYRÖ	17.7	3888	6.73	132	29.9	-1346	-208
VÖYRI	13.0	5885	4.02	144	18.8	-443	331
YLIHÄRMÄ	18.9	2683	3.73	169	69.0	-1385	-457
YLISTARO	15.9	8281	5.65	159	15.6	-753	413
ÄHTÄRI	15.1	5209	3.74	176	11.3	-2006	-831
Vaasan lääni	15.0	4756		150	21.8		
Koko maa	16.8	4281		141	17.7		

PALVELURAKENNETYÖRYHMÄN MUISTION LIITE 2

**ESIMERKKIKUNTIEN VANHUSTENHUOLLON,
KEHITYSVAMMAHUOLLON JA PSYKIATRISEN
ERIKOISHOIDON PALVELURAKENNETARKASTELU**

Silja-Riitta Sinisalo

TIIVISTELMÄ

Sosiaali- ja terveysministeriö asetti 18.12.1991 työryhmän

- selvittämään sosiaali- ja terveydenhuollon toimivuutta, taloudellisuutta ja muutostarpeita,
- tekemään ehdotukset toimenpideohjelmaksi, jolla valtakunnallista sekä lääni- ja kuntakohtaista palvelurakennetta ja mitoitusperusteita voitaisiin parantaa, sekä
- arvioimaan ehdotusten kustannusvaikutukset, koulutustarpeet ja muut toteuttamisedellytykset.

Tämän selvittämiseksi työryhmä päätyi lähestymään asiaa 'building up' ja 'breaking down' menetelmää käyttäen. Päätyö oli valtakuntataseisten päätelmien tekeminen käytettävissä olevien asiantuntijoiden ja toimintaa kuvaavien tiedostojen avulla (breaking down-menetelmä). Building up -menetelmässä puolestaan lähdettiin tarkastelemaan palvelurakennetta kuntanäkökulmasta eli tarvittava tietoaineisto kerättiin suoraan kunnista kolmelta sosiaali- ja terveydenhuollon lohkolta eli

- vanhustenhuollosta
- kehitysvammahuollosta ja
- psykiatrisesta erikoishoidosta.

Kuntakartoitukset toteutettiin Hämeenkyröstä, Jalasjärveltä, Karjalohjalta, Koski TL:stä, Kotkasta, Liedosta, Marttilasta, Tarvasjoelta ja Turusta. Kattavin aineisto saatiin vanhustenhuollosta ja kehitysvammahuollosta, vähiten kattava psykiatrisesta erikoishoidosta.

Kerätyn aineiston perusteella selvitettiin mikä tilanne kunnassa vallitsi kartoitushetkellä ja mikä olisi ollut palvelujen tavoitetilanne. Nyky- ja tavoitetilannetta tarkasteltiin sekä kuluttajien että väestön kannalta siten, että hoitoon osallistuva henkilökunta suoritti potilas/asiakaskartoitukset. Palvelujen tuotantokustannukset laskettiin vuonna 1991 toteutuneen toiminnan mukaan.

Vanhustenhuollon kartoituksessa nyky- ja tavoitetila poikkesivat toisistaan mm. seuraavasti:

- Kartoitetuista vanhuksista 13.7 %:lla oli selviä hoidon puutteita (joko epätarkoituksenmukainen sijoittuminen/riittämätön kotihoitoon taso tai asumista tukevien palvelujen puutteita).
- Puutteista puolestaan 31.0 % kuvaa tarkoituksenmukaisen sijoituspaikan/hoidon tason puuttumista.
- Kotona asuvista 5.7 % tarvitsisi lisää kotipalvelun/koti-sairaanhoidon käyntejä.
- Myös asumista tukevia palveluja tarvittaisiin lisää, erityisesti turvapalvelun turvapuhelimia.

Erityishuoltopiirien tekemä kehitysvammahuollon kartoitus osoittaa, että

- Kaikista kartoitetusta oli epätarkoituksenmukaisella sijoituspaikalla 36 %.

- Kartoitetuista laitoshoidossa olevista potilaista 32 % oli epätarkoituksenmukaisella hoitopaikalla.
- Asumista tukeviin palveluihin ei ilmennyt mainittavasti lisätarvetta.

Kunnissa tehty kehitysvammahuollon kartoitus osoittaa puolestaan, että

- kehitysvammaisista oli 14,5 % alihoidossa.

Psykiatrisen erikoishoidon kartoitus osoittaa, että

- 12,5 % kartoitetusta oli väärällä sijoituspaikalla. Heistä väärin sijoittuneena laitoksissa oli 25,5 %. Laitoksissa väärin sijoittuneet olivat pääasiassa ylihuollossa.
- Uuden hoitopaikan tueksi olisi tarvittu erilaisia asumista tukevia palveluja. Eniten tarvetta oli terapeuttisiin ja yleisiin suojatyöpaikkoihin ja muuhun sosiaaliseen toimintaan.
- Myös psykiatristen potilaiden asumisolot jättivät paljon toivomisen varaa. Kotona asumisen tueksi tarvittaisiin ensisijaisesti lisää työtoimintapaikkoja ja sosiaalista kerhotoimintaa sekä ammattikoulutusta/kursseja.

Tässä tutkimuksessa käytetyllä menetelmällä voidaan tarkastella palvelurakennetta yksilöllisesti ja ottaa huomioon kunnan todellinen tilanne. Näin vältetään ylhäältä päin asetettujen suhdelukujen ohjaama standardipalvelurakenteen ansa.

Kuntien palvelurakenne (nyky- ja tavoitetilanne) hinnoiteltiin ja kustannukset laskettiin koko väestön ja 65-vuotta täyttäneen väestön suhteessa. Tuloksena oli, että vanhustenhuollon nykytila maksoi näissä kunnissa yhteensä 735 milj. mk, kehitysvammahuolto 97 milj. mk ja psykiatrisen erikoishoito 246 milj. mk vuodessa.

Kustannuksia valtakuntatasolle peilattaessa havaitaan, että uudelleensijoittumisten myötä myös säästettäisiin. Säästöt vanhustenhuollossa olisivat n. 1 miljardi mk vuositasolla (oletuksena erimerkkikuntien kokemuksiin pohjautuen, että samalla erikoissairaanhoidon käyttö vähenisi n. 10 %). Kehitysvammahuollossa optimisijoittumiset aiheuttaisivat päinvastaisen vaikutuksen eli n. 0,4 miljardin mk:n lisätarpeen. Puutteet asumista tukevista palveluista sekä erityisesti asuntola- ja hoitoasuntolatyyppeiden hoitomuotojen lisätarve (hoitopäivän hinnat tukipalveluineen keskuslaitosten hoitopäivän hintoja kalliimmat) ovat suurimmat syyt kehitysvammahuollon lisärahoitustarpeeseen. Psykiatrisessa erikoishoidossa avohoitoon pitäisi panostaa n. 280 milj. mk ja laitoshoidosta voitaisiin optimisijoittumisten myötä säästää n. 450 milj. mk vuodessa. Kuntien väliset kustannusvaihtelut olivat suuret, suurimmillaan 2,5-kertaiset.

Tässä selvityksessä käytetty menetelmä osoitti, että viimeistään nyt valtionosuuskäytännön uudistuessa kuntien olisi kehitettävä laskentatointaan ja palvelurakennettaan. Toisaalta myös valtion olisi syytä testata uusia tavoitemallejaan peruskuntien tasolla.

Kartoitusta toteutettaessa aikataulu oli liian tiukka ja esimerkiksi kuntien lukumäärä liian suppea. Esimerkkikunnat valittiin kuitenkin toisistaan poikkeavien palveluprofiiliensa vuoksi, joten ne edustavat toiminnallisesti tarkasteltuna laajempaa otantaa. Tarkasteluun valittujen kolmen palvelusektorin kustannuskuorma on suuri, mutta vasta sitten tutkimus on hyvä, kun se toteutetaan vastaavalla mallilla suuremmalla kuntaotannalla koko sosiaali- ja terveystoimen kirjon kattavana.

Tutkimus olisi onnistunut erittäin hyvin, jos sitä olisi voitu tarkentaa huomattavasti kevyemmällä kaikkiin kuntiin kattavasti ulottuvalla vastaavasisältöisellä selvityksellä. Sellaisen selvityksen toteuttamista harkittiin tässä työryhmässä, mutta tällä kertaa siitä luovuttiin.

Koko Suomea käsittelevät kustannuslaskelmat perustuvat esimerkiksi kuntien palvelujen tuottamiskustannuksiin ja ovat näin ollen laskennallisia ja vain suuntaa antavia. Lisäksi on todettava, että palvelujen tuottamisen kustannuslaskennassa on useissa kunnissa vielä paljon parantamisen varaa. Kokoavana johtopäätöksenä voidaan kuitenkin todeta, että koko Suomea ajatellen ei näyttäisi mahdolltomalta päästä palvelujen kokonaiskustannusten pienentämiseen samalla kun hoidon taso optimisijoittumisten myötä paranisi.

Tutkimuksen onnistumista haittasi alituisesti esille noussut tietosuojakysymys. Onko nykyinen tietosuojalaki ja sen tulkinta onnistunut, jos STM ei voi suorittaa tällaista kartoitusta vaikeuksitta. Huoli kartoitettavien tietosuojasta esti nimittäin tietyiltä osin tämänkin tutkimuksen toteuttamisen.

Esimerkkikuntien innostus oman palvelurakenteensa edelleen kehittämiseen herättää ajatuksen, miten vastaava kartoitus saataisiin toteutetuksi kaikissa Suomen kunnissa. Palvelurakennehan voi kehittyä vasta, kun tiedetään missä ollaan ja minne pitäisi mennä.

Tutkimuksesta saatujen kokemusten mukaan tässä kehitetyn building up menetelmän käyttö ylhäältä alas suuntautuvan breaking down menetelmän rinnalla on välttämätöntä. Ei tunnu turhalta pystyä saman aikaisesti tarjoamaan väestölle parempia oloja ja saavuttamaan kustannussäästöjä.

Tällaisten kartoitusten laatiminen ja optimoinnin ajantasalla pitäminen ei kuitenkaan ole mahdollista, jos kuntien vastuuhenkilöillä ei ole riittävää osaamisen tasoa eikä kunnissa ole käytössä ajanmukaisia tietojärjestelmiä tiedonhallinnan apuvälineenä. Työntekijöiden aikabudjetteja ja kunnan rahabudjettia on siis käytävä em. valmiuksien saavuttamiseksi.

Osaamisen tason nostamiseen ja tietohuoltoon ja siihen tarvittaviin laitteisiin tulisi investoida esimerkiksi kunnista saatujen investointikokemusten perusteella vähintään 2 - 3 % kehitettävän sosiaali- ja terveystoimen kokonaiskäyttökustannuksista. Kuntaesimerkit osoittavat, että panos tulee ajan myötä monin verroin säästetyksi palvelujen kustannusten alenemisena ja palvelujen saajien parantuneena hoitona.

Työryhmää asetettaessa esitetyt muutostarpeet näyttävät tämänkin selvityksen perusteella todellisilta. Muutokset alentavat oikein toteutettuna kustannuksia ja niille on hyvät toteuttamisedellytykset, kunhan kunnat saattavat osaamisensa tason ja tietohallintonsa ajantasalle.

TIIVISTELMÄ

1	JOHDANTO.....	1
2	VANHUSTENHUOLLON, KEHITYSVAMMAHUOLLON JA PSYKIATRISEN ERIKOIS- HOIDON KARTOITUKSET	
2.1	Vanhustenhuollon kartoitus.....	2
2.2	Kehitysvammahuollon kartoitus.....	3
2.3	Psykiatrisen erikoishoidon kartoitus.....	3
2.4	Kartoitusten toteuttamisen lähtökohdat.....	3
3	VANHUSTENHUOLLON POTILAS/ASIAKASKARTOITUS	
3.1	Kuntien palvelutarjonta ja palvelujen puutteet/lisätarpeet.....	4
3.2	Kuntien palvelujen tavoitetilamalli.....	7
3.3	Hoitopaikkaoptimointi ja sen aiheuttamat kustannusvaikutukset..	7
3.4	Yhteenveto eri hoitomuotojen nyky-/tavoitetilasta ja kustannuk- sista esimerkkikunnissa.....	8
3.5	Vanhustenhuollon hoitoisuusindeksit.....	9
3.6	Kartoituksen diagnoosijakauma.....	9
3.7	Kuntien vanhustenhuollon kustannusten rahoitus.....	10
3.8	Muut huomiot vanhustenhuollon kartoituksesta.....	11
4	KEHITYSVAMMAHUOLLON ASIAKASKARTOITUS.....	11
4.1	Kuntien ja erityishuoltopiirien yhteistyö.....	11
4.2	Kehitysvammaisten palvelutarjonta ja palveluissa havaitut puut- teet ja lisätarpeet.....	12
4.3	Palvelujen tavoitetilamalli.....	14
4.4	Hoitopaikkaoptimointi ja sen aiheuttamat kustannusvaiku- tukset.....	14
4.5	Kartoituksen diagnoosijakauma.....	15
4.6	Toimintakykyjakauma eri hoitomuodoissa.....	15
4.7	Muut huomiot kehitysvammahuollon kartoituksessa.....	16

1 JOHDANTO

Sosiaali- ja terveysministeriö asetti 18.12.1991 työryhmän

- selvittämään sosiaali- ja terveydenhuollon toimivuutta, taloudellisuutta ja muutostarpeita,
- tekemään ehdotukset toimenpideohjelmaksi, jolla valtakunnallista sekä lääni- ja kunta-kohtaista palvelurakennetta ja mitoitusperusteita voitaisiin parantaa, sekä
- arvioimaan ehdotusten kustannusvaikutukset, koulutustarpeet ja muut toteuttamisedellytykset.

Työryhmä nimesi itsensä palvelurakennetyöryhmäksi.

Työryhmän tuli antaa väliraportti 15.4.1992 mennessä (Työryhmämuistio 1992:7, Palvelurakennetyöryhmän väliraportti) sekä loppuraportti 31.12.1992 mennessä.

Palvelurakennetyöryhmän työ jakaantui valtakuntatasoiseen ja kuntakohtaiseen tarkasteluun. Kuntakohtaista tarkastelua on väliraportin liitteessä 2, missä kerrotaan seitsemän kunnan, yhden terveyskeskuskuntainliiton ja yhden sairaanhoitopiirin toimenpiteistä palvelurakenteensa kehittämiseksi. Tarkastelun kohteena ovat Hämeenkyrö, Jalasjärvi, Karjalohja, Kotka, Pietarsaari, Turku, Virolahti, Härkätien kansanterveysystyön kuntainliitto sekä Keski-Suomen sairaanhoitopiiri.

Tässä palvelurakennetyöryhmän loppuraportin kuntakohtaiseen tarkasteluun keskittyvässä liitteessä kuvataan

- Hämeenkyrön, Jalasjärven, Karjalohjan, Koski TL:n, Kotkan, Liedon, Marttilan, Tarvasjoen sekä Turun vanhustenhuollon ja kehitysvammahuollon palvelu- ja kustannusrakennetta sekä
- psykiatrisen erikoishoidon rakennetta Hämeenkyrön, Jalasjärven, Kotkan ja Turun osalta.

Palvelu- ja kustannusmallit pohjautuvat kunnissa, sairaanhoitopiireissä ja erityishuoltopiireissä tehtyihin palvelujen tuottamista koskeviin kustannuslaskelmiin ja potilas/asiakaskartoituksiin.

Esimerkkikuntien erilaisista toimintamalleista muodostuvan keskiarvomallin avulla tarkastellaan lisäksi kaikkien Suomen kuntien vanhustenhuollon kustannusrakennetta.

2 VANHUSTENHUOLLON, KEHITYSVAMMAHUOLLON JA PSYKIATRISEN ERIKOISHOIDON KARTOITUKSET

2.1 Vanhustenhuollon kartoitus

Hämeenkyrössä, Jalasjärvellä, Karjalohjalla, Koski TL:ssä, Kotkassa, Liedossa, Marttilassa, Tarvasjoella sekä Turussa suoritettiin vanhustenhuollon potilas/asiakaskartoitus liitteen 1 kartoituslomakkeen mukaisesti. Kartoituksen kohteena olivat kunnan 65-vuotta täyttäneet palvelujen piirissä olevat sekä ne ko. ikäryhmään kuuluvat henkilöt, joilla tiedettiin olevan palvelupuutteita tai palvelujen lisätarpeita.

Kartoituksessa tutkittiin kunnan vanhustenhuollon palvelujen käyttöä avopalvelujen osalta kokonaisuutena ja laitoshoidon käyttöä yhden päivän otannalla. Kireän aikataulun johdosta kaikki kunnat eivät tehneet kokonaiskartoitusta, vaan kartoittivat ikäryhmittäin edustavat tasaväliotannat. Lopputuloksia tarkasteltaessa oletetaan otannan ulkopuolelle jääneen ryhmän käyttäytyvän otoksen mukaisesti.

Kustannuslaskennan pohjaksi kunnat täyttivät vanhustenhuollon vuoden 1991 kokonaispalvelutarjontaa ja kustannusrakennetta kartoittavan loma-kesarjan (liite 2). Palvelu- ja kustannusrakennetarkastelu toteutettiin eri hoitomuotojen (kotiin annettava hoito, palvelutaloissa, pienryhmäkodeissa, vanhainkodeissa, hoivakodeissa/-osastoilla ja terveystieteiden keskuksen vuodeosastoilla annettava hoito) ja asumista tukevien palvelujen ryhmittäin.

Yrityksessä kartoittaa yhden päivän otantana esimerkkikuntien yli 65-vuotiaat keskus/alue- ja sairaalahoitossa olevat potilaat epäonnistuttiin. Sairaalat vetosivat potilaiden tietosuojaan, eivätkä lähteneet yhteistyöhön. Yhteistyöyritykset kariutuivat varsinkin kuntien edustajien toimiessa yhteyshenkilöinä kartoitusten toteuttamiseksi ministeriön työryhmän asettamis- ja yhteistyötä pyytävistä kirjeistä huolimatta.

2.2 Kehitysvammahuollon kartoitus

Kehitysvammahuollon palvelurakenne kartoitettiin vanhustenhuoltoa vastaavalla menetelmällä (liite 3 asiakaskartoituslomake, liite 4 palvelujen kokonaistarjonta/kustannusrakenne-lomakkeisto).

Kartoitus suoritettiin Hämeenkyrön, Jalasjärven, Karjalohjan, Koski TL:n, Kotkan, Liedon, Marttilan, Tarvasjoen ja Turun kehitysvammaisista. Kartoituksen suorittivat pääsääntöisesti erityäin yhteistyöhaluisina Uudenmaan erityishuolto-
piirin kl, Pirkanmaan erityishuolto-
piirin kl, Kymen erityishuolto-
piirin kl, Etelä-Pohjanmaan
erityishuolto-
piirin kl sekä Varsinais-Suomen
erityishuolto-
piirin kl. Hämeenkyrö, Jalasjärvi, Kotka ja Turku kartoittivat lisäksi omien palvelujensa piirissä olevat kehitysvammaiset (pääsääntöisesti otantana).

2.3 Psykiatrisen erikoishoidon kartoitus

Kartoituksen toteuttamismalli on sama kuin vanhustenhuollon ja kehitysvammahuollon kartoituksissa (liite 5 psykiatrisen erikoishoidon potilaskartoituslomake, liite 6 palvelujen kokonaistarjonta/kustannusrakenne-lomakkeisto).

Psykiatrisen kartoituksessa törmättiin samoihin vaikeuksiin kuin keskus/aluesairaalatason vanhustenhuollon kartoituksessa eli tietosuoja koettiin ongelmana. Joidenkin sairaanhoitopiirien edustajien pelkona oli, että kunnan tietoon menee yksilötasoista tietoa psykiatrista erikoishoitoa käyttävistä kuntalaisista.

Psykiatrisen kartoitus toteutettiin Turussa, Kotkassa ja Jalasjärvellä (avo- ja laitoshoidon kartoitus, Jalasjärvellä myös kunnan tarjoamien palvelujen kartoitus) sekä tietyiltä osin Hämeenkyrössä (avohoidon osittainen kartoitus ja laitoshoidon). Paitsi kartoituksessa koetut tietosuojaongelmat, niin myös kireä aikataulu estivät kartoittamisen laajemman toteutuksen.

2.4 Kartoitusten toteuttamisen lähtökohdat

Palvelujen kokonaiskartoitukset kustannuslaskelmineen pyydettiin tekemään vuoden 1991 toteutuneen toiminnan mukaan (liitteet 2, 4 ja 6). Karjalohja, jossa ehdittiin toimia uuden toimintamallin mukaan vuonna 1991 vain kaksi kuukautta (palvelutaloissa palvelut, vanhainkotipaikoista luopuminen), kartoitti vuoden 1992 yhdeksän ensimmäisen kuukauden toiminnan.

Kustannuksia tarkastellaan bruttokustannuksina, ja kuntia pyydettiin vyöryttämään pääoma-, hallinnon, huoltotoimintojen ja yhteisten palvelutoimintojen kustannukset täysimääräisinä eri hoitoa tarjoaville yksiköille. Henkilökuntamäärää tarkasteltiin eri hoitomuotojen kokonaishenkilökuntana, johon pyydettiin vyöryttämään kustannusten vyörytyssuhteessa hallinnon, huoltotoimintojen ja yhteisten palvelutoimintojen henkilökuntaa.

Ongelmaksi muodostuivat kunnissa käytössä olevat erilaiset toimintojen tilastointikäytännöt, yksikkökustannusten laskenta lomakkeiden pyytämällä tasolla sekä kustannusten ja henkilöstön vyörytykset, joihin kunnissa ei pääsääntöisesti oltu aiemmin totuttu. Edellä kuvatuista ongelmista johtuen kuntien potilas/asiakaskartoitusten antamia palvelutarjonnan ja palvelun tavoitetarjonnan kustannusmalleja voidaan pitää suuntaa antavina, eikä kuntien keskenäinen vertailu ole mahdollista erityyppisistä perustietojen kirjauskäytännöistä johtuen (yksi kunnista vyöryttänyt kaikki kustannukset, useimmat jättäneet joka kustannuksesta jonkun osan vyöryttämättä).

3 VANHUSTENHUOLLON POTILAS/ASIAKASKARTOITUS

3.1 Kuntien palvelutarjonta ja palvelujen puutteet/lisätarpeet

65-vuotta täyttäneistä palvelujen piirissä olevista kuntalaisista sekä niistä, joilla tiedettiin olevan palvelutarpeita tehtiin liitteen 1 mukainen potilas/asiakaskartoitus. Kartoituksen kuntakohtainen nykypalvelu/palvelujen puute/lisätarve-jakauma on nähtävissä liitteessä 7. Hämeenkyrön vanhustenhuollon kartoitus tehtiin äärimmäisen kireäksi muodostuneen aikataulun johdosta n. 50 %:n avopalveluotantana (laitos- ja välimuotoinen hoito kartoitettiin kokonaisuutena), muissa kunnissa pyrittiin kartoittamaan kotiin, palvelutaloihin ja pienryhmäkoteihin annettava kokonaispalvelutarjonta ja laitoshoidon yhden päivän tilanne.

Suunnitellusta keskus/aluesairaalatason kartoituksesta jouduttiin luopumaan kappaleessa 2.1 kuvatuista vaikeuksista johtuen. Kokonaiskustannuksia laskettaessa käytetään Sairaaliiton vuoden 1991 tilastoa Erikoissairaanhoidon kunnittaisesta käytöstä oletuksella, että 65-vuotta täyttäneet käyttävät erikoissairaanhoidoa koko väestön suhteessa. Erikoissairaanhoidon kustannuksiin ei ole otettu poliklinikkakäynneistä aiheutuvia kustannuksia (ainoastaan hoitopäiväkustannukset). Vanhustenhuollon kunnan tarjoamien

palvelujen kustannuksissa ei ole myöskään otettu huomioon 65-vuotta täyttäneiden vastaanottokäynneistä aiheutuvia kustannuksia.

Vanhustenhuollon potilas/asiakaskartoitukset tehtiin ryhmittelemällä hoitomuodot seuraavasti:

kotisa	satunnainen kotihoito, kotiin annettuja palveluja (kodinhoito- ja kotisairaanhoidopalvelut) < 1 käyntiä viikossa
kotitu	tuettu kotihoito, kotiin annettuja palveluja 1-6 käyntiä viikossa
kotiva	valvottu kotihoito, kotiin annettuja palveluja 7-14 käyntiä viikossa
kotite	tehostettu kotihoito, kotiin annettuja palveluja vähintään 15 käyntiä viikossa
pt1	kevyen palvelun palvelutalo
pt2	tehostetun palvelun palvelutalo
prk	pienryhmäkoti
vk	vanhainkoti
hk	hoivakoti/-osasto
tkk	terveyskeskuksen sairaala
psyk	psykiatrinen sairaala
ks	keskus/aluesairaala
tyks	keskus/aluesairaala (lyhenne käytössä Turussa).

Turun ja Kotkan potilas/asiakaskartoitusaineistossa on myös keskus/aluesairaalahoidossa olevien pitkäaikaipotilaiden tietoja, joskaan ne eivät ole täysin ajantasalla.

Liitteen 7 kuntakohtaisista raporteista voidaan nähdä eri palvelujen nykyinen saanti ja niissä ilmenneet tarpeet. Kartoituksen perusteella voidaan todeta, että 9028:sta kartoitetusta vanhuksesta 1239:llä eli 13.7 %:lla oli puutteita (joko epätarkoituksenmukainen sijoittuminen/riittämätön kotihoidon taso tai asumista tukevien palvelujen puutteita).

Puutteista 384 eli 31.0 % kuvaa tarkoituksenmukaisen sijoituspaikan/hoidon tason (kotihoito taso satunnainen, tuettu, valvottu tai tehostettu kotihoito liian alhainen) puuttumista. Kotona hoidettavista 5324:stä 302 (5.7 %) tarvitsisi lisää kotipalvelun/kotisairaanhoidon käyntejä. Heistä 67 on yllä luetellun kotona asumista ku-

vaavan asteikon mukaan väärällä kotona asumisen tasolla (17,4 % sijoituspaikan/hoidon tason puutteista), ja varsinainen tarkoituksenmukainen sijoituspaikka puuttui 317:lta (82,6 % sijoituspaikan/hoidon tason puutteista, 25,6 % kaikista kartoituksessa ilmenneistä puutteista). Ylihoitossa epätarkoituksenmukaisesti sijoittuneesta 317:sta kartoitetusta oli 175 (55 %) ja alihoitossa 142 (45 %). Liitteen 8 taulokuissa nähdään kuntakohtaisesti sijoittuminen eri hoitomuodoille yli- ja alisijoittuvuusprosentteineen. Kartoituksen 9:n kunnan sijoittuvuusyhteenvedo on liitteessä 9 (tulostustaulukoissa havaitaan talennusvirheistä johtuva 4:n potilaan epätarkkuus).

Kunnissa käydyissä keskusteluissa ilmeni, että joukunen ylisijoittuminen esim. vanhainkotiin tai terveyskeskuksen osastolle johtui vanhuksen ja/tai omaisten voimakkaista siirtoa vastustavista asenteista, eikä siitä, etteikö kunnalla olisi ollut halua ja valmiuksia tarkoituksenmukaisen hoitopaikan järjestämiseen.

Sijoittumisista aiheutuviin taloudellisiin vaikutuksiin palataan kappaleessa 3.3 Hoitopaikkaoptimointi ja sen aiheuttamat kustannusvaikutukset.

Nykyisellä palvelutarjonnalla potilas/asiakas-kartoituksen pohjalta lasketut, kuntien antamiin kustannustietoihin pohjautuvat hoitopäivien hinnat eri hoitomuotojen sisäisinä keskiarvoina (esim. kunnassa monta vanhainkotiä, joiden painotettuna keskiarvona laskettu keskihinta käytössä) ovat nähtävissä liitteen 10 tulostaulukossa 1. Eri vyörytys- ja laskentatapojen johdosta kunnat eivät ole kustannustensa suhteen keskenään vertailukelpoisia (yksi kunnista vyöryttänyt kaikki kustannukset, muut jättäneet useimmista kustannuksista osan vyöryttämättä, toiset eivät vyöryttäneet mitään). Kaikki kunnat eivät ole myöskään tuottaneet asumista tukevien palvelujen yksikkökustannuslaskentaan tarvittavia tunnuslukuja. Näissä tapauksissa käytetään muiden kuntien yksikkökustannusten painotettua keskiarvoa.

Kotihoidon (hoitomuodoille kotisa, kotitu, kotiva ja kotite) sekä useimmissa kunnissa palvelutalojen ja pienryhmäkotien (toimivat ilman vakiuista henkilökuntaa, kotipalvelu ja kotisairaanhoido tekevät kotikäyntejä) hoitopäivän hinnat saadaan laskemalla yhteen kotipalvelun, kotisairaanhoidon ja asumista tukevien palvelujen päiväkustannukset. Päiväkustannukset lasketaan seuraavasti:

1) kotipalvelun päiväkustannus = keskimääräiset viikkokäynnit jaetaan 7:llä (saadaan käynnit päivää kohti), kerrotaan niiden asiakkaiden

lkm:llä, joiden luona kotipalvelu käy ja jaetaan laskettavan ryhmän (esim. kotisa) asukasmäärällä (saadaan käyntien keskimääräinen lkm. yhtä ryhmän asukasta kohti) ja kerrotaan kotipalvelukäynnin hinnalla (saadaan esim. satunnaisen kotihoiton asukasta kohti kertyvä kotipalvelun päiväkustannus),

2) kotisairaanhoidon hinta = edellä kuvattu laskutoimitus kotisairaanhoidon käynneistä,

3) asumista tukevat palvelut = esim. ateriapalvelun saajien lukumäärä kerrotaan vuoden 1991 kustannustiedoista lasketulla ateriapalvelun yhden palvelun saajan päivittäisellä kustannuksella (esim. aterioita tuotettu v. 1991 1000 kpl, ateriapalvelun piirissä ollut 16 henkilöä ja yhden aterian tuottamisen keskimääräinen hinta ollut 35 mk ==> päivittäinen yksikköhinta on $1000/16 * 35 \text{ mk}/365$:llä) ja jaetaan sen hoitomuodon, jonka päiväkustannusta ollaan laskemassa (esim. kotisa) koko asukasmäärällä.

Kustannuksiin ei oteta mukaan ystäväpalvelua, muita tukipalveluja (kirjaamiskäytäntö hyvin vaihteleva), uuden asunnon tarvetta, asunnon muutostöitä ja muita palveluja, joiden soveltaminen edellä kuvattuun päiväkustannusten laskentamalliin olisi erittäin vaikeaa.

3.2 Kuntien palvelujen tavoitetilamalli

Kunnan tämänhetkiseen palvelutarjontaan lisätessä kartoituksessa ilmenneet palvelujen puutteet ja lisätarpeet sekä sijoittuminen tarkoituksenmukaiselle hoitomuodolle saadaan liitteen 11 kuntakohtainen tavoitetilamalli. Tavoitetilamalliin pohjautuvat kuntakohtaiset hoitopäivän hinnat ovat nähtävissä liitteen 10 tulostaulukossa 2 (hoitopäivän hinnat on laskettu kappaleessa 3.1 kuvatulla menetelmällä tavoitetilan mukaan).

3.3 Hoitopaikkaoptimointi ja sen aiheuttamat kustannusvaikutukset

Nykyinen ja tarkoituksenmukainen hoitopaikkasijoittelu sekä yli-/alisijoittumisen %-osuudet näkyvät liitteessä 8. Yli-, ali- ja tarkoituksenmukaisesta sijoittumisesta aiheutuvat päiväkustannukset on nähtävissä kunnittain liitteen 12 tulomatriiseissa (kunnan tuottamat palvelut). Tulomatriisin alariveiltä nähdään kunnan eri hoitomuotojen päivittäiset kokonaiskustannukset sekä aihoitosta aiheutuvat kustannussäästöt ja ylihoitosta aiheutuvat ylimääräiset kus-

tannukset (samoin päivätasolla). Alihoito voi olla ylihoitoa kalliimpaa ja päinvastoin, mistä johtuen säästöt voivat olla myös positiivisia ja ylimääräiset kustannukset negatiivisia. Yleisesti optimisijoittelulla saatavat säästöt kuvataan tässä matriisissa negatiivisina lukuina ja ylihoidosta aiheutuvat ylimääräiset kulut positiivisina lukuina.

Mikäli esimerkkikunnissa saataisiin optimisijoittelu toteutetuksi, aiheuttaisi se esim. Turun kohdalla n. 23000.00 mk:n päivä- ja n. 8,4 milj. mk:n vuositasoisen säästön. Mikäli kunnat vyöryttävät hoitopäivän hintoihin myös pääomakustannukset (Turussa tehty), nähdään optimisijoittelun avulla lähes todelliset (osa asumista tukevista palveluista jätetty kotihoidon päivä-kustannusten ulkopuolelle), senhetkistä sijoituvuustilannetta vastaavat hoitopäiväkohtaiset kustannussäästöt/ylimääräiset kustannukset.

3.4 Yhteenveto eri hoitomuotojen nyky-/tavoitetilasta ja kustannuksista esimerkkikunnissa

Liitteen 13 pylväsdiagrammissa Asumismuodot esimerkkikunnissa, Nykytila, nähdään kuinka suuri osa esimerkkikuntien 65-vuotta täyttäneestä väestöstä asuu kotona ilman tiedossa olevia palveluja, kotona palvelujen turvin, palvelutaloissa, pienryhmäkodeissa, vanhainkodeissa, hoivakodeissa ja terveyskeskuksen vuodeosastoilla. Saman liitteen pylväsdiagrammi Tavoitetila näyttää tilanteen optimisijoittumisen jälkeen.

Palvelujen piirissä olevien sijoittuminen nähdään liitteen 14 pylväsdiagrammeissa (nykytila ja tavoitetila). Molemmissa pylväsdiagrammi-liitteissä (13 ja 14) nähdään Mini-Suomi-pylväs, esimerkkikuntien painotettuna keskiarvona laskevat sijoittumiset eri hoitomuodoille.

Liitteestä 15 nähdään nyky- ja tavoitetilamallein kunnan 65-vuotta täyttäneiden lukumääräinen sijoittuminen eri hoitomuodoille sekä eri hoitomuotojen päiväkohtaiset kustannukset ja kuntien vanhustenhuollon päivittäiset kokonaiskustannukset. Tässä tulomatriisissa on otettu kustannuksiin mukaan erikoissairaanhoidon kustannukset (Sairaalaliiton v. 1991 tilasto) olettaen, että 65-vuotta täyttänyt väestö käyttää erikoissairaanhoidon palveluja koko väestön suhteessa.

Kunnan nykytila -rivillä nähdään lukumäärätietoa eri hoitomuodoissa olevista kuntalaisista. Nykyiset kustannukset kertovat hoitomuodoittain hoitopäivän hinnan (hoitomuodon kokonaiskustannukset/vrk). Kotona ilman palveluja on myös hinnoiteltu, johtuen erikoissairaanhoidosta aiheu-

tuvista kustannuksista (ESH KUST kertoo vuoden 1991 kunnan asukaskohtaisen erikoissairaanhoidon päiväkustannuksen, Sairaalaliiton tilasto). Tavoitetilasta nähdään optimisijoittelulla aikaansaatujen palvelujen piirissä olevien jakauma eri hoitomuodoille. Tavoitetilan kustannukset näyttävät hoitomuotojen kokonaiskustannukset hoitopäivältä optimisijoittumisen jälkeen. Oletuksena on, että hoitopaikkaoptimoinnilla saavutetaan kunnissa erikoissairaanhoidon kustannuksissa n. 10 %:n säästö (perustuu esimerkkikuntien kokemuksiin).

Vanhustenhuollosta aiheutuvat hoitopäiväkustannukset jokaista kunnan 65-vuotta täyttänyttä ja koko väestöä kohden nähdään tulomatriisin viimeisissä sarakkeissa. Esimerkkikuntien keskenäinen vertailu ei ole mahdollista, johtuen edellä kuvatuista tilastointikäytäntöjen kirjavuudesta sekä kustannusten vyörytysten eri asteista. Esimerkkikuntien painotettuna keskiarvona laskettu Mini-Suomi -malli nähdään tulomatriisin viimeisillä riveillä.

3.5 Vanhustenhuollon hoitoisuusindeksit

Turussa varianssi/kovarianssi- ja multiregressioanalyysillä kehitetyn hoitoisuusindeksin (Vanhusten päivittäisen toiminnan arvioinnin ja kuntoisuusindeksin kehittäminen, Eero Vaissi, Tapio Rajala, Leif Sourander; tulossa julkaisuun) avulla saadaan potilas/asiakaskartoituksissa täytettyjä toimintakykyluokituksia vastaamaan liitteen 16 hoitoisuusindeksit. Hoitoisuusindeksit kertovat, kuinka raskashoitaisia potilaita milläkin hoitomuodolla hoidetaan (mitä suurempi indeksi, sitä raskashoitoisempi hoitomuoto).

Indeksejä on kehitetty Turussa henkilökunnan potilaista tekemän hoitoisuusarvion ja tehtyjen toimintakykyluokitusten vertailuna 2000 potilaan testiaineistolla. Indeksien laskentaa tullaan edelleen tarkentamaan tilastollisella Logit-mallilla, mikä soveltuu tähän tarkoitukseen vielä paremmin.

3.6 Kartoituksen diagnoosijakauma

Liitteen 17 taulukoista nähdään eri hoitomuotojen päädiagnoosijakaumat. Diagnoosijakauma nähdään kansainvälisen tautiluokituksen 17:n pääluokan ryhmittelyllä. Pääluokka VI, Hermoston ja aistimien sairaudet, on jaettu ryhmiin dementia (sarake 06A tulostaulukossa, johon laskettu pääluo-

kan VI koodit 3310A ja 3311A sekä pääluokan V koodit 2900A ja 2941A ja pääluokan VII koodi 4378A; pääluokkaan VI varsinaisesti kuulumattomat koodit 2900A, 2941A ja 4378A vähennetään omien pääluokkiensa lukumäärästä) ja muut hermoston ja aistinelimien sairaudet (06B tulostaulukossa). Pääluokan VII Verenkiertoelinten sairaudet on ryhmitelty seuraavasti: 07A sydänsairaudet (diagnoosikoodit 393-429), 07B aivoverenkiertosairaudet (diagnoosikoodit 430-438) ja 07C muut verenkiertoelinten sairaudet.

Tämän kartoituksen kolmeksi suurimmaksi pääluokaksi nousivat VII Verenkiertoelinten sairaudet (1242 potilasta), V Mielenterveyden häiriöt (808 potilasta) ja VI Hermoston ja aistimien sairaudet (481 potilasta). Diagnooseihin ei olla otettu kantaa 57 %:ssa (5143:ssa) tehdyssä vanhustehuollon kartoituksessa.

3.7 Kuntien vanhustehuollon kustannusten rahoitus

Liitteeseen 18 on laskettu kaikkien Suomen kuntien vanhustehuollon hypoteettiset kustannukset. Kustannukset lasketaan käyttämällä liitteen 15 esimerkkikuntien painotetulla keskiarvolla saatua hoitopäivän tavoitehintaa (asukasta ja kunnan 65-vuotta täyttäneitä kohti) eli ns. Mini-Suomi-mallin tavoitetilaa. Liitteestä 18 näkyvät myös kunnittain arvioidut valtionosuudet. Oletuksena on käytetty 10 %:n tulo-osuutta nettomenojen laskemiseksi.

Tällä vanhustehuollon kustannusten laskentamallilla saadaan Suomen kaikkien kuntien yhteisiksi vanhustehuollon bruttokustannuksiksi (painotettu keskiarvo esimerkkikuntien hoitopäivän hinnasta optimisijoittelun jälkeen) 11,3 miljardia mk, josta valtion osuus on 5,6 miljardia mk. Nykysijoittelulla lasketut valtakuntatasoiset vanhustehuollon kustannukset edellä kuvatulla laskentamallilla laskettuna ovat 12,2 miljardia mk. Voidaan siis todeta, että esimerkkikunnissa tehtyjen potilas/asiakaskartoitusten lopputuloksia valtakuntatasolle ekstrapoloitaessa saadaan karkeasti ottaen n. 1 miljardin mk:n säästö optimisijoittelujen, toisin sanoen laadukkaamman hoidon järjestämisen myötä.

Laskelma on hyvin karkea, sillä kuntaotanta oli suppea, eivätkä kunnat ole vyöryttäneet kustannuksia täysimääräisinä. Valtionsuuslaskennassa oletetaan (kunnista saamiin tietoihin pohjautuen), että bruttomenoista vähennettävien tulojen osuus on n. 10 %, mikä sekin on hyvin karkea arvio. Korvoja ja poistoja ei ole huomioitu (sisältyivät vain harvoihin kuntien antamiin hoitopäivän hintoihin).

3.8 Muut huomiot vanhustenhuollon kartoituksesta

Vanhustenhuollon hoitotilojen saneeraustarvetta esiintyi erityisesti vanhainkodeissa (9:stä kysymykseen kantaa ottaneesta 7:ssä saneeraustarvetta). Palvelutaloissa, pienryhmäkodeissa, hoivakodeissa ja terveyskeskusten osastolla saneeraustarve oli vanhainkoteihin verrattuna hieman vähäisempää (palvelutaloissa/pienryhmäkodeissa 22:sta vastanneesta 7 ilmoitti saneeraustarvetta, hoivatasoisessa hoidossa viidessä kahdeksasta vastanneesta saneeraustarvetta, terveyskeskuksen osastolista yhdessä kahdeksasta kysymykseen kantaa ottaneesta saneeraustarvetta).

Asumista tukevista palveluista (ateria, sauna, pyykki, kuljetus, siivous, iltahoito, yöhoito, intervalli-, päiväsaairaala- ja päivä- ja yöhoitopaikat, turvapalvelu, uudet asunnot ja asunnon muutostyöt) oli eniten lisätarvetta turvapalveluun, yhteensä 268:n turvapuhelimen lisätarve esimerkkikunnissa. Ystäväpalvelua tarvittaisiin 203:lle, siivouspalvelua 109:lle ja saunapalvelua 101:lle 65-vuotta täyttäneelle. Vastaavasti tarvetta uuteen asuntoon oli 25:n kartoitetun kohdalla ja asuntojen muutostöihin 63:n kohdalla. Kaikkiin asumista tukeviin palveluihin ilmeni kartoituksessa lisätarvetta.

4 KEHITYSVAMMAHUOLLON ASIAKASKARTOITUS

Kehitysvammahuollon asiakaskartoitus toteutettiin (pääsääntöisesti otantana) niissä erityishuoltopiireissä, joissa hoidetaan esimerkkikuntien kehitysvammisia. Hämeenkyröstä, Kotkasta, Turusta, Karjalohjalta ja Jalasjärveltä kartoitettiin lisäksi kunnan palvelujen piirissä olevat kehitysvammaiset (pääsääntöisesti otantana). Kaiken kaikkiaan kartoitettiin 727 kehitysvammaista (kunnat ja erityishuoltopiirit yhteensä). Kehitysvammaisten kartoituksia kuvaavissa liitteissä havaittava 8:n asiakkaan epätarkkuus johtuu tallennusvirheistä (8:lla kartoitetulla nykyinen tai tarkoituksenmukainen sijoituspaikka jäänyt tyhjäksi).

4.1 Kuntien ja erityishuoltopiirien yhteistyö

Pääsääntöisesti yhteistyö koettiin ongelmattomaksi. Useinmiten kehitysvammaisten asiakkaiden hoidon suunnittelua ja seurantaa tehdään kunnan ja erityishuoltopiirin yhteistyönä kuitenkin

liian vähän, jolloin kunta ja erityishuoltopiiri toimivat useimmiten omien palvelujensa tuottajina osittain tai lähes täysin toisistaan tietämättä. Ongelmasta ollaan tietoisia, ja tehdyissä haastatteluissa tuli ilmi yhteiskäyttöisten tietojärjestelmien tarpeellisuus.

Kehitysvammaisen yksilön kokonaisuuden hallinta on kunnan sisäinen ongelma, mikä kasvaa kunnan koon kasvaessa. Kartoitusta tehtäessä sama potilas saatettiin kartoittaa useiden hoitoon osallistuvien henkilöiden toimesta.

Esimerkkikuntien kokemukset pitkään erityishuoltopiirin laitoshoidossa olleiden kehitysvammaisten kotiuttamisesta kunnan palveluasumisen piiriin vaihtelivat suuresti. Kuntien kokemissa karkeimmissa esimerkeissä kotiutettavaa hoitanut henkilökunta oli vastustanut siirtoa kehitysvammaisen läsnä ollessa dramatisointiin asti. Erityishuoltopiireissä vastaavasti koettiin huolta hyvän hoidon tason säilyttämisestä kotiutusten jälkeen.

4.2 Kehitysvammaisten palvelutarjonta ja palveluissa havaitut puutteet ja lisätarpeet

Liitteen 3 asiakaskartoituksella kartoitettiin kehitysvammaisten palveluja ja niissä havaittuja tarpeita. Erityishuoltopiirien tekemien kartoitusten tulokset ovat kuntakohtaisesti nähtävissä liitteessä 19 (viimeisillä sivuilla kunnittainen yhteenveto). Kuntien omien palvelujen piirissä olevista kehitysvammaisista tekemät palvelujen nykytila/puute -kartoitukset näkyvät kunnittain liitteessä 20 (yhteenveto viimeisillä sivuilla).

Turun osalta Varsinais-Suomen erityishuoltopiiri kartoitti laitoksissa ja kotona asuvista palvelujen piirissä olevista kehitysvammaisista joka kolmannen, ja asuntoloista ja hoitoasuntoloista kaikki asukkaat. Kotkalaisten kehitysvammaisten kartoitus toteutettiin kunnan ja erityishuoltopiirin yhteistyönä, ja otantaan otettiin eri hoitomuodoilta joka toinen asukas. Karjalohjan kartoitus toteutettiin myös erityishuoltopiirin ja kunnan yhteistyönä. Hämeenkyröstä, Jalasjärveltä, Liedosta, Marttilasta, Tarvasjoelta ja Koski TL:stä kartoitettiin kaikki erityishuoltopiirien palvelujen piirissä olevat kehitysvammaiset. Lisäksi Hämeenkyröstä, Jalasjärveltä ja Turusta kartoitettiin kunnan tuottamia palveluja.

Kehitysvammaisten asiakaskartoitukset tehtiin käyttämällä eri hoitomuodoista seuraavia lyhenteitä:

koti/koti2	kotihoito (oma koti tai vanhempien luona)
perhe	perhehoito
pt	palvelutalo
as	asuntola ilman ympärivuorokautista henkilökuntaa
has	hoitoasuntola, jossa ympärivuorokautinen henkilökunta
mlla	muu laitoshoido
psyk	psykiatrinen erikoishoito
kla	keskuslaitoshoido.

Erityishuoltopiirien kartoituksista voidaan todeta, että 121:stä kartoitetusta laitoshoidossa olevasta potilaasta 39 (32 %) oli epätarkoituksenmukaisella hoitopaikalla. Tarkoituksenmukainen hoitopaikka laitoksen sijaan olisi 18:lla hoitoasuntola (46 %), 8:lla asuntola (21 %), ja 10:llä koti-/perhehoito (26 %). Yksi potilas oli alihoitossa, ja muun laitoshoidon sijaan olisi vaatinut keskuslaitossijoittamista. Kahden keskuslaitoksessa asuvan kehitysvammaisen tarkoituksenmukainen sijoituspaikka olisi ollut muu laitos.

Kaiken kaikkiaan 402:sta kartoitetusta 144 oli epätarkoituksenmukaisella sijoituspaikalla (36 %). Kotona asuvasta 186:sta oli alihoitossa 98 (53 %). Heidän kohdallaan tarkoituksenmukainen sijoituspaikka olisi ollut oma koti (pois vanhempien luota) 7:n, palvelutalo 1:n, asuntola 45:n, hoitoasuntola 42:n, muu laitos 1:n ja keskuslaitos 2:n kohdalla. Perhehoidossa olevista 28,6 % oli alihoitossa (kaksi seitsemästä). Asuntoloissa ja hoitoasuntoloissa sijoittuminen oli 94 %:sti tarkoituksenmukaista.

Asumista tukeviin palveluihin ei ilmennyt mainittavasti lisätarvetta (eniten puutetta kerho- paikoista eli 39 kartoitetulla).

Kunnan palvelujen piirissä olevista tehty kartoitus osoittaa (yhteensä 325 kartoitettua), että 47 kartoitettua kehitysvammaista (14,5 %) oli alihoitossa (heistä 35 alihoitossa kotona ja 7 alihoitossa sijoitusperheessä, 3 asuntolassa, 1 hoitoasuntolassa ja 1 muussa laitoksessa) ja 7 ylihoitossa (2 %) (3 ylihoitossa asuntolassa, 1 hoitoasuntolassa ja 3 muussa laitoksessa).

Kuntien palvelutarjonta ja siinä ilmenneet puutteet/palvelujen lisätarpeet on nähtävissä kuntain liitteessä 20. Palveluista suurimpia

ryhmiä ovat taloudellinen apu, työtoimintapaikat, kerhopaikat ja opetuspaikat. Puutetta ilmeni eniten ryhmissä lyhytaikaishoitopaikat ja tukihenkilökäynnit. Kuntien kartoituksessa kävi ilmi, että 325:stä kartoitetusta 30,5 %:lla oli puutteita (99:llä), josta tarkoituksenmukaisen sijoituspaikan puuttuminen edustaa 47,5 %:ia.

4.3 Palvelujen tavoitetilamalli

Palvelujen tavoitetilamallissa (liite 21 erityishuoltopiirit, liite 22 kunnat) on kehitysvammahuollon kartoituksessa havaitut epätarkoituksenmukaiset sijoittumiset korjattu ja palvelujen puutteet ja lisätarpeet lisätty nykypalvelutarjontaan.

4.4 Hoitopaikkaoptimointi ja sen aiheuttamat kustannusvaikutukset

Erityishuoltopiirien tekemien kehitysvammaisten otantaan perustuvien kartoitusten oikein/väärin sijoittuminen yli-/alisijoittuvuus %:neen nähden liitteestä 23.

Erityishuoltopiireissä (387 kartoitettua) yli-/alihoidosta aiheutuvat kustannussäästöt/ylihoidosta aiheutuneet ylimääräiset kustannukset ovat nähtävissä kuntien yhteenvedona liitteestä 24 (tulomatriisi 1). Voidaan havaita, että kartoitettujen potilaiden päiväkustannus on n. 113000 mk, ja jotta hoito voitaisiin toteuttaa optimaalisesti tarvittaisiin päivässä n. 29000 mk:n lisärahoitus (kustannukset laskettu nykytilan päiväkustannusten mukaan). Kuntien kartoituksessa (321 kartoitettua) vastaavasti päiväkustannus olisi n. 62800 mk, ja optimitilanteessa lisärahoitustarve 13800 mk/vrk (liite 24, tulomatriisi 2).

Erityishuoltopiirien ja kuntien painotettuna keskiarvona laskettu vuosittainen lisärahoitustarve koko Suomen palvelujen piirissä olevien kehitysvammaisten osalta (19300 kehitysvammaista) on tällöin n. 0,4 miljardia mk. Lisärahoitustarve syntyy asumista tukevien palvelujen lisätarpeesta (yksikköhinnat korkeat) sekä erityisesti asuntola- ja hoitoasuntolatyyppisten hoitomuotojen lisätarpeesta (hoitopäivän hinnat tukipalveluineen ovat keskuslaitosten hintoja korkeammat).

Eri sijoituspaikkojen hinnoissa on mukana hoitopäivän hinnat sekä asumista tukevista palveluista työtoiminta, aikuisten ja lasten päivähoitopaikat, kerhot, lyhytaikaishoitopaikat ja ope-

tuspaikat. Sensijaan taloudellinen apu (saanti ja siinä ilmenneet puutteet) ja uusi asunto on jätetty tarkastelun ulkopuolelle samoin kuin kehitysvammaaneuvolakäynneistä ja kotihoidonohjaajien käynneistä aiheutuneet kulut (kirjaaminen kartoituksessa epätarkkaa).

4.5 Kartoituksen diagnoosijakauma

Kansainvälisen tautiluokituksen pääluokan XIV, Synnynnäiset epämuodostumat, diagnoosijakauma on nähtävissä hoitomuodoittain erityishuoltopiirin kartoituksen osalta liitteestä 25 ja kuntien osalta liitteestä 26.

Tieto päädiagnoosista puuttui 194:stä eli 59,5 %:sta kuntien ja 16:sta erityishuoltopiirin kartoituksesta (4 %). Synnynnäisten epämuodostumien pääluokkaan kirjattiin kaikkiaan vain 22 päädiagnoosia, muihin pääluokkiin kaikkiaan 496. Diagnoosit jakautuivat eniten pääluokkaan V eli Mielenterveyden häiriöt (yhteensä 430 diagnoosia). Hermoston ja aistimien sairaudet on kirjattu päädiagnoosiksi 25:llä kehitysvammaisella.

4.6 Toimintakykyjakauma eri hoitomuodoissa

Kartoitettujen kehitysvammaisten toimintakykyä mitattiin asiakaskartoitus-lomakkeen mukaisella luokituksella (liite 3).

Turun kehitysvammaisten (erityishuoltopiirin kartoitus) toimintakyky-yhteenveto hoitomuodoittain näkyy liitteessä 27.

Eri hoitomuodoissa asuvien kehitysvammaisten toimintakykyä verrattaessa havaitaan kuulon ja näön pisteytysjakauman käyttäytyvän samansuuntaisesti hoitomuodosta riippumatta. Laitoshoidossa olevista potilaista puhumattomien osuus on selvästi muita hoitomuotoja suurempi samoin kuin virtsaamisen ja ulostamisen omatoimisuus on laitoshoidossa vähäisempää kuin asuntoloissa ja kotona asuvilla. Pyörätuolipotilaiden ja vuodepotilaiden määrä kasvaa merkittävästi laitoshoidossa olevia koti- ja asuntolahoidossa oleviin verrattuna. Syötettävien, pestävien, puettavien ja niiden, joille lääkkeen otto on valvottava määrä on laitoksissa jonkin verran suurempi kuin kotona tai asuntoloissa asuvien keskuudessa.

Tässä tutkimuksessa ei ollut käytössä kehitysvammahuollon toimintakykyluokituksista saatavaa hoitoisuusindeksiä (vastaavaa kuin vanhutenhuol-

lossa). Kuntien kehitysvammahuollon edustajat kokivat tarvetta indeksin kehittämiseksi.

4.7 Muut huomiot kehitysvammahuollon kartoituksessa

Kehitysvammahuollon palveluja tarjotaan asianmukaisissa tiloissa, joissa saneeraustarvetta ei juurikaan esiintynyt.

Kunnissa on selvästi havaittavissa palvelurakenteen uudistamistarvetta myös kehitysvammahuollon osalta, ja kunnan omia palvelutalo/asuntola-tyyppisiä hoitomuotoja mietitään vaihtoehdoksi erityishuoltopiirin laitoshoidolle. Kehitysvammaisten kotiuttamista kunnan palvelujen piiriin on jo toteutettu esim. Hämeenkyrössä, Jalasjärvellä, Karjalohjalla ja Kotkassa. Kuntien kokemukset kehitysvammaisen kotiutumisesta uuteen ympäristöön ovat myönteisiä.

5 PSYKIATRISEN ERIKOISHOIDON POTILASKARTOITUS

Psykiatrisen erikoishoidon potilaskartoitus suoritettiin Hämeenkyrössä, Kotkassa, Turussa ja Jalasjärvellä. Turussa ja Kotkassa kartoitettiin avohoidossa (lähinnä mielenterveystoimistojen palvelujen käyttäjiä) olevista potilaista 10 %:n tasaväliotanta sekä asuntola- ja kuntoutumiskotipotilaat sekä laitoshoidossa olevat potilaat kokonaisuudessaan (yhden päivän otanta). Hämeenkyrössä kartoitettujen tulosteissa näkyvien potilaiden lisäksi kartoitettiin psykiatrisen laitoshoidon potilaat (yhden päivän otanta, yhteensä 3, kaikki tarkoituksenmukaisesti laitoksessa) eivät näy liitteiden tulostaulukoissa, sillä kartoituslomakkeet palautettiin liian myöhään. Jalasjärvi kartoitti lisäksi kunnan tarjoamat palvelut.

Talletetuissa potilaskartoituslomakkeista 12:ssa on virheitä sijoitustiedoissa, mistä aiheutuvat psykiatrisen kartoituksen tilastoissa havaittavat epätarkkuudet.

5.1 Psykiatrisen erikoishoidon seurannassa havaitut muutokset

Sosiaali- ja terveyshallituksen kaikista kunkin vuoden viimeisenä päivänä sairaalassa sisäänkirjoitettuna olleista potilaista tekemiin kartoituksiin perustuva julkaisu SVT Terveys 1992:7, Psykiatristen sairaansijojen potilaslaskenta 1984 - 1991 (Katriina Kuusi, Anne Lounamaa) osoittaa sekä sairaansijojen että psykiatristen

potilaiden määrissä selvää laskua. Vuonna 1980 saavutettu psykiatristen sairaansijojen huippumäärä, 4.2 sairaansijan tuhatta asukasta kohti, on laskenut vuonna 1991 2.1:een sairaansijaan. Vastaavasti psykiatristen potilaiden määrä 1000:tta asukasta kohti on laskenut 3.6:sta 1.7:ään (ei kuitenkaan kerro tilannetta vuoden jokaisena päivänä laskentapäivästä, 31.12, joh-tuen).

Psykiatristen potilaiden määrä on vähentynyt kaikissa ikäryhmissä. Suurinta muutos on ollut 65-vuotta täyttäneiden kohdalla. Vuonna 1983 65-vuotta täyttäneiden psykiatristen potilaiden määrä oli 56563, vuonna 1991 vastaavasti 2521. Suhteellinen muutos vuodesta 1983 vuoteen 1991 on -55 %.

5.2 Psykiatrisen erikoishoidon muodot ja niissä havaitut puutteet ja lisätarpeet

Tässä tutkimuksessa kartoitettiin kaikkiaan 1002 psykiatrisen erikoishoidon potilasta. Lisäksi Jalasjärvi kartoitti kunnan palvelujen piirissä olevat 28 potilasta.

Psykiatrisissa potilaskartoituksissa käytettiin seuraavia hoitomuoto-lyhenteitä:

koti/koti2	kotihoito (oma koti tai vanhempien luona)
pt	palvelutalo
as	asuntola
pk	pienkoti
kkoti	kuntoutumiskoti
mlla	muu laitoshoido
ps/koti	päiväsairaala/päiväosastopotilas (osa vuorokaudesta/viikosta sairaalassa, loppuaika kotona)
kos	sairaalan kuntoutumisosasto
aos	sairaalan akuuttiosasto.

Tehdystä potilaskartoituksesta nähdään, että 125 (12,5 %) kartoitetusta 1002 potilaasta oli väärällä sijoituspaikalla. Heistä väärin sijoittuneena laitoksessa oli 76 (25,5 %) kartoiteesta 296:sta laitoshoidossa olevasta potilaasta. Laitoshoidossa alihoitossa oli 5 potilasta (muu

laitoshoito), loput 71 olivat ylihoidossa. Tarkoituksenmukainen hoito olisi 12:lla psykiatrisen hoidon sijaan ollut muussa laitoksessa, 16:lla akuutin osaston sijaan kuntoutusosastolla, koti olisi ollut tarkoituksenmukainen sijoituspaikka 13:llä ja palvelutalo/asuntola/kuntoutumiskoti yhteensä 15:llä. Loput väärin sijoituneet olivat muussa laitoshoidossa ylihoidettavia psykiatrisia potilaita.

Uuden hoitopaikan tueksi tarvittiin erilaisia asumista tukevia palveluja. Eniten tarvetta oli terapeuttisiin- ja yleisiin suojatyöpaikkoihin ja muuhun sosiaaliseen toimintaan. Uusi asunto puuttui kaikkiaan 64:ltä kartoitetulta psykiatriselta potilaalta.

Kotihoidossa olevista 559:stä kartoitetusta 3.7 % oli alihoidossa. Kotona asumisen tueksi tarvittaisiin ensisijaisesti lisää työtoimintapaikkoja ja sosiaalista kerhotoimintaa sekä ammattikoulutusta/kursseja.

Psykiatrisen kartoituksen nykypalvelut ja palvelujen puutteiden/lisätarpeiden jakautumat nähdään liitteestä 28.

5.3 Hoidon ja palvelujen tavoitetilamalli

Liitteestä 29 nähdään kunnittain (viimeisellä sivulla kuntien yhteenveto) hoidon ja palvelujen ideaalitilanne.

5.4 Hoitopaikkaoptimointi ja sen aiheuttamat kustannusvaikutukset

Kuntakohtainen psykiatristen potilaiden sijoittuminen eri hoitomuodoille yli/alisijoittuvuusprosentteineen nähdään liitteen 30 tulostaulukoissa.

Yli/alihoidosta aiheutuvia kustannusvaikutuksia tullaan tarkastelemaan tässä raportissa pelkästään hoitopäivän hintoina, jolloin asumista tukevista palveluista esim. terapeuttisesta suojatyöpaikasta, toimintakeskuspaikasta, ammattikoulutuksesta, yleisestä suojatyöpaikasta ja sosiaalisen kerhotoiminnasta aiheutuvia kustannuksia ei oteta huomioon (asumista tukevien palvelujen yksikkökustannukset olivat saatavissa vain yhden kunnan osalta, tällöinkin vain osasta palveluja).

Liitteen 31 tulostaulukosta nähdään kartoituksen nykytilanteen yli-/alihoidosta aiheutuvat päivittäiset kustannussäästöt/ylimääräiset kustannukset (kunnat yhteensä). Havaitaan, että laitoshoidon optimoimalla saavutettaisiin n. 38000

mk:n päiväsäästö (yht. 296 potilasta), mikä valtakuntatasolle peilattaessa tarkoittaa n. 450 milj. mk:n vuositasoista säästöä (oletuksena, että psykiatrisista sairaansijat 2.1/1000 asukasta ovat täynnä 90 %:sti). Avohuollon kartoituksessa päinvastoin tarvittaisiin n. 280 milj. mk:n lisärahoitus hoidon optimoimiseksi (laskettu 100000:n avohoitopotilaan mukaan). Koska tässä tutkimuksessa kustannuslaskentaa tehdään ilman asumista tukevien palvelujen kustannuksia, ovat lopputulokset karkeasti suuntaa antavia.

5.5 Kartoituksen diagnoosijakautuma

Päädiagnoosit jakoutuivat tautiluokituksen pääluokkaan V Mielenterveyden häiriöt liiteen 32 mukaisesti (viimeisenä kunnittainen yhteenveto). Kolme suurinta pääluokan alaluokkaa olivat 295** eli skitsofreeniset häiriöt (408 potilasta), 296** eli vakavat mielialahäiriöt (137 potilasta) ja 300** eli neuroosit (107 potilasta). Muut alaluokat yhteensä 255 potilasta, tietoa ei ilmoitettu 73:n potilaan kodalla ja muu kuin psykiatrinen päädiagnoosi havaittiin 26:lla potilaalla.

5.6 Psykiatrisen erikoishoidon tarkastelua

Psykiatrista laitoshoidoa kartoitettiin yhden päivän laitoshoitopotilaiden poikkileikkauksena. Tuloksia tarkasteltaessa kävi ilmi, että kartoituksen toteuttajat olivat useilla osastoilla arvioineet tarkoituksenmukaisen sijoituspaikan pitkällä aikavälillä. Asia varmistettiin, koska näytti siltä, että yhdessä kunnassa lähes kaikki laitoshoitoon sijoittuneet psykiatriset potilaat olivat laitoksessa väärin perustein. Kun tulkin-tavirhe oli tullut esille, oli Jalasjärven laitoshoidon potilaiden tiedot jo talletettu, eikä niissä käytettyä tulkintaa ole jälkikäteenkään varmistettu (kartoituspäivästä oli kulunut jo yli kuukausi, joten se ei olisi kenties edes ollut enää muistissa).

Turun ja Kotkan osalta tietojen oikeellisuus pyrittiin tarkistamaan puhelimitse osastoittain. Ongelmana olivat käytössä olevat sijoituspaikkalyhenteet (AOS, KOS), sekä tietojen kirjaaminen pelkän syntymäajan perusteella. Vaikeuksista huolimatta syntyi tuntuma, että kaikkien potilaiden sijoituspaikkatiedot saatiin varmistettua, joskin jokunen ylisijoittuminen on saattanut jäädä korjaamatta.

Osastoihin tehdyissä yhteydenotoissa kävi ilmi, että potilaat, jotka oli kirjattu väärin laitoshoidossa oleviksi (tarkoituksenmukaisen sijoituspaikan olisi pitänyt olla koti), olivat kotiutuneet heti kartoituksen suorittamisajankohdan jälkeen. Myös tämänkaltaiset potilaat kirjautuivat tässä raportissa väärälle hoitopaikalle.

POTILAS/ASIAKASKARTOITUS

1. Kuntanro | | | | |2. Sukupuoli 1 mies 3. Henkilötunnus: | | | | | | | | | | | | | | | | |
(ympyröi) 2 nainen

Nimi: _____

Diagnoosit (kansainvälisen tautiluokituksen mukaan, lääkäri täyttää):

4. | | | | | | päädiagnoosi
5. | | | | | | 2. diagnoosi
6. | | | | | | 3. diagnoosi

TOIMINTAKYKY:

7. Näkö 1=norm 2=heikkon 3=sokea
8. Kuulo 1=norm 2=huonok 3=kuuro
9. Puhe 1=norm 2=epäselv 3=afasia
10. Liike 1=norm 2=epävarm 3=kaatuilu 4=teline 5=talutet 6=itse pyörä-
7=nostettava pyörätuoliin 8=vuode tuoliin
11. Virtsa 1=norm 2=kastelu 3=katetri
12. Uloste 1=norm 2=alle 3=tuhriva 4=toimitettava
13. Syönti 1=itse 2=autett 3=syötett 4=letku
14. Lääke 1=itse 2=jaettav 3=valvott
15. Pukem. 1=itse 2=autett
16. Pesem. 1=itse 2=autett
17. Muisti 1=norm 2=alentun 3=muistamat
18. Psyyke 1=norm 2=masent 3=agress 4=sekava 5=häiritsevä 6=harhailu
7=kontaktkyvytön 8=muu: _____
19. Yht.om 1=päiv 2=viikot 3=kuukausit 4=ei kont 5=eristäytyvä

SIJOITUSTIEDOT:

20. Nykyinen sijoituspaikka..: _____
21. Potilaan sijoitusp.toive.: _____
22. Omaisten sijoitusp.toive.: _____
23. Tarkoituksenmukainen si-
joituspaikka (hoitohenk.): _____

NYKYPALVELUT:

24. KOTIPALVELU KÄY: _____ (kirjataan numerolla 1, 2, 3 ...) (1 tarkoittaa, että kotipalvelu käy viikottain, 2 joka toinen viikko, 3 joka kolmas jne)

KOTIPALVELUN KÄYNTTEJÄ SEURAAVASTI (käyntien yhteenlaskettu lkm arkipäivinä ja viikonloppuna päivällä, illalla, yöllä):

		MA - PE	LA - SU
kello	8-16	25. _____	28. _____
	16-22	26. _____	29. _____
	yö	27. _____	30. _____

31. KOTISAIRAANHOITO KÄY: _____ (kirjataan numerolla 1, 2, 3 ...) (1 tarkoittaa, että kotisairaanhoito käy viikottain, 2 joka toinen viikko jne)

KOTISAIRAANHOIDON KÄYNTTEJÄ SEURAAVASTI (käyntien yhteenlaskettu lkm arkipäivinä ja viikonloppuna päivällä, illalla, yöllä):

		MA - PE	LA - SU
kello	8-16	32. _____	35. _____
	16-22	33. _____	36. _____
	yö	34. _____	37. _____

TUKIPALVELUJEN SAANTI (1=saa palvelua, 0=ei saa):

38. ateriapalvelu _____ 39. saunapalvelu _____ 40. pyykkipalvelu _____
 41. kuljetuspalvelu _____ 42. siivouspalvelu _____ 43. muita tukipalv _____
 mitä muita tukipalveluja? _____
-

MUUT NYKYPALVELUT (1=saa palvelua, 0=ei saa):

44. INTERVALLIPAIKKA.: _____ 45. PÄIVÄSAIRPAIKKA: _____ 46. YÖHOITOPAIK.: _____
 47. PÄIVÄHOITOPAIKKA.: _____ 48. YSTÄVÄPALVELU..: _____ 49. TURVAPUHELIN: _____
 50. TALOUDEL. APU.....: _____ mk/kk
 51. SAANUT UUDEN AS...: _____ 1=taval.asunto 2=palveluasunto 3=vammaisasunto
 52. TEHTY AS. MUUTOST: _____
 mitä muutostöitä?: _____
-
53. SAA MUITA PALV...: _____
 mitä palveluja?...: _____
-

PUUTTEET:

54. KOTIPALVELUA PUUTTUU: _____ (kirjataan numerolla 1, 2, 3...) (1 tarkoittaa että kotipalvelua puuttuu viikottain, 2 joka toinen viikko jne.)

KOTIPALVELUN KÄYNTEJÄ PUUTTUU SEURAAVASTI (käyntien yhteenlaskettu lkm arkipäivinä ja viikonloppuna päivällä, illalla, yöllä):

		MA - PE	LA - SU
kello	8-16	55. _____	58. _____
	16-22	56. _____	59. _____
	yö	57. _____	60. _____

61. KOTISAIRAANHOITOA PUUTTUU: _____ (kirjataan numerolla 1, 2, 3...) (1 tarkoittaa, että kotis.hoitoa puuttuu viikottain, 2 joka toinen viikko jne.)

KOTISAIRAANHOIDON KÄYNTEJÄ PUUTTUU SEURAAVASTI (käyntien yhteenlaskettu lkm arkipäivinä ja viikonloppuna päivällä, illalla, yöllä):

		MA - PE	LA - SU
kello	8-16	62. _____	65. _____
	16-22	63. _____	66. _____
	yö	64. _____	67. _____

TUKIPALVELUJEN PUUTE (1=puuttuu palvelua, 0=ei puutu):

68. ateriapalvelu _____ 69. saunapalvelu _____ 70. pyykkipalvelu _____
 71. kuljetuspalvelu _____ 72. siivouspalvelu _____ 73. muita tukipalv _____
 mitä muita tukipalveluja? _____
-

MUUT PUUTTEET (1=puuttuu palvelua, 0=ei puutu):

74. INTERVALLIPAIKKA...: _____ 75. PÄIVÄSAIRPAIK.: _____ 76. YÖHOITOPAIK.: _____
 77. PÄIVÄHOITOPAIKKA...: _____ 78. YSTÄVÄPALVELU.: _____ 79. TURVAPUHELIN: _____
 80. TALOUDEL. APU.....: _____ mk/kk
 81. PUUTTUU UUSI AS...: _____ 1=taval.asunto 2=palveluasunto 3=vammaisasunto
 82. PUUTTUU AS.MUUTOST: _____
 mitä muutostöitä?..: _____
-
83. PUUTTUU MUITA PALV: _____
 mitä palveluja?...: _____
-

VANHUSTENHUOLLON PALVELURAKENNE

Kunnassa käytössä olevat hoitom muodot

1. KOTIHOITO

	vanhustenhuollon kotikäyntien lkm -91	vanhustenhuollon henkilökuntaa -91	vanhustenhuollon asiakkaita -91	vanhustenhuollon kustannuks. yht. -91
kotipalvelu				
kotisairaanhoido				

Sisältyykö kokonaiskustannuksiin hallinnon, huoltotoimintojen tai yhteisten palvelutoimintojen kustannuksia?

1 KYLLÄ 2 EI

Jos, niin missä laajuudessa?

Kotipalvelujen vanhustenhuollon kustannuksista avustusten osuus on _____ mk.

VANHUSTENHUOLLON PALVELURAKENNE

Kunnassa käytössä olevat hoitomuodot

3. PIENRYHMÄKOTI/PIENRYHMÄKOTEJA

Pienryhmäkodin nimi	Hoitosija-määrä -91	Henkilök. yht. -91 1)	Kokonais-kust. -91	Hoitopv. yht. -91	Hoitopv:n hinta -91	Vyörytys K/E 2)	Hoitosij. sulj. -91 3)	Kun. hoit.-päiviä 4)	Palveluja antaa 5)	Omistus 6)	Saneeraus-tarve K/E

1) Mikäli palvelut hoidetaan ilman vakituista henkilökuntaa, kirjataan ko. sarakkeeseen viikottainen palvelunsaanti tunteina (työntekijöiden yhteenlaskettu työtuntimäärä yhden viikon ajalta). Mikäli sekä vakituista että osa-aikaista kirjataan esim. 3 + 15 t eli 3 vakituista työntekijää, minkä lisäksi 15 tuntia viikossa osa-aikaisten toimesta.

2) Sisältykö kokonaiskustannuksiin a) pääoma-, b)hallinnon, c)huoltotoimintojen tai d)yhteisten palvelu-toimintojen kustannuksia? (täyttö esim. K a+b)

3) Yhteenlaskettu vuorokausi-määrä 5) a kunta b kuntaliitto c yhd./säätiö/yksityinen d kunta ostaa ostopalveluna e kuntainl. ostaa ostopalv.

4) Tutkittavan kunnan v. 1991 käyttämät hoitopäivät yht. 6) a omistusasuntoja b kunnan omistamia asuntoja c kl:n omistamia asuntoja d yhd./säätiön/yksit. omist. as.

VANHUSTENHUOLLON PALVELURAKENNE

Kunnassa käytössä olevat hoitomuodot

4. VAINHAINKOTI/VANHAINKOTEJA (HUOM! Edellytyksenä ympärivuorokautinen henkilökunta)

Vanhainkodin nimi	Hoitosija- määrä -91	Henkilök. yht. -91	Kokonais- kust. -91	Hoitopv. yht. -91	Hoitopv:n hintaa -91	Vyörytys K/E 1)	Hoitosij. sulj. -91 2)	Kun. hoit.- päiviä 3)	Palveluja antaa 4)	Omistus 5)	Saneera- ustarve K/E

1) Sisältyykö kokonaiskustannuksiin a) pääoma-, b)hallinnon, c)huolto toimintojen tai d)yhteisten palvelu- toimintojen kustannuksia? (täyttö esim. K a+b)

2) Yhteenlaskettu vuorokausi- määrä

- 4) a kunta
b kuntainliitto
c yhd./säätiiö/yksityinen
d kunta ostaa ostopalveluna
e kuntainl. ostaa ostopalv.

- 5) a omistusasuntoja
b kunnan omistamia asuntoja
c kl:n omistamia asuntoja
d yhd./säätiiön/yksit. omist. as.

VANHUSTENHUOLLON PALVELURAKENNE

Kunnassa käytössä olevat hoitomuodot

5. HOIVAKOTI/HOIVAKOTEJA/HOIVAOSASTO/HOIVAOSASTOJA (HUOM! Edellytyksenä ympärivuorokautinen henkilökuunta)

Hoivakodin/-osaston nimi	Hoitosijamäärä -91	Henkilök. yht. -91	Kokonaiskust. -91	Hoitopv. yht. -91	Hoitopv:n hinta -91	Vyörytys K/E 1)	Hoitosij. sulj. -91 2)	Kun. hoit.-päiviä 3)	Palveluja antaa 4)	Omistus 5)	Saneerustarve K/E

1) Sisältykö kokonaiskustannuksiin a) pääoma-, b)hallinnon, c)huoltotoimintojen tai d)yhnteisten palvelutoimintojen kustannuksia? (läytö esim. K a+b)

2) Yhteenlaskettu vuorokausimäärä 4) a kunta b kuntainliitto c yhd./säätö/yksityinen d kunta ostaa ostopalveluna e kuntainl. ostaa ostopalv.

3) Tutkittavan kunnan v. 1991 käyttämät hoitopäivät yht.

5) a omistusasuuntoja b kunnan omistamia asuuntoja c kl:n omistamia asuuntoja d yhd./säätön/yksit. omist. as.

VANHUSTENHUOLLON PALVELURAKENNE

Kunnassa käytössä olevat hoitomuodot

6. TERVEYSKESKUKSEN OSASTO/OSASTOJA

Osaston nimi	Hoitosija- määrä -91	Henkilök. yht. -91	Kokonais- kust. -91	Hoitopv. yht. -91	Hoitopv:n hinta -91	Vyörytys K/E 1)	Hoitosij. sulj. -91 2)	Kun. hoit.- päiviä 3)	Omistus 4)	Saneera- ustarv K/E

- 1) Sisältykö kokonaiskustannuksiin a) pääoma-, b) hallinnon, c) huoltotoimintojen tai d) yhteisten palvelu-
toimintojen kustannuksia? (täyttö esim. K a+b)
- 2) Yhteenlaskettu vuorokausimäärä
- 3) Tutkittavan kunnan v. 1991 käyttämät hoitopäivät yht. 4) a kunta b kuntainliitto

VANHUSTENHUOLLON PALVELURAKENNE

Kunnassa käytössä olevat hoitomuodot

8. KESKUSSAIRAALAN/ALUESAIRAALAN ERIKOISLÄÄKÄRITASOINEN HOITO

HUOM! KIRJATAAN TUTKITTAVAN KUNNAN KESKUSSAIRAALAN/ALUESAIRAALAN KÄYTTÖ!

Sair/os. nimi	hoitojaksojen määrä yhteensä - 91	hoitopvien määrä hoi tojaksoissa yht. - 91	hoitojaks. hoidettuja asiakkaita yht. - 91	kustannukset yhteensä - 91	hoitopäivän hinta -91
<= 30 pv:n hoitojaks, kaikki ikäryh					
<=30 pv:n hoitojaks., 65-74 vuot.					
<=30 pv:n hoitojaks., 75-84 vuot.					
<=30 pv:n hoitojaks., 85 tai yli v.					

Sair/os. nimi	hoitojaksojen määrä yhteensä - 91	hoitopvien määrä hoi tojaksoissa yht. - 91	hoitojaks. hoidettuja asiakkaita yht. - 91	kustannukset yhteensä - 91	hoitopäivän hinta -91
yli30 pv:n hoitojaks, kaikki ikäryh					
yli30 pv:n hoitojaks., 65-74 vuot.					
yli30 pv:n hoitojaks., 75-84 vuot.					
yli30 pv:n hoitojaks., 85 tai yli v.					

VANHUSTENHUOLLON PALVELURAKENNE

Kunnassa käytössä olevat asumista tukevat palvelut

PALVELU	Tuotetaan K/E	Palvelua tuotettu -91 yhteensä kpl	Palvelun piiriin kuulunut -91 yht. as.	Palveluja tuottaa 1)	Lisätarvetta K/E	Monelleko asiakkaalle palvelun lisätarve?	Palvelun tuottamisen yksikkö tai kok.kust.
Ateriapalvelu							
Pyykkipalvelu							
Sosiaalihuollon mukainen kuljetuspalvelu							
Vammaispalvelulain mukainen kuljetuspalvelu							
Siivouspalvelu							
Saunapalvelu							
Yöhoito							
Iltahoito							

1) a1= kunta/sos. a2=kunta/terv. a3=kunta/sos.+terv. b1=kl./sos. b2=kl./terv. b3= kl./sos.+terv. c=yhd./säätö/yksityinen
d=kunta ostaa ostopalveluna e=kuntainliitto ostaa ostopalveluna

PALVELU	Tuotetaan K/E	Yhteensä kpl	Toiminta keskim. päivänä viikossa	Käyttöaste %:na	Lisätarvetta K/E	Monelleko paikalle lisätarvetta?	Palvelua tuotet. yht	Palvelun piir as yht	Yksikkökustannus
Päiväsairaalaipaikkoja									
Päivähoitopaikkoja									
Intervalli/lyhytaikaishoitopaik.									
Yöhoitopaikkoja									
Päivä/palvelukeskuspaikkoja									

Turvapalvelun piirissä
Vanhuksille hankittuja asuntoja
Tehty asunnon muutostöitä

asiakasta, lisätarve kpl, lisätarve asuntoon, lisätarve

asiakkaalle asuntoa asunnon muutostyöille

VANHUSTENHUOLLON PALVELURAKENNE

Kunnassa käytössä olevat asumista tukevat palvelut

MAKSETTAVAN KOTIHOIDON TUEN MARKKAMÄÄRÄT JA MONELLEKO NIITÄ MAKSETAAN

	I luokka		II luokka		III luokka	
	MK	KPL	MK	KPL	MK	KPL
Kotihoidon tuki yhteensä						
ei valtionosuut. oikeuttavaa						
valtionosuuteen oikeuttavaa						

ASIAKASKARTOITUS

1. Kuntanro

2. Sukupuoli 1 mies
(ympyräsi) 2 nainen

3. Henkilötunnus:

Nimi: _____

Diagnoosit (kansainvälisen tautiluokituksen mukaan):

4.
 päädiagnoosi

5.
 2. diagnoosi

6.
 3. diagnoosi

TOIMINTAKYKY:

7. Näkö ___ 1=norm 2=heikkon 3=sokea
8. Kuulo ___ 1=norm 2=huonok 3=kuuro
9. Puhe ___ 1=norm 2=epäselv 3=vaikeasti tulkit. 4=puhumaton
10. Liike ___ 1=norm 2=epävarm 3=talutet 4=pyörätuolipot. 5=vuode
11. Virtsa ___ 1=norm 2=muistutettava 3=kastelu 4=katetri
12. Uloste ___ 1=norm 2=seurattava 3=alle 4=tuhriva 5=toimitettava
13. Syönti ___ 1=itse 2=valvottava 3=autett4=syötett 5=letku
14. Lääke ___ 1=itse 2=jaettav 3=valvott
15. Pukem. ___ 1=itse 2=ohjatt 3=autettava
16. Pesem. ___ 1=itse 2=ohjatt 3=autettava
17. Muisti ___ 1=norm 2=alentun 3=muistamaton
18. Psyyke ___ 1=norm 2=masent 3=agress 4=lyhytjännitteinen 5=sekava
6=häiritsevää 7=harhailu 8=kontaktkyvytön 9=muu: _____
19. Yht.om ___ 1=päiv 2=viikot 3=kuukausit4=ei kont 5=eristäytyvä

SIJOITUSTIEDOT:

20. Nykyinen sijoituspaik: _____ 21. Asiakkaan sp-toive: _____
22. Omasiten sijaiktoive: _____ 23. Tarkoituksenmuk.sp: _____
(hoitohenk. arvio)

NYKYPALVELUT:

24. KOTIPALVELUKÄYNTJÄ ASIAKKAAN LUO TEHDÄÄN: _____ (kirjataan numerolla
1, 2, 3 ...) (1 tarkoittaa, että käydään viikottain, 2, että joka toinen
viikko, 3, että joka kolmas viikko jne.)

KOTIPALVELUKÄYNTJÄ SEURAAVASTI (käyntien yhteenlaskettu lkm arkipäivinä
ja viikonloppuna päivällä, illalla, yöllä):

		MA - PE		LA - SU
kello	8-16	25. _____		28. _____
	16-22	26. _____		29. _____
	yö	27. _____		30. _____

31. TUKIHENKILÖKÄYNTJÄ ASIAKKAAN LUO TEHDÄÄN: _____ (kirjataan numerolla
1, 2, 3 ...) (1 tarkoittaa, että käydään viikottain, 2, että joka toinen
viikko, 3, että joka kolmas viikko jne.)

TUKIHENKILÖKÄYNTJÄ SEURAAVASTI (käyntien yhteenlaskettu lkm arkipäivinä
ja viikonloppuna päivällä, illalla, yöllä):

		MA - PE		LA - SU
kello	8-16	32. _____		35. _____
	16-22	33. _____		36. _____
	yö	34. _____		37. _____

MUUT NYKYPALVELUT (1=saa palvelua 0=ei saa):

38. TYÖTOIMINTAPAIKKA...: ___ 39. KERHOPAIKKA: ___ 40. LYHYTAIKAISHOITOPAIK: ___
 41. ERITYISPÄIVÄKOTIP...: ___ 42. OPETUSPAIK.: ___ 43. PÄIVÄHOITOPAIKKA.....: ___
 44. TALOUDEL. APU.....: _____ mk/kk 45. MUUT SAADUT PALVELUT: ___
 mitä muita palveluja: _____
-
-

PUUTTEET:

46. KOTIPALVELUKÄYNTEJÄ ASIAKKAAN LUO PUUTTUU: _____ (kirjataan numerolla 1, 2, 3 ...) (1 tarkoittaa, että puuttuu käyntejä viikottain, 2, että joka toinen viikko, 3, että joka kolmas viikko jne.)

KOTIPALVELUKÄYNTEJÄ PUUTTUU SEURAAVASTI (käyntien yhteenlaskettu lkm arkipäivinä ja viikonloppuna päivällä, illalla, yöllä):

		MA - PE		LA - SU
kello	8-16	47. _____		50. _____
	16-22	48. _____		51. _____
	yö	49. _____		52. _____

53. TUKIHENKILÖKÄYNTEJÄ ASIAKKAAN LUO PUUTTUU: _____ (kirjataan numerolla 1, 2, 3 ...) (1 tarkoittaa, että puuttuu käyntejä viikottain, 2, että joka toinen viikko, 3, että joka kolmas viikko jne.)

TUKIHENKILÖKÄYNTEJÄ PUUTTUU SEURAAVASTI (käyntien yhteenlaskettu lkm arkipäivinä ja viikonloppuna päivällä, illalla, yöllä):

		MA - PE		LA - SU
kello	8-16	54. _____		57. _____
	16-22	55. _____		58. _____
	yö	56. _____		59. _____

MUUT PUUTTEET (1=puuttuu palvelu 0=ei tarvetta palveluun):

60. TYÖTOIMINTAPAIKKA...: ___ 61. KERHOPAIKKA: ___ 62. LYHYTAIKAISHOITOPAIK: ___
 63. ERITYISPÄIVÄKOTIP...: ___ 64. OPETUSPAIK.: ___ 65. PÄIVÄHOITOPAIKKA.....: ___
 66. TALOUDEL. APU.....: _____ mk/kk 67. VUOKRA/TUKIASUNTO....: ___
 68. MUUT PALVELUPUUTTEET: ___ mitä palvelupuutteita: _____
-
-

KEHITYSVAMMAHUOLLON PALVELURAKENNE

Kunnassa/erityishuoltopiirissä käytössä olevat hoitomuodot

1. KOTIHOITO

Kotona asumisen muoto	Kehitysvammaisia asiakkaita -91	Asiakkaista kunnan ja erityishp:n yht. as.	Kehitysvammaist. luo tehtyjä kotikäynt. -91	Kehitysvammahuoll. kotihoidon kust. -91
oma koti				
tukiasunto (kunnan/kl:n)				
perhehoito				

Kotikäyntejä tekevät

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____
- 5) _____

Kunnalla kehitysvammaisille tarkoitettuja tukiasunt: _____
 Kl:lla kunnan käytössä olevia kehitysvammah. as...: _____

Kehitysvammahuollon avohuollon henkilökuntaa yhteensä v. 1991: _____
 Keh.vammah. muut avohuollon käynnit kuin kotikäynnit yht. -91...: _____
 (esim. neuvolakäynnit ja sos.toimen käynnit)

Sisältyykö kokonaiskustannuksiin hallinnon, huoltotoimintojen tai yhteisten palvelutoimintojen kustannuksia? 1 KYLLÄ 2 EI

Jos, niin missä laajuudessa?

Avohuollon kustannukset yhteensä -91: _____
 Avohuollon kustannuksista avustusten osuus -91: _____

KEHITYSVAMMAHUOLLON PALVELURAKENNE

Kunnassa/erityishuoltopiirissä käytössä olevat hoitomuodot

2. ASUNTOLA/ASUNTOLAT (HUOMI EI ympärivuorokautista henkilökuntaa!)

Asuntolan nimi	Hoitosisjämäärä -91	Henkilök. yht. -91 1)	Kokonaiskust. -91	Hoitopv. yht. -91	Hoitopv:n hinta -91	Vyörytys K/E 2)	Hoitosisj. sulj. -91 3)	Kun. hoit.päiviä 4)	Palveluja antaa 5)	Omistus 6)	Saneerustary K/E

- 1) Mikäli palvelut hoidetaan ilman vakituista henkilökuntaa, kirjataan ko. sarakkeeseen viikottainen palvelunsaanti tunteina (työntekijöiden yhteensä työtuntimäärä yhden viikon ajalta). Mikäli sekä vakituista että osa-aikaista kirjataan esim. 3 + 15 t eli 3 vakituista työntekijää, minkä lisäksi 15 tuntia viikossa osa-aikaisten toimesta.
- 2) Sisältykö kokonaiskustannuksiin
 - a) pääoma-, b) hallinnon, c) huoltotoimintojen tai d) yhteisten palvelutoimintojen kustannuksia? (täytösim. K a + c)
- 3) Yhteenselaskettu vuoro-kausimäärä
- 4) Tutkittavan kunnan v. 1991 käyttämät hoitopäivät yht. (muilta kuin erityishp:itä)
- 5) a) kunta/sos. b) kunta/terv. c) erityishuoltop. d) yhdistys/säätiö tms. e) kunta osataa ostopalveluna (erityishp:itä)
- 6) a) omistusasuntoja b) kunnan omistamia asuntoja c) erityishp:n omistamia as. d) yhd./säätiön tms. omist. as.

KEHITYSVAMMAHUOLLON PALVELURAKENNE

Kunnassa/erityishuoltopiirissä käytössä olevat hoitomuodot

3. HOITOASUNTOLA-/ASUNTOLAT (HUOM! Ympärivuorokautista henkilökuntaa!)

Hoitotasuntolan nimi	Hoitosija- määrä -91	Henkilök. yht. -91	Kokonais- kust. -91	Hoitopv. yht. -91	Hoitopv:n hinta -91	Vyörytys K/E 1)	Hoitosij. suj. -91 2)	Kun. hoit.- päiviä 3)	Palveluja antaa 4)	Omistus 5)	Saneera- ustarv K/E

1) Sisältykö kokonaiskustannuksiin

a) pääoma-, b) hallinnon, c) huoltotoimintojen tai

d) yhteisten palvelutoimintojen kustannuksia?

(täyttesim. K a + c)

2) Yhteenlaskettu vuoro-
kausiäärä3) Tutkittavan kunnan v. 1991
käyttämät hoitopäivät yht.4) a) kunta/sos.
b) kunta/terv.
c) erityishuoltopiiri
d) yhdistys/säätiö tms.
e) kunta osataa ostopalveluna
(muulta kuin erityishp:itä)5) a) omistusasuntoja
b) kunnan omistamia asuntoja
c) erityishp:n omistamia as.
d) yhd./säätiön tms. omist. as.

KEHITYSVAMMAHUOLLON PALVELURAKENNE

Kunnassa/erityishuoltopiirissä käytössä olevat hoitomuodot

4. KESKUSLAITOKSET/MUUT LAITOKSET

Laitoksen nimi	Hoitosija-määrä -91	Henkilök. yht. -91	Kokonaiskust. -91	Hoitopv. yht. -91	Hoitopv:n hinta -91	Vyörytys K/E 1)	Hoitosij. sulj. -91 2)	Kun. hoit.-päiviä 3)	Palveluja antaa 4)	Omistus 5)	Saneerausavustarv K/E

- 1) Sisältykö kokonaiskustannuksiin
a) pääoma-, b) hallinnon, c) huoltotoimintojen tai d) yhteisten palvelutoimintojen kustannuksia? (täyttöesim. K a + c)
- 2) Yhteenlaskettu vuorokausimäärä
- 3) Tutkittavan kunnan v. 1991 käyttämät hoitopäivät yht.
- 4) a) kunta/sos. kunta/terv. erityishuoltopiiri yhdistys/säätiö tms. kunta osataa ostopalveluna (muulta kuin erityishp:itä)
- 5) a) kunta erityishuoltopiiri yhdistys/säätiö/tms.

KEHITYSVAMMAHUOLLON PALVELURAKENNE

Kunnassa/erityishuoltopiirissä käytössä olevat asumista tukevat palvelut

PALVELU	Toiminnassa -91 lkm	Käyttöaste %:na	Olisi lisätarvetta lkm	Palvelun piiriin kuu- lunut -91 yht. as.	Palveluja tuottaa 1)	V. -91 tuotettuja hoito/palvelupäiviä	Yksikkö- kustannus
Työtoimintapaikkoja							
Päivähoitoaikoja (lapsille)							
Päivähoitoaikoja (aikuisille)							
Kerhoja							
Opetuspaikkoja							

Lyhytaikaishoitoasiakkaita vuonna -91 yht.: _____
 Tuotettuja lyhytaik.hoitopäiviä v. -91 yht....: _____

Leiritoiminta: _____ leiriä järjestetty v. -91, joihin yht. _____ osallistujaa,
 leirien yhteenlaskettu vuorokausimäärä: _____

1) a1=kunta/sos a2=kunta/terv. a3=kunta/sos.+terv. b=erityishuoltopiiri c=yhdistys/säätiö/yksityinen d=kunta ostaa ostopalveluna

MAKSETTAVAN KOTIHOIDON TUEN MARKKAMÄÄRÄT JA MONELLEKO TUKEA MAKSETAAN

< 16-VUOTIAAT

I luokka	II luokka
MK	MK
KPL	KPL

Kotihoidon tuki yhteensä

16 VUOTTA TÄYTTÄNEET

I luokka	II luokka	III luokka
MK	MK	MK
KPL	KPL	KPL

Kotihoidon tuki yhteensä

ei valtionosuut. oikeuttavaa

valtionosuuteen oikeuttavaa

POTILASKARTOITUS

1. Kuntanro | | | | 2. Sukupuoli 1 mies
(ympyräsi) 2 nainen3. Henkilötunnus: | | | | | | | | - | | | | |

Nimi: _____

Diagnoosit (kansainvälisen tautiluokituksen mukaan, lääkäri täyttää):

4. | | | | | | | |
päädiagnoosi5. | | | | | | | |
2. diagnoosi6. | | | | | | | |
3. diagnoosi

SIJOITUSTIEDOT:

7. Nykyinen sijoituspaikka...: _____
8. Potilaan sijoitusp.toive.: _____
9. Omaisten sijoitusp.toive.: _____
10. Tarkoituksenmukainen sijoituspaikka (hoitohenk.): _____

NYKYPALVELUT:

11. KOTIKÄYNTIÄ TEHDÄÄN: _____ (kirjataan numerolla 1, 2, 3 ...) (1 tarkoittaa, että kotona käydään viikottain, 2 joka toinen viikko, 3 joka kolmas jne.)

KOTIKÄYNTIÄ SEURAAVASTI (käyntien yhteenlaskettu lkm arkipäivinä ja viikonloppuna päivällä, illalla, yöllä):

kello		MA - PE	LA - SU
8-16	12.	_____	15. _____
16-22	13.	_____	16. _____
yö	14.	_____	17. _____

- KOTIKÄYNTIÄ TEKEVÄT.....:
18. _____ psykiatrisen erikoishoidon työntekijät
19. _____ perusterveydenhuollon työntekijät
20. _____ sosiaalitoimen työntekijät

MUUT NYKYPALVELUT (1=saa palvelua, 0=eisaa):

21. PÄIVÄSAIRAALAPIIKKA.....: _____
22. PÄIVÄPAIKKA (VUODEOS.): _____
23. TERAPEUTTINEN SUOJATYÖPAIKKA: _____
24. YLEINEN SUOJATYÖPAIKKA: _____
25. AMMATTIKOULUTUS/KURSSIT.....: _____
26. TOIMINTAKESKUSTOIMINTA: _____
27. SOSIAALINEN KERHOTOIMINTA....: _____
28. SAA MUITA PALVELUJA....: _____
- mitä muita palveluja.....: _____
- _____
- _____

PUUTTEET:

29. KOTIKÄYNTTEJÄ PUUTTUU: _____ (kirjataan numerolla 1, 2, 3 ...) (1 tarkoittaa, että kotona pitäisi vielä käydä viikottain, 2 joka toinen viikko, 3 joka kolmas jne.)

KOTIKÄYNTTEJÄ PUUTTUU SEURAAVASTI (käyntien yhteenlaskettu lkm arkipäivin ja viikonloppuna päivällä, illalla, yöllä):

		MA - PE	LA - SU
kello	8-16	30. _____	33. _____
	16-22	31. _____	34. _____
	yö	32. _____	35. _____

KOTIKÄYNTI-TARVETTA...:

36. _____ psykiatrisen erikoishoidon suorittamaa

37. _____ perusterveydenhuollon suorittamaa

38. _____ sosiaalitoimen suorittamaa

MUUT PUUTTEET (1= puuttuu palvelua, 0=ei puutu):

- | | | | |
|-----------------------------------|-------|-----------------------------|-------|
| 39. PÄIVÄSAIRAALAPAIKKA.....: | _____ | 40. PÄIVÄPAIKKA (VUODEOS.): | _____ |
| 41. TERAPEUTTINEN SUOJATYÖPAIKKA: | _____ | 42. YLEINEN SUOJATYÖPAIKKA: | _____ |
| 43. AMMATTIKOULUTUS/KURSSIT.....: | _____ | 44. TOIMINTAKESKUSTOIMINTA: | _____ |
| 45. SOSIAALINEN KERHOTOIMINTA...: | _____ | 46. ASUNTO (VUOKRA/TUETTU): | _____ |
| 47. MUITA PALVELUPUUTTEITA: _____ | | | |
| mitä palvelupuutteita?.....: | _____ | | |
| | _____ | | |
| | _____ | | |

PSYKIATRISEN ERIKOISHOIDON PALVELURAKENNE

Kunnassa/kuntainliitossa käytössä olevat hoitomuodot

1. KOTIHOITO

Kotona asumisen muoto	Psykiatrisen erik.- hoidon potilaita-91	Potilaista kunnan ja kl:n yht. as -91	Psykiatrisen erik.- hoidon kotikäynt. -91	Psykiatrisen erik.h:n kotihoit. kust.yht.-91
omistus/vuokra-asunto				
kunnan/kl:n vuokra-asunto				
tuettu asunto (kunnan/kl:n)				

Kotikäyntejä tekevät

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____
- 5) _____

Kunnalla psyk. erikoish. käytössä olevia asuntoja: _____
 Kl:lla kunnan käytössä olevia psyk. erikoish. as.: _____

Psykiatrisen erikoishoidon avohuollon henkilökuntaa yhteensä: _____
 Muiden avohuollon käyntien kuin kotikäyntien määrä yhteensä -91: _____

Sisältyykö kokonaiskustannuksiin hallinnon, huoltotoimintojen tai
 yhteisten palvelutoimintojen kustannuksia? 1 KYLLÄ 2 EI

Jos, niin missä laajuudessa? _____

Avohuollon kustannukset yhteensä -91: _____
 Avohuollon kustannuksista avustusten osuus - 91: _____

PSYKIATRISEN ERIKOISHOIDON PALVELURAKENNE

Kunnassa/kuntainliitossa käytössä olevat hoitomuodot

2. ASUNTOLA/ASUNTOLAT

Asuntolan nimi	Hoitosijamäärä -91	Henkilök. yhl. -91 1)	Kokonaisyht. -91 kust. -91	Hoitopv. yht. -91	Hoitopv.n hinta -91	Vyörytys K/E 2)	Hoitosij. sulj. -91 3)	Kun. hoit. -päiviä 4)	Palveluja antaa 5)	Omistus 6)	Saneeraustarv K/E

1) Mikäli palvelut hoidetaan ilman vakituista henkilökuntaa, kirjataan ko. sarakkeeseen viikottainen palvelunsaanti tunteina (työntekijöiden yhteenlaskettu työtuntimäärä yhden viikon ajalta). Mikäli sekä vakituista että osa-aikaista kirjataan esim. 3 + 15 t eli 3 vakituista työntekijää, minkä lisäksi 15 tuntia viikossa osa-aikaisten toimesta.

2) Sisältyykö kokonaiskustannuksiin

- a) pääoma-, b) hallinnon, c) huoltotoimintojen tai d) yhteisten palvelutoimintojen kustannuksia? (täyttyösimm. K a + c)

3) Yhteenlaskettu vuoro-kausimäärä

4) Tutkittavan kunnan v. 1991 käyttämät hoitopäivät yht.

5) a) kunta/sos. b) kunta/terv. c) kunta/psyk. erikois.h. d) kl/psyk. erikois.h. e) yhdistys/säätiö tms. f) kunta ostaa ostopalveluna (muulta kuin kl:ita)

6) a) omistusasuntoja b) kunnan omistamia asuntoja c) kuntainliiton omistamia as. d) yhd./säätiön tms. omist. as.

PSYKIATRISEN ERIKOISHOIDON PALVELURAKENNE

Kunnassa/kuntainliitossa käytössä olevat hoitomuodot

3. PIENKOTI/PIENKOTEJA

Pienkodin nimi	Hoitosija- määrä -91	Henkiök. yht. -91 1)	Kokonais- kust. -91	Hoitopv. yht. -91	Hoitopv:n hinta -91	Vyörytys K/E 2)	Hoitosij. suj. -91 3)	Kun. hoit.- päiviä 4)	Palveluja antaa 5)	Omistus 6)	Saneera- ustarv K/E

1) Mikäli palvelut hoidetaan ilman vakituista henkilökuntaa, kirjataan ko. sarakkeeseen viikottainen palvelunsaanti tunteina (työntekijöiden yhteenlaskettu työtuntimäärä yhden viikon ajalta). Mikäli sekä vakituista että osa-aikaista kirjataan esim. 3 + 15 t eli 3 vakituista työntekijää, minkä lisäksi 15 tuntia viikossa osa-aikaisten toimesta.

2) Sisältyykö kokonaiskustannuksiin
 a) pääoma-, b) hallinnon, c) huoltotoimintojen tai
 d) yhteisten palvelutoimintojen kustannuksia?
 (täytetään K a + c)

3) Yhteenlaskettu vuoro-
 kausimäärä

5) a kunta/sos.
 b kunta/terv.

6) a omistusasuntoja

b kunnan omistamia asuntoja
 c kuntainliiton omistamia as.
 d yhd./säätien trms. omist. as.
 4) Tutkittavan kunnan v. 1991
 käyttämät hoitopäivät yht.
 e yhdistys/säätio trms.
 f kunta ostaa ostopalveluna
 (muulta kuin kl:ita)

PSYKIATRISEN ERIKOISHOIDON PALVELURAKENNE

Kunnassa/kuntainliitossa käytössä olevat hoitomuodot

4. KUNTOUTUMISKOTI/KUNTOUTUMISKOTEJA

Kuntoutumiskodin nimi	Hoitosija- määrä -91	Henkilök. yht. -91 1)	Kokonais- kust. -91	Hoitopv. yht. -91	Hoitopv:n hinta -91	Vyörytys K/E 2)	Hoitosij. sulj. -91 3)	Kun. hoit.- päiviä 4)	Palveluja antaa 5)	Omistus 6)	Saneera- ustarv K/E

1) Mikäli palvelut hoidetaan ilman vakituista henkilökuntaa, kirjataan ko. sarakkeeseen viikottainen palvelunsaanti tunteina (työntekijöiden yhteenlaskettu työtuntimäärä yhden viikon ajalta). Mikäli sekä vakituista kirjataan esim. 3 + 15 t eli 3 vakituista työntekijää, minkä lisäksi 15 tuntia viikossa osa-aikaisten toimesta.

2) Sisältykö kokonaiskustannuksiin

- a) pääoma-, b) hallinnon, c) huoltotoimintojen tai d) yhteisten palvelutoimintojen kustannuksia? (täytösim. K a + c)

3) Yhteenlaskettu vuoro-
kausimäärä

- 4) Tutkittavan kunnan v. 1991
käyttämät hoitopäivät yht.

5) a) kunta/sos.
b) kunta/terv.
c) kunta/psyk. erikois.h.
d) kl/psyk. erikois.h
e) yhdistys/säätiö tms.
f) kunta ostaa ostopalveluna
(muulta kuin k:lta)

- 6) a) omistusasuntoja
b) kunnan omistamia asuntoja
c) kuntainliiton omistamia as.
d) yhd./säätiön tms. omist. as.

PSYKIATRISEN ERIKOISHOIDON PALVELURAKENNE

Kunnassa/kuntainiitossa käytössä olevat hoitomuodot

6. SAIRAALAN PSYKIATRINEN AKUUTTIOSASTO/OSASTOJA

Akuuttiosaston nimi	Hoitosija- määrä -91	Henkilök. yht. -91 1)	Kokonais- kust. -91	Hoitopv. yht. -91	Hoitopv.:n hintaa -91	Vyöryty K/E 2)	Hoitosij. sulj. -91 3)	Kun. hoit.- päiviä 4)	Palveluja antaa 5)	Omistus 6)	Saneera- ustarv K/E

- 1) Mikäli palvelut hoidetaan ilman vakituista henkilökuntaa, kirjataan ko. sarakeeseen viikottainen palvelunsaanti tunteina (työntekijöiden yhteenlaskettu työtuntimäärä yhden viikon ajalta). Mikäli sekä vakituista että osa-aikaista kirjataan esim. 3 + 15 t eli 3 vakituista työntekijää, minkä lisäksi 15 tuntia viikossa osa-aikaisten toimesta.
- 2) Sisältykö kokonaiskustannuksiin
 a) pääoma-, b) hallinnon, c) huoltotoimintojen tai
 d) yhteisten palvelutoimintojen kustannuksia?
 (täyttesim. K a + c)
- 3) Yhteenlaskettu vuoro-
 kausimäärä
 5) a kunta/sos.
 b kunta/terv.
 c kunta/psyk. erikois.h.
 d kl/psyk. erikois.h.
 e yhdistys/säätiö tms.
 f kunta ostaa ostopalveluna
 (muulta kuin kl:ita)
- 4) Tutkittavan kunnan v. 1991
 käyttämät hoitopäivät yht.
- 6) a kunta
 b kuntainiitto
 c yhdistys/säätiö/tms.

PSYKIATRISEN ERIKOISHOIDON PALVELURAKENNE

Kunnassa/kuntainliitossa käytössä olevat hoitomuodot

7. MUU LAITOSHOITO (esim. sairaala- tai vanhainkotihoito)

Laitoksen/osaston nimi	Hoitosija-määrä -91	Henkilök. yht. -91 1)	Kokonaiskust. -91	Hoitopv. yht. -91	Hoitopv:n hinta -91	Vyörytys K/E 2)	Hoitosij. sulj. -91 3)	Kun. hoit.-päiviä 4)	Palveluja antaa 5)	Omistus 6)	Saneerausstarv K/E

- 1) Mikäli palvelut hoidetaan ilman vakituista henkilöä, kirjataan ko. sarakkeeseen viikottainen palvelunsaanti tunteina (työntekijöiden yhteenlaskettu työtuntimäärä yhden viikon ajalta). Mikäli sekä vakituista että osa-aikaista kirjataan esim. 3 + 15 t eli 3 vakituista työntekijää, minkä lisäksi 15 tuntia viikossa osa-aikaisten toimesta.
- 2) Sisältykö kokonaiskustannuksiin
 a) pääoma-, b) hallinnon, c) huoltotoimintojen tai
 d) yhteisten palvelutoimintojen kustannuksia?
 (täyttesim. K a + c)
- 3) Yhteenlaskettu vuoro-kausimäärä
- 4) Tutkittavan kunnan v. 1991 käyttämät hoitopäivät yht.
- 5) a) kunta/sos.
 b) kunta/terv.
 c) kunta/psyk. erikois.h.
 d) kl/psyk. erikois.h
 e) yhdistys/säätiö tms.
 f) kunta ostaa ostopalveluna (muulta kuin kl:ita)
- 6) a) kunta
 b) kuntainliitto
 c) yhdistys/säätiö/tms.

PSYKIATRISEN ERIKOISHOIDON PALVELURAKENNE

Kunnassa käytössä olevat hoitomuodot

SAIRAALAHOIDON IKÄRYHMÄJAOTTELU

	hoitajaksojen määrä yhteensä - 91	hoitopvien määrä hoitajakoissa yht. - 91	hoitajaks. hoidettuja asiakkaita yht. - 91
<= 30 pv:n hoitajaks, kaikki ikäryh			
<=30 pv:n hoitajaks., 0-15vuot.			
<=30 pv:n hoitajaks., 16-44 vuot.			
<=30 pv:n hoitajaks., 45-64 vuot.			
<=30 pv:n hoitajaks., 65-74 vuot.			
<=30 pv:n hoitajaks., 75-84 vuot.			
<=30 pv:n hoitajaks., 85 tai yli v.			

	hoitajaksojen määrä yhteensä - 91	hoitopvien määrä hoitajakoissa yht. - 91	hoitajaks. hoidettuja asiakkaita yht. - 91
yli30 pv:n hoitajaks, kaikki ikäryh			
yli30 pv:n hoitajaks., 0-15vuot.			
yli30 pv:n hoitajaks., 16-44 vuot.			
yli30 pv:n hoitajaks., 45-64 vuot.			
yli30 pv:n hoitajaks., 65-74 vuot.			
yli30 pv:n hoitajaks., 75-84 vuot.			
yli30 pv:n hoitajaks., 85 tai yli v.			

PSYKIATRISEN ERIKOISHOIDON PALVELURAKENNE

Kunnassa/kuntainliitossa käytössä olevat asumista tukevat palvelut

PALVELU	Toiminnassa -91 lkm	Käyttöaste %.na	Olisi lisätarvetta lkm	Palvelun piiriin kuu- lunut -91 yht. as.	Palveluja tuottaa 1)	V. -91 tuotettuja hoito/palvelupäiviä	Yksikkö- kustannus
Päiväsairaalaipaikkoja							
Päiväpaikkoja (vuodeosasto)							
Terapeuttiset suojatyoapaikat							
Yleiset suojatyoapaikat							
Ammattikoulutus/kurssit							
Toimintakeskukset							
Sosiaaliset kerhot							

1) a1=kunta/sos a2=kunta/terv. a3=kunta/sos.+terv. b=kunnan psykiatrisen erikoishoito c=kl:n psyk. erikoishoito
d=yhdistys/säätiö/yksit. e=kunta ostaa ostopalveluna (muulta kuin kl:ita)

NYKYPALVELUJEN JA PALVELUJEN PUUTTEIDEN JA LISÄTARPEIDEN JAKAUMA

KUNTA=108 HÄMEENKYRÖ

PALVELUT JA PUUTTEET/LISÄTARPEET	SIJOITUSPAIKKA								YHTEENSÄ
	KOTISAIR.	KOTITU	KOTIVA	PT1	PRK	VK	TKS	NSÄ	
asukkaita	29	63	21	45	61	41	37	223	
PALVELUT									
kotipalvelun									
piirissä	9	49	21	41	21			103	
kotipalv. käyntejä /vko	0.4	1.7	6.0	5.9	11.0			3.5	
kotisair. hoidon									
piirissä	5	37	21	25	6			75	
kotish käyntejä /vko	0.4	1.1	3.0	1.8	1.7			1.4	
ateria	7	12		19	1			39	
sauna	14	4		7				25	
pyykki	12	5		8				25	
kuljetus	1	3		8				12	
siivous	3	6		7				16	
muu tukipalv.	1	4						5	
interv.paikka	5	5		2				12	
päiväsair. paikka	17	10		5				32	
yöhoitopaikka									
päivähoitopaik.				6				6	
ystäväpalvelu									
turvapuhelin		4	1	1	6			12	
taloud. apua		2		1				3	
määrä keskim. mk				1				1	
määrä ei ilm.		2						2	
uusi asunto		2	1	1	1			5	
asunnon muutostyöt		3		11				14	
sa muita palv.	3	3		1				7	
PUUTTEET									
monellako									
puutteita	15	47	1	23	1	9	8	104	
väärällä									
sijoitusp.	5	17		2	1	9	8	42	
kotipalvelua	5	13		4				22	
kotipalv.käyntejä /vko	1.0	1.3		0.9				1.2	
kotisairaanhoidoa	1	19		4				24	
kotish käyntejä /vko	0.5	0.8		1.2				0.8	
ateria	2	8		5				15	
sauna	3	10		2				15	
pyykki	3	10		1				14	
kuljetus	5	15		4				24	
siivous	6	17		3				26	
muu tukipalv.	3	6		1				10	
intervallipaik.	1	7		5				13	
päiväsair.paikka	2	9		4				15	
yöhoitopaikka	2	3	1	1				7	
päivähoitopaik.	1	4						5	
ystäväpalvelu	13	20		12	1			46	
turvapuhelin	2	8		2				12	
taloud. apu		2						2	
määrä keskim. mk		1						1	
määrä ei ilm.		1						1	
uusi asunto	2	3		1				6	
asunnon muutostyöt	2	5						7	
muita palv.	1	6						7	

NYKYPALVELUJEN JA PALVELUJEN PUUTTEIDEN JA LISÄTARPEIDEN JAKAUMA

KUNTA=223 KARJALOHJA

PALVELUT JA PUUTTEET/LISÄTARPEET	SIJOITUSPAIKKA						YHTEENSÄ
	KOTISAIR.	KOTIPALV.	KOTISH.	PT	TKS	NSÄ	
asukkaita	29	22	8	20	1	80	
PALVELUT							
kotipalvelun							
piirissä	13	18	8	20		59	
kotipalv. käyntejä /vko	0.4	1.6	26.4	46.6		20.0	
kotisair. hoidon							
piirissä	7	11	1			19	
kotish käyntejä /vko	0.3	0.8	3.0			0.7	
ateria	3	5	6	18		32	
sauna	3	6	3	16		28	
pyykki	6	7	5	18		36	
kuljetus	2			15		17	
siivous	1			1		2	
muu tukipalv.	1					1	
interv.paikka	1	2	4			7	
päiväsair. paikka							
yöhoitopaikka							
päivähoitopaik.	2	2	2	6		12	
ystäväpalvelu							
turvapuhelin	1	2	2	18		23	
taloud. apua	6	1				7	
määrä keskim. mk	1	1				1	
määrä ei ilm.							
uusi asunto	1	4	3	18		26	
asunnon muutostyöt	1			2		3	
isaa muita palv.	11	11	4	16		42	
PUUTTEET							
monellako							
puutteita	13	11	4	1		29	
väärällä							
sijoitusp.	3	1	2			6	
kotipalvelua	1	2				3	
kotipalv.käyntejä /vko	1.0	1.0				1.0	
kotisairaanhoidoa		2	1			3	
kotish käyntejä /vko		3.2	0.3			2.2	
ateria		1	1			2	
sauna	1			1		2	
pyykki			1			1	
kuljetus	2	2				4	
siivous							
muu tukipalv.	1	1				2	
intervallipaik.	4	5				9	
päiväsair.paikka							
yöhoitopaikka							
päivähoitopaik.							
ystäväpalvelu		1	1			2	
turvapuhelin	1	3	1			5	
taloud. apu							
määrä keskim. mk							
määrä ei ilm.							
uusi asunto	2	1	1			4	
asunnon muutostyöt	1		1			2	
muita palv.							

NYKYPALVELUJEN JA PALVELUJEN PUUTTEIDEN JA LISÄTARPEIDEN JAKAUMA

KUNTA=423 LIETO

PALVELUT JA PUUTTEET/LISÄTARPEET	SIJOITUSPAIKKA								
	KOTISA	KOTTU	KOTIVA	KOTITE	KOTTV	VK	HK	TKS	YHTEENSÄ
asukkaita	138	84	12	3	7	41	20	11	316
PALVELUT									
kotipalvelun									
piirissä	77	63	11	3	7			2	163
kotipalv. käyntejä /vko	0.3	1.4	7.6	8.3	8.3			2.5	1.7
kotisair. hoidon									
piirissä	64	72	12	3	6			2	159
kotish käyntejä /vko	0.4	1.3	3.0	11.3	1.3			1.0	1.2
ateria	41	26	5	2	6			2	82
sauna	8	12	4		6				30
pyykki	15	12	4		7				38
kuljetus	6	9	2	2	1				20
siivous	46	4	1		7			2	60
muu tukipalv.	1	3							4
interv.paikka	7	14	3	2				1	27
päiväsair. paikka	1	6							7
yöhoitopaikka									
päivähoitopaik.		6	2						8
ystäväpalvelu					1				1
turvapuhelin		9	2	2	5				18
taloud. apua	12	4							16
määrä keskim. mk	1	1							1
määrä ei ilm.	1								1
uusi asunto	1	1			3				5
asunnon muutostyöt		1							1
saa muita palv.	24	20	8	2		14			68
PUUTTEET									
monellako									
putteita	23	26	4	2	6	3	3	2	69
väärällä									
sijoitusp.	7	1	1			3	3	2	17
kotipalvelua	9	5	1	2					17
kotipalv.käyntejä /vko	0.7	1.4	1.0	8.0					1.8
kotisairaanhoidoa	2	1	1						4
kotish käyntejä /vko	0.3	0.3	5.0						1.5
ateria	3								3
sauna	6								6
pyykki	2								2
kuljetus	2	1							3
siivous	1	1							2
muu tukipalv.									
intervallipaik.	1	4							5
päiväsair.paikka	2	4							6
yöhoitopaikka									
päivähoitopaik.	3	1							4
ystäväpalvelu	8	11	1		5				25
turvapuhelin	1	3	1		4				11
taloud. apu									
määrä keskim. mk									
määrä ei ilm.									
uusi asunto									
asunnon muutostyöt	2	2							4
muita palv.	2	1					2		5

NYKYPALVELUJEN JA PALVELUJEN PUUTTEIDEN JA LISÄTARPEIDEN JAKAUMA
 KUNNAT YHTEENSÄ

2

				koti-															
				koti-	sair.														
				palv.	hoidon					muu	inter-	päivä-	yö-	päivä-	ystä-				
				pii-	koti-	pii-				kulje-	sii-	tuki-	valli-	sair.-	hoito-	hoito-	vä-		
				rissä	palv.	rissä	kotish	ateria	sauna	pyykki	tus	vous	palv.	paikka	paikka	paikka	paikka	palv.	
				asukk-	käynt.	käynt.													
				aita	lkm	/vko	lkm	/vko	lkm	lkm	lkm	lkm	lkm	lkm	lkm	lkm	lkm	lkm	lkm
SIJOITU-																			
SPAikka																			
IKS	65-74	6	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1
	75-84	9	3	4.3	3	2.2	1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	2	.1	.1	.1	.1
	yli 85	4	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1
!TYKS	IKÄLUOKAT!																		
	YHTEENSÄ	9	4	3.3	3	2.6	.1	.1	.1	1	.1	.1	.1	.1	2	.1	.1	.1	.1
	65-74	5	3	4.0	1	7.0	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	1	.1	.1	.1	.1
	75-84	2	.1	.1	2	0.4	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	1	.1	.1	.1	.1
	yli 85	2	1	1.0	.1	.1	.1	.1	.1	1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1
!YHTEENSÄ	IKÄLUOKAT!																		
	YHTEENSÄ	9028	4603	4.8	2584	1.5	1510	641	539	257	247	89	192	218	2	219	133		
	65-74	1847	1024	3.8	502	1.7	298	118	128	63	60	16	28	46	.1	41	28		
	75-84	4490	2374	4.5	1346	1.4	762	320	264	137	124	53	98	118	1	114	68		
	yli 85	2691	1205	6.3	736	1.5	450	203	147	57	63	20	66	54	1	64	37		

(CONTINUED)

NYKYPALVELUJEN JA PALVELUJEN PUUTTEIDEN JA LISÄTARPEIDEN JAKAUMA KUNNAT YHTEENSÄ

PALVELUJEN SAAJAT		Talou-		Määrä		uusi lasunnon		saa		
PALVELUUTTAIN		turva-	d.	ei	lasun-	muutos-	muuta			
		puhel.	apua	määrä	ilm.	to	työt	palv.		
		kes-								
		lkm	lkm	lkm	lkm	lkm	lkm	lkm	lkm	
SIJOITU-	IKÄLUOKAT									
SPAIKKA	YHTEENSÄ	461	351	11	151	231	211	641		
KOTISA	65-74	101	81	11	11	61	71	211		
	75-84	221	161	11	81	161	91	321		
	yli 85	141	111	11	61	11	51	111		
KOTTU	IKÄLUOKAT									
	YHTEENSÄ	1991	241	11	161	401	361	711		
	65-74	261	71	11	41	41	111	141		
	75-84	951	111	11	71	241	211	401		
	yli 85	781	61	11	51	121	41	171		
KOTTIVA	IKÄLUOKAT									
	YHTEENSÄ	721	11	11	11	31	51	151		
	65-74	101	11	11	11	11	31	21		
	75-84	261	11	11	11	11	11	101		
	yli 85	361	11	11	11	11	11	31		
KOTTITE	IKÄLUOKAT									
	YHTEENSÄ	811	11	11	11	51	131	121		
	65-74	71	11	11	11	11	41	11		
	75-84	411	11	11	11	11	51	51		
	yli 85	331	11	11	11	41	41	71		
PT	IKÄLUOKAT									
	YHTEENSÄ	181	11	11	11	11	11	161		
	65-74	41	11	11	11	11	11	31		
	75-84	61	11	11	11	11	11	51		
	yli 85	81	11	11	11	11	11	81		
PT1	IKÄLUOKAT									
	YHTEENSÄ	961	31	11	21	11	121	11		
	65-74	171	11	11	11	11	21	11		
	75-84	531	21	11	11	11	81	11		
	yli 85	261	11	11	11	11	21	11		
PT2	IKÄLUOKAT									
	YHTEENSÄ	41	11	11	11	11	11	11		
	65-74	21	11	11	11	11	11	11		
	75-84	11	11	11	11	11	11	11		
	yli 85	11	11	11	11	11	11	11		
PRK	IKÄLUOKAT									
	YHTEENSÄ	181	11	11	11	81	11	11		
	65-74	41	11	11	11	31	11	11		
	75-84	81	11	11	11	31	11	11		
	yli 85	61	11	11	11	21	11	11		
KOTIVK	IKÄLUOKAT									
	YHTEENSÄ	51	11	11	11	31	11	11		
	65-74	11	11	11	11	11	11	11		
	75-84	21	11	11	11	11	11	11		
	yli 85	21	11	11	11	21	11	11		
KOTTI/LA	IKÄLUOKAT									
	YHTEENSÄ	11	11	11	11	11	11	11		
	65-74	11	11	11	11	11	11	11		
VK	IKÄLUOKAT									
	YHTEENSÄ	41	11	11	11	11	11	141		
	65-74	11	11	11	11	11	11	11		
	75-84	21	11	11	11	11	11	61		
	yli 85	21	11	11	11	11	11	71		
HK	IKÄLUOKAT									
	YHTEENSÄ	21	11	11	11	11	31	11		
	65-74	11	11	11	11	11	11	11		
	75-84	11	11	11	11	11	31	11		
	yli 85	11	11	11	11	11	11	11		
TKS	IKÄLUOKAT									
	YHTEENSÄ	331	21	11	21	31	51	11		
	65-74	31	11	11	11	11	11	11		
	75-84	141	21	11	21	21	31	11		
	yli 85	161	11	11	11	11	21	11		
PSYK	IKÄLUOKAT									
	YHTEENSÄ	11	11	11	11	11	11	11		
	65-74	11	11	11	11	11	11	11		
	75-84	11	11	11	11	11	11	11		
	yli 85	11	11	11	11	11	11	11		
KS	IKÄLUOKAT									
	YHTEENSÄ	11	11	11	11	11	11	11		
	65-74	11	11	11	11	11	11	11		
	75-84	11	11	11	11	11	11	11		

(CONTINUED)

NYKYPALVELUJEN JA PALVELUJEN PUUTTEIDEN JA LISÄTARPEIDEN JAKAUMA
KUNNAT YHTEENSÄ

PALVELUJEN SAAJAT	talou-		määrä		uusi asunnon		saa	
	turva-	d.	ei	asun-	muutos-	muuta		
PALVELUITTAIN	puhel.	apua	määrä	ilm.	to	työt	palv.	
	lkm	lkm	kim.	lkm	lkm	lkm	lkm	lkm
SIJOITU-								
SPAIKKA								
KS	yli 85							
TYKS	IKÄLUOKAT							
	YHTEENSÄ							
	65-74							
	75-84							
	yli 85							
	YHTEENSÄ							
	YHTEENSÄ	579	66	11	371	851	971	1931
	65-74	86	17	11	71	141	271	421
	75-84	271	32	11	191	481	521	981
	yli 85	222	17	11	111	231	181	531

NYKYPALVELUJEN JA PALVELUJEN PUUTTEIDEN JA LISÄTARPEIDEN JAKAUMA
 KUNNAT YHTEENSÄ

	! asuk- !kaita	!monel-! vää- !		! koti-! koti-!sair. !		! /vko ! /vko !		!ateria!sauna!pyykki!		!kulje-! sii-! tuki-!valli-!sair.-!hoito-!		!muu !inter-!päivä-! yö- !		!paikka!paikka!paikka!			
		! lkm	! lkm	! lkm	! /vko	! lkm	! /vko	! lkm	! lkm	! lkm	! lkm	! lkm	! lkm	! lkm	! lkm	! lkm	
!PALVELUJEN	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	
!PUUTTEET /	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	
!LISÄTARPEET	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	
!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	
!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	
!SIJOITU-	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	
!SPAIKKA	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	
!KS 75-84	!	9!	.!	.!	.!	.!	.!	.!	.!	.!	.!	.!	.!	.!	.!	.!	
! yli 85	!	4!	.!	.!	.!	.!	.!	.!	.!	.!	.!	.!	.!	.!	.!	.!	
!TYKS IKÄLUOKAT	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	
! YHTEENSÄ	!	9!	2!	2!	.!	.!	.!	.!	.!	.!	.!	.!	.!	.!	.!	.!	
! 65-74	!	5!	.!	.!	.!	.!	.!	.!	.!	.!	.!	.!	.!	.!	.!	.!	
! 75-84	!	2!	1!	1!	.!	.!	.!	.!	.!	.!	.!	.!	.!	.!	.!	.!	
! yli 85	!	2!	1!	1!	.!	.!	.!	.!	.!	.!	.!	.!	.!	.!	.!	.!	
! YHTEENSÄ IKÄLUOKAT	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	
! YHTEENSÄ	!	9028!	1233!	388!	295!	2.3!	64!	1.1!	85!	101!	86!	90!	109!	52!	61!	33!	10!
! 65-74	!	1847!	245!	70!	69!	1.6!	18!	1.7!	12!	16!	18!	26!	44!	14!	14!	9!	2!
! 75-84	!	4490!	632!	179!	153!	2.7!	31!	0.8!	49!	50!	47!	46!	49!	26!	33!	16!	4!
! yli 85	!	2691!	356!	139!	73!	2.3!	15!	1.2!	24!	35!	21!	18!	16!	12!	14!	8!	4!

(CONTINUED)

NYKYPALVELUJEN JA PALVELUJEN PUUTTEIDEN JA LISÄTARPEIDEN JAKAJA
 KUNNAT YHTEENSÄ

PALVELUJEN PUUTTEET / LISÄTARPEET	päivä-tystä-		hoito- vä-		turva- taloud-		määrä- uusi-		lasunnon-				
							ei lasun-		muutos-				
	paikka- palvelu-		puhel-		apu		määrä- ilm-		to		työt		
		lkm		lkm		lkm		lkm		lkm		lkm	
SIJOITUS-	IKÄLUOKAT												
SPAikka	YHTEENSÄ	121	821	791	231	11	231	111	301	31			
KOTISA	65-74	31	171	161	41	11	41	41	91	11			
	75-84	81	471	471	131	11	131	41	141	21			
	yli 85	11	181	161	61	11	61	31	71	11			
KOTTITU	IKÄLUOKAT												
	YHTEENSÄ	151	751	1321	111	11	101	131	251	71			
	65-74	51	91	211	31	11	31	41	31	11			
	75-84	81	491	661	31	11	31	61	171	31			
	yli 85	21	171	451	51	11	41	31	51	31			
KOTTIVA	IKÄLUOKAT												
	YHTEENSÄ	11	71	181	11	11	11	11	21	11			
	65-74	11	11	11	11	11	11	11	11	11			
	75-84	11	41	81	11	11	11	11	11	11			
	yli 85	11	31	91	11	11	11	11	21	11			
KOTTITE	IKÄLUOKAT												
	YHTEENSÄ	41	71	101	11	11	11	11	51	11			
	65-74	21	21	11	11	11	11	11	11	11			
	75-84	11	21	51	11	11	11	11	41	11			
	yli 85	21	31	41	11	11	11	11	11	11			
PT	IKÄLUOKAT												
	YHTEENSÄ	11	11	11	11	11	11	11	11	11			
	65-74	11	11	11	11	11	11	11	11	11			
	75-84	11	11	11	11	11	11	11	11	11			
	yli 85	11	11	11	11	11	11	11	11	11			
PT1	IKÄLUOKAT												
	YHTEENSÄ	11	191	61	51	11	51	11	11	11			
	65-74	11	51	11	21	11	21	11	11	11			
	75-84	11	101	41	11	11	11	11	11	11			
	yli 85	11	41	11	21	11	21	11	11	11			
PT2	IKÄLUOKAT												
	YHTEENSÄ	11	11	11	11	11	11	11	11	11			
	65-74	11	11	11	11	11	11	11	11	11			
	75-84	11	11	11	11	11	11	11	11	11			
	yli 85	11	11	11	11	11	11	11	11	11			
PRK	IKÄLUOKAT												
	YHTEENSÄ	11	51	11	11	11	11	11	11	11			
	65-74	11	11	11	11	11	11	11	11	11			
	75-84	11	11	11	11	11	11	11	11	11			
	yli 85	11	31	11	11	11	11	11	11	11			
KOTTIVK	IKÄLUOKAT												
	YHTEENSÄ	11	51	41	11	11	11	11	11	11			
	65-74	11	11	11	11	11	11	11	11	11			
	75-84	11	21	21	11	11	11	11	11	11			
	yli 85	11	21	21	11	11	11	11	11	11			
KOTTI/LA	IKÄLUOKAT												
	YHTEENSÄ	11	11	11	11	11	11	11	11	11			
	65-74	11	11	11	11	11	11	11	11	11			
VK	IKÄLUOKAT												
	YHTEENSÄ	11	11	21	11	11	11	11	11	11			
	65-74	11	11	11	11	11	11	11	11	11			
	75-84	11	11	21	11	11	11	11	11	11			
	yli 85	11	11	11	11	11	11	11	11	11			
HK	IKÄLUOKAT												
	YHTEENSÄ	11	11	31	11	11	11	11	11	21			
	65-74	11	11	11	11	11	11	11	11	11			
	75-84	11	11	11	11	11	11	11	11	21			
	yli 85	11	11	21	11	11	11	11	11	11			
TKS	IKÄLUOKAT												
	YHTEENSÄ	11	21	121	71	11	71	11	11	11			
	65-74	11	11	21	21	11	21	11	11	11			
	75-84	11	11	51	31	11	31	11	11	11			
	yli 85	11	11	51	21	11	21	11	11	11			
PSYK	IKÄLUOKAT												
	YHTEENSÄ	11	11	11	11	11	11	11	11	11			
	65-74	11	11	11	11	11	11	11	11	11			
	75-84	11	11	11	11	11	11	11	11	11			
	yli 85	11	11	11	11	11	11	11	11	11			
KS	IKÄLUOKAT												
	YHTEENSÄ	11	11	11	11	11	11	11	11	11			
	65-74	11	11	11	11	11	11	11	11	11			
	75-84	11	11	11	11	11	11	11	11	11			

(CONTINUED)

NYKYPALVELUJEN JA PALVELUJEN PUUTTEIDEN JA LISÄTARPEIDEN JAKAUMA
KUNNAT YHTEENSÄ

PALVELUJEN PUUTTEET / LISÄTARPEET	päivä-lystä-		hoito- vä- turva- taloud-		määrä- uusi		asunnon-			
	lkm	lkm	lkm	lkm	kes-	lkm	lkm	lkm	lkm	lkm
SIJOITU-										
SPAIKKA										
KS yli 85										
TYKS IKÄLUOKAT										
YHTEENSÄ										
65-74										
75-84										
yli 85										
YHTEENSÄ IKÄLUOKAT										
YHTEENSÄ	34	203	268	49	11	48	25	63	12	
65-74	10	36	42	11		11	8	12	1	
75-84	18	116	140	20		20	11	36	7	
yli 85	6	51	86	18	1	17	6	15	4	

SIJOITUSPAIKKAJAKALMA

KUNTA=108 HÄMEENKYRÖ

!TARKOITUKSENLUK. !SIJOITUSPAIKKA	NYKYINEN SIJOITUSPAIKKA							
	!KOTISA	!KOTTITU	!KOTTIVA	!PT1	!PRK	!VK	!TKS	!YHT.
!KOTISA	24					1		25
!KOTTITU	3	46						49
!KOTTIVA		1	2					3
!PT1	1	5		43				49
!PT2				1				1
!PRK	1	2			5	5	1	14
!VK		6			1	32	7	46
!HK						1		1
!TKS		2				2	29	33
!PSYK				1				1
!YHT.	29	62	2	45	6	41	37	222

VANHUSTEN SIJOITTUMINEN ERI HOITOMUODOILLE

1

KUNTA=108 HÄMEENKYRÖ

!SIJOITUSPAIKKA	!ALIHOITO	!TARKMUK	!YLIHOITO	!YHT	!sij.-%
!KOTISA	5	24		29	82.8
!KOTTITU	16	47		63	74.6
!KOTTIVA		2		2	100.0
!PT1	2	43		45	95.6
!PRK	1	5		6	83.3
!VK	3	32	6	41	78.0
!TKS		2	8	37	78.4
!YHTEENSÄ	27	182	14	223	84.7

SIJOITUSPAIKKAJAKALMA

2

KUNTA=164 JALASJÄRVI

!TARKOITUKSENLUK. !SIJOITUSPAIKKA	NYKYINEN SIJOITUSPAIKKA							
	!KOTISA	!KOTTITU	!KOTTIVA	!KOTTITE	!PT1	!PRK	!TKS	!YHT.
!KOTISA	232						1	233
!KOTTITU	9	103						112
!KOTTIVA			9					9
!KOTTITE				1				1
!PT1	3				9			12
!PT2	2	3						5
!PRK						8	1	9
!TKS	1						62	63
!YHT.	247	106	9	1	9	8	64	444

VANHUSTEN SIJOITTUMINEN ERI HOITOMUODOILLE

2

KUNTA=164 JALASJÄRVI

!SIJOITUSPAIKKA	!ALIHOITO	!TARKMUK	!YLIHOITO	!YHT	!sij.-%
!KOTISA	15	232		247	93.9
!KOTTITU	3	103		106	97.2
!KOTTIVA		9		9	100.0
!KOTTITE		1		1	100.0
!PT1		9		9	100.0
!PRK		8		8	100.0
!TKS		62	2	64	96.9
!YHTEENSÄ	18	424	2	444	98.3

SIJOITUSPAIKKAJAKALMA

KUNTA=223 KARJALOHJA

!TARKOITUKSENLUK.	! NYKYINEN SIJOITUSPAIKKA						!
	!SIJOITUSPAIKKA						
!	!KOTISA!	!KOTTU!	!KOTIVA!	!KOTITE!	!PT!	!TKS!	!YHT.!
!KOTISA	26!	!	!	!	!	!	26!
!KOTTU	!	21!	!	!	!	!	22!
!KOTIVA	!	!	1!	!	!	!	1!
!KOTITE	!	!	!	6!	!	!	6!
!PT	!	!	!	2!	20!	!	22!
!TKS	!	!	!	!	!	!	1!
!YHT.	27!	22!	8!	20!	!	!	78!

VANHUSTEN SIJOITTUMINEN ERI HOITOMUODOILLE

3

KUNTA=223 KARJALOHJA

!	!ALIHOITO!	!TARKMUK!	!YLIHOITO!	!YHT!	! sij.-%
!SIJOITUSPAIKKA	!	!	!	!	!
!KOTISA	!	1!	28!	!	29! 96.6!
!KOTTU	!	1!	21!	!	22! 95.5!
!KOTITE	!	2!	6!	!	8! 75.0!
!PT	!	!	20!	!	20! 100.0!
!TKS	!	!	1!	!	1! 100.0!
!YHTEENSÄ	!	4!	76!	!	80! 93.4!

SIJOITUSPAIKKAJAKALMA

4

KUNTA=284 KOSKI T

!TARKOITUKSENLUK.	! NYKYINEN SIJOITUSPAIKKA								!
	!SIJOITUSPAIKKA								
!	!KOTISA!	!KOTTU!	!KOTIVA!	!KOTITE!	!VK!	!HK!	!TKS!	!YHT.!	
!KOTISA	62!	!	!	!	!	!	1!	!	63!
!KOTTU	!	3!	45!	!	!	!	!	!	48!
!KOTIVA	!	!	!	2!	!	!	!	!	2!
!KOTITE	!	!	!	!	3!	!	!	!	3!
!VK	!	!	!	!	1!	28!	!	!	29!
!HK	!	!	!	!	!	!	3!	!	3!
!TKS	!	!	!	!	!	!	!	4!	4!
!YHT.	65!	45!	2!	4!	28!	4!	4!	4!	152!

VANHUSTEN SIJOITTUMINEN ERI HOITOMUODOILLE

4

KUNTA=284 KOSKI T

!	!ALIHOITO!	!TARKMUK!	!YLIHOITO!	!YHT!	! sij.-%
!SIJOITUSPAIKKA	!	!	!	!	!
!KOTISA	!	3!	62!	!	65! 95.4!
!KOTTU	!	!	45!	!	45! 100.0!
!KOTIVA	!	!	2!	!	2! 100.0!
!KOTITE	!	1!	3!	!	4! 75.0!
!VK	!	!	28!	!	28! 100.0!
!HK	!	!	3!	!	4! 75.0!
!TKS	!	!	4!	!	4! 100.0!
!YHTEENSÄ	!	4!	147!	1!	152! 92.2!

KUNTA=285 KOTKA

!TARKOITUKSENLUK. !SIJOITUSPAIKKA	NYKYINEN SIJOITUSPAIKKA											!YHT.
	!KOTISA	!KOTTU	!KOTIVA	!KOTTTE	!PT1	!PRK	!VK	!HK	!TKS	!PSYK	!KS	
!KOTISA	388	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	388
!KOTTU	51	442	..	..	..	..	..	..	..	..	..	447
!KOTIVA	10	..	47	..	..	..	..	..	..	..	..	57
!KOTTTE	8	..	..	39	..	..	..	..	..	..	..	47
!PT1	13	9	1	7	517	..	..	2	5	..	..	554
!PRK	..	..	..	..	..	9	..	..	1	..	..	10
!VK	3	1	..	..	11	..	184	7	8	..	1	205
!HK	..	..	..	..	..	..	..	16	..	..	..	16
!TKS	..	..	..	..	..	..	..	..	440	..	..	440
!PSYK	..	..	..	..	..	..	..	..	..	10	..	10
!KS	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	18	18
!YHT.	427	452	48	46	518	9	184	25	454	10	19	2192

VANHUSTEN SIJOITTUMINEN ERI HOITOMUODOILLE

5

KUNTA=285 KOTKA

!SIJOITUSPAIKKA	!ALIHOITO	!TARKMUK	!YLIHOITO	!YHT	!sij.-%
!KOTISA	39	388	..	427	90.9
!KOTTU	10	442	..	452	97.8
!KOTIVA	1	47	..	48	97.9
!KOTTTE	7	39	..	46	84.8
!PT1	1	517	..	518	99.8
!PRK	..	9	..	9	100.0
!VK	..	184	..	184	100.0
!HK	..	16	9	25	64.0
!TKS	..	440	14	454	96.9
!PSYK	..	10	..	10	100.0
!KS	..	18	1	19	94.7
!YHTEENSÄ	58	2110	24	2192	93.3

SIJOITUSPAIKKAJAKALMA

6

KUNTA=423 LIETO

!TARKOITUKSENLUK. !SIJOITUSPAIKKA	NYKYINEN SIJOITUSPAIKKA										!YHT.
	!KOTISA	!KOTTU	!KOTIVA	!KOTTTE	!KOTTVK	!VK	!HK	!TKS	!PSYK	!KS	
!KOTISA	131	..	..	..	..	1	..	..	..	..	132
!KOTTU	7	83	..	..	..	..	..	..	..	..	90
!KOTIVA	..	1	11	..	..	..	..	..	..	..	12
!KOTTTE	..	..	1	3	..	..	..	..	..	..	4
!PRK	..	..	..	..	..	2	2	..	..	..	4
!KOTTVK	..	..	..	..	7	..	..	..	..	..	7
!VK	..	..	..	..	..	38	..	1	..	..	39
!HK	..	..	..	..	..	..	17	1	..	..	18
!TKS	..	..	..	..	..	..	..	9	..	..	9
!YHT.	138	84	12	3	7	41	19	11	..	..	315

VANHUSTEN SIJOITTUMINEN ERI HOITOMUODOILLE

6

KUNTA=423 LIETO

!SIJOITUSPAIKKA	!ALIHOITO	!TARKMUK	!YLIHOITO	!YHT	!sij.-%
!KOTISA	7	131	..	138	94.9
!KOTTU	1	83	..	84	98.8
!KOTIVA	1	11	..	12	91.7
!KOTTTE	..	3	..	3	100.0
!KOTTVK	..	7	..	7	100.0
!VK	..	38	3	41	92.7
!HK	..	18	2	20	90.0
!TKS	..	9	2	11	81.8
!YHTEENSÄ	9	300	7	316	93.7

SIJOITUSPAIKKAJAKALMA

KUNTA=480 MARTTILA

TARKOITUKSENLUK. SIJOITUSPAIKKA	NYKYINEN SIJOITUSPAIKKA							
	KOTISA	KOTTU	KOTIVA	KOTITE	VK	HK	TKS	YHT.
KOTISA	50							50
KOTTU	5	39						44
KOTIVA			1					1
KOTITE				4				4
PT1	1							1
PT2					4			4
PRK					6			6
VK					11			12
HK						1		1
TKS					2		3	5
YHT.	56	39	1	5	23	1	3	128

VANHUSTEN SIJOITTUMINEN ERI HOITOMUODOILLE

7

KUNTA=480 MARTTILA

SIJOITUSPAIKKA	ALIHOITO	TARKMUK	YLIHOITO	YHT	sij.-%
KOTISA		6	50	56	89.3
KOTTU			39	39	100.0
KOTIVA			1	1	100.0
KOTITE		1	4	5	80.0
VK		2	11	23	47.8
HK			1	1	100.0
TKS			3	3	100.0
YHTEENSÄ		9	109	128	88.2

SIJOITUSPAIKKAJAKALMA

KUNTA=838 TARVASJOKI

TARKOITUKSENLUK. SIJOITUSPAIKKA	NYKYINEN SIJOITUSPAIKKA								
	KOTISA	KOTTU	KOTIVA	KOTITE	KOTI/LA	VK	HK	TKS	YHT.
KOTISA	45								45
KOTTU		20							20
KOTIVA			6						6
KOTITE				7					7
KOTI/LA					1				1
VK						12			12
HK							1		1
TKS								4	4
YHT.	45	20	6	7	1	12	1	4	96

VANHUSTEN SIJOITTUMINEN ERI HOITOMUODOILLE

8

KUNTA=838 TARVASJOKI

SIJOITUSPAIKKA	ALIHOITO	TARKMUK	YLIHOITO	YHT	sij.-%
KOTISA		45		45	100.0
KOTTU		20		20	100.0
KOTIVA		6		6	100.0
KOTITE		7		7	100.0
KOTI/LA		1		1	100.0
VK		12		12	100.0
HK		1		1	100.0
TKS		4		4	100.0
YHTEENSÄ		96		96	100.0

SIJOITUSPAIKKAJAKALMA

9

KUNTA=853 TURKU

TARKOITUKSENLUK. SIJOITUSPAIKKA	NYKYINEN SIJOITUSPAIKKA												
	KOTISA	KOTTU	KOTIVA	KOTITE	PT1	PT2	PRK	VK	HK	TKS	PSYK	TYKS	YHT.
KOTISA	1190				11			6	1	3			1201
KOTTU	7	1712			11			6		3	1		1730
KOTIVA	1	3	213							3			220
KOTITE			11	121				3		1	1		127
PT1					395								395
PT2						102							103
PRK							9						9
VK	11	24	8	8	9	1		797	3	11	2	1	875
HK				2	2				428	27	41	1	502
TKS										213			214
PSYK										1	13		14
TYKS												7	7
YHT.	1210	1740	222	131	408	103	9	812	432	263	58	9	5397

VANHUSTEN SIJOITTUMINEN ERI HOITOMUODOILLE

9

KUNTA=853 TURKU

SIJOITUSPAIKKA	ALIHOITO	TARKKUK	YLIHOITO	YHT	sij.-%
KOTISA	20	1190		1210	98.3
KOTTU	28	1712		1740	98.4
KOTIVA	9	213		222	95.9
KOTITE	10	121		131	92.4
PT1	11	395	2	408	96.8
PT2	1	102		103	99.0
PRK		9		9	100.0
VK		797	15	812	98.2
HK		428	4	432	99.1
TKS	1	213	49	263	81.0
PSYK		13	45	58	22.4
TYKS		7	2	9	77.8
YHTEENSÄ	80	5200	117	5397	88.3

SIJOITUSPAIKKAJAKAUMA
KUNNAT YHTEENSÄ

1

!TARKOITUKSENLUK. !SIJOITUSPAIKKA	NYKYINEN SIJOITUSPAIKKA															
	!KOTISA	!KOTTU	!KOTIVA	!KOTITE	!PT	!PT1	!PT2	!PRK	!KOTIVK	!KOTI/LA	!VK	!HK	!TKS	!PSYK	!KS	!TYKS
!KOTISA	2148	..	..	..	..	11	..	..	..	..	81	21	41	..	..	..
!KOTTU	40	2511	..	..	..	11	..	..	..	..	61	..	31	11	..	..
!KOTIVA	11	61	291	..	..	..	..	..	..	..	..	..	31	..	..	..
!KOTITE	8	..	21	184	..	..	..	..	..	..	31	..	11	11	..	..
!PT	..	..	..	21	20	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
!PT1	18	14	11	71	..	964	..	..	..	..	..	..	21	51	..	..
!PT2	2	31	..	..	..	11	102	..	..	..	41	..	11	..	..	..
!PRK	1	21	..	..	..	..	31	..	..	..	131	21	31	..	..	..
!KOTIVK	..	..	..	..	..	..	..	71	..	..	..	..	..	..	..	..
!KOTI/LA	..	..	..	..	..	..	..	..	11	..	..	..	..	..	..	..
!VK	14	31	81	101	..	101	11	11	..	1102	101	271	21	11	11	11
!HK	..	11	..	21	..	21	..	..	..	..	11	4661	281	411	..	11
!TKS	21	21	..	..	..	..	..	..	..	..	41	..	7651	..	..	..
!PSYK	..	..	..	..	..	11	..	..	..	..	..	..	11	231	..	..
!KS	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	181	..
!TYKS	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	71
!YHT.	2244	2570	3021	2051	201	9801	1031	321	71	11	1141	4821	8411	681	191	91

(CONTINUED)

VANHUSTEN SIJOITTUMINEN ERI HOITOMUODOILLE
KUNNAT YHTEENSÄ

1

!	!ALIHOITO	!TARKMUK	!YLIHOITO	!YHT	!sij.-%
!SIJOITUSPAIKKA	!	!	!	!	!
!KOTISA	96	2150	..	2246	93.61
!KOTTU	59	2512	..	2571	95.81
!KOTIVA	11	291	..	302	98.21
!KOTITE	21	184	..	205	88.41
!PT	..	20	..	20	100.01
!PT1	14	964	21	980	98.01
!PT2	1	102	..	103	99.01
!PRK	1	31	..	32	95.81
!KOTIVK	..	7	..	7	100.01
!KOTI/LA	..	1	..	1	100.01
!VK	5	1102	34	1141	88.11
!HK	..	467	16	483	88.01
!TKS	1	765	75	841	92.81
!PSYK	..	23	45	68	61.21
!KS	..	18	1	19	94.71
!TYKS	..	7	2	9	77.81
!YHTEENSÄ	209	8644	175	9028	92.31

HOITOPÄIVÄN KESKIHINNAT ERI HOITOMUODOISSA NYKYISELLÄ PALVELUTARJONNALLA LASKETTUNA

Kunta	kotisa	kotitu	kotiva	kotite	pt	prk	vk	hk	tk
Hämeenkyrö	27.50	51.70	186.79		135.92	114.95	397.00		542.12
Jalasjärvi	14.52	69.52	191.21	361.74	298.01	60.50			514.00
Karjalohja	16.91	31.85		211.30	339.20				616.05
Koski TL	11.99	57.78	351.35	497.50			306.61	625.54	625.54
Kotka	12.37	58.87	206.54	393.88	231.34	421.81	352.60	254.00	652.90
Lieto	21.71	62.77	222.36	423.55			325.70	625.54	625.54
Marttila	20.53	80.94	321.26	545.51			217.50	625.54	625.54
Tarvasjoki	17.69	89.77	205.36	440.42			314.23	625.54	625.54
Turku	5.63	54.61	215.96	497.36	135.92	510.00	378.00	548.00	847.00
painot. ka.	10.10	56.71	214.82	474.93	189.17	298.75	367.05	536.96	697.40

HOITOPÄIVÄN KESKIHINNAT ERI HOITOMUODOISSA TAVOITEPALVELUTARJONNALLA LASKETTUNA

Kunta	kotisa	kotitu	kotiva	kotite	pt	prk	vk	hk	tk
Hämeenkyrö	31.22	74.18	197.24		149.26	114.95	397.00	536.96	542.12
Jalasjärvi	18.85	71.54	195.46	381.04	301.83	60.50			514.00
Karjalohja	20.99	39.44	174.55	233.27	323.69				616.05
Koski TL	15.97	59.75	351.35	473.81			306.61	625.54	625.54
Kotka	15.97	59.75	200.43	431.60	225.39	452.22	352.60	254.00	652.90
Lieto	22.62	64.32	225.43	488.51		298.75	325.70	625.54	625.54
Marttila	26.91	98.64	400.81	527.64	189.17	298.75	217.50	625.54	625.54
Tarvasjoki	17.79	89.99	206.11	446.61			314.23	625.54	625.54
Turku	6.01	54.86	217.53	504.38	135.64	510.00	378.00	548.00	847.00
painot. ka.	11.68	58.13	214.96	476.05	185.93	274.11	368.86	542.59	689.76

VANHUSTENHUOLLON PALVELUJEN TAVOITETILAMALLI

KUNTA=108 HÄMEENKYRÖ

PALVELUT JA PUUTTEET/LISÄTARPEET	TARKOITUKSENLUKAINEN SIJOITUSPAIKKA										
	KOTISA	KOTTU	KOTIVA	PT1	PT2	PRK	VK	HK	TKS	PSYK	YHT.
asukkaita	25	49	31	49	1	14	46	1	33	1	222
kotipalvelun piirissä	7	43	31	46	1	4	7		2	1	114
kotipalv. käyntejä /vko	0.4	1.8	6.0	5.1	12.0	1.0	4.1		1.0	12.0	3.4
kotisair. hoidon piirissä	3	35	3	30	1	7	6		2	1	88
kotish käyntejä /vko	0.5	1.1	2.3	1.8	4.0	0.9	1.3		0.8	1.0	1.4
ateria	8	12	1	29			3			1	54
sauna	14	9		13		2			2		40
pyykki	11	12		11	1	2	1				38
kuljetus	3	11		17		2	1		1		35
siivous	4	16	1	14	1	1	1				39
muu tukipalv.	2	5	1	3	1	1	1		1		15
interv.paikka	4	8	1	9	1		1				24
päiväsair. paikka	16	14	1	11	1	2	2				47
yöhoitopaikka	2	1	1	3							7
päivähoitopaik.	1	1		7		1	1				11
ystäväpalvelu	10	14		15		2	4		1		46
turvapuhelin	2	7	1	5		6	2				23
taloud. apua		3		2							5
määrä keskim. mk		1									1
määrä ei ilm.				1100							1100
uusi asunto	1	3	1	3	1		2				11
asunnon muutostyöt	1	3		12			2		1		19
saa muita palv.	3	6		3					1		13

VANHUSTENHUOLLON PALVELUJEN TAVOITETILAMALLI

KUNTA=164 JALASJÄRVI

PALVELUT JA PUUTTEET/LISÄTARPEET	TARKOITUKSENLUKAINEN SIJOITUSPAIKKA										
	KOTISA	KOTTU	KOTIVA	KOTTU	PT1	PT2	PRK	TKS	YHT.		
asukkaita	233	112	9	1	12	5	9	63	444		
kotipalvelun piirissä	144	106	9	1	1	3	8	5	277		
kotipalv. käyntejä /vko	0.3	2.2	8.1	20.0	1.3	1.5	2.4	4.2	1.5		
kotisair. hoidon piirissä	136	111	9	1	12	5	8	5	287		
kotish käyntejä /vko	0.2	0.6	0.8	0.3	0.8	0.7	0.6	0.7	0.5		
ateria	60	58	8		10	4		2	142		
sauna	17	26	5		10				58		
pyykki	16	24	5		9				54		
kuljetus	26	21			8	2			57		
siivous	64	37	6		6	1		3	117		
muu tukipalv.	6	4							10		
interv.paikka	11	8	1		2	2		4	28		
päiväsair. paikka	1		1						2		
yöhoitopaikka	1		1	1					3		
päivähoitopaik.	3	7	1			1			12		
ystäväpalvelu	37	37	3		8	2	4	3	94		
turvapuhelin	21	39	6	1	1	5	8	2	83		
taloud. apua	12	6						3	21		
määrä keskim. mk	1	1						1	1		
määrä ei ilm.											
uusi asunto	18	31	2		3		7	3	64		
asunnon muutostyöt	21	13	1		1	1		1	38		
saa muita palv.	4	25	3			2			34		

VANHUSTENHUOLLON PALVELUJEN TAVOITETILAMALLI

KUNTA=223 KARJALOHJA

PALVELUT JA PUUTTEET/LISÄTARPEET	TARKOITUKSEN MUKAINEN SIJOITUSPAIKKA							YHT.
	KOTISA	KOTTITU	KOTIVA	KOTITE	PT	TKS	YHT.	
asukkaita	26	22	1	6	22	1	78	
kotipalvelun								
piirissä	13	20		6	22		61	
kotipalv. käyntejä /vko	0.4	1.6		29.5	43.9		19.4	
kotisair. hoidon								
piirissä	5	10	1	1	1		18	
kotish käyntejä /vko	0.3	0.8	7.0	0.3	3.0		1.1	
ateria	2	7		6	19		34	
sauna	3	7		2	18		30	
pyykki	5	8		5	19		37	
kuljetus	4	2			15		21	
siivous					1		1	
muu tukipalv.	1	1					2	
interv.paikka	4	6		4			14	
päiväsair. paikka								
yöhoitopaikka								
päivähoitopaik.	2	2		1	7		12	
ystäväpalvelu		1			1		2	
turvapuhelin	2	5		2	18		27	
taloud. apua	6	1					7	
määrä keskim. mk								
määrä ei ilm.	32800	750					33550	
uusi asunto	2	6		4	18		30	
asunnon muutostyöt	1			1	1		3	
saa muita palv.	11	11		3	17		42	

VANHUSTENHUOLLON PALVELUJEN TAVOITETILAMALLI

KUNTA=284 KOSKI T

PALVELUT JA PUUTTEET/LISÄTARPEET	TARKOITUKSEN MUKAINEN SIJOITUSPAIKKA							YHT.
	KOTISA	KOTTITU	KOTIVA	KOTITE	VK	HK	TKS	
asukkaita	63	48	2	3	29	3	4	152
kotipalvelun								
piirissä	49	40	2	3	1		3	98
kotipalv. käyntejä /vko	0.3	1.4	10.5	16.0	21.0		7.2	1.9
kotisair. hoidon								
piirissä	10	36	2	3			2	53
kotish käyntejä /vko	0.3	1.1	2.8	3.3			1.5	1.2
ateria	26	27	1	3	1		1	59
sauna	10	11	1	1	1		1	25
pyykki	10	12	1	2	1		1	27
kuljetus	9	7	1	1				18
siivous	6	3						9
muu tukipalv.	13	7		2				22
interv.paikka		4	1	1	1			7
päiväsair. paikka		3						3
yöhoitopaikka								
päivähoitopaik.			1					1
ystäväpalvelu	2	5			1			8
turvapuhelin	1	2	1	1				5
taloud. apua	1							1
määrä keskim. mk								
määrä ei ilm.								
uusi asunto	1			1				2
asunnon muutostyöt		2		1				3
saa muita palv.		1						1

VANHUSTENHUOLLON PALVELLUEN TAVOITETILAMALLI

5

KUNTA=285 KOTKA

PALVELUT JA PUUTTEET/LISÄTARPEET	TARKOITUKSEN MUKAINEN SIJOITUSPAIKKA											
	KOTISA	KOTITU	KOTIVA	KOTITE	PTI	PRK	VK	HK	TKS	PSYK	KS	YHT.
asukkaita	388	447	57	47	554	10	205	16	440	10	18	2192
kotipalvelun												
piirissä	87	376	47	47	282	7	26	7	75	2	3	959
kotipalv. käyntejä /vko	0.4	2.3	9.7	21.3	23.0	18.0	14.5	9.6	15.4	9.5	4.3	11.0
kotisair. hoidon												
piirissä	77	172	26	29	181	7	19	2	53	2	3	571
kotish käyntejä /vko	0.3	1.3	4.1	2.4	1.2	11.1	2.0	1.5	2.1	2.0	2.2	1.5
ateria	114	120	29	23	199	1	16	3	31	1	1	538
sauna	24	37	14	14	110		6		16			221
pyykki	38	73	18	19	129	1	6	2	18			304
kuljetus	19	37	3	5	17		3		9			93
siivous												
muu tukipalv.	5	5	10	10	41		2		4			77
interv.paikka	11	8		1	6	3	5	5	11			50
päiväsair. paikka	36	33	5	4	7	1	5	1	5	2	2	101
yöhoitopaikka					1							1
päivähoitopaik.	33	49	4	4	37		10	2	21			160
ystäväpalvelu	12	25	5	6	25		2		9			84
turvapuhelin	30	48	7	9	105	6	3	2	21			231
taloud. apua	19	10	1		7		1		6			44
määrä keskim. mk	1	1	1		1		1		1			1
määrä ei ilm.												
uusi asunto												
asunnon muutostyöt	7	7			2	1	1		2			20
saa muita palv.												

VANHUSTENHUOLLON PALVELLUEN TAVOITETILAMALLI

6

KUNTA=423 LIETO

PALVELUT JA PUUTTEET/LISÄTARPEET	TARKOITUKSEN MUKAINEN SIJOITUSPAIKKA											
	KOTISA	KOTITU	KOTIVA	KOTITE	PRK	KOTIVK	VK	HK	TKS	YHT.		
asukkaita	132	90	12	4	4	7	39	18	9	315		
kotipalvelun												
piirissä	73	71	12	4		7			2	169		
kotipalv. käyntejä /vko	0.3	1.4	6.3	13.3		8.3			2.5	1.8		
kotisair. hoidon												
piirissä	58	78	12	4		6			2	160		
kotish käyntejä /vko	0.4	1.1	3.4	10.0		1.3			1.0	1.3		
ateria	41	29	5	2		6			2	85		
sauna	10	16	4			6				36		
pyykki	15	14	4			7				40		
kuljetus	8	10	2	2		1				23		
siivous	47	5	1	1		7			2	62		
muu tukipalv.	1	3								4		
interv.paikka	7	18	4	2		1			1	32		
päiväsair. paikka	3	10								13		
yöhoitopaikka												
päivähoitopaik.	2	8	2							12		
ystäväpalvelu	6	13	1			5				25		
turvapuhelin	2	12	4	2		7				27		
taloud. apua	11	4	1							16		
määrä keskim. mk	1									1		
määrä ei ilm.	16600	6500	1400							24500		
uusi asunto	1	1				3				5		
asunnon muutostyöt	1	4								5		
saa muita palv.	24	21	9	2	2		14			72		

VANHUSTENHUOLLON PALVELUJEN TAVOITETILAMALLI

KUNTA=480 MARITILA

PALVELUT JA PUUTEET/LISÄTARPEET	TARKOITUKSEN MUKAINEN SIJOITUSPAIKKA										
	KOTISA	KOTTU	KOTIVA	KOTITE	PT1	PT2	PRK	VK	HK	TKS	YHT.
asukkaita	50	44	1	4	1	4	6	12	1	5	128
kotipalvelun piirissä	25	43	1	4	1			1			75
kotipalv. käyntejä /vko	0.3	1.6	11.0	17.0	1.5			23.0			2.4
kotisair. hoidon piirissä	27	36	1	4	1			1			70
kotish käyntejä /vko	0.3	1.0	0.5	2.0	0.5			1.0			0.8
ateria	14	29	1	4	1			1		1	51
sauna	11	23	1	4	1			1			41
pyykki	9	31	1	4	1			1			47
kuljetus	8	13									21
siivous	24	40	1	4	1			1			71
muu tukipalv.	1										1
interv.paikka	3	8	1					1			13
päiväsair. paikka											
yöhoitopaikka											
päivähoitopaik.	13	18	1	3				1			36
ystäväpalvelu	15	26	1	2				1			45
turvapuhelin	3	11									14
taloud. apua	3	3									6
määrä keskim. mk											
määrä ei ilm.	3600	3600									7200
uusi asunto	5	10		1	1						17
asunnon muutostyöt		2									2
saa muita palv.	1										1

VANHUSTENHUOLLON PALVELUJEN TAVOITETILAMALLI

KUNTA=838 TARVASJOKI

PALVELUT JA PUUTEET/LISÄTARPEET	TARKOITUKSEN MUKAINEN SIJOITUSPAIKKA										
	KOTISA	KOTTU	KOTIVA	KOTITE	KOTTI/-LA	VK	HK	TKS	YHT.		
asukkaita	45	20	6	7	1	12	1	4	96		
kotipalvelun piirissä	18	14	6	7	1			2	48		
kotipalv. käyntejä /vko	0.3	2.7	6.5	15.7	3.0			1.0	4.1		
kotisair. hoidon piirissä	18	17	6	7	1			1	50		
kotish käyntejä /vko	0.4	1.0	1.3	1.2	0.5			1.0	0.8		
ateria	16	16	6	7	1			2	48		
sauna	4	7	3	7				2	23		
pyykki	2	4	3	5				2	16		
kuljetus	1								1		
siivous	20	13	4	7	1			1	46		
muu tukipalv.	5	2	2						9		
interv.paikka	2	4							6		
päiväsair. paikka	1								1		
yöhoitopaikka											
päivähoitopaik.	1			1					2		
ystäväpalvelu	5		3	2					10		
turvapuhelin	1	1	2	2					6		
taloud. apua	2	1							3		
määrä keskim. mk	1	1							1		
määrä ei ilm.											
uusi asunto											
asunnon muutostyöt											
saa muita palv.	21	9	4	6					40		

KUSTANNUSTEN JAKAUTUMINEN NYKYISILLE SIOJITUSPAIKOILLE

HÄMEENKYRÖ (satunnaisen, tuetun ja valvotun kotihoidon 50% otanta on huomioitu)

NYKYINEN SIOJITUSPAIKKA

TARKMUKSP	KOTISA	KOTITU	KOTIVA	PT	PRK	VK	HK	TKS	YHT.
KOTISA	1319.89					397.00 + 369.50			
KOTITU	164.99	4756.41							
KOTIVA	-145.20		747.15						
PT	27.50	258.50		5980.50					
PRK	-108.42	-421.10							
PRK	27.50	103.40			574.75	1985.00 + 1410.25		542.12 + 427.17	
VK	-87.45	-126.50			114.95 -282.05	12704.00		3794.84 + 1015.84	
HK						397.00 -139.96			
TKS		103.40				794.00 -290.24		15721.48	
PSYK									
YHT					135.92 -764.08				
YHT	1539.87	5635.31	747.15	6116.42	689.70	16277.00		20058.44	51063.90
SÄÄST. ALIH	-341.08	-3870.42		-764.08	-282.05	-430.20			-5687.82
KUST. YLIH.						1779.75		1443.01	3222.76
EROTUS	-341.08	-3870.42			-282.05	1349.55			-2465.07

KUSTANNUSTEN JAKAUTUMINEN NYKYISILLE SIJOTUSPAIKOILLE

KOSKI TL	NYKYINEN SIJOTUSPAIKKA										
TARKMUJOSP	KOTISA	KOTITU	KOTIVA	KOTITE	PT	PRK	VK	HK	TKS	PSYK	YHT
KOTISA	743.53							625.54 +613.55			
KOTITU	35.98 -137.38	2600.32									
KOTIVA			702.69								
KOTITE				1492.51							
PT											
PRK											
VK				497.50 190.89			8585.08				
HK								1876.62			
TKS									2502.16		
PSYK											
YHT	779.50 -137.38	2600.32	702.69	1990.02 190.89			8585.08	2502.16	2502.16		19661.93 53.52
SÄÄST. ALIH. KUST. YLIH.	-137.38			190.89				613.55			613.55
EROTUS				190.89				613.55			667.06

KUSTANNUSTEN JAKAUTUMINEN NYKYISILLE SJOITUSPAIKOILLE

KOTKA		NYKYINEN SJOITUSPAIKKA									
TARKMUKSP	KOTISA	KOTITU	KOTIVA	KOTITE	PT	PRK	VK	HK	TKS	PSYK/KS	YHT
	4798.70										
KOTISA	61.84	26019.48									
KOTITU	-232.50										
KOTIVA	123.68		9707.43								
KOTITE	-1941.73			15361.27							
	98.94										
	-3052.09										
PT	160.78	529.81	206.54	2757.15	119601.22			508.00	3264.50		
	-2846.60	-1552.22	-24.80	1137.79				+45.33	+2107.82		
PRK						3796.29			652.90		
									+231.09		
VK	37.10				231.34		64878.40	1778.00	5223.20	1000.00	
	-1020.70				-121.26			-690.20	+2402.40	+647.40	
HK								4064.00			
TKS									287276.00		
PSYK/KS										28000.00	
YHT	5281.05	26549.29	9913.97	18118.43	119832.56	3796.29	64878.40	6350.00	296416.60	29000.00	580136.59
SÄÄST. ALIH	-9093.62	-1552.22	-24.80	1137.79	-121.26			-644.87	4741.30	647.40	-9654.11
KUST. YLIH.								-644.87	4741.30	647.40	4743.83
EROTUS	-9093.62	-1552.22	-24.80	1137.79	-121.26			-644.87	4741.30	647.40	-4910.28

KUSTANNUSTEN JAKAUTUMINEN NYKYISILLE SJOITUSPAIKOILLE

MARTTILA

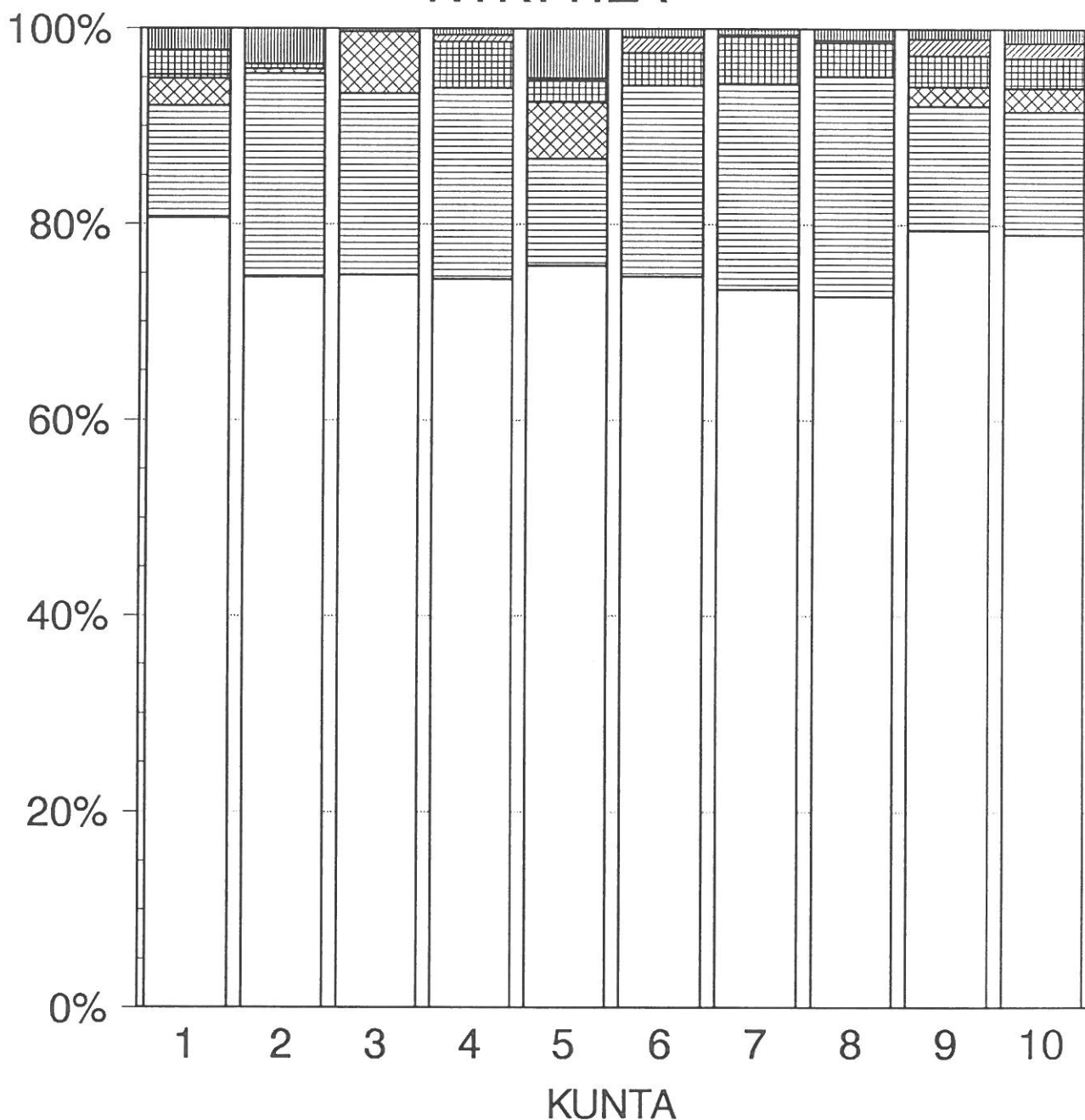
NYKYINEN SJOITUSPAIKKA

TARKMUKSP	KOTISA	KOTITU	KOTIVA	KOTITE	PT	PRK	VK	HK	TKS	PSYK	YHT
KOTISA	1026.51										
KOTTU	102.65	3156.64									
	-302.05										
KOTIVA			321.26								
KOTITE				2182.05							
PT	20.53						870.00				
	-168.64						+111.20				
PRK							1305.00				
							-487.50				
VK				545.51			2392.50				
				328.01							
HK								625.54			
TKS									1876.62		
PSYK											
YHT	1149.69	3156.64	321.26	2727.56			5002.50	625.54	1876.62		14859.81
SÄÄST. ALIH	-470.69			328.01			-816.08				-958.75
KUST. YLIH.							-376.30				-376.30
EROTUS	-470.69			328.01			-1192.38				-1335.05

KUSTANNUSTEN JAKAUTUMINEN NYKYISILLE SJOITUSPAIKOILLE

TURKU		NYKYINEN SJOITUSPAIKKA										
TARKMUKSP	KOTISA	KOTITU	KOTIVA	KOTITE	PT	PRK	VK	HK	TKS	PSYK/KS	YHT	
	6699.23					135.92 + 130.29	2268.00 + 2234.22	548.00 + 542.37	2541.00 + 2524.11			
KOTISA	39.41	93499.50				135.92 81.30	2268.00 + 1940.31		2541.00 + 2377.16	847.00 + 792.39		
KOTITU	-342.89											
KOTIVA	5.63	163.84	45999.21						2541.00 + 1893.12			
KOTITE	-210.33	-484.03					1134.00 -358.07		847.00 + 349.64	847.00 + 349.64		
PT			215.96 -281.40	60180.28		67551.47			847.00 + 711.08			
PRK							4590.00					
VK	61.93	1310.74	1727.67	3978.86		1359.18	301266.00	1644.00 + 510.00	9317.00 + 5159.00	2541.00 + 1407.00		
HK	-4096.07	-7761.26	-1296.33	954.86		-2420.82		234544.00	22869.00 + 8073.00	35574.00 + 12558.00		
TKS	5.63	54.61		994.72 -101.28		271.84 -824.16			180411.00			
PSYK/KS	-841.37	-493.39							847.00	16940.00		
YHT	6811.83	95028.70	47942.83	65153.86		69454.33	4590.00	236736.00	222761.00	56749.00	1112163.54	
SÄÄST. ALIH	-5490.67	-8738.68	-1577.73	853.58		-3244.98			21087.12	15107.03	-18198.48	
KUST. YLIH.				211.59				1052.37	21087.12	15107.03	41274.57	
EROTUS	-5490.67	-8738.68	-1577.73	853.58		-3033.39		1052.37	21087.12	15107.03	23076.10	

ASUMISMUODOT ESIMERKKIKUNNISSA NYKYTILA

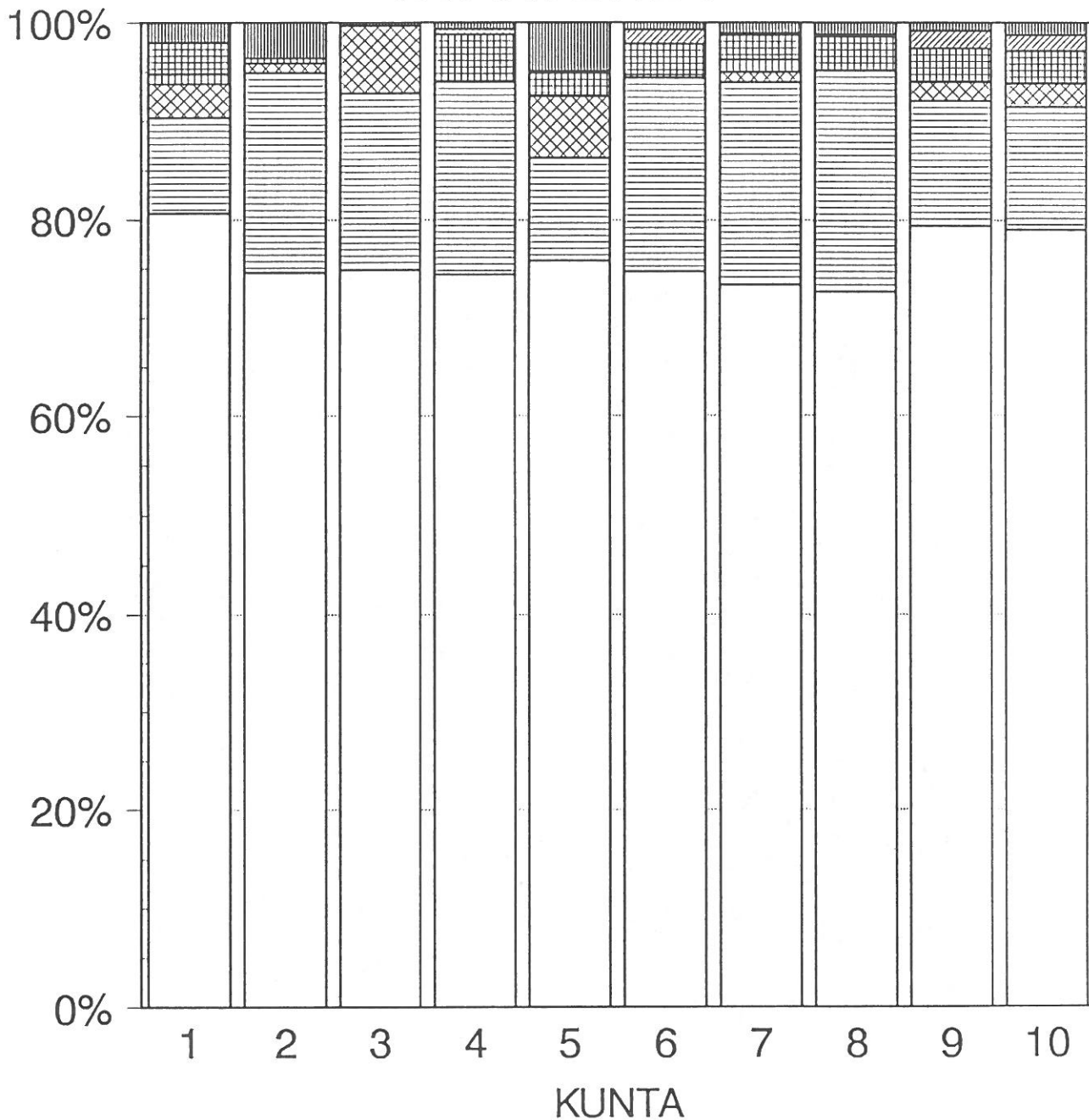


Sijituspaikka	
	Terveyskeskuksen osastoilla
	Hoivaosastoilla/-kodeissa
	Vanhainkocodeissa
	Pienryhmäkodeissa
	Palvelutaloissa
	Kotona palvelujen turvin
	Kotona ilman palveluja

- 1 = HÄMEENKYRÖ
- 2 = JALASJÄRVI
- 3 = KARJALOHJA
- 4 = KOSKI TL
- 5 = KOTKA
- 6 = LIETO
- 7 = MARTTILA
- 8 = TARVASJOKI
- 9 = TURKU
- 10 = 'MINI-SUOMI'

ASUMISMUODOT ESIMERKKIKUNNISSA

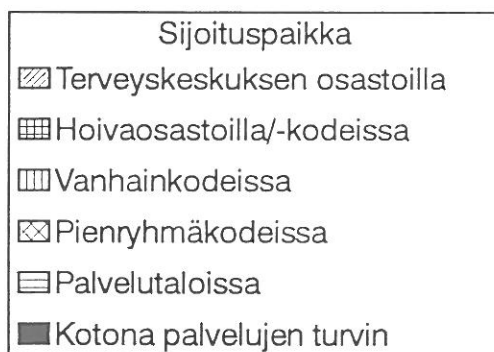
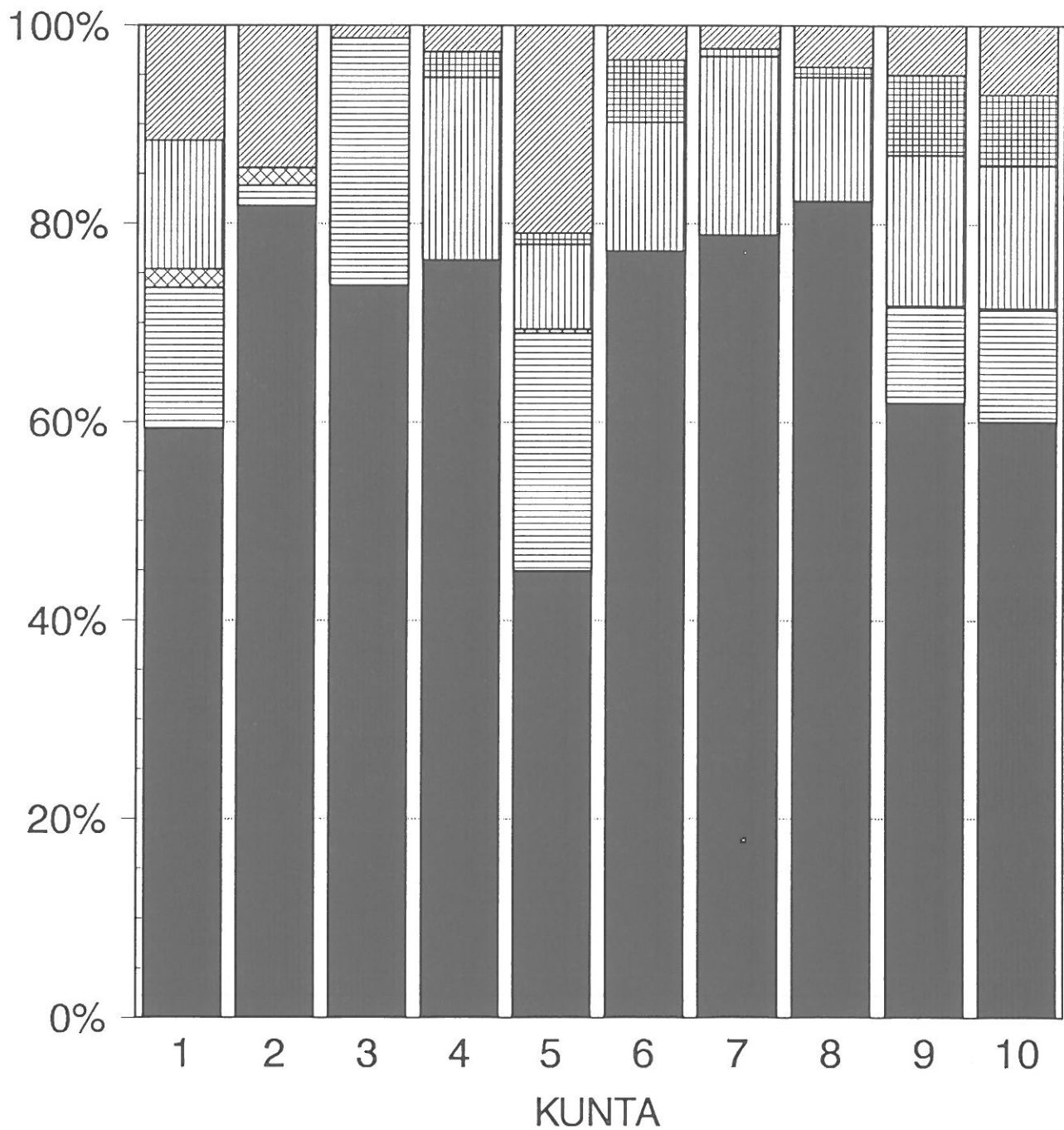
TAVOITETILA



Sijointipaikka	
	Terveyskeskuksen osastoilla
	Hoivaosastoilla/-kodeissa
	Vanhainkodeissa
	Pienryhmäkodeissa
	Palvelutaloissa
	Kotona palvelujen turvin
	Kotona ilman palveluja

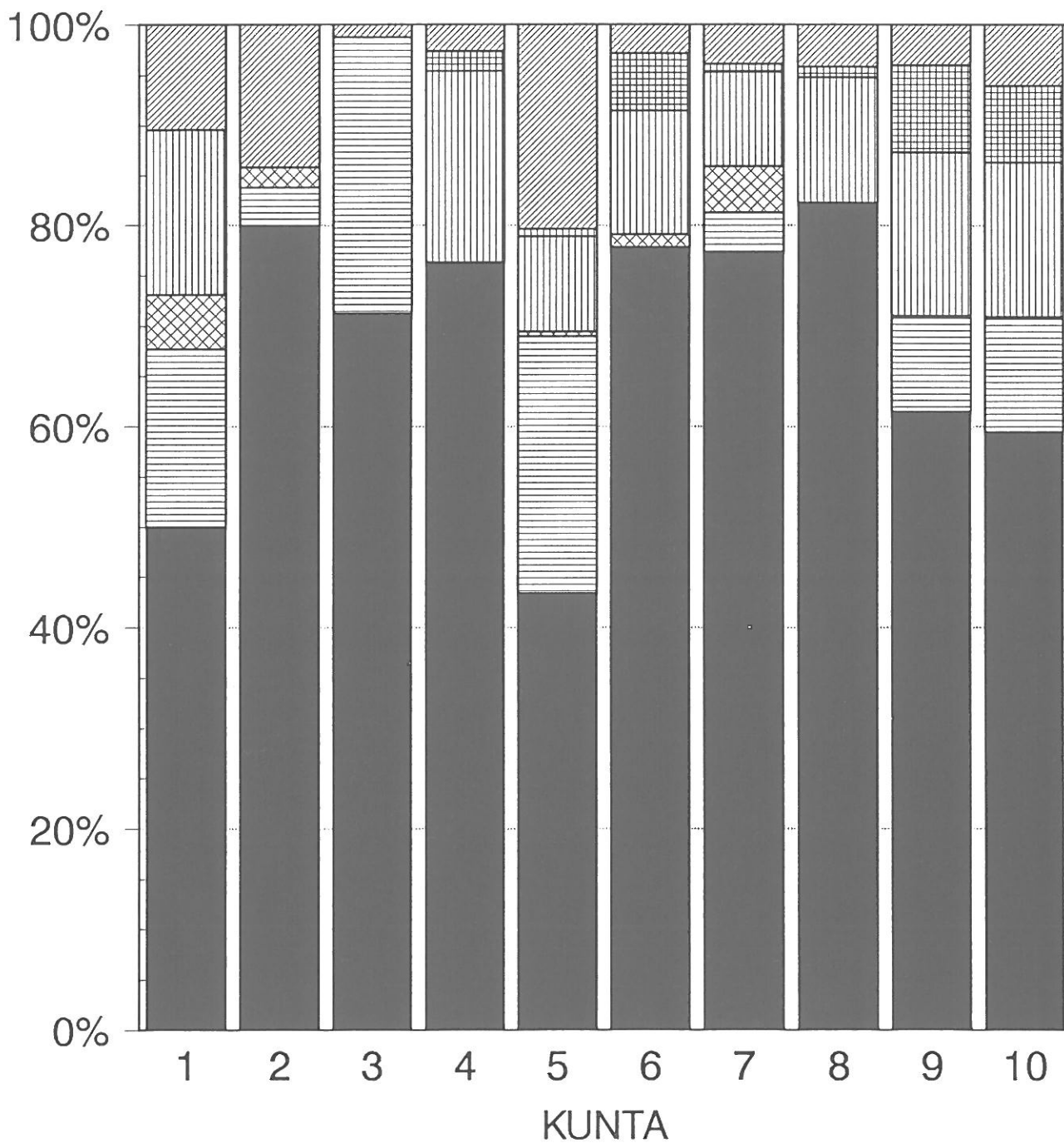
- 1 = HÄMEENKYRÖ
- 2 = JALASJÄRVI
- 3 = KARJALOHJA
- 4 = KOSKI TL
- 5 = KOTKA
- 6 = LIETO
- 7 = MARTTILA
- 8 = TARVASJOKI
- 9 = TURKU
- 10 = 'MINI-SUOMI'

HOITO PALVELUJEN TURVIN ESIMERKKIKUNNISSA, NYKYTILA



- 1=HÄMEENKYRÖ
- 2=JALASJÄRVI
- 3=KARJALOHJA
- 4=KOSKI TL
- 5=KOTKA
- 6=LIETO
- 7=MARTTILA
- 8=TARVASJOKI
- 9=URVASKANGAS
- 10='MINI-SUOMI'

HOITO PALVELUJEN TURVIN ESIMERKKIKUNNISSA, TAVOITETILA



Sijoituspaikka	
	Terveyskeskuksen osastoilla
	Hoivaosastoilla/-kodeissa
	Vanhainkodeissa
	Piennyhmäkodeissa
	Palvelutaloissa
	Kotona palvelujen turvin

- 1=HÄMEENKYRÖ
- 2=JALASJÄRVI
- 3=KARJALOHJA
- 4=KOSKI TL
- 5=KOTKA
- 6=LIETO
- 7=MARTTILA
- 8=TARVASJOKI
- 9=TURKU
- 10='MINI-SUOMI'

VANHUSTENHUOLLON KUSTANNUSPROFIILI

KUNTA	ESH KUST	KOTONA ILMAN PALVELUJA	KOTONA PALVELUJEN TURVIN	PALVELU- TALOISSA	PIENRYHMÄ- KODEISSA	VANHAIN- KODEISSA	HOIVA- OSASTOILLA	TERVEYS- KESKUK- SISSA	YHTEENSÄ TÄNEITÄ	65- V TÄYT- TÄNEITÄ	VÄESTÖ
HÄMEENKYRÖ nykytila nykyiset kustannukset tavoitetila tavoitetilan kustannukset	5.23	1319 6898.37 1319	188 9839.60 158 11100.53	45 6351.75 56 8651.44	6 721.08 17 2043.06	41 16491.43 52 20915.96		37 20251.95 33 18062.55	1636 60554.18 1636 61315.73	1636 37.01 1636 37.48	9505 6.37
JALASJÄRVI nykytila nykyiset kustannukset tavoitetila tavoitetilan kustannukset	5.12	1303 6671.36 1303	363 14896.75 355 16362.31	9 2728.17 17 5218.15	8 524.96 9 590.58			64 33223.68 63 32704.56	1747 58044.92 1747 54875.60	1747 33.23 1747 31.41	9841 5.90
KARJALOHJA nykytila nykyiset kustannukset tavoitetila tavoitetilan kustannukset	8.06	238 1918.28 238	59 3357.03 57 3555.65	20 6945.20 22 7298.50				1 624.11 1 624.11	318 12844.62 318 11478.26	318 40.39 318 36.10	1408 9.12
KOSKI TL nykytila nykyiset kustannukset tavoitetila tavoitetilan kustannukset	6.88	441 3034.08 441	116 6869.03 116 6796.32			28 17707.76 29 18340.18	4 1253.96 3 940.47	4 1253.96 4 1253.96	593 30118.79 593 27330.93	593 50.79 593 46.09	2788 10.80
KOTKA nykytila nykyiset kustannukset tavoitetila tavoitetilan kustannukset	5.35	6773 36235.55 6773	973 65129.18 938 69563.81	518 122605.42 554 127829.96	9 3844.44 10 4575.70	184 65862.80 205 73379.75	25 6483.75 16 4149.60	454 298845.50 440 289630.00	8936 599006.64 8936 569128.82	8936 67.03 8936 63.69	56515 10.60
LIEJO nykytila nykyiset kustannukset tavoitetila tavoitetilan kustannukset	3.90	931 3630.90 931	244 13519.79 246 14844.80			41 13513.60 39 11803.35	20 12588.80 18 11329.92	11 6923.84 9 5664.96	1247 50176.93 1247 43643.03	1247 40.24 1247 35.00	12356 4.06
MARTTILA nykytila nykyiset kustannukset tavoitetila tavoitetilan kustannukset	6.71	352 2361.92 352	101 8032.86 99 8861.32			23 5156.83 12 2690.52	1 632.25 1 632.25	3 1896.75 5 3161.25	480 18080.61 480 18157.50	480 37.67 480 37.83	2289 7.90
TARVASJOKI nykytila nykyiset kustannukset tavoitetila tavoitetilan kustannukset	4.21	255 1073.55 255	79 7328.91 79 7476.29			12 3821.28 12 3821.28	1 629.75 1 625.54	4 2519.00 4 2519.00	351 15372.49 351 14442	351 43.80 351 41.15	1864 8.25
TURKU nykytila nykyiset kustannukset tavoitetila tavoitetilan kustannukset	4.38	20574 90114.12 20574	3303 229398.12 3278 228396.31	511 71693.30 498 69720.00	9 4629.42 9 4629.42	812 310492.56 871 333052.98	432 238628.16 460 254094.80	263 223912.94 214 182195.32	25904 1168868.62 25904 1072089	25904 45.12 25904 41.39	159403 7.33
MINI-SUOMI nykytila nykyiset kustannukset tavoitetila tavoitetilan kustannukset	4.53	14551 75122.40 14551	2321 174090.19 2296 176593.52	436 81149.79 436 84700.86	8 4825.19 9 6988.06	554 234430.34 596 257056.93	278 151808.43 293 161787.99	268 236981.39 234 205832.82	41212 2013068 41212 1872461	41212 48.85 41212 45.43	255969 7.86

TOIMINTAKYKYINDEKSI

1

V1=108 HÄMEENKYRÖ

	IKÄ							
	65-74		75-84		yli 85		YHTEENSÄ	
	LKM	TOIMKYKY	LKM	TOIMKYKY	LKM	TOIMKYKY	LKM	TOIMKYKY
SIJOITUSPAIKKA								
KOTISA	10	1.697	15	1.607	4	1.523	29	1.627
KOTITU	12	1.427	37	1.514	14	1.417	63	1.476
KOTIVA	.	.	1	1.350	1	1.612	2	1.481
PT1	7	1.642	29	1.722	9	1.628	45	1.694
PRK	1	1.106	3	2.261	2	2.163	6	2.036
VK	8	2.441	10	2.610	23	2.561	41	2.549
TKS	6	2.499	20	3.430	11	3.378	37	3.263
YHTEENSÄ	44	1.856	115	2.030	64	2.247	223	2.057

TOIMINTAKYKYINDEKSI

2

V1=164 JALASJÄRVI

	IKÄ							
	65-74		75-84		yli 85		YHTEENSÄ	
	LKM	TOIMKYKY	LKM	TOIMKYKY	LKM	TOIMKYKY	LKM	TOIMKYKY
SIJOITUSPAIKKA								
KOTISA	88	1.342	122	1.447	37	1.528	247	1.422
KOTITU	17	1.596	62	1.786	27	1.985	106	1.807
KOTIVA	2	1.922	3	1.929	4	2.589	9	2.221
KOTITE	.	.	1	1.993	.	.	1	1.993
PT1	2	2.787	7	3.055	.	.	9	2.988
PRK	3	2.046	3	2.559	2	2.246	8	2.283
TKS	21	2.768	23	2.810	20	3.167	64	2.907
YHTEENSÄ	133	1.648	221	1.747	90	2.094	444	1.789

TOIMINTAKYKYINDEKSI

3

V1=223 KARJALOHJA

	IKÄ							
	65-74		75-84		yli 85		YHTEENSÄ	
	LKM	TOIMKYKY	LKM	TOIMKYKY	LKM	TOIMKYKY	LKM	TOIMKYKY
SIJOITUSPAIKKA								
KOTISA	13	1.268	14	1.252	2	1.834	29	1.301
KOTITU	3	1.232	13	1.158	6	1.505	22	1.251
KOTITE	.	.	3	1.805	5	1.317	8	1.500
PT	4	1.485	6	1.853	10	1.936	20	1.813
TKS	.	.	1	3.979	.	.	1	3.979
YHTEENSÄ	20	1.306	37	1.428	23	1.676	80	1.465

TOIMINTAKYKYINDEKSI

V1=284 KOSKI T

	IKÄ							
	65-74		75-84		yli 85		YHTEENSÄ	
	LKM	TOIMKYKY	LKM	TOIMKYKY	LKM	TOIMKYKY	LKM	TOIMKYKY
!SIJOITUSPAIKKA								
!KOTISA	17!	1.193!	36!	1.156!	12!	1.169!	65!	1.168!
!KOTITU	11!	1.753!	21!	1.293!	13!	1.599!	45!	1.494!
!KOTIVA	1!	1.723!	1!	2.204!	!	!	2!	1.964!
!KOTITE	!	!	2!	2.190!	2!	2.818!	4!	2.399!
!VK	3!	2.815!	11!	3.217!	14!	3.093!	28!	3.113!
!HK	!	!	1!	3.953!	3!	2.697!	4!	3.011!
!TKS	1!	1.046!	1!	2.349!	2!	2.780!	4!	2.239!
!YHTEENSÄ	33!	1.561!	73!	1.609!	46!	2.077!	152!	1.735!

TOIMINTAKYKYINDEKSI

1

V1=285 KOTKA

	IKÄ							
	65-74		75-84		yli 85		YHTEENSÄ	
	LKM	TOIMKYKY	LKM	TOIMKYKY	LKM	TOIMKYKY	LKM	TOIMKYKY
!SIJOITUSPAIKKA								
!KOTISA	100!	1.355!	237!	1.429!	90!	1.536!	427!	1.433!
!KOTITU	109!	1.380!	240!	1.485!	103!	1.571!	452!	1.478!
!KOTIVA	11!	1.517!	23!	1.638!	14!	1.554!	48!	1.588!
!KOTITE	7!	1.678!	23!	2.119!	16!	2.370!	46!	2.123!
!PT1	130!	1.621!	256!	1.843!	132!	1.969!	518!	1.834!
!PRK	!	!	3!	1.634!	6!	2.123!	9!	1.960!
!VK	21!	2.811!	80!	2.760!	83!	2.783!	184!	2.776!
!HK	2!	2.715!	10!	2.032!	13!	1.970!	25!	2.058!
!TKS	65!	3.083!	189!	3.126!	200!	3.148!	454!	3.129!
!PSYK	5!	2.481!	5!	2.606!	!	!	10!	2.565!
!KS	6!	2.772!	9!	1.994!	4!	!	19!	2.189!
!YHTEENSÄ	456!	1.755!	1075!	1.939!	661!	2.240!	2192!	1.991!

V1=480 MARTTILA

	IKÄ							
	65-74		75-84		yli 85		YHTEENSÄ	
	LKM	TOIMKYKY	LKM	TOIMKYKY	LKM	TOIMKYKY	LKM	TOIMKYKY
SIJOITUSPAIKKA								
KOTISA	10	1.430	35	1.421	11	1.420	56	1.423
KOTITU	12	1.687	19	1.547	8	1.374	39	1.555
KOTIVA	.	.	.	.	1	1.758	1	1.758
KOTITE	2	1.491	.	.	3	1.889	5	1.730
VK	3	2.225	8	2.363	12	2.741	23	2.542
HK	.	.	1	3.963	.	.	1	3.963
TKS	1	3.566	2	2.432	.	.	3	2.810
YHTEENSÄ	28	1.706	65	1.655	35	1.927	128	1.741

TOIMINTAKYKYINDEKSI

6

V1=423 LIETO

	IKÄ							
	65-74		75-84		yli 85		YHTEENSÄ	
	LKM	TOIMKYKY	LKM	TOIMKYKY	LKM	TOIMKYKY	LKM	TOIMKYKY
SIJOITUSPAIKKA								
KOTISA	36	1.440	74	1.378	28	1.341	138	1.385
KOTITU	24	1.653	47	1.663	13	1.796	84	1.681
KOTIVA	2	2.020	6	2.332	4	2.355	12	2.288
KOTITE	1	1.049	2	3.343	.	.	3	2.579
KOTIVK	1	1.183	3	1.499	3	2.543	7	1.901
VK	5	3.297	19	2.801	17	2.836	41	2.876
HK	2	3.683	10	3.150	8	2.816	20	3.069
TKS	2	1.542	8	2.734	1	2.854	11	2.507
YHTEENSÄ	73	1.733	169	1.851	74	2.068	316	1.876

TOIMINTAKYKYINDEKSI

8

V1=838 TARVASJOKI

	IKÄ							
	65-74		75-84		yli 85		YHTEENSÄ	
	LKM	TOIMKYKY	LKM	TOIMKYKY	LKM	TOIMKYKY	LKM	TOIMKYKY
SIJOITUSPAIKKA								
KOTISA	11	1.806	22	1.593	12	1.821	45	1.710
KOTITU	3	1.553	10	2.451	7	1.732	20	2.049
KOTIVA	.	.	4	1.946	2	1.793	6	1.895
KOTITE	.	.	2	1.850	5	1.888	7	1.877
KOTI/LA	1	1.186	.	.	.	.	1	1.186
VK	.	.	6	2.061	6	3.323	12	2.749
HK	.	.	.	.	1	2.902	1	2.902
TKS	.	.	2	2.348	2	3.018	4	2.683
YHTEENSÄ	15	1.618	46	1.988	35	2.200	96	2.053

TOIMINTAKYKYINDEKSI

V1=853 TURKU

	IKÄ							
	65-74		75-84		yli 85		YHTEENSÄ	
	LKM	TOIMKYKY!	LKM	TOIMKYKY!	LKM	TOIMKYKY!	LKM	TOIMKYKY!
!SIJOITUSPAIKKA								
!KOTISA	322!	1.402!	660!	1.317!	228!	1.541!	1210!	1.386!
!KOTITU	365!	1.582!	916!	1.469!	459!	1.556!	1740!	1.516!
!KOTIVA	32!	1.702!	98!	1.789!	92!	1.963!	222!	1.856!
!KOTITE	16!	2.480!	61!	2.522!	54!	2.294!	131!	2.425!
!PT1	68!	1.863!	200!	1.979!	140!	2.159!	408!	2.022!
!PT2	25!	1.719!	45!	1.698!	33!	1.671!	103!	1.694!
!PRK	!	!	5!	1.955!	4!	1.732!	9!	1.856!
!VK	80!	2.391!	372!	2.582!	360!	2.635!	812!	2.588!
!HK	44!	3.594!	184!	3.646!	204!	3.630!	432!	3.633!
!TKS	74!	2.085!	117!	2.512!	72!	2.893!	263!	2.501!
!PSYK	14!	2.997!	29!	3.827!	15!	3.897!	58!	3.630!
!TYKS	5!	1.622!	2!	3.153!	2!	1.645!	9!	2.140!
!YHTEENSÄ	1045!	1.878!	2689!	2.040!	1663!	2.326!	5397!	2.111!

TOIMINTAKYKYINDEKSI
KUNNAT YHTEENSÄ

1

	IKÄ							
	65-74		75-84		yli 85		YHTEENSÄ	
	LKM	TOIMKYKY!	LKM	TOIMKYKY!	LKM	TOIMKYKY!	LKM	TOIMKYKY!
!SIJOITUSPAIKKA								
!KOTISA	607!	1.382!	1215!	1.371!	424!	1.512!	2246!	1.402!
!KOTITU	556!	1.536!	1365!	1.504!	650!	1.584!	2571!	1.531!
!KOTIVA	48!	1.684!	136!	1.797!	118!	1.947!	302!	1.842!
!KOTITE	26!	2.133!	94!	2.387!	85!	2.208!	205!	2.282!
!PT	4!	1.485!	6!	1.853!	10!	1.936!	20!	1.813!
!PT1	207!	1.743!	492!	1.918!	281!	2.064!	980!	1.931!
!PT2	25!	1.719!	45!	1.698!	33!	1.671!	103!	1.694!
!PRK	4!	1.733!	14!	2.045!	14!	2.034!	32!	2.009!
!KOTIVK	!	1.183!	3!	1.499!	3!	2.543!	7!	1.901!
!KOTI/LA	!	1.186!	!	!	!	!	!	1.186!
!VK	120!	2.518!	506!	2.623!	515!	2.681!	1141!	2.638!
!HK	48!	3.559!	206!	3.545!	229!	3.495!	483!	3.523!
!TKS	170!	2.494!	363!	2.871!	308!	3.076!	841!	2.860!
!PSYK	19!	2.950!	34!	3.716!	15!	3.897!	68!	3.554!
!KS	6!	2.772!	9!	1.994!	4!	!	19!	2.189!
!TYKS	5!	1.622!	2!	3.153!	2!	1.645!	9!	2.140!
!YHTEENSÄ	1847!	1.797!	4490!	1.966!	2691!	2.268!	9028!	2.029!

PÄÄDIAGNOOSIJAKALMA

KUNTA=108 HÄMEENKYRÖ

		DIAGNOOSIPÄÄLUOKKA																	
		02	03	04	05	06A	06B	07A	07B	07C	08	09	10	12	13	14	16	17	EI ILM.
!SIJOITUSPAIKKA	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!
!KOTISA	!	1!	2!	1!	1!	!	1!	5!	!	4!	1!	1!	1!	!	!	!	1!	1!	9!
!KOTTU	!	1!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	62!
!KOTIVA	!	!	1!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	1!
!PT1	!	!	1!	!	!	!	!	3!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	40!
!PRK	!	!	1!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	1!
!VK	!	1!	2!	2!	10!	4!	3!	5!	5!	4!	!	!	1!	!	2!	!	1!	1!	!
!TKS	!	1!	2!	!	!	8!	3!	3!	3!	2!	1!	1!	1!	2!	7!	1!	!	2!	!
!YHTEENSÄ	!	4!	9!	3!	12!	13!	7!	16!	9!	10!	3!	2!	3!	2!	10!	1!	2!	4!	113!

PÄÄDIAGNOOSIJAKALMA

KUNTA=164 JALASJÄRVI

		DIAGNOOSIPÄÄLUOKKA																	
		02	03	05	06A	06B	07A	07B	07C	08	09	10	13	16	17	EI ILM.			
!SIJOITUSPAIKKA	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	
!KOTISA	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	247!
!KOTTU	!	!	!	!	2!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	104!
!KOTIVA	!	1!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	8!
!KOTTITE	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	1!
!PT1	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	9!
!PRK	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	8!
!TKS	!	2!	3!	2!	15!	1!	8!	8!	3!	4!	2!	3!	3!	1!	5!	!	!	!	4!
!YHTEENSÄ	!	3!	3!	2!	17!	1!	8!	8!	3!	4!	2!	3!	3!	1!	5!	!	!	!	381!

PÄÄDIAGNOOSIJAKALMA

KUNTA=223 KARJALOHJA

		DIAGNOOSIPÄÄLUOKKA								
		03	05	06A	06B	07A	07B	07C	EI ILM.	
!SIJOITUSPAIKKA	!	!	!	!	!	!	!	!	!	
!KOTISA	!	!	!	!	1!	!	!	!	28!	
!KOTTU	!	!	!	!	!	!	!	!	22!	
!KOTTITE	!	!	!	!	!	!	!	!	8!	
!PT	!	1!	4!	1!	2!	5!	3!	1!	3!	
!TKS	!	!	!	!	!	1!	!	!	!	
!YHTEENSÄ	!	1!	4!	1!	3!	6!	3!	1!	61!	

PÄÄDIAGNOOSIJAKALMA

KUNTA=284 KOSKI T

		DIAGNOOSIPÄÄLUOKKA																	
		01	02	03	05	06A	06B	07A	07B	07C	08	09	10	13	17	EI ILM.			
!SIJOITUSPAIKKA	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	
!KOTISA	!	!	!	!	!	!	!	1!	1!	!	!	!	!	1!	1!	!	!	!	61!
!KOTTU	!	1!	2!	4!	1!	!	!	2!	2!	1!	!	!	!	!	3!	!	!	!	26!
!KOTIVA	!	!	!	!	1!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	1!
!KOTTITE	!	!	!	!	!	!	!	!	!	1!	!	!	!	!	!	!	!	!	3!
!VK	!	!	!	!	2!	3!	3!	4!	3!	1!	2!	1!	!	!	5!	1!	!	!	!
!HK	!	!	2!	!	!	2!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!
!TKS	!	!	!	!	!	1!	!	2!	1!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!
!YHTEENSÄ	!	1!	4!	6!	5!	6!	5!	9!	7!	1!	4!	2!	1!	9!	1!	!	!	!	91!

KUNTA=285 KOTKA

	DIAGNOOSIPÄÄLUOKKA																	EI ILM.
	01	02	03	04	05	06A	06B	07A	07B	07C	08	09	10	12	13	16	17	
!SIJOITUSPAIKKA																		
!KOTISA			2!			2!		2!	1!									
!KOTTU	1!		3!		4!		2!	1!	3!		1!				1!			42!
!KOTTIVA					1!													43!
!KOTTITE						1!		1!										47!
!FT1			3!		1!	5!	2!	2!	3!		1!							45!
!PRK							1!	1!	1!						1!			50!
!VK	1!		11!		15!	46!	16!	15!	17!	2!	5!	4!	3!	1!	11!	1!	3!	33!
!HK								1!										24!
!TKS		1!	7!	2!	2!	44!	8!	5!	30!		1!	2!			8!	3!	8!	333!
!PSYK					1!	1!												8!
!KS																		19!
!YHTEENSÄ	2!	1!	26!	2!	24!	98!	30!	27!	55!	2!	8!	6!	3!	1!	21!	4!	11!	187!

PÄÄDIAGNOOSIJAKALMA

KUNTA=423 LIETO

	DIAGNOOSIPÄÄLUOKKA																	EI ILM.
	01	02	03	04	05	06A	06B	07A	07B	07C	08	09	10	12	13	16	17	
!SIJOITUSPAIKKA																		
!KOTISA	1!	5!	5!	2!	2!	1!	5!	20!	3!	1!	1!	3!	1!		13!		1!	74!
!KOTTU		2!	9!		4!	3!	2!	18!	4!	4!	3!	1!	1!	11!			3!	15!
!KOTTIVA		1!	1!	1!		1!	1!	2!	2!			1!				1!	1!	
!KOTTITE							1!		1!									
!KOTTIVK					1!		1!	2!				1!	1!					1!
!VK		2!		2!	12!	10!		4!	4!		1!		1!		2!		3!	
!HK		1!			2!	3!	4!	1!	7!	1!					1!			
!TKS			1!			3!		5!	1!		1!							
!YHTEENSÄ	1!	11!	16!	5!	21!	21!	14!	52!	22!	6!	7!	8!	4!	1!	28!	1!	8!	90!

PÄÄDIAGNOOSIJAKALMA

KUNTA=480 MARITILA

	DIAGNOOSIPÄÄLUOKKA																	EI ILM.
	01	02	03	04	05	06A	06B	07A	07B	07C	08	10	13	14	16	17		
!SIJOITUSPAIKKA																		
!KOTISA		2!	2!		1!		3!	9!	5!		1!	2!	4!	1!	1!	1!		24!
!KOTTU	2!	4!		2!	1!	2!	1!	6!	5!			3!	4!				8!	
!KOTTIVA								1!										
!KOTTITE				1!	1!	2!			1!									
!VK			1!		5!	3!	2!	4!	2!		2!		1!				3!	
!HK							1!											
!TKS								1!		1!			1!					
!YHTEENSÄ	2!	6!	3!	3!	8!	7!	7!	21!	13!	1!	3!	5!	10!	1!	1!	5!	32!	

PÄÄDIAGNOOSIJAKALMA

KUNTA=838 TARVASJOKI

	DIAGNOOSIPÄÄLUOKKA														EI ILM.		
	02	03	05	06A	06B	07A	07B	07C	08	09	10	13	14	17			
!SIJOITUSPAIKKA																	
!KOTISA	4!	2!	3!	2!	3!	13!	2!	1!	3!	2!		5!		2!	3!		
!KOTTU	2!		1!	2!	2!	4!	3!		1!	1!	1!	2!			1!		
!KOTTIVA			1!			1!	1!			1!				1!	1!		
!KOTTITE	1!		1!	1!	1!	1!					3!						
!KOTI/LA			1!														
!VK			3!	4!		1!						2!	1!	1!			
!HK															1!		
!TKS		1!		1!		2!											
!YHTEENSÄ	7!	3!	10!	10!	5!	22!	6!	1!	4!	4!	1!	12!	1!	5!	5!		

PÄÄDIAGNOOSIJAKALIMA
KUNTA=853 TURKU

		DIAGNOOSIPÄÄLUOKKA																				
		01	02	03	04	05	06A	06B	07A	07B	07C	08	09	10	11	12	13	14	16	17	EI ILM.	
!SIJOITUSPAIKKA																						
!KOTISA		2	10	28	6	18	1	12	51	33	6	6	2	2	6	4	22	4	4	71	992	
!KOTITU		11	30	47	13	39	1	31	133	56	13	10	13	9	1	1	4	59	1	13	30	1227
!KOTIVA		3	6	23	2	11	2	10	14	12	5	4	1	1	3	1	6	15	1	5	10	90
!KOTITE		3	5	10	3	9	2	12	19	20	1	2	2	1	1	1	1	14	1	2	8	20
!PT1		1	10	23	2	11	4	2	16	74	38	1	16	3	3	1	1	20	1	6	12	66
!PT2		2	1	10	1	4	1	5	9	8	4	2	2	2	1	1	1	9	1	1	5	40
!PRK		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
!VK		3	18	28	9	25	2	73	97	132	13	16	8	3	1	3	59	1	10	53	29	
!HK		2	6	10	1	18	12	38	15	11	4	2	2	1	1	2	14	1	1	27	1	
!TKS		3	20	16	4	38	1	12	24	30	6	9	11	10	1	3	18	1	8	27	24	
!PSYK		1	1	1	1	4	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	5
!TYKS		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	5
!YHTEENSÄ		31	106	196	40	722	26	210	437	444	52	67	44	37	1	23	232	1	50	179	2499	

(CONTINUED)

PÄÄDIAGNOOSIJAKALIMA
KUNNAT YHTEENSÄ

		DIAGNOOSIPÄÄLUOKKA																			
		01	02	03	04	05	06A	06B	07A	07B	07C	08	09	10	11	12	13	14	16	17	EI ILM.
!SIJOITUSPAIKKA																					
!KOTISA		3	22	41	9	25	6	25	10	45	12	12	8	1	1	4	45	1	6	12	1858
!KOTITU		15	41	63	15	50	9	40	164	72	17	18	18	14	1	5	80	1	13	34	1901
!KOTIVA		3	8	25	3	14	3	11	18	15	5	4	3	3	1	6	15	1	6	12	148
!KOTITE		3	6	10	4	11	5	14	20	23	1	2	2	1	1	1	18	1	2	8	77
!PT		1	1	1	1	4	1	2	5	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3
!PT1		1	10	27	2	11	8	18	79	41	1	17	3	3	1	1	21	1	6	12	615
!PT2		2	1	10	1	4	1	5	9	8	4	2	2	1	1	9	1	1	1	5	40
!PRK		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
!KOTIVK		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
!KOTI/LA		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
!VK		4	21	44	13	30	7	97	130	163	20	26	13	8	1	4	82	1	12	65	62
!HK		2	9	10	1	18	17	43	17	11	5	2	2	1	1	2	15	1	1	28	25
!TKS		3	24	30	6	42	7	24	51	73	12	16	16	14	1	5	37	1	12	42	36
!PSYK		1	1	1	1	4	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
!KS		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
!TYKS		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
!YHTEENSÄ		37	142	263	53	808	199	282	598	567	77	100	68	57	1	27	325	4	59	218	5143

(CONTINUED)

VANHUSTENHUOLLON ARVIOIDUT KOKONAISKUSTANNUKSET SUOMEN KUNNISSA

Esimerkkikuntien painotetulla keskiarvolla saatu hoitopäivän hinta kaikkia asukkaita kohden: 7.32 MIK

Esimerkkikuntien painotetulla keskiarvolla saatu hoitopv:n hinta 65 v täyttäneitä asukasta kohden: 45,43 MIK

Tulojen arvioitu osuus: 10%

LUKUMÄÄRÄT IKÄRYHMITTÄIN

Knr	Kunta	65-	65-74	75-84	85-	VÄESTÖ	KOKO		VANH. HUOL. KUST.		arv. valtion osuus
							65- VÄESTÖ	65- VÄESTÖ	65- muk. lask	koko väestö	
4	Alahärmä	2	967	541	343	83	5427	16 034 746	14 499 859	8 947 388	
5	Alajärvi	1	1369	839	432	98	9647	22 700 690	25 774 855	13 484 210	
6	Alastaro	2	738	399	254	85	3356	12 237 479	8 966 561	6 828 513	
9	Alavieska	1	437	255	149	33	3060	7 246 312	8 175 708	4 304 309	
10	Alavus	2	1658	1022	487	149	10588	27 492 873	28 289 018	15 341 023	
14	Anttola	2	320	215	82	23	1952	5 306 224	5 215 354	2 960 873	
15	Arjärvi	2	323	190	96	37	1725	5 355 970	4 608 855	2 988 631	
16	Asikkala	4	1461	857	476	128	8790	24 226 229	23 485 122	11 555 911	
17	Askainen	2	177	91	65	21	927	2 935 005	2 476 759	1 637 733	
18	Askola	4	575	337	186	52	4311	9 534 621	11 518 130	4 548 014	
19	Aura	4	415	230	156	29	3134	6 881 509	8 373 421	3 282 480	
35	Brändö	2	141	70	53	18	532	2 338 055	1 421 398	1 304 635	
40	Dragsfjärd	4	953	475	386	92	3933	15 802 598	10 508 189	7 537 839	
43	Eckerö	3	177	97	62	18	822	2 935 005	2 196 220	1 505 658	
44	Elimäki	4	1211	691	419	101	8657	20 080 741	23 129 773	9 578 514	
45	Eno	1	1128	696	356	76	7699	18 704 440	20 570 188	11 110 437	
46	Enonkoski	1	394	212	153	29	2185	6 533 288	5 837 883	3 880 773	
47	Enontekiö	1	273	177	76	20	2504	4 526 872	6 690 187	2 688 962	
49	Espoo	10	13243	8250	4184	809	175670	219 594 764	469 355 106	130 439 290	
50	Eura	5	1571	912	537	122	9574	26 050 243	25 579 813	11 722 610	
51	Eurajoki	7	929	529	311	89	6125	15 404 632	16 364 775	5 961 592	
52	Evijärvi	1	494	306	153	35	3325	8 191 483	8 883 735	4 865 741	
60	Finström	4	326	174	126	26	2220	5 405 716	5 931 396	2 578 526	
61	Forssa	5	2889	1609	1025	255	19664	47 905 254	52 538 275	21 557 364	

LUKUMÄÄRÄT IKÄRYHMITTÄIN

Knro	Kunta	KOKO VÄESTÖ					VANH. HUOL. KUST.		arv. valtion osuus	
		65-	65-74	75-84	85-	65- VÄESTÖ	65- muk. lask	koko väestö		
62	Föglö	2	144	73	60	11	607	2 387 801	1 621 783	1 332 393
65	Geta	1	105	42	49	14	472	1 741 105	1 261 090	1 034 216
69	Haapajärvi	1	1206	710	417	79	8531	19 997 832	22 793 126	11 878 712
71	Haapavesi	1	1032	622	341	69	8291	17 112 572	22 151 894	10 164 868
72	Hailuoto	1	188	102	64	22	946	3 117 407	2 527 523	1 851 740
73	Halikko	5	1244	688	437	119	8520	20 627 946	22 763 736	9 282 576
74	Halsua	1	256	167	71	18	1644	4 244 979	4 392 439	2 521 518
75	Hamina	6	1665	967	585	113	10103	27 608 947	26 993 195	11 430 104
76	Hammarland	4	190	111	54	25	1261	3 150 571	3 369 140	1 502 822
77	Hankasalmi	1	1192	686	389	117	6088	19 765 684	16 265 918	11 740 817
78	Hanko	6	1638	853	602	183	11370	27 161 234	30 378 366	11 244 751
79	Harjavalta	6	1175	722	372	81	8623	19 483 791	23 038 931	8 066 290
81	Hartola	2	834	484	286	64	4270	13 829 346	11 408 586	7 716 775
82	Hattula	5	1119	675	360	84	8830	18 555 202	23 591 994	8 349 841
83	Hauho	3	882	508	302	72	4214	14 625 280	11 258 965	7 502 769
84	Haukipudas	2	1198	733	407	58	13977	19 865 176	37 343 749	11 084 768
85	Haukivuori	1	576	344	178	54	2704	9 551 203	7 224 547	5 673 415
86	Hausjärvi	4	1135	647	390	98	8045	18 820 513	21 494 631	8 977 385
88	Heinola	6	2211	1357	717	137	16227	36 662 691	43 355 299	15 178 354
89	Heinolanmök	5	747	466	233	48	5995	12 386 717	16 017 441	5 574 022
90	Heinävesi	1	1083	637	362	84	5258	17 958 252	14 048 324	10 667 202
91	Helsinki	10	70996	38332	25884	6780	497542	1 177 252 122	1 329 332 716	699 287 761
92	Vantaa	9	9717	6119	2985	613	157274	161 126 808	420 204 673	50 754 945
95	Himanka	1	485	280	160	45	3364	8 042 246	8 987 935	4 777 094
97	Hirvensalmi	1	648	388	196	64	2828	10 745 104	7 555 850	6 382 592
98	Hollola	6	1789	1085	551	153	20154	29 665 109	53 847 457	12 281 355
99	Honkajoki	1	492	264	177	51	2369	8 158 319	6 329 494	4 846 042
101	Houtskari	1	182	95	67	20	738	3 017 915	1 971 788	1 792 641
102	Huittinen	4	1612	935	535	142	9521	26 730 103	25 438 208	12 750 259
103	Humppila	3	467	278	149	40	2686	7 743 771	7 176 455	3 972 554
105	Hyrnsalmi	1	558	364	165	29	4033	9 252 728	10 775 369	5 496 120
106	Hyvinkää	7	4848	2909	1589	350	40351	80 389 294	107 809 802	31 110 657

LUKUMÄÄRÄT IKÄRYHMITTÄIN

Kno	Kunta	KOKO VÄESTÖ					VANH. HUOL. KUST.		arv. valtion osuus	
		65-	65-74	75-84	85-	KOKO VÄESTÖ	65- muk. lask	koko väestö		
108	Hämeenkyrö	3	1636	949	558	129	9505	27 128 070	25 395 459	13 916 700
109	Hämeenlinna	6	6859	4056	2278	525	43770	113 735 595	116 944 686	47 086 536
139	Ii	1	775	471	254	50	5995	12 851 011	16 017 441	7 633 501
140	Iisalmi	3	3219	1930	1032	257	23925	53 377 297	63 922 815	27 382 553
142	Iitti	4	1348	792	442	114	7860	22 352 469	21 000 348	10 662 128
143	Ikaalinen	2	1512	851	523	138	8219	25 071 908	21 959 524	13 990 125
145	Ilmajoki	2	1840	1100	621	119	12127	30 510 788	32 400 919	17 025 020
146	Ilomantsi	1	1450	882	471	97	7999	24 043 828	21 371 728	14 282 034
148	Inari	2	719	460	206	53	7681	11 922 422	20 522 096	6 652 712
149	Inkoo	7	709	366	257	86	4813	11 756 603	12 859 373	4 549 805
150	Iniö	1	65	35	22	8	254	1 077 827	678 637	640 229
151	Isojoki	1	735	408	271	56	2863	12 187 733	7 649 363	7 239 514
152	Isokyrö	2	961	538	331	92	5376	15 935 254	14 363 597	8 891 872
153	Imatra	6	4904	2749	1762	393	33228	81 317 883	88 778 570	33 665 603
163	Jaala	3	434	256	146	32	2064	7 196 566	5 514 595	3 691 839
164	Jalasjärvi	2	1747	1010	599	138	9841	28 968 667	26 293 184	16 164 516
165	Janakkala	6	2286	1348	756	182	15445	37 906 338	41 265 951	15 693 224
167	Joensuu	5	5802	3400	1937	465	48182	96 208 474	128 732 668	43 293 813
169	Jokioinen	5	785	450	272	63	5581	13 016 831	14 911 316	5 857 574
170	Jomala	4	401	225	138	38	3069	6 649 362	8 199 754	3 171 746
171	Joroinen	3	1017	583	335	99	6399	16 863 843	17 096 848	8 651 152
172	Joutsa	2	880	511	285	84	4680	14 592 116	12 504 024	8 142 401
173	Joutseno	6	1597	975	510	112	11988	26 481 374	32 029 538	10 963 289
174	Juankoski	1	1083	670	346	67	6541	17 958 252	17 476 244	10 667 202
175	Jurva	1	861	558	246	57	5318	14 277 059	14 208 632	8 480 573
176	Juuka	1	1233	749	397	87	7329	20 445 544	19 581 622	12 144 653
177	Juupajoki	3	458	246	164	48	2530	7 594 533	6 759 654	3 895 995
178	Juva	1	1489	862	522	105	8381	24 690 524	22 392 356	14 666 171
179	Jyväskylä	6	8328	4993	2755	580	67026	138 094 480	179 080 067	57 171 115
180	Jyväskylänmlk	4	2734	1700	874	160	29281	45 335 051	78 232 976	21 624 819
181	Jämijärvi	2	505	289	181	35	2402	8 373 885	6 417 664	4 672 628
182	Jämsä	4	1895	1125	624	146	12895	31 422 795	34 452 861	14 988 673

LUKUMÄÄRÄT IKÄRYHMITÄIN

Knro	Kunta	65-	65-74	75-84	85-	VÄESTÖ	KOKO			VANH. HUOL. KUST.		arv. valtion osuus
							65-	65-74	75-84	85-	muk. lask		koko väestö
183	Jämsänkoski	4	1207	747	367	93	8122	20 014 414	21 700 360	9 546 875		
184	Jäppilä	2	326	186	109	31	1820	5 405 716	4 862 676	3 016 389		
186	Järvenpää	8	2412	1449	799	164	32446	39 995 663	86 689 223	14 038 478		
202	Kaarina	7	1525	951	479	95	18397	25 287 474	49 153 105	9 786 252		
204	Kaavi	1	729	434	236	59	4222	12 088 242	11 280 340	7 180 415		
205	Kajaani	4	3749	2374	1141	234	36561	62 165 731	97 683 680	29 653 053		
208	Kalajoki	2	1188	699	408	81	9416	19 699 357	25 157 669	10 992 241		
209	Kalanti	4	495	285	160	50	3944	8 208 065	10 537 579	3 915 247		
210	Kalvola	3	624	350	223	51	3545	10 347 137	9 471 531	5 308 081		
211	Kangasala	6	2443	1427	819	197	21214	40 509 704	56 679 565	16 771 017		
212	Kangaslampi	2	328	167	133	28	1832	5 438 880	4 894 738	3 034 895		
213	Kangasniemi	1	1348	793	466	89	7228	22 352 469	19 311 770	13 277 366		
214	Kankaanpää	3	1696	1007	576	113	13491	28 122 987	36 045 254	14 427 092		
216	Kannonkoski	1	403	260	120	23	1923	6 682 526	5 137 871	3 969 420		
217	Kannus	2	882	501	323	58	6168	14 625 280	16 479 662	8 160 906		
218	Karjoki	1	443	229	161	53	1943	7 345 804	5 191 307	4 363 407		
219	Karinainen	3	466	250	166	50	2396	7 727 189	6 401 633	3 964 048		
220	Karjaa	5	1539	822	579	138	8938	25 519 621	23 880 548	11 483 829		
223	Karjalohja	3	318	162	124	32	1408	5 273 060	3 761 894	2 705 080		
224	Karkkila	5	1399	859	440	100	9077	23 198 148	24 251 929	10 439 167		
226	Karstula	1	878	538	294	46	5594	14 558 952	14 946 049	8 648 018		
227	Karttula	1	524	289	187	48	3476	8 688 942	9 287 177	5 161 231		
230	Karvia	2	629	347	234	48	3326	10 430 047	8 886 407	5 819 966		
231	Kaskinen	5	248	149	78	21	1745	4 112 324	4 662 291	1 850 546		
232	Kauhajoki	2	2431	1369	881	181	15704	40 310 720	41 957 947	22 493 382		
233	Kauhava	2	1364	804	451	109	8634	22 617 780	23 068 321	12 620 721		
235	Kauniaiainen	10	845	532	254	59	7948	14 011 748	21 235 466	8 322 978		
236	Kaustinen	2	562	332	177	53	4518	9 319 056	12 071 192	5 200 033		
239	Keitele	1	606	348	217	41	3306	10 048 662	8 832 971	5 968 905		
240	Kemi	4	3305	2127	960	218	25244	54 803 345	67 446 919	26 141 195		
241	Keminmaa	3	910	601	271	38	9258	15 089 575	24 735 524	7 740 952		
243	Kemiö	2	841	423	325	93	3474	13 945 420	9 281 833	7 761 544		

LUKUMÄÄRÄT IKÄRYHMITTÄIN

Knro	Kunta	KOKO VÄESTÖ					VANH. HUOL. KUST.		arv. valtion osuus	
		65-	65-74	75-84	85-	65- muk. lask	koko väestö			
244	Kempele	4	465	283	150	32	10076	7 710 607	26 921 057	3 677 959
245	Kerava	8	2045	1244	664	137	28006	33 910 088	74 826 431	11 902 441
246	Kerimäki	2	1006	551	367	88	6510	16 681 442	17 393 418	9 308 244
247	Kestliä	1	360	222	112	26	2003	5 969 502	5 351 615	3 545 884
248	Kesälahti	1	576	353	184	39	3182	9 551 203	8 501 668	5 673 415
249	Keuruu	3	2072	1194	674	204	12690	34 357 800	33 905 142	17 625 552
250	Kihniö	1	496	282	165	49	2752	8 224 647	7 352 794	4 885 440
251	Kiihtelysvaara	1	358	213	119	26	2749	5 936 338	7 344 778	3 526 185
252	Kiikala	2	445	226	174	45	2022	7 378 968	5 402 380	4 117 464
254	Kiikoinen	2	370	204	138	28	1420	6 135 322	3 793 956	3 423 509
255	Kiiminki	2	529	343	155	31	8779	8 771 852	23 455 732	4 894 693
256	Kinnula	1	309	194	92	23	2321	5 123 823	6 201 248	3 043 551
257	Kirkkonummi	9	1548	1005	438	105	26062	25 668 859	69 632 452	8 085 690
259	Kisko	3	484	263	174	47	2071	8 025 664	5 533 298	4 117 166
260	Kitee	2	1699	983	586	130	11302	28 172 733	30 196 684	15 720 385
261	Kitilä	1	771	483	240	48	6208	12 784 683	16 586 534	7 594 102
262	Kiukainen	2	796	451	267	78	3865	13 199 232	10 326 507	7 365 172
263	Kiuruvesi	1	2044	1258	643	143	11411	33 893 506	30 487 910	20 132 742
265	Kivijärvi	1	293	177	88	28	1983	4 858 511	5 298 179	2 885 956
266	Kodisjoki	3	95	55	36	4	576	1 575 285	1 538 957	808 121
271	Kokemäki	3	1858	1013	676	169	9418	30 809 263	25 163 012	15 805 152
272	Kokkola	5	3933	2421	1262	250	34748	65 216 809	92 839 706	29 347 564
273	Kolari	1	509	315	166	28	4719	8 440 213	12 608 224	5 013 486
274	Konginkangas	1	298	180	95	23	1636	4 941 421	4 371 065	2 935 204
275	Konnevesi	2	647	384	212	51	3451	10 728 522	9 220 382	5 986 515
276	Kontiolahti	2	995	583	347	65	10645	16 499 040	28 441 311	9 206 464
277	Korpilahti	1	981	593	320	68	5156	16 266 893	13 775 801	9 662 534
279	Korppoo	2	228	117	79	32	1114	3 780 685	2 976 385	2 109 622
280	Korsnäs	2	541	334	168	39	2321	8 970 835	6 201 248	5 005 726
281	Kortesjärvi	1	538	319	179	40	2793	8 921 089	7 462 337	5 299 127
283	Koskihi	3	426	247	141	38	2352	7 063 911	6 284 074	3 623 786
284	Koskit	3	593	320	209	64	2788	9 833 096	7 448 978	5 044 378

LUKUMÄÄRÄT IKÄRYHMITTÄIN

Knro	Kunta	65-	65-74	75-84	85-	KOKO		VANH. HUOL. KUST.		arv. valtion osuus
						VÄESTÖ	VÄESTÖ	65- muk. lask	koko väestö	
285	Kotka	5	8936	5126	3087	723	56515	148 176 305	150 996 777	66 679 337
286	Kouvola	7	4533	2760	1479	294	32066	75 165 979	85 673 939	29 089 234
287	Kristiinankaupunki	2	1748	1025	558	165	8870	28 985 249	23 698 866	16 173 769
288	Kruunupyö	2	1353	742	479	132	7079	22 435 378	18 913 672	12 518 941
289	Kuhmalahti	2	273	156	92	25	1162	4 526 872	3 104 632	2 525 995
290	Kuhmo	1	1550	982	491	77	12805	25 702 023	34 212 399	15 267 001
291	Kuhmoinen	2	835	492	272	71	3362	13 845 928	8 982 592	7 726 028
292	Kuivaniemi	1	364	225	116	23	2368	6 035 830	6 326 822	3 585 283
293	Kullaa	2	312	192	95	25	1728	5 173 568	4 616 870	2 886 851
295	Kumlinge	1	114	44	50	20	453	1 890 342	1 210 325	1 122 863
297	Kuopio	5	9625	5724	3165	736	81593	159 601 269	218 000 177	71 820 571
299	Kuorevesi	4	527	286	197	44	3118	8 738 688	8 330 672	4 168 354
300	Kuortane	1	946	533	343	70	4916	15 686 525	13 134 569	9 317 796
301	Kurikka	2	1768	1045	569	154	11290	29 316 888	30 164 622	16 358 823
303	Kuru	2	618	335	202	81	3028	10 247 645	8 090 210	5 718 186
304	Kustavi	4	283	163	91	29	1146	4 692 692	3 061 883	2 238 414
305	Kuusamo	1	1888	1158	608	122	18281	31 306 722	48 843 176	18 596 193
306	Kuusankoski	7	3114	1852	1039	223	21774	51 636 192	58 175 773	19 983 206
308	Kuusjoki	2	350	184	121	45	1888	5 803 683	5 044 358	3 238 455
309	Outokumpu	2	1379	846	455	78	9258	22 866 509	24 735 524	12 759 512
310	Kylmäkoski	3	387	224	131	32	2629	6 417 215	7 024 162	3 292 031
312	Kyyjärvi	1	316	193	106	17	1985	5 239 896	5 303 523	3 112 498
315	Kälviä	2	587	313	220	54	4628	9 733 605	12 365 090	5 431 351
316	Kärkölä	4	834	413	314	107	5405	13 829 346	14 441 079	6 596 598
317	Kärsämäki	1	520	305	173	42	3603	8 622 614	9 626 495	5 121 833
318	Kökar	1	81	29	39	13	303	1 343 138	809 555	797 824
319	Köyliö	3	590	324	200	66	3304	9 783 351	8 827 627	5 018 859
320	Kemijärvi	2	1552	926	521	105	12257	25 735 186	32 748 253	14 360 234
398	Lahti	6	13335	7838	4578	919	93414	221 120 303	249 583 525	91 543 806
399	Laihia	2	1118	651	357	110	7625	18 538 620	20 372 475	10 344 550
400	Laitila	4	1370	801	459	110	9355	22 717 272	24 994 689	10 836 139
401	Lammil	4	1152	627	424	101	5962	19 102 406	15 929 272	9 111 848

LUKUMÄÄRÄT IKÄRYHMITTÄIN

Knro	Kunta	65-	65-74	75-84	85-	VÄESTÖ	KOKO	VANH. HUOL. KUST.		arv. valtion osuus
								65- muk. lask	koko väestö	
402	Lapinlahti	1	1338	823	417	98	8110	22 186 649	21 668 298	13 178 870
403	Lappajärvi	1	788	460	256	72	4478	13 066 577	11 964 320	7 761 547
405	Lappeenranta	5	7666	4471	2618	577	55358	127 117 229	147 905 504	57 202 753
406	Lappi	3	577	289	225	63	3454	9 567 785	9 228 397	4 908 274
407	Lapinjärvi	3	699	380	259	60	3361	11 590 783	8 979 920	5 946 072
408	Lapua	2	2481	1421	870	190	14576	41 139 818	38 944 157	22 956 018
410	Laukaa	3	1832	1127	603	102	16031	30 378 132	42 831 626	15 583 982
413	Lavia	1	626	361	207	58	2704	10 380 301	7 224 547	6 165 899
414	Lehtimäki	1	436	244	163	29	2335	7 229 730	6 238 653	4 294 460
415	Leivonmäki	1	290	181	77	32	1363	4 808 766	3 641 663	2 856 407
416	Lemi	2	489	264	174	51	3128	8 108 574	8 357 390	4 524 584
417	Lemland	4	153	73	58	22	1333	2 537 038	3 561 509	1 210 167
418	Lempäälä	5	1709	1000	571	138	14767	28 338 553	39 454 471	12 752 349
419	Lemu	4	147	72	58	17	1336	2 437 547	3 569 525	1 162 710
420	Leppävirta	2	1761	1048	602	111	11678	29 200 814	31 201 280	16 294 054
421	Lestijärvi	1	184	124	50	10	1098	3 051 079	2 933 636	1 812 341
422	Liekka	2	2888	1736	990	162	17396	47 888 672	46 478 633	26 721 879
423	Lieto	5	1247	756	407	84	12356	20 677 692	33 012 761	9 304 961
424	Liljendal	3	312	178	99	35	1540	5 173 568	4 114 572	2 654 041
425	Liminka	1	497	304	157	36	5013	8 241 229	13 393 733	4 895 290
426	Liperi	2	1673	957	586	130	11516	27 741 602	30 768 449	15 479 814
427	Lohja	7	1958	1145	648	165	14772	32 467 458	39 467 830	12 564 906
428	Lohjankunta	7	1830	1072	609	149	18802	30 344 969	50 235 184	11 743 503
429	Lohtaja	2	414	254	127	33	3027	6 864 927	8 087 539	3 830 629
430	Loimaa	5	1329	772	453	104	7192	22 037 412	19 215 586	9 916 835
431	Loimaankunta	4	1132	652	370	110	6499	18 770 767	17 364 028	8 953 656
433	Loppi	3	1245	704	430	111	7527	20 644 528	20 110 639	10 590 643
434	Loviisa	7	1314	750	444	120	8319	21 788 682	22 226 704	8 432 220
435	Luhanka	2	262	152	88	22	1146	4 344 471	3 061 883	2 424 215
436	Lumijoki	1	224	128	76	20	1626	3 714 357	4 344 347	2 206 328
438	Lumparland	3	54	27	19	8	325	895 425	868 335	459 353
439	Luopioinen	2	618	370	187	61	2587	10 247 645	6 911 947	5 718 186

LUKUMÄÄRÄT IKÄRYHMITÄIN

Knro	Kunta	KOKO VÄESTÖ					VANH. HUOL. KUST.		arv. valtion osuus	
		65-	65-74	75-84	85-	VÄESTÖ	65- muk. lask	koko väestö		
440	Luoto	1	367	205	133	29	3741	6 085 576	9 995 204	3 614 832
441	Luumäki	4	1203	688	414	101	5639	19 948 086	15 066 280	9 515 237
442	Luvia	4	496	289	162	45	3413	8 224 647	9 118 853	3 923 157
443	Längelmäki	2	499	279	183	37	1992	8 274 393	5 322 226	4 617 111
475	Maalahti	2	1280	687	464	129	5932	21 224 896	15 849 118	11 843 492
476	Maaninka	1	752	423	267	62	4134	12 469 626	11 045 221	7 406 958
478	Maarianhamina	7	1606	871	577	158	10310	26 630 612	27 546 258	10 306 047
479	Maksamaa	2	261	151	93	17	1161	4 327 889	3 101 960	2 414 962
480	Marttila	3	480	258	170	52	2289	7 959 336	6 115 750	4 083 139
481	Masku	6	397	233	136	28	4771	6 583 034	12 747 158	2 725 376
482	Mellilä	2	306	140	123	43	1371	5 074 077	3 663 038	2 831 335
483	Merijärvi	1	223	137	74	12	1473	3 697 775	3 935 561	2 196 478
484	Merikarvia	1	890	484	320	86	4173	14 757 936	11 149 421	8 766 214
485	Merimasku	4	133	90	36	7	1219	2 205 399	3 256 924	1 051 975
489	Miehikkälä	2	646	373	228	45	2789	10 711 940	7 451 650	5 977 262
490	Mietoinen	4	287	172	94	21	1673	4 759 020	4 469 921	2 270 052
491	Mikkeli	5	4274	2470	1465	339	32158	70 871 254	85 919 744	31 892 064
492	Mikkelinmökki	3	1397	827	452	118	11649	23 164 984	31 123 798	11 883 637
493	Mouhijärvi	2	538	307	180	51	2893	8 921 089	7 729 517	4 977 968
494	Muhos	2	916	577	284	55	7651	15 189 066	20 441 942	8 475 499
495	Multia	1	497	312	140	45	2380	8 241 229	6 358 884	4 895 290
498	Muonio	1	305	194	93	18	2820	5 057 495	7 534 476	3 004 152
499	Mustasaari	4	2232	1272	730	230	16144	37 010 912	43 133 539	17 654 205
500	Muurame	4	573	354	189	30	6834	9 501 457	18 259 081	4 532 195
501	Muurla	4	235	127	87	21	1364	3 896 758	3 644 335	1 858 754
503	Mynämäki	3	1038	592	343	103	6065	17 212 064	16 204 467	8 829 789
504	Myrskylä	3	379	207	132	40	2066	6 284 559	5 519 939	3 223 979
505	Mäntsälä	4	1764	981	613	170	15051	29 250 560	40 213 262	13 952 517
506	Mänttä	5	1040	672	306	62	7484	17 245 228	19 995 751	7 760 353
507	Mäntyharju	3	1419	845	465	109	7729	23 529 787	20 650 342	12 070 781
529	Naantali	9	1271	816	373	82	11572	21 075 658	30 918 070	6 638 832
531	Nakkila	4	929	487	350	92	6351	15 404 632	16 968 602	7 348 009

LUKUMÄÄRÄT IKÄRYHMITTÄIN

Kno	Kunta	65-	65-74	75-84	85-	KOKO VÄESTÖ	VANH. HUOL. KUST.		arv. valtion osuus
							65- muk. lask	koko väestö	
532	Nastola	5	1433	883	448	102	23 761 934	40 865 181	10 692 870
533	Nauvo	2	298	141	112	45	4 941 421	3 906 172	2 757 313
534	Nilsia	1	1278	805	382	91	21 191 732	20 177 434	12 587 889
535	Nivala	1	1610	963	546	101	26 696 940	30 306 227	15 857 982
536	Nokia	6	3268	2011	1056	201	54 189 813	69 929 021	22 434 582
537	Noormarkku	4	775	428	272	75	12 851 011	16 995 320	6 129 932
538	Nousiainen	4	448	254	152	42	7 428 714	10 810 103	3 543 496
540	Nurmi-PUSULA	4	1035	581	351	103	17 162 318	15 413 614	8 186 426
541	Nurmes	1	1771	1057	592	122	29 366 633	29 242 851	17 443 780
543	Nurmijärvi	8	2372	1364	825	183	39 332 385	76 637 911	13 805 667
544	Nurmo	4	784	489	233	62	13 000 249	24 895 832	6 201 119
545	Närpiö	3	2364	1230	899	235	39 199 730	27 856 187	20 109 461
559	Oravainen	2	530	301	186	43	8 788 434	6 607 361	4 903 946
560	Orimattila	3	2217	1298	724	195	36 762 183	38 075 822	18 859 000
561	Oripää	4	301	179	86	36	4 991 167	3 804 643	2 380 787
562	Orivesi	3	1610	923	560	127	26 696 940	24 529 796	13 695 530
563	Oulainen	1	1229	743	416	70	20 379 217	22 443 120	12 105 255
564	Oulu	6	10461	6531	3230	700	173 463 779	273 271 704	71 814 004
567	Oulunsalo	2	297	191	82	24	4 924 839	17 925 106	2 748 060
573	Parainen	5	1923	1054	686	183	31 887 090	32 502 447	14 349 190
576	Padasjoki	3	787	425	284	78	13 049 995	11 702 484	6 694 647
577	Paimio	5	1161	657	400	104	19 251 644	25 916 460	8 663 240
578	Paltamo	1	774	478	244	52	12 834 429	13 342 969	7 623 651
580	Parikkala	3	1124	635	397	92	18 638 112	13 992 217	9 561 351
581	Parkano	2	1253	760	416	77	20 777 183	22 509 915	11 593 668
582	Pattijoki	3	376	224	131	21	6 234 813	15 605 984	3 198 459
583	Peikosenniemi	1	207	123	65	19	3 432 464	3 962 279	2 038 883
584	Perho	1	413	254	132	27	6 848 345	9 089 464	4 067 917
585	Pernaja	3	711	418	218	75	11 789 766	10 021 922	6 048 150
586	Perniö	4	1216	663	448	105	20 163 651	17 492 275	9 618 062
587	Pertteli	4	533	305	190	38	8 838 179	9 613 136	4 215 812
588	Pertunmaa	1	552	322	190	40	9 153 236	6 452 397	5 437 022

LUKUMÄÄRÄT IKÄRYHMITTÄIN

Kno	Kunta	KOKO VÄESTÖ					VANH. HUOL. KUST.		arv. valtion osuus	
		65-	65-74	75-84	85-	65- VÄESTÖ	65- muk. lask	koko väestö		
589	Peräseinäjoki	1	756	449	262	45	4134	12 535 954	11 045 221	7 446 357
592	Petäjävesi	1	673	405	222	46	3821	11 159 652	10 208 948	6 628 833
593	Pieksämäki	5	2121	1293	677	151	13992	35 170 316	37 383 826	15 826 642
594	Pieksämäenmkl	3	855	523	281	51	6900	14 177 567	18 435 420	7 273 092
595	Pielavesi	1	1333	822	429	82	6656	22 103 739	17 783 501	13 129 621
598	Pietarsaari	5	3005	1691	1109	205	19954	49 828 760	53 313 097	22 422 942
599	Pedersöre	2	1352	794	475	83	10003	22 418 796	26 726 015	12 509 688
601	Pilttipudas	1	932	579	289	64	5661	15 454 377	15 125 060	9 179 900
602	Piikkiö	5	782	440	282	60	6235	12 967 085	16 658 673	5 835 188
603	Piippola	1	226	137	73	16	1489	3 747 521	3 978 310	2 226 027
604	Pirkkala	7	1029	577	394	58	11440	17 062 827	30 565 392	6 603 314
606	Pohja	4	960	547	321	92	5226	15 918 672	13 962 827	7 593 207
607	Polvijärvi	1	1062	672	337	53	6010	17 610 031	16 057 518	10 460 358
608	Pomarcku	1	500	312	150	38	2946	8 290 975	7 871 123	4 924 839
609	Pori	5	10854	6091	3891	872	76432	179 980 485	204 211 018	80 991 218
611	Pornainen	4	403	224	135	44	3396	6 682 526	9 073 433	3 187 565
612	Porvoo	8	2955	1643	1037	275	20385	48 999 662	54 464 643	17 198 881
613	Porvoonmkl	8	2253	1282	777	194	21976	37 359 133	58 715 477	13 113 056
614	Posio	1	658	398	209	51	5452	10 910 923	14 566 654	6 481 088
615	Pudasjärvi	1	1482	943	454	85	11234	24 574 450	30 015 001	14 597 223
616	Pukkila	3	321	167	123	31	1856	5 322 806	4 958 861	2 730 599
617	Pulkkila	1	295	176	95	24	2039	4 891 675	5 447 800	2 905 655
618	Punkaharju	2	757	454	239	64	4689	12 552 536	12 528 070	7 004 315
619	Punkalaidun	2	916	486	343	87	4119	15 189 066	11 005 144	8 475 499
620	Puolanka	1	722	442	236	44	4530	11 972 168	12 103 254	7 111 468
623	Puumala	1	706	441	218	47	3398	11 706 857	9 078 776	6 953 873
624	Pyhtää	4	867	478	322	67	5465	14 376 551	14 601 387	6 857 615
625	Pyhäjoki	1	619	344	231	44	3786	10 264 227	10 115 435	6 096 951
626	Pyhäjärvi	1	1175	710	385	80	7605	19 483 791	20 319 039	11 573 372
630	Pyhäntä	1	241	151	77	13	2113	3 996 250	5 645 513	2 373 772
631	Pyhäranta	3	338	199	107	32	2385	5 604 699	6 372 243	2 875 211
632	Pyhäselkä	1	720	425	250	45	6878	11 939 004	18 376 640	7 091 768

LUKUMÄÄRÄT IKÄRYHMITÄIN

Kno	Kunta	65-	65-74	75-84	85-	VÄESTÖ	KOKO	VANH. HUOL. KUST.		arv. valtion osuus
								65- muk. lask	koko väestö	
633	Pylkönmäki	1	259	160	77	22	1280	4 294 725	3 419 904	2 551 067
635	Pälkäne	3	708	352	275	81	4021	11 740 021	10 743 308	6 022 631
636	Pöytyä	4	649	363	215	71	3751	10 761 686	10 021 922	5 133 324
678	Raahе	4	1523	948	480	95	18266	25 254 310	48 803 099	12 046 306
680	Raisio	7	1974	1256	606	112	21322	32 732 769	56 968 120	12 667 582
681	Rantasalmi	1	1009	566	351	92	5153	16 731 188	13 767 785	9 938 325
682	Rantsila	1	387	220	139	28	2300	6 417 215	6 145 140	3 811 826
683	Ranua	1	634	405	188	41	5706	10 512 956	15 245 291	6 244 696
684	Rauma	6	4046	2351	1384	311	29858	67 090 570	79 774 604	27 775 496
685	Raumanmlk	4	864	593	218	53	8570	14 326 805	22 897 326	6 833 886
686	Rautalampi	1	905	503	307	95	4392	15 006 665	11 734 546	8 913 959
687	Rautavaara	1	471	299	145	27	2928	7 810 098	7 823 030	4 639 198
689	Rautjärvi	4	973	548	326	99	5384	16 134 237	14 384 971	7 696 031
691	Reisjärvi	1	524	316	170	38	3633	8 688 942	9 706 649	5 161 231
692	Renko	4	402	218	148	36	2467	6 665 944	6 591 331	3 179 655
694	Riihimäki	6	3648	2092	1270	286	25298	60 490 954	67 591 196	25 043 255
696	Ristiina	3	833	498	270	65	5313	13 812 764	14 195 273	7 085 948
697	Ristijärvi	1	420	258	127	35	2124	6 964 419	5 674 903	4 136 865
698	Rovaniemi	5	3585	2288	1085	212	33954	59 446 291	90 718 297	26 750 831
699	Rovaniemenmlk	2	1922	1222	601	99	20836	31 870 508	55 669 625	17 783 743
700	Ruokolahti	4	1066	659	330	77	6450	17 676 359	17 233 110	8 431 623
701	Ruotsinpyhtää	4	599	372	164	63	3324	9 932 588	8 881 063	4 737 844
702	Ruovesi	3	1256	692	449	115	6046	20 826 929	16 153 703	10 684 215
704	Rusko	6	272	159	89	24	2909	4 510 290	7 772 266	1 867 260
705	Rymättylä	4	361	204	119	38	1891	5 986 084	5 052 374	2 855 362
707	Rääkkylä	1	764	442	259	63	3509	12 668 610	9 375 346	7 525 154
708	Ruukki	1	748	430	258	60	5075	12 403 299	13 559 385	7 367 559
728	Saari	1	383	228	126	29	1869	6 350 887	4 993 594	3 772 427
729	Saarijärvi	1	1651	1013	528	110	10740	27 376 799	28 695 132	16 261 819
730	Sahalahti	5	281	153	96	32	2258	4 659 528	6 032 924	2 096 788
732	Salla	1	970	562	313	95	6176	16 084 492	16 501 037	9 554 188
734	Salo	7	3454	1947	1242	265	21811	57 274 055	58 274 630	22 165 059

LUKUMÄÄRÄT IKÄRYHMITÄIN

Knro	Kunta	KOKO VÄESTÖ					VANH. HUOL. KUST.		arv. valtion osuus	
		65-	65-74	75-84	85-	65- muk. lask	koko väestö			
736	Saltvik	4	302	137	128	37	1655	5 007 749	4 421 829	2 388 696
737	Sammatti	4	224	117	88	19	1226	3 714 357	3 275 627	1 771 748
738	Sauvo	3	565	290	217	58	2832	9 368 802	7 566 538	4 806 195
739	Savitaipale	2	983	566	330	87	4743	16 300 057	12 672 347	9 095 432
740	Savonlinna	4	4113	2411	1361	341	28557	68 201 560	76 298 593	32 532 144
741	Savonranta	1	327	199	106	22	1612	5 422 298	4 306 942	3 220 845
742	Savukoski	1	202	145	43	14	1763	3 349 554	4 710 383	1 989 635
743	Seinäjoki	6	3117	1984	930	203	28106	51 685 938	75 093 611	21 397 978
746	Stievi	1	688	398	234	56	4732	11 408 382	12 642 958	6 776 579
747	Siikainen	1	473	270	163	40	2311	7 843 262	6 174 530	4 658 898
748	Siikajoki	1	211	125	70	16	1506	3 498 791	4 023 731	2 078 282
749	Siilinjärvi	5	1441	885	448	108	18925	23 894 590	50 563 815	10 752 565
751	Simo	1	477	276	163	38	4279	7 909 590	11 432 632	4 698 297
753	Sipoo	7	1794	1024	601	169	14893	29 748 018	39 791 117	11 512 483
754	Anjalankoski	6	3050	1751	1081	218	18764	50 574 948	50 133 655	20 938 028
755	Siuntio	6	435	277	130	28	4343	7 213 148	11 603 627	2 986 243
758	Sodankylä	2	1048	670	293	85	10667	17 377 884	28 500 091	9 696 859
759	Soini	1	518	311	157	50	3027	8 589 450	8 087 539	5 102 133
761	Somero	4	1941	1085	682	174	9963	32 185 565	26 619 143	15 352 514
762	Sonkajärvi	1	1050	599	371	80	5978	17 411 048	15 972 020	10 342 162
765	Sotkamo	1	1698	1072	522	104	11600	28 156 151	30 992 880	16 724 754
766	Sottunga	4	37	24	11	2	129	613 532	344 662	292 655
768	Sulkava	1	749	422	255	72	3900	12 419 881	10 420 020	7 377 409
770	Sumiainen	1	260	168	72	20	1414	4 311 307	3 777 925	2 560 916
771	Sund	2	178	82	76	20	959	2 951 587	2 562 256	1 646 986
772	Suodenniemi	2	392	205	150	37	1540	6 500 124	4 114 572	3 627 069
774	Suolahti	3	715	445	213	57	6167	11 856 094	16 476 991	6 082 176
775	Suomenniemi	1	245	150	69	26	966	4 062 578	2 580 959	2 413 171
776	Suomusjärvi	3	319	167	114	38	1363	5 289 642	3 641 663	2 713 586
777	Suomussalmi	1	1626	1047	462	117	12433	26 962 251	33 218 489	16 015 577
778	Suonenjoki	2	1601	917	555	129	8718	26 547 702	23 292 752	14 813 618
781	Sysmä	2	1116	649	363	104	5495	18 505 456	14 681 541	10 326 045

LUKUMÄÄRÄT IKÄRYHMIITTÄIN

Kno	Kunta	KOKO VÄESTÖ					VANH. HUOL. KUST.		arv. valtion osuus	
		65-	65-74	75-84	85-	65- muk. lask	koko väestö			
783	Säkylä	5	694	415	208	71	5308	11 507 873	14 181 914	5 178 543
784	Särkisalo	5	237	123	95	19	850	3 929 922	2 271 030	1 768 465
785	Vaala	1	740	452	224	64	4499	12 270 643	12 020 428	7 288 762
787	Säynätsalo	4	423	266	135	22	3574	7 014 165	9 549 013	3 345 757
831	Taipalsaari	4	593	349	190	54	4705	9 833 096	12 570 819	4 690 387
832	Taivalkoski	1	572	358	171	43	5636	9 484 875	15 058 265	5 634 016
833	Taivassalo	3	416	218	157	41	1952	6 898 091	5 215 354	3 538 721
834	Tammela	4	1116	661	352	103	5978	18 505 456	15 972 020	8 827 103
835	Tammisaari	6	2120	1111	784	225	11417	35 153 734	30 503 941	14 553 646
837	Tampere	8	25426	14503	8786	2137	173797	421 612 661	464 350 825	147 986 044
838	Tarvasjoki	3	351	200	113	38	1864	5 820 264	4 980 235	2 985 796
841	Temmes	1	116	65	35	16	722	1 923 506	1 929 040	1 142 563
842	Tenhola	3	700	388	217	95	3090	11 607 365	8 255 862	5 954 578
844	Tervo	1	464	269	151	44	2228	7 694 025	5 952 770	4 570 251
845	Tervola	1	699	441	218	40	4177	11 590 783	11 160 109	6 884 925
846	Teuva	2	1320	794	437	89	7382	21 888 174	19 723 228	12 213 601
848	Tohmajärvi	1	1111	617	404	90	5805	18 422 546	15 509 799	10 942 993
849	Toholampi	1	562	319	209	34	4077	9 319 056	10 892 929	5 535 519
850	Toivakka	1	433	271	136	26	2504	7 179 984	6 690 187	4 264 911
851	Tornio	2	2531	1660	710	161	23033	41 968 915	61 539 569	23 418 655
853	Turku	8	25904	14561	9017	2326	159403	429 538 833	425 892 935	150 768 130
854	Pello	1	733	472	214	47	5680	12 154 569	15 175 824	7 219 814
855	Tuulos	3	319	163	118	38	1628	5 289 642	4 349 690	2 713 586
856	Tuupovaara	1	542	326	178	38	2676	8 987 417	7 149 737	5 338 526
857	Tuusniemi	1	709	450	216	43	3570	11 756 603	9 538 326	6 983 422
858	Tuusula	8	2166	1292	709	165	27774	35 916 504	74 206 573	12 606 693
859	Tyrnävä	1	461	257	161	43	3801	7 644 279	10 155 512	4 540 702
863	Töysä	1	569	331	178	60	3193	9 435 130	8 531 057	5 604 467
864	Toijala	4	1381	773	486	122	8167	22 899 673	21 820 591	10 923 144
885	Ullava	1	184	116	61	7	1134	3 051 079	3 029 821	1 812 341
886	Uvila	6	1225	764	359	102	12663	20 312 889	33 833 003	8 409 536
887	Urkala	3	1270	716	425	129	6109	21 059 077	16 322 026	10 803 306

LUKUMÄÄRÄT IKÄRYHMITTÄIN

Kno	Kunta	65-	65-74	75-84	85-	KOKO		VANH. HUOL. KUST.		arv. valtion osuus
						VÄESTÖ	VÄESTÖ	65- muk. lask	koko väestö	
889	Utajärvi	1	586	371	169	46	3632	9 717 023	9 703 978	5 771 911
890	Utsjoki	1	172	103	46	23	1531	2 852 095	4 090 526	1 694 145
891	Uukuniemi	1	150	68	69	13	676	2 487 293	1 806 137	1 477 452
892	Uurainen	1	434	252	152	30	3013	7 196 566	8 050 133	4 274 760
893	Uusikaarlepyy	3	1483	779	556	148	7721	24 591 032	20 628 968	12 615 199
895	Uusikaupunki	8	1687	983	561	143	14449	27 973 750	38 604 838	9 818 786
905	Vaasa	6	7672	4254	2696	722	53764	127 216 720	143 646 655	52 667 722
906	Vahto	3	163	86	62	15	1736	2 702 858	4 638 245	1 386 566
908	Vaikeakoski	5	3159	1871	1085	203	21600	52 382 380	57 710 880	23 572 071
909	Vaikeala	4	1494	878	496	120	11415	24 773 433	30 498 597	11 816 928
911	Vaitimo	1	607	370	204	33	3561	10 065 244	9 514 280	5 978 755
912	Vammala	4	2664	1549	905	210	15786	44 174 315	42 177 035	21 071 148
913	Vampula	2	436	230	162	44	1901	7 229 730	5 079 092	4 034 189
915	Varkaus	4	3371	1978	1171	222	24607	55 897 753	65 744 983	26 663 228
916	Varpaisjärvi	1	654	415	200	39	3527	10 844 595	9 423 439	6 441 690
917	Vehkalahti	5	1773	1056	570	147	12535	29 399 797	33 491 013	13 229 909
918	Vehmaa	3	564	283	214	67	2815	9 352 220	7 521 117	4 797 689
919	Vehmersalmi	1	452	262	163	27	2323	7 495 041	6 206 591	4 452 055
920	Velkua	2	46	23	19	4	237	762 770	633 217	425 625
921	Vesanto	1	690	415	214	61	3250	11 441 546	8 683 350	6 796 278
922	Vesilahti	2	540	295	191	54	3155	8 954 253	8 429 529	4 996 473
923	Västanafjärd	1	226	119	83	24	918	3 747 521	2 452 712	2 226 027
924	Veteli	1	597	343	210	44	4059	9 899 424	10 844 836	5 880 258
925	Vieremä	1	729	427	237	65	4758	12 088 242	12 712 424	7 180 415
926	Vihanti	1	543	356	166	21	3869	9 003 999	10 337 194	5 348 375
927	Vihti	6	2057	1222	680	155	21835	34 109 071	58 338 753	14 121 155
928	Viiala	3	817	531	236	50	5300	13 547 453	14 160 540	6 949 843
931	Viitasaari	1	1427	834	485	108	8640	23 662 443	23 084 352	14 055 491
932	Viljakkala	2	367	213	127	27	1960	6 085 576	5 236 728	3 395 751
933	Vilppula	3	1156	651	393	112	6374	19 168 734	17 030 053	9 833 561
934	Vimpeli	1	614	359	202	53	3838	10 181 317	10 254 368	6 047 702
935	Virolahti	2	885	467	316	102	4175	14 675 026	11 154 765	8 188 664

LUKUMÄÄRÄT IKÄRYHMITTÄIN

Knr	Kunta	KOKO VÄESTÖ					VANH. HUOL. KUST.		arv. valtion osuus	
		65-	65-74	75-84	85-	VÄESTÖ	65- muk. lask	koko väestö		
936	Virrat	2	1748	1037	555	156	9132	28 985 249	24 398 878	16 173 769
937	Virtasalmi	1	317	182	111	24	1387	5 256 478	3 705 787	3 122 348
940	Vuolijoki	2	399	267	108	24	3110	6 616 198	8 309 298	3 691 839
941	Vårdö	1	79	37	21	21	397	1 309 974	1 060 705	778 125
942	Vähäkylä	2	720	399	254	67	4999	11 939 004	13 356 328	6 661 964
943	Värtsilä	1	177	96	64	17	808	2 935 005	2 158 814	1 743 393
944	Vöyri	3	902	470	365	67	3849	14 956 919	10 283 758	7 672 899
971	Ylihärmä	2	615	353	208	54	3298	10 197 899	8 811 596	5 690 428
972	Yli-Ii	1	317	195	112	10	2448	5 256 478	6 540 566	3 122 348
973	Ylikkieminki	1	412	253	129	30	3393	6 831 763	9 065 417	4 058 067
975	Ylistaro	2	1192	669	397	126	6093	19 765 684	16 279 277	11 029 252
976	Ylitornio	1	1015	599	338	78	6224	16 830 679	16 629 283	9 997 423
977	Ylivieska	3	1624	992	541	91	13284	26 929 087	35 492 191	13 814 622
978	Ylämaa	2	353	210	116	27	1745	5 853 428	4 662 291	3 266 213
979	Yläne	2	538	317	173	48	2366	8 921 089	6 321 479	4 977 968
980	Ylöjärvi	6	1358	846	407	105	18724	22 518 288	50 026 783	9 322 571
981	Ypäjä	2	572	333	175	64	2802	9 484 875	7 486 384	5 292 560
988	Äetsä	4	895	531	271	93	5532	14 840 845	14 780 398	7 079 083
989	Ähtäri	1	1275	709	473	93	7778	21 141 986	20 781 260	12 558 340
992	Äänekoski	4	1340	821	439	80	11971	22 219 813	31 984 118	10 598 851
			684750	398534	231246	54970	5029002	11 354 490 263	13 436 487 544	5 566 728 955

KEHITYSVAMMAKARTOITUS
 NYKYPALVELUJEN JA PALVELUJEN PUUTTEIDEN JA LISÄTARPEIDEN JAKALMA

7

KUNTA=284 KOSKI T

		NYKYPALVELUT														
		koti-	tuki-	työ-	lyhyt	erit.	päivä-	saa	imäärä	saa						
		käynt.	henk.	tukih.	toim.	kerho-	aikais-	päivä-	opetus-	hoito-	taloud-	imäärä	ei	muuta		
		rissä	käynt.	saa	käynt.	paikka-	paikka-	hoitop-	kotip-	paikka-	paikka-	apua	keskim-	tied.	palv.	
		asukk-														
		aita	lkm	/vko	lkm	/vko	lkm	lkm	lkm	lkm	lkm	lkm	/vko	lkm	lkm	
SIJOITU-	IKÄLUOKAT															
SPAIKKA	YHTEENSÄ	31	.1	.1	.1	.1	31	.1	11	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1
KOTI	25-64	31	.1	.1	.1	.1	31	.1	11	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1
KOTI2	IKÄLUOKAT															
	YHTEENSÄ	21	.1	.1	.1	.1	11	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	11
	25-64	21	.1	.1	.1	.1	11	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	11
SAS	IKÄLUOKAT															
	YHTEENSÄ	11	.1	.1	.1	.1	11	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1
	25-64	11	.1	.1	.1	.1	11	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1
KLA	IKÄLUOKAT															
	YHTEENSÄ	41	.1	.1	.1	.1	11	.1	.1	.1	11	.1	.1	.1	.1	.1
	0-14	11	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	11	.1	.1	.1	.1	.1
	15-24	11	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1
	25-64	21	.1	.1	.1	.1	11	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1
YHTEENSÄ	IKÄLUOKAT															
	YHTEENSÄ	101	.1	.1	.1	.1	61	.1	11	.1	11	.1	.1	.1	.1	11
	0-14	11	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	11	.1	.1	.1	.1	.1
	15-24	11	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1
	25-64	81	.1	.1	.1	.1	61	.1	11	.1	.1	.1	.1	.1	.1	11

KEHITYSVAMMAKARTOITUS
 NYKYPALVELUJEN JA PALVELUJEN PUUTTEIDEN JA LISÄTARPEIDEN JAKALMA

8

KUNTA=284 KOSKI T

		PUUTTEET															
		monel-	vää-	lako	rällä	koti-	tuki-	työ-	lyhyt	erit.	ope-	ipäivä-	tal.	imäärä	ei	lasun-	muu
		punt-	isijoi-	käynt	koti-	henk.	tukih	toim.	kerho-	aikais-	päivä-	paik-	hoito-	avun	ei	lasun-	muu
		iteita	tusp.	puute	käynt	käynt	käynt	paik.	paik.	hoitop	kotip	ka	paik.	puute	imäärä	tied.	to
		asukk-															
		kaita	lkm	lkm	lkm	/vko	lkm	/vko	lkm	lkm	lkm	lkm	lkm	lkm	/vko	lkm	lkm
SIJOITU-	IKÄLUOKAT																
SPAIKKA	YHTEENSÄ	31	21	21	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1
KOTI	25-64	31	21	21	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1
KOTI2	IKÄLUOKAT																
	YHTEENSÄ	21	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1
	25-64	21	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1
SAS	IKÄLUOKAT																
	YHTEENSÄ	11	11	11	.1	.1	11	1.01	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1
	25-64	11	11	11	.1	.1	11	1.01	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1
KLA	IKÄLUOKAT																
	YHTEENSÄ	41	21	21	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	11	.1	.1	.1	.1
	0-14	11	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1
	15-24	11	11	11	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1
	25-64	21	11	11	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	11	.1	.1	.1	.1
YHTEENSÄ	IKÄLUOKAT																
	YHTEENSÄ	101	51	51	.1	.1	11	1.01	.1	.1	.1	.1	11	.1	.1	.1	.1
	0-14	11	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1
	15-24	11	11	11	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1
	25-64	81	41	41	.1	.1	11	1.01	.1	.1	.1	.1	11	.1	.1	.1	.1

KEHITYSVAMMAKORTITUS
 NYKYPALVELUJEN JA PALVELUJEN PUUTTEIDEN JA LISÄTARPEIDEN JAKUMA

10

KUNTA=285 KOTKA

PALVELUJEN PUUTTEET / LISÄTARPEET	PUUTTEET																		
	monel- lako	vää- rällä	! koti-	! tuki-	! työ-	! lyhyt	! erit-	! tus-	! päivä-	! tal-	! määrä-	! ei	! lasun-	! muu	! to	! puite-	! to		
asuk- kaita	lkm	lkm	lkm	/vko	lkm	/vko	lkm	lkm	lkm	lkm	lkm	lkm	lkm	/vko	lkm	lkm	lkm		
SIJOITU- SPAIKKA KOTI	IKÄLUOKAT																		
	YHTEENSÄ	49	25	24	.1	.1	.1	.1	2	1	.1	.1	.1	.1	1	1	.1	2	2
	0-14	9	3	2	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	1	1	.1	.1	.1
	15-24	11	6	6	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	1
	25-64	29	16	16	.1	.1	.1	.1	2	1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	2	1
PERIE	IKÄLUOKAT																		
	YHTEENSÄ	7	2	2	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1
	15-24	2	2	2	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1
	25-64	4	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1
	yli 65	1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1
HAS	IKÄLUOKAT																		
	YHTEENSÄ	4	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1
	15-24	1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1
	25-64	3	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1
HAS	IKÄLUOKAT																		
	YHTEENSÄ	9	1	1	.1	.1	.1	.1	1	1	.1	.1	.1	.1	2	.1	.1	.1	.1
	0-14	2	1	1	.1	.1	.1	.1	.1	1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1
	15-24	1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	1	.1	.1	.1	.1
	25-64	5	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	1	.1	.1	.1	.1
	yli 65	1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1
MLA	IKÄLUOKAT																		
	YHTEENSÄ	3	2	2	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1
	0-14	2	1	1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1
	15-24	1	1	1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1
KLA	IKÄLUOKAT																		
	YHTEENSÄ	28	7	7	.1	.1	.1	.1	1	1	.1	.1	.1	.1	1	.1	.1	.1	.1
	0-14	2	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1
	15-24	3	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1
	25-64	22	7	7	.1	.1	.1	.1	1	1	.1	.1	.1	.1	1	.1	.1	.1	.1
	yli 65	1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1
YHTEENSÄ	IKÄLUOKAT																		
	YHTEENSÄ	100	37	36	.1	.1	.1	.1	3	3	.1	.1	.1	.1	3	1	1	1	2
	0-14	15	5	4	.1	.1	.1	.1	.1	1	.1	.1	.1	.1	1	1	.1	.1	.1
	15-24	19	9	9	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	1	.1	.1	.1	1
	25-64	63	23	23	.1	.1	.1	.1	3	2	.1	.1	.1	.1	2	.1	.1	.1	2
	yli 65	3	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1

KEHITYSVAMMAKARTOITUS
NYKYPALVELUJEN JA PALVELUJEN PUUTTEIDEN JA LISÄTARPEIDEN JAKAUMA

KUNTA=853 TURKU

PALVELUJEN SAAJAT		NYKYPALVELUT															
PALVELUTTAIN																	
		koti-	tuki-	työ-	lyhyt	erit.	päivä-	saa	määrä	saa						määrä	saa
		käynt.	henk.	työ-	lyhyt	erit.	päivä-	saa	määrä	saa						määrä	saa
		pii-	koti-	käynt.	tukih.	toim.	kerho-	aikaispäivä-	lopetus	hoito-	taloud	määrä	ei	muuta			
		riissä	käynt.	saa	käynt.	paikka	paikka	hoitop	kotip.	paikka	paikka	apua	keskim	tied.	palv.		
asukk-																	
aita		lkm	/vko	lkm	/vko	lkm	lkm	lkm	lkm	lkm	lkm	lkm	/vko	lkm	lkm		
SIJOITU-	IKÄLUOKAT																
SPAIKKA	YHTEENSÄ	59	30	0.1		28	16	23	11	11	6					43	
KOTI	0-14	22	18	0.2		1	5	12	11	7	3					12	
	15-24	15	9	0.0		8	3	9		4	2					14	
	25-64	22	3	0.1		19	8	2			1					17	
KOTI2	IKÄLUOKAT																
	YHTEENSÄ	9	1	0.3		7	2									8	
	25-64	9	1	0.3		7	2									8	
IAS	IKÄLUOKAT																
	YHTEENSÄ	27	1	0.0		24	12	2								13	
	15-24	3				2										2	
	25-64	24	1	0.0		22	12	2								11	
IHAS	IKÄLUOKAT																
	YHTEENSÄ	9				7	4									8	
	0-14	1				1	1									1	
	25-64	8				6	3									7	
IMLA	IKÄLUOKAT																
	YHTEENSÄ	10				1				4	1						
	0-14	5								4	1						
	25-64	5				1											
IKLA	IKÄLUOKAT																
	YHTEENSÄ	36				5	14	1		2						4	
	0-14	1								1							
	15-24	4					1			1							
	25-64	31				5	13	1								4	
YHTEENSÄ	IKÄLUOKAT																
	YHTEENSÄ	150	32	0.1		72	48	26	1	17	7					76	
	0-14	29	18	0.2		2	6	12	1	12	4					13	
	15-24	22	9	0.0		10	4	9		5	2					16	
	25-64	99	5	0.1		60	38	5			1					47	

KEHITYSVAMMAKARTOITUS
 NYKYPALVELUJEN JA PALVELUJEN PUUTTEIDEN JA LISÄTARPEIDEN JAKAUMA

KUNTA=853 TURKU

PALVELUJEN PUUTTEET / LISÄTARPEET	P U U T T E E T																	
	asuk- kanta	lkm	lkm	lkm	/vko	lkm	/vko	lkm	lkm	lkm	lkm	lkm	lkm	/vko	lkm	lkm	lkm	
SIJOITU- SPAIKKA	IKÄLUOKAT																	
YHTEENSÄ	0-14	59	33	28		2	1.0	3	10	12		3	11				22	
KOTTI	15-24	22	11						2	3		1	1				11	
	25-64	15	11	8		2	1.0	2	3	2		2					6	
KOTTI2	IKÄLUOKAT																	
YHTEENSÄ	0-14	9	1					1	1									
	25-64	9	1					1	1									1
HAS	IKÄLUOKAT																	
YHTEENSÄ	0-14	27	9	2		7	0.4						1	1				1
	15-24	3																
	25-64	24	9	2		7	0.4						1	1				1
HAS	IKÄLUOKAT																	
YHTEENSÄ	0-14	9																
	15-24	1																
	25-64	8																
MLA	IKÄLUOKAT																	
YHTEENSÄ	0-14	10	7	6				2	10									3
	15-24	5	4	4					5									2
	25-64	5	3	2				2	5									1
KLA	IKÄLUOKAT																	
YHTEENSÄ	0-14	36	20	15				1	8									8
	15-24	1	1	1														
	25-64	4	2	2				1	2									1
YHTEENSÄ	0-14	31	17	12					6									7
YHTEENSÄ	IKÄLUOKAT																	
YHTEENSÄ	0-14	150	70	51		9	0.5	7	29	12		3	1	1	1		35	
	15-24	29	6	5					7	3		1	1					3
	25-64	22	13	10		2	1.0	3	5	2		2					7	
	25-64	99	51	36		7	0.4	4	17	7			1	1			25	

KEHITYSVAMMAKARTOITUS
 NYKYPALVELUJEN JA PALVELUJEN PUUTTEIDEN JA LISÄTARPEIDEN JAKALMA
 KUNNAT YHTEENSÄ

PALVELUJEN SAAJAT	NYKYPALVELUT															
	PALVELUITTAIN															
	koti-	tuki-														
	käynt.	henk.	työ-	lyhyt	erit.	päivä-	saa	määrä	saa							
	pii-	koti-	käynt.	tukih.	toim.	kerho-	aikaispäivä-	opetus	hoito-	taloud	määrä	ei	muuta			
	rissä	käynt.	saa	käynt.	paikka	paikka	hoitop	kotip.	paikka	paikka	apua	keskim	tied.	palv.		
	asukk-															
	aita	lkm	/vko	lkm	/vko	lkm	lkm	lkm	lkm	lkm	lkm	lkm	/vko	lkm	lkm	
SIJOITU-	IKÄLUOKAT															
SPAIKKA	YHTEENSÄ	188	61	0.5	6	1.2	105	46	63	8	33	19	31	1	25	92
KOTI	0-14	43	27	0.3	.	.	2	10	22	6	18	6	10	1	7	28
	15-24	35	16	0.5	.	.	19	8	19	2	12	6	7	.	7	21
	25-64	109	17	0.6	6	1.2	84	28	21	.	3	7	13	1	11	42
	yli 65	1	1	1.0	.	.	.	.	1	.	.	.	1	1	.	1
KOTI2	IKÄLUOKAT															
	YHTEENSÄ	18	3	0.2	.	.	14	2	.	.	.	.	.	.	.	9
	15-24	18	3	0.2	.	.	14	2	.	.	.	.	.	.	.	9
PERHE	IKÄLUOKAT															
	YHTEENSÄ	9	4	0.1	1	1.0	4	.	3	.	.	1	.	.	.	6
	15-24	2	.	.	.	.	.	.	1	.	.	1	.	.	.	1
	25-64	5	3	0.1	1	1.0	3	.	1	.	.	.	.	.	.	3
	yli 65	2	1	0.1	.	.	1	.	1	.	.	.	.	.	.	2
PT	IKÄLUOKAT															
	YHTEENSÄ	4	3	41.0	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	4
	25-64	1	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	1
	yli 65	3	3	41.0	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	3
AS	IKÄLUOKAT															
	YHTEENSÄ	42	1	0.0	.	.	39	13	2	.	.	.	.	.	.	17
	15-24	4	.	.	.	.	3	.	.	.	.	.	.	.	.	3
	25-64	38	1	0.0	.	.	36	13	2	.	.	.	.	.	.	14
HAS	IKÄLUOKAT															
	YHTEENSÄ	20	.	.	.	.	10	8	.	.	2	.	.	.	.	9
	0-14	3	.	.	.	.	1	1	.	.	2	.	.	.	.	1
	15-24	1	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.
	25-64	15	.	.	.	.	9	6	.	.	.	.	.	.	.	8
	yli 65	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
MLA	IKÄLUOKAT															
	YHTEENSÄ	16	.	.	.	.	2	.	.	.	6	1	.	.	.	.
	0-14	7	.	.	.	.	.	.	.	.	4	1	.	.	.	.
	15-24	1	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.
	25-64	8	.	.	.	.	2	.	.	.	1	.	.	.	.	.
KLA	IKÄLUOKAT															
	YHTEENSÄ	105	.	.	.	.	15	20	2	.	9	.	.	.	.	12
	0-14	7	.	.	.	.	.	.	.	.	5	.	.	.	.	1
	15-24	13	.	.	.	.	1	1	.	.	4	.	.	.	.	2
	25-64	80	.	.	.	.	14	19	2	.	.	.	.	.	.	9
	yli 65	5	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
YHTEENSÄ	IKÄLUOKAT															
	YHTEENSÄ	402	72	2.1	7	1.1	190	89	70	8	50	21	31	1	25	149
	0-14	60	27	0.3	.	.	3	11	22	6	29	7	10	1	7	30
	15-24	56	16	0.5	.	.	23	10	20	2	17	7	7	.	7	27
	25-64	274	24	0.5	7	1.1	163	68	26	.	4	7	13	1	11	86
	yli 65	12	5	24.8	.	.	1	.	2	.	.	.	1	1	.	6

KEHITYSVAMMAKARTOITUS
 NYKYPALVELUJEN JA PALVELUJEN PUUTTEIDEN JA LISÄTARPEIDEN JAKAUMA

KUNTA=164 JALASJÄRVI

PALVELUJEN SAAJAT PALVELUITTAIN	NYKYPALVELUT																							
	koti-	tuki-	työ-	lyhyt	erit.	päivä-	saa	määrä	saa	pii-	koti-	käynt.	tukih.	toim.	kerho-	aikais	päivä-	opetus	hoito-	taloud	määrä	ei	muita	
	rissä	käynt.	saa	käynt.	paikka	paikka	hoitop	kotip.	paikka	paikka	apua	keskim	tied.	palv.										
	asukk-	aita	lkm	/vko	lkm	/vko	lkm	lkm	lkm	lkm	lkm	lkm	lkm	/vko	lkm	lkm	lkm	lkm	lkm	lkm	lkm	lkm	lkm	lkm
SIJOITU-	IKÄLUOKAT	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
SPAIKKA	YHTEENSÄ	191	31	0.51	161	1.51	91	71	41	31	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21
KOTI	0-14	21	11	0.31	11	1.01	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11
	15-24	21	11	11	11	2.01	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11
	25-64	151	21	0.61	141	1.41	81	61	31	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21
KOTI2	IKÄLUOKAT	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	YHTEENSÄ	71	71	4.01	11	11	21	61	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	51
	25-64	71	71	4.01	11	11	21	61	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	51
SAS	IKÄLUOKAT	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	YHTEENSÄ	51	11	11	11	11	51	51	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	21
	25-64	51	11	11	11	11	51	51	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	21
YHTEENSÄ	IKÄLUOKAT	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	YHTEENSÄ	311	101	3.01	161	1.51	161	181	51	31	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	141
	0-14	21	11	0.31	11	1.01	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11
	15-24	21	11	11	11	2.01	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11
	25-64	271	91	3.31	141	1.41	151	171	41	31	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	131

KEHITYSVAMMAKARTOITUS
 NYKYPALVELUJEN JA PALVELUJEN PUUTTEIDEN JA LISÄTARPEIDEN JAKAUMA

KUNTA=164 JALASJÄRVI

PALVELUJEN PUUTTEET / LISÄTARPEET	PUUTTEET																		
	monel-	vää-	lako	rällä	koti-	tuki-	työ-	lyhyt	erit.	tus-	päivä-	tal.	määrä	ei	lasun-	muu			
	puut-	isjoi-	käynt	koti-	henk.	tukih	toim.	kerho-	aikais	päivä-	paik-	hoito-	avun	ei	lasun-	muu			
	teita	tusp.	puute	käynt	käynt	käynt	paik.	paik.	hoitop	kotip	ka	paik.	puute	määrä	tied.	to	puute		
asukk-	kaita	lkm	lkm	lkm	/vko	lkm	/vko	lkm	lkm	lkm	lkm	lkm	lkm	/vko	lkm	lkm	lkm	lkm	
SIJOITU-	IKÄLUOKAT	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
SPAIKKA	YHTEENSÄ	191	71	11	21	0.71	41	1.61	11	11	51	11	51	11	11	11	11	11	21
KOTI	0-14	21	11	11	11	0.31	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11
	15-24	21	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11
	25-64	151	61	11	11	1.01	41	1.61	11	11	41	11	41	11	11	11	11	11	21
KOTI2	IKÄLUOKAT	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	YHTEENSÄ	71	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11
	25-64	71	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11
SAS	IKÄLUOKAT	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	YHTEENSÄ	51	31	21	11	11	31	1.01	11	11	11	11	51	11	11	11	11	11	11
	25-64	51	31	21	11	11	31	1.01	11	11	11	11	51	11	11	11	11	11	11
YHTEENSÄ	IKÄLUOKAT	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	YHTEENSÄ	311	111	41	21	0.71	71	1.41	11	11	51	11	101	11	11	11	11	11	31
	0-14	21	11	11	11	0.31	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11
	15-24	21	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11
	25-64	271	101	41	11	1.01	71	1.41	11	11	41	11	91	11	11	11	11	11	31

KUNTA=853 TURKU

SIJOITUSPAIKKA	PALVELUT															
	koti-ikäynt.	tuki-henk.	työ-	lyhyt	erit.	päivä-saa	lääkäri-	sa-	lääkäri-	erit.	hoito-	taloud-	lääkäri-	erit.	sa-	lääkäri-
	lkm	/vko	lkm	/vko	lkm	lkm	lkm	lkm	lkm	lkm	lkm	lkm	/vko	lkm	lkm	lkm
IKOTI1	IKÄLUOKAT															
	YHTEENSÄ	31	24	0.1	11	1.0	7	11	21	11	11	5	.1	.1	.1	.1
	0-14	22	18	0.2	.1	.1	1	7	15	1	8	4	.1	.1	.1	.1
	15-24	7	5	0.0	1	1.0	4	2	4	.1	3	1	.1	.1	.1	.1
	25-64	2	1	0.0	.1	.1	2	2	2	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1
IKOTI2	IKÄLUOKAT															
	YHTEENSÄ	12	2	0.2	1	1.0	10	4	1	.1	1	.1	.1	.1	.1	.1
	0-14	1	1	0.0	1	1.0	1	.1	1	.1	1	.1	.1	.1	.1	.1
	15-24	1	1	0.3	.1	.1	9	4	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1
IPERHE	IKÄLUOKAT															
	YHTEENSÄ	4	.1	.1	.1	.1	4	.1	.1	3	1	.1	.1	.1	.1	.1
	0-14	4	.1	.1	.1	.1	4	.1	.1	3	1	.1	.1	.1	.1	.1
IAS	IKÄLUOKAT															
	YHTEENSÄ	35	3	0.0	6	0.4	31	15	5	.1	1	.1	1	.1	1	.1
	0-14	6	2	0.0	.1	.1	4	1	2	.1	1	.1	.1	.1	.1	.1
	15-24	29	1	0.0	6	0.4	27	14	3	.1	.1	.1	1	.1	1	.1
IHAS	IKÄLUOKAT															
	YHTEENSÄ	30	3	0.1	.1	.1	23	19	11	.1	2	2	.1	.1	.1	.1
	0-14	1	.1	.1	.1	.1	1	1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1
	15-24	5	1	0.0	.1	.1	3	4	4	.1	2	1	.1	.1	.1	.1
	25-64	24	2	0.1	.1	.1	19	14	7	.1	.1	1	.1	.1	.1	.1
IMLA	IKÄLUOKAT															
	YHTEENSÄ	5	.1	.1	.1	.1	1	5	.1	.1	1	.1	.1	.1	.1	.1
	0-14	1	.1	.1	.1	.1	1	.1	.1	1	.1	.1	.1	.1	.1	.1
	15-24	4	.1	.1	.1	.1	1	4	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1
IKLA	IKÄLUOKAT															
	YHTEENSÄ	21	.1	.1	.1	.1	5	13	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1
	0-14	2	.1	.1	.1	.1	1	1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1
	15-24	19	.1	.1	.1	.1	4	12	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1
YHTEENSÄ	IKÄLUOKAT															
	YHTEENSÄ	138	32	0.1	8	0.5	77	71	38	1	19	8	1	.1	1	.1
	0-14	28	18	0.2	.1	.1	2	13	15	1	12	5	.1	.1	.1	.1
	15-24	21	9	0.0	2	1.0	13	8	11	.1	7	2	.1	.1	.1	.1
	25-64	89	5	0.1	6	0.4	62	50	12	.1	.1	1	1	.1	1	.1

KEHITYSVAMMAKARTOITUS
PALVELUJEN TAVOITETILAMALLI
KUNNAT YHTEENSÄ

SIJOTUSPAIKKA		PALVELUT															
		koti- käynt.	tuki- henk.	tukih. käynt.	työ- toim.	lyhyt- kerho-	erit. aikais-	päivä- päivä-	saa opetus	saa hoito-	määrä taloud-	ei keskim-	saa tied.	saa palv.			
asukk-		lkm	/vko	lkm	/vko	lkm	lkm	lkm	lkm	lkm	lkm	lkm	/vko	lkm	lkm	lkm	
KOTI	IKÄLUOKAT																
	YHTEENSÄ	90	41	0.5	6	1.2	37	30	37	7	29	8	19	1039	19	1	47
	0-14	43	26	0.3			2	13	24	6	19	7	9	813	9		26
	15-24	16	8	0.9	1	1.0	9	5	7	1	7	1	3	1510	3		9
	25-64	31	7	0.6	5	1.2	26	12	6		3		7	1097	7	1	12
KOTI2	IKÄLUOKAT																
	YHTEENSÄ	26	3	0.2	2	1.0	22	4	1		1						12
	15-24	1	1	0.0	1	1.0	1		1		1						1
	25-64	25	2	0.3	1	1.0	21	4									11
PERHE	IKÄLUOKAT																
	YHTEENSÄ	14	4	0.1	1	1.0	5	4	2		4	1					8
	0-14	5						4			3	1					2
	15-24	2					1				1						1
	25-64	5	3	0.1	1	1.0	3		1								3
	yli 65	2	1	0.1			1		1								2
PT	IKÄLUOKAT																
	YHTEENSÄ	7	4	30.8			4		1		2		1	7500	1		4
	25-64	4	1	0.0			4		1		2		1	7500	1		1
	yli 65	3	3	41.0													3
IAS	IKÄLUOKAT																
	YHTEENSÄ	92	6	0.2	7	0.5	79	29	14		2	2	4	733	4	1	41
	15-24	14	2	0.0			8	2	3		2	2	1	1000	1		7
	25-64	77	4	0.3	7	0.5	71	27	11				3	600	3	1	34
	yli 65	1															
HAS	IKÄLUOKAT																
	YHTEENSÄ	80	13	0.5			46	32	26	2	8	15	7	1357	7		39
	0-14	4	1	1.0			1	2	1		3	1	2	1250	2		3
	15-24	12	5	0.3			7	7	9	1	5	3	2	1750	2		8
	25-64	63	7	0.6			38	23	16			11	3	1167	3		28
	yli 65	1															
MLA	IKÄLUOKAT																
	YHTEENSÄ	9	1	1.0			2	5	1		1		1	1	1		3
	0-14	2						1			1						
	25-64	6					2	4									2
	yli 65	1	1	1.0					1				1	1	1		1
KLA	IKÄLUOKAT																
	YHTEENSÄ	69					7	18	3		6	4	1	2000	1		15
	0-14	5						1			3						1
	15-24	10					1	1	2		3	2	1	2000	1		2
	25-64	50					6	16	1			2					12
	yli 65	4															
YHTEENSÄ	IKÄLUOKAT																
	YHTEENSÄ	387	72	2.1	16	0.8	202	122	85	9	53	30	33	1287	33	2	169
	0-14	59	27	0.3			3	21	25	7	29	9	11	900	11		32
	15-24	55	16	0.5	2	1.0	27	15	22	2	19	8	7	1576	7		28
	25-64	261	24	0.5	14	0.8	171	86	36		5	13	14	1529	14	2	103
	yli 65	12	5	24.8			1		2				1	1	1		6

KEHITYSVAMMAKARTOITUS
PALVELUJEN TAVOITETILAMALLI

1

KUNTA=108 HÄMEENKYRÖ

SIJOITUSPAIKKA	PALVELUT															
	koti-	tuki-	työ-	lyhyt	erit.	päivä-	saa	lääkäri	saat.	lääkäri	saat.	lääkäri	saat.	lääkäri	saat.	lääkäri
	ikänt.	henk.	tukih.	toim.	kerho-	laikais	päivä-	lopetus	hoito-	taloudl	määrä	ei	lääkäri	saat.	lääkäri	saat.
asukk-	riissä	ikänt.	saat	ikänt.	paikka	paikka	hoitop	kotip.	paikka	paikka	apua	keskim	tied.	asunto	palv.	
aita	lkm	/vko	lkm	/vko	lkm	lkm	lkm	lkm	lkm	lkm	lkm	lkm	/vko	lkm	lkm	lkm
KOTI	IKÄLUOKAT															
	YHTEENSÄ	91	.1	.1	.1	.1	91	11	71	.1	.1	.1	21	11	21	21
	15-24	11	.1	.1	.1	.1	11	11	11	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1
	25-64	81	.1	.1	.1	.1	81	.1	61	.1	.1	.1	21	11	21	21
SAS	IKÄLUOKAT															
	YHTEENSÄ	71	.1	.1	.1	.1	71	.1	71	.1	.1	.1	51	11	51	21
	25-64	71	.1	.1	.1	.1	71	.1	71	.1	.1	.1	51	11	51	21
HAS	IKÄLUOKAT															
	YHTEENSÄ	11	.1	.1	.1	.1	11	.1	11	.1	.1	.1	11	11	11	.1
	25-64	11	.1	.1	.1	.1	11	.1	11	.1	.1	.1	11	11	11	.1
YHTEENSÄ	IKÄLUOKAT															
	YHTEENSÄ	171	.1	.1	.1	.1	171	11	151	.1	.1	.1	81	11	81	41
	15-24	11	.1	.1	.1	.1	11	11	11	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1
	25-64	161	.1	.1	.1	.1	161	.1	141	.1	.1	.1	81	11	81	41

KEHITYSVAMMAKARTOITUS
PALVELUJEN TAVOITETILAMALLI

2

KUNTA=164 JALASJÄRVI

SIJOITUSPAIKKA	PALVELUT																
	koti-	tuki-	työ-	lyhyt	erit.	päivä-	saa	lääkäri	saat.	lääkäri	saat.	lääkäri	saat.	lääkäri	saat.	lääkäri	
	ikänt.	henk.	tukih.	toim.	kerho-	laikais	päivä-	lopetus	hoito-	taloudl	määrä	ei	lääkäri	saat.	lääkäri	saat.	
asukk-	riissä	ikänt.	saat	ikänt.	paikka	paikka	hoitop	kotip.	paikka	paikka	apua	keskim	tied.	asunto	palv.		
aita	lkm	/vko	lkm	/vko	lkm	lkm	lkm	lkm	lkm	lkm	lkm	lkm	/vko	lkm	lkm	lkm	
KOTI	IKÄLUOKAT																
	YHTEENSÄ	191	51	0.61	171	1.81	111	81	81	.1	81	.1	71	16001	71	11	71
	0-14	21	21	0.31	11	1.01	.1	.1	11	.1	21	.1	.1	.1	.1	.1	.1
	15-24	21	.1	.1	11	2.01	11	11	11	.1	11	.1	11	15001	11	.1	11
	25-64	151	31	0.81	151	1.91	101	71	61	.1	51	.1	61	16171	61	11	61
KOTI2	IKÄLUOKAT																
	YHTEENSÄ	61	61	4.01	.1	.1	21	61	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	51
	25-64	61	61	4.01	.1	.1	21	61	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	51
SAS	IKÄLUOKAT																
	YHTEENSÄ	41	.1	.1	11	1.01	31	41	11	.1	31	.1	.1	.1	.1	.1	21
	25-64	41	.1	.1	11	1.01	31	41	11	.1	31	.1	.1	.1	.1	.1	21
HAS	IKÄLUOKAT																
	YHTEENSÄ	11	.1	.1	11	1.01	11	11	11	.1	11	.1	.1	.1	.1	.1	.1
	25-64	11	.1	.1	11	1.01	11	11	11	.1	11	.1	.1	.1	.1	.1	.1
IMLA	IKÄLUOKAT																
	YHTEENSÄ	11	11	4.01	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	11
	25-64	11	11	4.01	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	11
YHTEENSÄ	IKÄLUOKAT																
	YHTEENSÄ	311	121	2.61	191	1.71	171	191	101	.1	121	.1	71	16001	71	11	151
	0-14	21	21	0.31	11	1.01	.1	.1	11	.1	21	.1	.1	.1	.1	.1	.1
	15-24	21	.1	.1	11	2.01	11	11	11	.1	11	.1	11	15001	11	.1	11
	25-64	271	101	3.01	171	1.81	161	181	81	.1	91	.1	61	16171	61	11	141

Liite 23 (1/5)

KEHITYSVAMMAKARTOITUS: SIJOITUSPAIKKAJAKALMA

1

KUNTA=108 HÄMEENKYRÖ

!TARKOITUKSENLUK.	! NYKYINEN			
	! KOTI	! PERHE	! KLA	! YHT.
!SIJOITUSPAIKKA	!	!	!	!
!	!	!	!	!
!KOTI	!	7!	!	2!
!PERHE	!	!	2!	1!
!AS	!	1!	!	1!
!HAS	!	1!	!	!
!MLA	!	1!	!	!
!KLA	!	!	!	8!
!YHT.	!	10!	2!	12!

KEHITYSVAMMAKARTOITUS: SIJOITTUMINEN ERI HOITOMUODOILLE

1

KUNTA=108 HÄMEENKYRÖ

!	!ALHOITO!	!TARKMUK	!YLIHOITO!	! YHT	! sij.-%
!SIJOITUSPAIKKA	!	!	!	!	!
!KOTI	!	3!	7!	!	10!
!PERHE	!	!	2!	!	2!
!KLA	!	!	8!	4!	12!
!YHTEENSÄ	!	3!	17!	4!	24!

KEHITYSVAMMAKARTOITUS: SIJOITUSPAIKKAJAKALMA

2

KUNTA=164 JALASJÄRVI

!TARKOITUKSENLUK.	! NYKYINEN SIJOITUSPAIKKA				
	! KOTI	! AS	! HAS	! KLA	! YHT.
!SIJOITUSPAIKKA	!	!	!	!	!
!	!	!	!	!	!
!KOTI	!	8!	!	!	!
!KOTI2	!	3!	1!	!	!
!PERHE	!	!	!	!	!
!AS	!	9!	4!	!	!
!HAS	!	6!	!	!	!
!KLA	!	!	!	!	!
!YHT.	!	26!	5!	!	!

KEHITYSVAMMAKARTOITUS: SIJOITTUMINEN ERI HOITOMUODOILLE

2

KUNTA=164 JALASJÄRVI

!	!ALHOITO!	!TARKMUK	!YLIHOITO!	! YHT	! sij.-%
!SIJOITUSPAIKKA	!	!	!	!	!
!KOTI	!	18!	8!	!	26!
!AS	!	!	4!	!	5!
!HAS	!	!	1!	!	!
!KLA	!	!	5!	4!	9!
!YHTEENSÄ	!	18!	18!	5!	41!

KEHITYSVAMMAKARTOITUS: SIJOITUSPAIKKAJAKALMA

KUNTA=223 KARJALOHJA

TARKOITUKSENLUOKKA	NYKYINEN				YHT.
	KOTI	PT	MLA	YHT.	
KOTI	2	0	0	2	2
PT	1	4	1	6	6
MLA	0	0	1	1	1
YHT.	3	4	2	9	9

KEHITYSVAMMAKARTOITUS: SIJOITTUMINEN ERI HOITOMUODOILLE

3

KUNTA=223 KARJALOHJA

SIJOITUSPAIKKA	ALIHUOTO/TARKKUK		YLIHUOTO		YHT.	sij.-%
	KOTI	PT	MLA	YHT.		
KOTI	1	1	2	0	3	66.7
PT	0	4	0	0	4	100.0
MLA	0	0	1	1	2	50.0
YHTEENSÄ	1	5	3	1	9	72.2

KEHITYSVAMMAKARTOITUS: SIJOITUSPAIKKAJAKALMA

4

KUNTA=284 KOSKI T

TARKOITUKSENLUOKKA	NYKYINEN SIJOITUSPAIKKA				YHT.
	KOTI	KOTI2	AS	KLA	
KOTI	1	1	0	0	2
KOTI2	0	2	1	0	3
AS	0	0	1	1	2
HAS	1	1	0	1	3
KLA	0	0	0	2	2
YHT.	2	4	1	4	11

KEHITYSVAMMAKARTOITUS: SIJOITTUMINEN ERI HOITOMUODOILLE

4

KUNTA=284 KOSKI T

SIJOITUSPAIKKA	ALIHUOTO/TARKKUK		YLIHUOTO		YHT.	sij.-%
	KOTI	KOTI2	AS	KLA		
KOTI	1	1	2	0	4	66.7
KOTI2	0	2	0	0	2	100.0
AS	0	0	1	1	2	50.0
KLA	0	0	2	2	4	50.0
YHTEENSÄ	1	3	3	3	10	72.2

KEHITYSVAMMAKARTOITUS: SIJOITUSPAIKKAJAKALMA

KUNTA=285 KOTKA

!TARKOITUKSENLUK. !SIJOITUSPAIKKA	NYKYINEN SIJOITUSPAIKKA							! YHT. !
	! KOTI !	!PERHE !	! AS !	! HAS !	! MLA !	! KLA !	! YHT. !	
!KOTI	25!	..!	..!	..!	..!	..!	25!	
!PERHE	..!	5!	..!	..!	1!	..!	6!	
!AS	12!	1!	4!	..!	1!	1!	19!	
!HAS	10!	..!	..!	8!	..!	5!	23!	
!MLA	..!	..!	..!	..!	1!	..!	1!	
!KLA	2!	1!	..!	1!	..!	21!	25!	
!YHT.	49!	7!	4!	9!	3!	27!	99!	

KEHITYSVAMMAKARTOITUS: SIJOITTUMINEN ERI HOITOMUODOILLE

KUNTA=285 KOTKA

!SIJOITUSPAIKKA	!ALIHOITO!	!TARKMUK!	!YLIHOITO!	! YHT. !	! sij.-% !
!KOTI	24!	25!	..!	49!	51.0!
!PERHE	2!	5!	..!	7!	71.4!
!AS	..!	4!	..!	4!	100.0!
!HAS	1!	8!	..!	9!	88.9!
!MLA	..!	1!	2!	3!	33.3!
!KLA	..!	22!	6!	28!	78.6!
!YHTEENSÄ	27!	65!	8!	100!	70.5!

KEHITYSVAMMAKARTOITUS: SIJOITUSPAIKKAJAKALMA

KUNTA=423 LIETO

!TARKOITUKSENLUK. !SIJOITUSPAIKKA	NYKYINEN SIJOITUSPAIKKA						! YHT. !
	! KOTI !	!KOTI2 !	! AS !	! HAS !	! KLA !	! YHT. !	
!KOTI	9!	..!	..!	..!	..!	9!	
!KOTI2	1!	5!	..!	..!	..!	6!	
!PT	..!	1!	..!	..!	..!	1!	
!AS	7!	..!	3!	..!	2!	12!	
!HAS	7!	..!	..!	1!	3!	11!	
!MLA	..!	..!	..!	..!	1!	1!	
!KLA	..!	..!	..!	..!	6!	6!	
!YHT.	24!	6!	3!	1!	12!	46!	

KEHITYSVAMMAKARTOITUS: SIJOITTUMINEN ERI HOITOMUODOILLE

KUNTA=423 LIETO

!SIJOITUSPAIKKA	!ALIHOITO!	!TARKMUK!	!YLIHOITO!	! YHT. !	! sij.-% !
!KOTI	15!	10!	..!	25!	40.0!
!KOTI2	1!	5!	..!	6!	83.3!
!AS	..!	3!	..!	3!	100.0!
!HAS	..!	1!	..!	1!	100.0!
!KLA	..!	6!	6!	12!	50.0!
!YHTEENSÄ	16!	25!	6!	47!	74.7!

KEHITYSVAMMAKARTOITUS: SIJOITUSPAIKKAJAKALMA

KUNTA=480 MARITILA

TARKOITUKSENLUK. SIJOITUSPAIKKA	NYKYINEN SIJOITUSPAIKKA					
	KOTI	KOTI2	AS	MLA	KLA	YHT.
KOTI	31	.1	.1	.1	.1	31
KOTI2	.1	11	.1	.1	.1	11
AS	31	.1	11	.1	11	51
IHAS	11	.1	.1	.1	11	21
KLA	.1	.1	.1	11	11	21
YHT.	71	11	11	11	31	131

7

KEHITYSVAMMAKARTOITUS: SIJOITTUMINEN ERI HOITOMUODOILLE

KUNTA=480 MARITILA

SIJOITUSPAIKKA	ALIHUOTO	TARKKUK	YLIHUOTO	YHT	sij.-%	
KOTI	41	31	.1	71	42.91	
KOTI2	.1	11	.1	11	100.01	
AS	.1	11	.1	11	100.01	
MLA	11	.1	.1	11	.1	
KLA	.1	11	21	31	33.31	
YHTEENSÄ	51	61	21	131	69.01	

8

KEHITYSVAMMAKARTOITUS: SIJOITUSPAIKKAJAKALMA

KUNTA=838 TARVASJOKI

TARKOITUKSENLUK. SIJOITUSPAIKKA	NYKYINEN SIJOITUSPAIKKA			
	KOTI	AS	KLA	YHT.
KOTI	21	.1	.1	21
AS	31	11	.1	41
IHAS	11	.1	11	21
YHT.	61	11	11	81

8

KEHITYSVAMMAKARTOITUS: SIJOITTUMINEN ERI HOITOMUODOILLE

KUNTA=838 TARVASJOKI

SIJOITUSPAIKKA	ALIHUOTO	TARKKUK	YLIHUOTO	YHT	sij.-%	
KOTI	41	21	.1	61	33.31	
AS	.1	11	.1	11	100.01	
KLA	.1	.1	11	11	.1	
YHTEENSÄ	41	31	11	81	66.71	

KEHITYSVAMMAKARTOITUS: SIJOITUSPAIKKAJAKALMA

KUNTA=853 TURKU

!TARKOITUKSENLUK. !SIJOITUSPAIKKA	NYKYINEN SIJOITUSPAIKKA						! YHT. !
	! KOTI !	! KOTI2 !	! AS !	! HAS !	! MLA !	! KLA !	
!KOTI	31	9	25	9	10	25	31
!KOTI2	3	9	1	1	1	1	12
!PERHE	1	1	1	1	4	1	4
!AS	10	1	25	1	1	1	35
!HAS	15	1	1	9	2	3	30
!MLA	1	1	1	1	4	1	5
!KLA	1	1	1	1	1	21	21
!YHT.	59	9	26	9	10	25	138

KEHITYSVAMMAKARTOITUS: SIJOITTUMINEN ERI HOITOMUODOILLE

KUNTA=853 TURKU

!SIJOITUSPAIKKA	!ALIHOITO!	!TARKKUK!	!YLIHOITO!	! YHT !	! sij.-% !
!KOTI	28	31	1	59	52.5
!KOTI2	1	9	1	9	100.0
!AS	11	26	1	27	96.3
!HAS	1	9	1	9	100.0
!MLA	1	4	6	10	40.0
!KLA	1	32	4	36	88.9
!YHTEENSÄ	29	111	10	150	79.6

KEHITYSVAMMAKARTOITUS: SIJOITUSPAIKKAJAKALMA
KUNNAT YHTEENSÄ

!TARKOITUKSENLUK. !SIJOITUSPAIKKA	NYKYINEN SIJOITUSPAIKKA									! YHT. !
	! KOTI !	! KOTI2 !	! PERHE !	! PT !	! AS !	! HAS !	! MLA !	! KLA !		
!KOTI	88	17	1	1	1	1	1	1	2	90
!KOTI2	7	17	1	1	2	1	1	1	1	26
!PERHE	1	1	7	1	1	1	5	2	1	14
!PT	1	1	1	4	1	1	1	1	1	7
!AS	45	1	1	1	38	1	1	1	1	92
!HAS	42	1	1	1	1	19	2	16	1	80
!MLA	1	1	1	1	1	1	6	2	1	9
!KLA	2	1	1	1	1	1	1	64	1	69
!YHT.	186	18	9	4	41	20	16	93	1	387

KEHITYSVAMMAKARTOITUS: SIJOITTUMINEN ERI HOITOMUODOILLE
KUNNAT YHTEENSÄ

!SIJOITUSPAIKKA	!ALIHOITO!	!TARKKUK!	!YLIHOITO!	! YHT !	! sij.-% !
!KOTI	98	90	1	188	50.4
!KOTI2	1	17	1	18	95.8
!PERHE	2	7	1	9	85.7
!PT	1	4	1	4	100.0
!AS	11	39	2	42	96.0
!HAS	1	19	1	20	97.2
!MLA	1	6	9	16	41.1
!KLA	1	76	29	105	60.4
!YHTEENSÄ	104	258	40	402	72.8

KEHITYSVAMMAHUOLLON KUSTANNUSTEN JAKAUTUMINEN NYKYISILLE SJOITUSPAIKOILLE
 NYKYTILAKUSTANNUKSIIN LASKETTUNA

KUNNAT YHTEENSÄ (387 ERITYISHUOLTOPIIRIEN KARTOITTAMAA KEHITYSVAMMAISTA)

TARKMUKSP	NYKYINEN SJOITUSPAIKKA									
	KOTI	PERHE	PT	AS	HAS	MLA	KLA	YHT		
KOTI	13931.58			830.43				1015.84		
PERHE		1948.52		581.65				767.06		
PT	248.78		865.57							
	-184.01									
AS	5597.51	278.36		15778.10				3555.44		
	-13087.08	-136.85						648.95		
HAS	5224.34			415.21	10346.27			8126.72		
	-17646.36			-129.33				-565.92		
MLA	124.39							1015.84		
	-453.50							-139.93		
KLA	248.78	278.36				544.54	577.89	32506.90		
	-767.06	-229.56				36.62	69.97			
YHT	25375.38	2505.24	865.57	17023.74	10890.81	9246.20	47236.59	113143.52		
SÄÄST. ALIH	-32138.01	-366.41		-129.33	36.62		69.97	-32527.16		
KUST. YLIH.				581.65		2088.50	1149.28	3819.42		
EROTUS	-32138.01	-366.41		452.32	36.62	2158.47	1149.28	-28707.74		

KEHITYSVAMMAHUOLLON KUSTANNUSTEN JAKAUTUMINEN NYKYISILLE SIJOITUSPAIKOILLE
 NYKYTILAKUSTANNUKSIIN LASKETTUNA

KUNNAT YHTEENSÄ (321 KUNTIEN KARTOITTAMAA KEHITYSVAMMAISTA)

TARKMUKSP	NYKYINEN SIJOITUSPAIKKA							
	KOTI	PERHE	PT	AS	HAS	MLA	YHT	
KOTI	25997.32			1245.64				
PERHE		4453.76		872.47			577.89	
PT			432.79				299.53	
AS	1119.50	1113.44		6643.41	544.54	577.89		
	-2617.42	-547.41			129.33	162.67		
HAS	3109.73	556.72		830.43	11979.89	577.89		
	-10503.79	-532.36		-258.65		33.35		
MLA	124.39			415.21	544.54	1733.66		
	-453.50			-162.67	-33.35			
KLA		278.36						
		-229.56						
YHT	30350.94	6402.28	432.79	9134.69	13068.97	3467.32	62856.99	
SÄÄST. ALIH	-13574.70	-1309.33		-421.33	-33.35		-15338.71	
KUST. YLIH.				872.47	129.33	495.55	1497.35	
EROTUS	-13574.70	-1309.33		451.14	95.98	495.55	-13841.36	

KEHITYSVAMMAKARTOITUS: PÄÄDLAGNOOSIJAKALMA

KUNTA=108 HÄMEENKYRÖ

	NYKYINEN				YHT.
	SIJOITUSPAIKKA				
	KOTI	PERHE	KLA		
PÄÄDLAGNOOSILUOKKA					
!MUUT	10	2	12	24	
!YHT.	10	2	12	24	

KEHITYSVAMMAKARTOITUS: PÄÄDLAGNOOSIJAKALMA

KUNTA=164 JALASJÄRVI

	NYKYINEN SIJOITUSPAIKKA					YHT.
	KOTI	AS	HAS	KLA		
PÄÄDLAGNOOSILUOKKA						
!EI ILMOITETTU	3	1	.1	.1	4	
!MUUT	23	4	1	9	37	
!YHT.	26	5	1	9	41	

KEHITYSVAMMAKARTOITUS: PÄÄDLAGNOOSIJAKALMA

KUNTA=223 KARJALOHJA

	NYKYINEN				YHT.
	SIJOITUSPAIKKA				
	KOTI	PT	MLA		
PÄÄDLAGNOOSILUOKKA					
!EI ILMOITETTU	2	1	2	5	
!MUUT	1	3	.1	4	
!YHT.	3	4	2	9	

KEHITYSVAMMAKARTOITUS: PÄÄDLAGNOOSIJAKALMA

KUNTA=284 KOSKI T

	NYKYINEN SIJOITUSPAIKKA					YHT.
	KOTI	KOTI2	AS	KLA		
PÄÄDLAGNOOSILUOKKA						
!EI ILMOITETTU	.1	1	.1	.1	1	
!MUUT	3	1	1	4	9	
!YHT.	3	2	1	4	10	

KEHITYSVAMMAKARTOITUS: PÄÄDLAGNOOSIJAKALMA

KUNTA=285 KOTKA

	NYKYINEN SIJOITUSPAIKKA							YHT.
	KOTI	PERHE	AS	HAS	MLA	KLA		
PÄÄDLAGNOOSILUOKKA								
!758** ANOMALIAE CHROMOSOM	1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	1
!EI ILMOITETTU	2	.1	.1	.1	.1	.1	.1	2
!MUUT	46	7	4	9	3	28	97	
!YHT.	49	7	4	9	3	28	100	

KEHITYSVAMMAKARTOITUS: PÄÄDLAGNOOSIJAKALUMA

KUNTA=423 LIETO

	NYKYINEN SIJOITUSPAIKKA						YHT.
	KOTI	KOTI2	AS	HAS	KLA		
PÄÄDLAGNOOSILUOKKA							
EI ILMOITETTU	1	1	1	1	1	1	1
MUUT	24	6	3	1	12	46	
YHT.	25	6	3	1	12	47	

KEHITYSVAMMAKARTOITUS: PÄÄDLAGNOOSIJAKALUMA

KUNTA=480 MARTTILA

	NYKYINEN SIJOITUSPAIKKA						YHT.
	KOTI	KOTI2	AS	MLA	KLA		
PÄÄDLAGNOOSILUOKKA							
EI ILMOITETTU	1	1	1	1	1	2	
MUUT	6	1	1	1	3	11	
YHT.	7	1	1	1	3	13	

KEHITYSVAMMAKARTOITUS: PÄÄDLAGNOOSIJAKALUMA

KUNTA=838 TARVASJOKI

	NYKYINEN SIJOITUSPAIKKA				YHT.
	KOTI	AS	KLA		
PÄÄDLAGNOOSILUOKKA					
EI ILMOITETTU	1	1	1	1	
MUUT	5	1	1	7	
YHT.	6	1	1	8	

KEHITYSVAMMAKARTOITUS: PÄÄDLAGNOOSIJAKALUMA

KUNTA=853 TURKU

	NYKYINEN SIJOITUSPAIKKA							YHT.
	KOTI	KOTI2	AS	HAS	MLA	KLA		
PÄÄDLAGNOOSILUOKKA								
1758** ANOMALIAE CHROMOSOM	1	1	1	1	1	1	1	
MUUT	59	9	26	9	10	36	149	
YHT.	59	9	27	9	10	36	150	

KEHITYSVAMMAKARTOITUS: PÄÄDLAGNOOSIJAKALUMA
KUNNAT YHTEENSÄ

	NYKYINEN SIJOITUSPAIKKA										YHT.	
	KOTI	KOTI2	PERHE	PT	AS	HAS	MLA	KLA				
PÄÄDLAGNOOSILUOKKA												
1758** ANOMALIAE CHROMOSOM	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2
EI ILMOITETTU	10	2	1	1	1	1	2	1	1	1	16	
MUUT	177	16	9	3	40	20	14	105	384			
YHT.	188	18	9	4	42	20	16	105	402			

KEHITYSVAMMAKARTOITUS: PÄÄDIAGNOOSIJAKALMA

KUNTA=108 HÄMEENKYRÖ

	NYKYINEN			YHT.
	SIJOITUSPAIKKA			
	KOTI	AS	YHT.	
PÄÄDIAGNOOSILUOKKA				
!MUUT	9!	8!	17!	
!YHT.	9!	8!	17!	

2

KEHITYSVAMMAKARTOITUS: PÄÄDIAGNOOSIJAKALMA

KUNTA=164 JALASJÄRVI

	NYKYINEN				YHT.
	SIJOITUSPAIKKA				
	KOTI	KOTI2	AS	YHT.	
PÄÄDIAGNOOSILUOKKA					
!EI ILMOITETTU	19!	7!	5!	31!	
!YHT.	19!	7!	5!	31!	

KEHITYSVAMMAKARTOITUS: PÄÄDIAGNOOSIJAKALMA

KUNTA=853 TURKU

	NYKYINEN SIJOITUSPAIKKA									YHT.
	KOTI	PERHE	PT	AS	HAS	MLA	PSYK	YHT.		
PÄÄDIAGNOOSILUOKKA										
!741** SPINA BIFIDA APERTA	.!	1!	.!	.!	.!	.!	.!	.!	.!	1!
!745** MALEF BULB/SEPT CORD	.!	1!	.!	.!	.!	.!	.!	.!	.!	1!
!748** MALEF CONG ORG RESP	.!	1!	.!	.!	.!	.!	.!	.!	.!	1!
!756** MALEF MUSCULOSC AL	.!	1!	.!	.!	.!	.!	.!	.!	.!	1!
!758** ANOMALIAE CHROMOSOM	.!	8!	4!	.!	.!	2!	.!	.!	.!	14!
!759** MALEFORM ALIAE CONG	.!	2!	.!	.!	.!	.!	.!	.!	.!	2!
!EI ILMOITETTU	1!	114!	13!	1!	8!	17!	7!	2!	2!	163!
!MUUT	.!	82!	6!	1!	1!	5!	.!	.!	.!	95!
!YHT.	1!	210!	23!	2!	9!	24!	7!	2!	2!	278!

3

KEHITYSVAMMAKARTOITUS: PÄÄDIAGNOOSIJAKALMA

KUNNAT YHTEENSÄ

	NYKYINEN SIJOITUSPAIKKA									YHT.
	KOTI	KOTI2	PERHE	PT	AS	HAS	MLA	PSYK	YHT.	
PÄÄDIAGNOOSILUOKKA										
!741** SPINA BIFIDA APERTA	.!	1!	.!	.!	.!	.!	.!	.!	.!	1!
!745** MALEF BULB/SEPT CORD	.!	1!	.!	.!	.!	.!	.!	.!	.!	1!
!748** MALEF CONG ORG RESP	.!	1!	.!	.!	.!	.!	.!	.!	.!	1!
!756** MALEF MUSCULOSC AL	.!	1!	.!	.!	.!	.!	.!	.!	.!	1!
!758** ANOMALIAE CHROMOSOM	.!	8!	.!	4!	.!	.!	2!	.!	.!	14!
!759** MALEFORM ALIAE CONG	.!	2!	.!	.!	.!	.!	.!	.!	.!	2!
!EI ILMOITETTU	1!	133!	7!	13!	1!	13!	17!	7!	2!	194!
!MUUT	.!	91!	.!	6!	1!	9!	5!	.!	.!	112!
!YHT.	1!	238!	7!	23!	2!	22!	24!	7!	2!	326!

4

KEHITYSVAMMAKARTOITUS: TOIMINTAKYKYJAOITTELU

KUNTA=853 TURKU

Percentage

100	+	**								**				**					**	
		**								**				**					**	
		**								**				**					**	
		**							**				**						**	
80	+	**	**		**				**		**		**		**		**		**	
		**	**		**				**		**		**		**		**		**	
		**	**		**	**		**	**		**		**	**		**		**	**	
		**	**		**	**	**	**	**		**	**	**	**	**	**	**	**	**	**
60	+	**	**	**	**	**		**	**		**		**		**		**		**	
		**	**	**	**	**		**	**		**		**		**		**		**	
		**	**	**	**	**	**	**	**		**	**	**	**	**	**	**	**	**	**
		**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**
40	+	**	**	**	**	**	**	**	**		**		**		**		**		**	
		**	**	**	**	**	**	**	**		**		**		**		**		**	
		**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**
		**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**
20	+	**	**	**	**	**	**	**	**		**		**		**		**		**	
		**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**
		**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**
		**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**

0 1 2 3 0 1 2 3 0 1 2 3 0 1 2 3 0 1 2 3 0 1 2 3 0 1 2 3 0 1 2 3 NAKO
 |— —| |— AS —| |— HAS —| |— KOTI —| |— MLA —| |— PERHE —| |— PSYK —| |— PT —| SPNYT

KEHITYSVAMMAKARTOITUS: TOIMINTAKYKYJAOITTELU

KUNTA=853 TURKU

Percentage

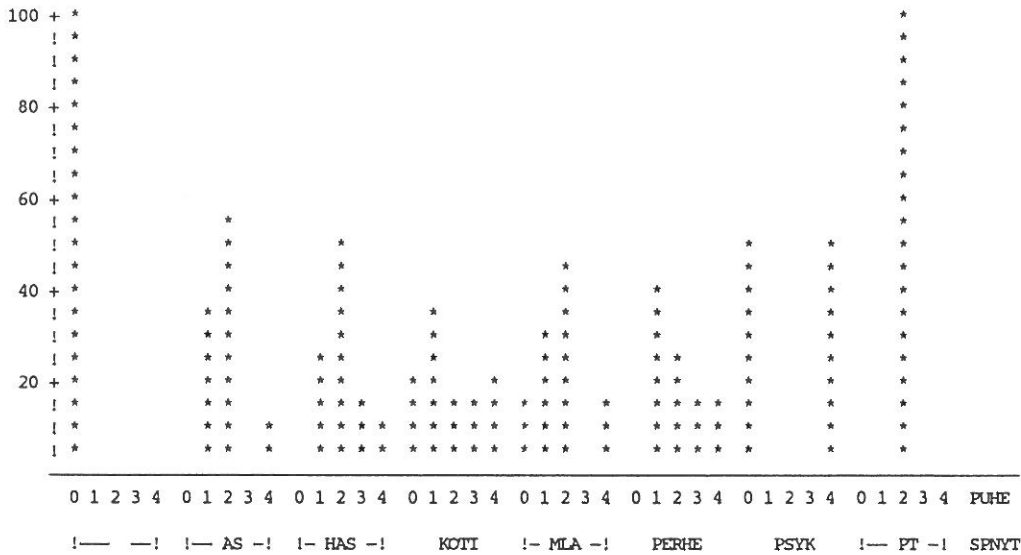
100	+	**	**										**						**	
		**	**		**					**			**						**	
		**	**		**				**		**		**						**	
		**	**		**				**		**		**						**	
80	+	**	**	**	**	**		**	**		**		**		**		**		**	
		**	**	**	**	**	**	**	**		**	**	**	**	**	**	**	**	**	**
		**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**
		**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**
60	+	**	**	**	**	**	**	**	**		**		**		**		**		**	
		**	**	**	**	**	**	**	**		**		**	**	**	**	**	**	**	**
		**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**
		**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**
40	+	**	**	**	**	**	**	**	**		**		**		**		**		**	
		**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**
		**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**
		**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**
20	+	**	**	**	**	**	**	**	**		**		**	**	**	**	**	**	**	**
		**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**
		**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**
		**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**

0 1 2 3 0 1 2 3 0 1 2 3 0 1 2 3 0 1 2 3 0 1 2 3 0 1 2 3 0 1 2 3 KUULO
 |— —| |— AS —| |— HAS —| |— KOTI —| |— MLA —| |— PERHE —| |— PSYK —| |— PT —| SPNYT

KEHITYSVAMMAKARTOITUS: TOIMINTAKYKYJAOTTELU

KUNTA=853 TURKU

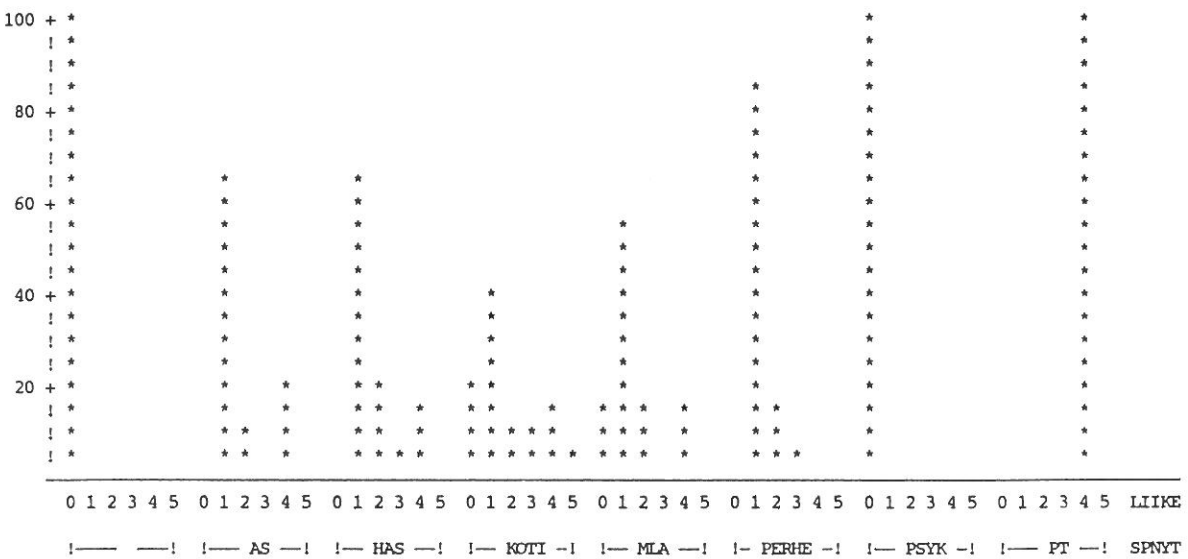
Percentage



KEHITYSVAMMAKARTOITUS: TOIMINTAKYKYJAOTTELU

KUNTA=853 TURKU

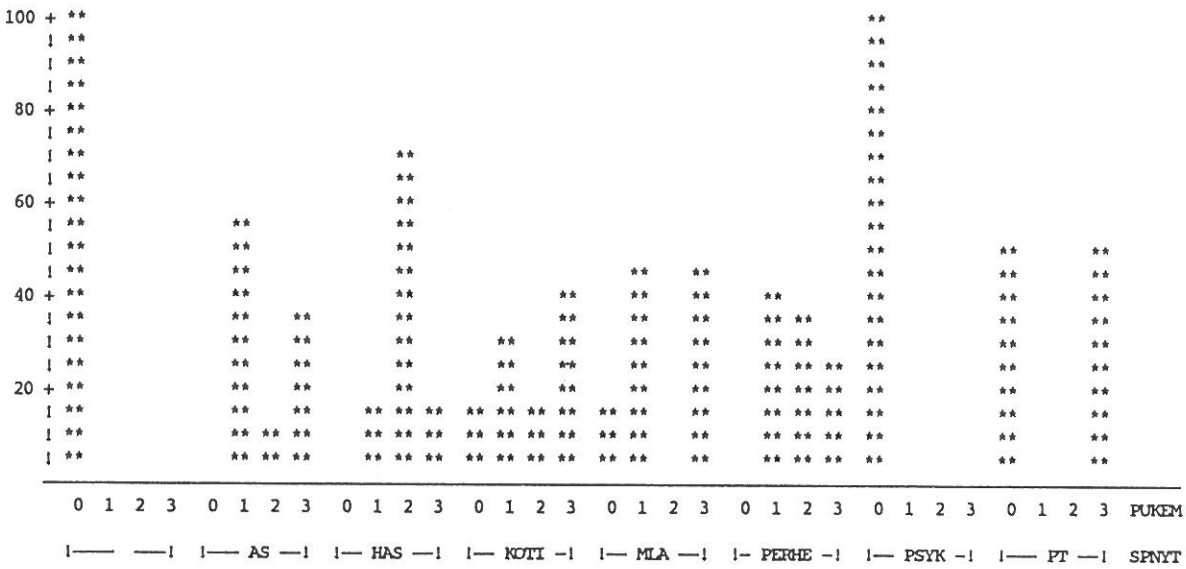
Percentage



KEHITYSVAMMAKARTOITUS: TOIMINTAKYKYJAJOTTELU

KUNTA=853 TURKU

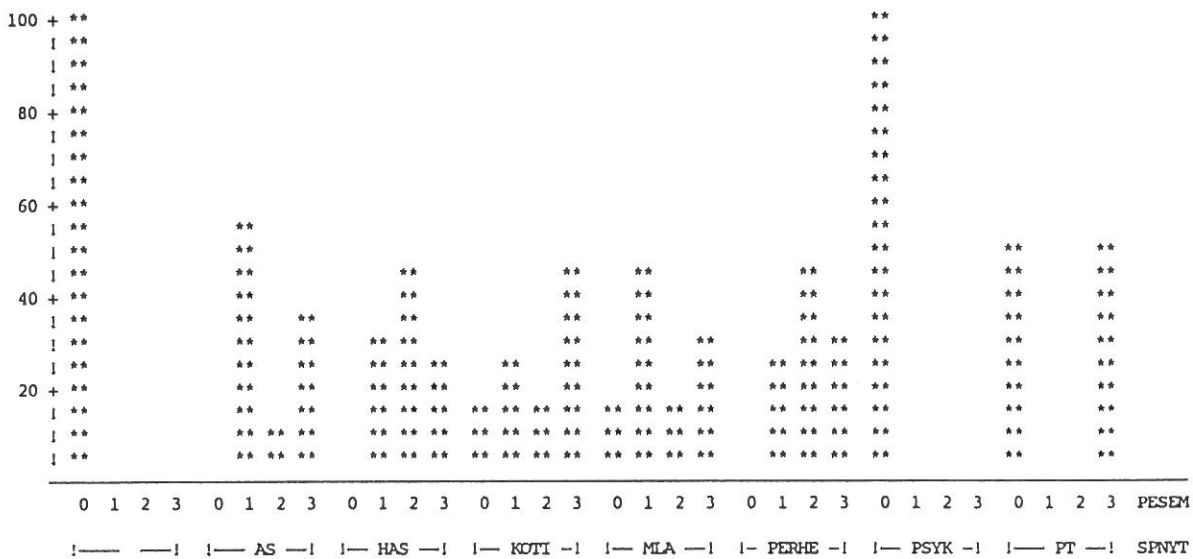
Percentage



KEHITYSVAMMAKARTOITUS: TOIMINTAKYKYJAJOTTELU

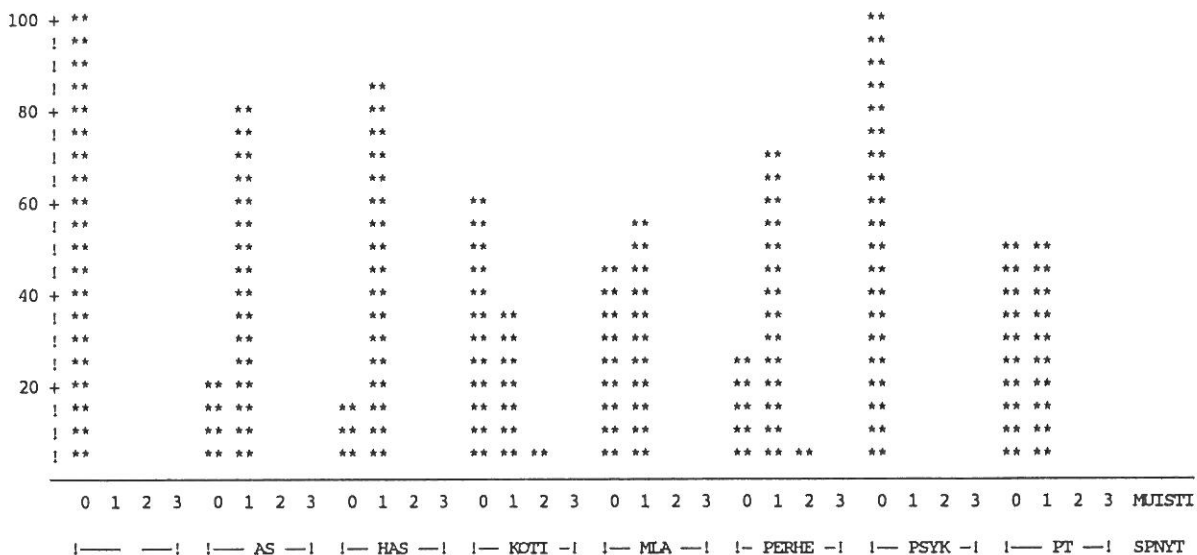
KUNTA=853 TURKU

Percentage



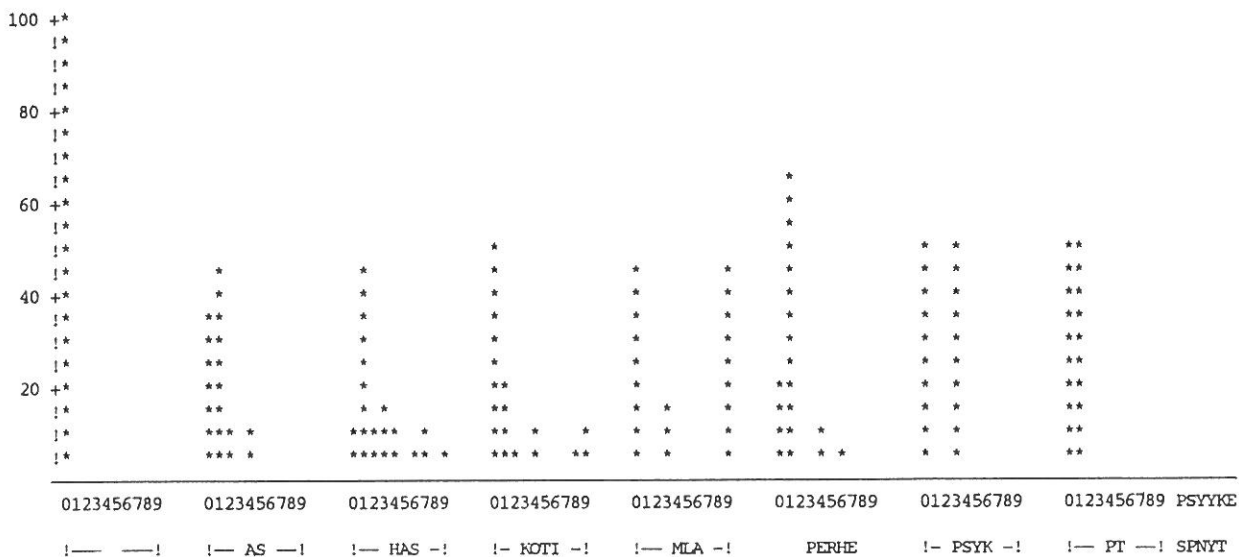
KUNIA=853 TURKU

Percentage



KUNIA=853 TURKU

Percentage



NYKYPALVELUJEN JA PALVELUJEN PUUTTEIDEN JA LISÄTARPEIDEN JAKALMA

1

KUNTA=108 HÄMEENKYRÖ

		NYKYPALVELUT																
		SIJOITUSPAIKOITTA-																
		IN																
		KOTIKÄYNTJÄ																
		TEKEVÄT																
		koti-																
		käynt.																
		psyk. perus sos. päivä- päiväp. n.																
		toim. sos. saa																
		pii- erik. terv. toim. sair. vuode- suoja suoja amm. kesk. kerhol mtt muita																
		rissä koti- hoito hoito työnt. paikka osast. työp. työp. koul. toim. toim. käyn. palv.																
		asuk- käynt.																
		kaita lkm /vko lkm lkm lkm lkm lkm lkm lkm lkm lkm lkm lkm lkm lkm lkm lkm																
KOTI	KAIKKI	81	31	0.81	.1	.1	31	.1	.1	.1	.1	.1	81	.1	51	.1		
	25-64	81	31	0.81	.1	.1	31	.1	.1	.1	.1	.1	81	.1	51	.1		
PK	KAIKKI	41	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	31	.1	21	11		
	25-64	41	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	31	.1	21	11		
KKOTI	KAIKKI	11	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	11	.1	11	.1		
	25-64	11	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	11	.1	11	.1		
YHTEENSÄ	KAIKKI	131	31	0.81	.1	.1	31	.1	.1	.1	.1	.1	121	.1	81	11		
	25-64	131	31	0.81	.1	.1	31	.1	.1	.1	.1	.1	121	.1	81	11		

NYKYPALVELUJEN JA PALVELUJEN PUUTTEIDEN JA LISÄTARPEIDEN JAKALMA

2

KUNTA=108 HÄMEENKYRÖ

		PUUTTEET																
		SIJOITUSPAIKOITTA-																
		IN																
		LISÄKÄYNNIT																
		puut-																
		monel- vää- tuu																
		lako rällä koti- psyk. perus en päivä- päiväp. n.																
		puut- sijoit. käyn- koti- erik. terv. työn- sair. vuode- suoja suoja amm. kesk. kerhol asun- mtt muita																
		teita tusp. t. käyn- hoito hoito t. paikka osast. työp. työp. koul. toim. toim. to käyn. palv.																
		asuk- t.																
		kaita lkm lkm lkm /vko lkm lkm lkm lkm lkm lkm lkm lkm lkm lkm lkm lkm lkm lkm																
KOTI	KAIKKI	81	71	21	11	0.11	.1	11	.1	.1	.1	31	.1	.1	51	21	.1	.1
	25-64	81	71	21	11	0.11	.1	11	.1	.1	.1	31	.1	.1	51	21	.1	.1
PK	KAIKKI	41	31	11	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	11	.1	.1	11	.1	21	.1
	25-64	41	31	11	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	11	.1	.1	11	.1	21	.1
KKOTI	KAIKKI	11	11	11	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	11	.1	.1	11	.1	.1	.1
	25-64	11	11	11	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	11	.1	.1	11	.1	.1	.1
YHTEENSÄ	KAIKKI	131	111	41	11	0.11	.1	11	.1	.1	.1	51	.1	.1	71	21	21	.1
	25-64	131	111	41	11	0.11	.1	11	.1	.1	.1	51	.1	.1	71	21	21	.1

NYKYPALVELUJEN JA PALVELUJEN PUUTTEIDEN JA LISÄTARPEIDEN JAKALMA

KUNTA=285 KOTKA

		NYKYPALVELUT															
PALVELUJEN SAAJAT																	
SIJOITUSPAIKOITTEI- N																	
		KOTIKÄYNTIÄ TEKEVÄT															
		koti- käynt. pii- rissä															
		psyk. perus sos. päivä- terv. toim. sair.- hoito hoito työnt. paikka osast. työp. työp. koul.															
		toim. sos. mtt kesk. kerho toim. toim. käyn. palvel.															
		asuk- kaita															
		lkm /vko lkm lkm lkm lkm lkm lkm lkm lkm lkm lkm lkm lkm lkm lkm lkm															
KOTI	KAIKKI	144	7	1.3	5	2	4	11		11		2	24	13	139	1	
	puuttuu	1															
	15-24	101	1	0.0	1		1					1		1	10		
	25-64	129	5	1.7	3	2	3	10		10		1	24	12	124	1	
	yli 65	4	1	0.5	1			1							4		
PT	KAIKKI	1	1	21.0		1							1		1		
	yli 65	1	1	21.0		1							1		1		
AS	KAIKKI	1	1												1		
	15-24	1	1												1		
KKOTI	KAIKKI	10							1					7	1	7	
	15-24	1	1											1	1		
	25-64	9							1					6		7	
KOS	KAIKKI	36												4			
	15-24	1	1														
	25-64	35												4			
AOS	KAIKKI	16															
	15-24	5															
	25-64	7															
	yli 65	4															
MLA	KAIKKI	31	2	1.5		1	1	1						1		1	
	15-24	2	1	1.0			1									1	
	25-64	15															
	yli 65	14	1	2.0		1	1							1			
YHTEENSÄ	KAIKKI	239	10	3.3	5	4	5	11	1	11		2	37	14	149	2	
	puuttuu	1															
	15-24	20	2	0.5	1		2					1	1	2	12	1	
	25-64	195	5	1.7	3	2	3	10	1	10		1	34	12	131	1	
	yli 65	23	3	7.8	1	2		1					2		5		

NYKYPALVELUJEN JA PALVELUJEN PUUTTEIDEN JA LISÄTARPEIDEN JAKAUMA

KUNTA=853 TURKU

		NYKYPALVELUT														
PALVELUJEN SAAJAT																
SIJOITUSPAIKOITTA-																
IN																
		KOTIKÄYNTJÄ														
		TEKEVÄT														
		koti-					itera-	ylei-								
		käynt.	psyk.	perus	sos.	päivä-	päiväp.	p.	n.	toim.	sos.	sa-				
		pii-	erik.	terv.	toim.	sair.-	vuode-	suoja	suoja	amm.	kesk.	kerho	mtt	muuta		
		irissä	koti-	hoito	hoito	työnt.	paikka	losast.	työp.	työp.	koul	toim.	toim.	käyn.	palv.	
		asuk-	käynt.													
		kaita	lkm	/vko	lkm	lkm	lkm	lkm	lkm	lkm	lkm	lkm	lkm	lkm	lkm	
	KAIKKI	31	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	21	
	15-24	11	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	11	
	25-64	11	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	11	
	yli 65	11	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	
KOTI	KAIKKI	3491	811	1.11	691	91	161	151	21	141	41	91	371	531	1881	531
	puuttuu	21	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	11	11	11	.1
	15-24	231	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	31	21	201	11
	25-64	2881	651	0.81	581	21	71	61	21	141	31	61	321	481	1551	421
	yli 65	361	161	2.41	111	71	91	91	.1	.1	.1	.1	21	41	121	101
PT	KAIKKI	41	21	0.41	21	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	11	31
	15-24	41	21	0.41	21	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	11	31
AS	KAIKKI	151	81	1.81	71	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	51	41	31	51
	puuttuu	11	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	11	.1
	15-24	141	81	1.81	71	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	51	41	21	51
PK	KAIKKI	191	31	1.01	31	.1	.1	.1	.1	.1	61	.1	.1	11	.1	.1
	15-24	131	31	1.01	31	.1	.1	.1	.1	.1	61	.1	.1	11	.1	.1
	yli 65	61	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1
KKOTI	KAIKKI	261	11	2.01	11	.1	.1	.1	.1	.1	41	11	11	81	41	11
	15-24	11	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	11	.1	.1	11	.1	11
	25-64	251	11	2.01	11	.1	.1	.1	.1	.1	31	11	11	81	31	11
PS/KOTI	KAIKKI	401	11	1.01	11	.1	11	251	131	.1	11	11	21	41	.1	101
	15-24	51	.1	.1	.1	.1	.1	31	11	.1	.1	11	11	11	.1	21
	25-64	341	11	1.01	11	.1	11	221	111	.1	11	.1	11	21	.1	81
	yli 65	11	.1	.1	.1	.1	.1	.1	11	.1	.1	.1	.1	11	.1	.1
KOS	KAIKKI	851	51	0.41	31	.1	.1	41	.1	91	.1	.1	11	11	31	111
	15-24	21	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	11	.1	.1	.1	.1	.1	11
	25-64	661	51	0.41	31	.1	.1	.1	.1	81	.1	.1	11	11	31	101
	yli 65	171	.1	.1	.1	.1	.1	41	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1
AOS	KAIKKI	771	.1	.1	.1	.1	.1	.1	11	.1	11	11	21	21	.1	241
	15-24	111	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	11	.1	.1	.1	51
	25-64	521	.1	.1	.1	.1	.1	.1	11	.1	11	.1	11	21	.1	171
	yli 65	141	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	11	.1	.1	21
MLA	KAIKKI	41	11	0.51	11	.1	.1	21	.1	.1	.1	11	.1	.1	.1	.1
	15-24	11	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	11	.1	.1	.1	.1
	yli 65	31	11	0.51	11	.1	.1	21	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1
YHTEENSÄ	KAIKKI	6221	1021	1.11	871	91	171	461	161	331	71	131	551	691	1961	1091
	puuttuu	31	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	11	11	21	.1
	15-24	441	.1	.1	.1	.1	.1	31	11	21	11	61	31	21	201	111
	25-64	4971	851	0.91	751	21	81	281	141	311	61	71	481	611	1621	861
	yli 65	781	171	2.31	121	71	91	151	11	.1	.1	.1	31	51	121	121

KUNTA=853 TURKU

PALVELUJEN PUUTTEET SIJOITUSPAIKOITTA- MIN	PUUTTEET																
	LISÄKÄYNNIT																
	lako	rällä	koti	psyk.	perus	en	päivä	päivä	p.	n.	toim.	isos.					
	puut-	sijoin	käyn	koti	erik.	terv.	työn	sair.	vuode	suoja	suojal	amm.	kesk.	kerho	asun-	mtt	muuta
	teita	tusp.	t.	käyn	hoito	hoito	t.	paikka	osast.	työp.	työp.	koulu	toim.	toim.	to	käyn	palv.
	asuk-																
	kaita	lkm	lkm	lkm	l/vko	lkm	lkm	lkm	lkm	lkm	lkm	lkm	lkm	lkm	lkm	lkm	lkm
KAIKKI	31	11	11	11	0.9	13	11	21	41	11	14	10	16	12	25	14	11
15-24	11	1	1	1	0.3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
25-64	11	1	1	1	0.9	13	11	21	41	11	14	10	16	12	25	14	11
yli 65	11	1	1	1	0.3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
KOTI	349	91	12	16	0.9	13	11	21	41	11	14	10	16	12	25	14	11
puuttuu	21	1	1	1	0.3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
15-24	231	61	6	15	0.9	13	11	21	41	11	14	10	16	12	25	14	11
25-64	288	73	6	15	0.9	13	11	21	41	11	14	10	16	12	25	14	11
yli 65	361	11	5	1	0.3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
PT	4	3	2	1	0.3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
25-64	4	3	2	1	0.3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
SAS	151	8	4	1	0.3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
puuttuu	1	1	1	1	0.3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
25-64	14	7	3	1	0.3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
PK	19	6	5	1	0.3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
25-64	13	5	4	1	0.3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
yli 65	6	1	1	1	0.3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
KKOTI	26	13	5	1	0.3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
15-24	1	1	1	1	0.3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
25-64	25	12	5	1	0.3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
PS/KOTI	40	7	1	0.3	0.3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
15-24	5	1	1	1	0.3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
25-64	34	5	1	1	0.3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
yli 65	1	1	1	1	0.3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
KOS	85	47	24	3	1.7	3	1	2	11	1	10	6	3	11	21	4	2
15-24	2	2	1	1	0.3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
25-64	66	37	19	3	1.7	3	1	2	11	1	9	5	2	11	17	3	2
yli 65	17	8	4	1	0.3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	1	1
AOS	77	50	30	5	3.4	1	2	3	11	1	9	1	13	5	10	17	6
15-24	11	8	5	1	0.3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
25-64	52	35	20	3	0.3	1	2	1	1	1	7	1	7	4	7	11	4
yli 65	14	7	5	2	8.0	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1
MLA	4	1	1	1	0.3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
15-24	1	1	1	1	0.3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
yli 65	3	1	1	1	0.3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
YHTEENSÄ	622	226	83	25	1.5	16	3	7	6	1	39	22	37	32	63	47	25
puuttuu	3	2	2	1	0.3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
15-24	44	18	6	1	0.3	1	1	1	1	1	4	2	13	1	2	7	5
25-64	497	178	60	21	0.9	16	3	4	3	1	35	19	24	31	51	38	18
yli 65	78	28	15	4	4.2	1	1	3	3	1	1	1	1	1	10	1	2

PALVELUJEN TAVOITETILAMALLI

KUNTA=108 HÄMEENKYRÖ

SIJOITUSPAIKKA	PALVELUT															
	KOTIKÄYNTIÄ TEKEVÄT															
	koti-	ikäynti-	terik.	terv.	toim.	saair.	-l	vuode-	suojal	suojalamm.	kesk.	kerholasun-	mtt	muital	asuk-	ikänt.
	lkm	/vko	lkm	lkm	lkm	lkm	lkm	lkm	lkm	lkm	lkm	lkm	lkm	lkm	lkm	lkm
KOTI KAIKKI	71	31	0.91	.1	11	31	.1	.1	21	.1	.1	71	11	11	41	.1
25-64	71	31	0.91	.1	11	31	.1	.1	21	.1	.1	71	11	11	41	.1
KOTI2 KAIKKI	21	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	11	.1	.1	21	11	.1	21	.1
25-64	21	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	11	.1	.1	21	11	.1	21	.1
PT KAIKKI	11	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	11	.1	.1	11	.1	.1	11	.1
25-64	11	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	11	.1	.1	11	.1	.1	11	.1
PK KAIKKI	31	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	11	.1	.1	21	.1	11	11	11
25-64	31	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	11	.1	.1	21	.1	11	11	11
YHTEENSÄ KAIKKI	131	31	0.91	.1	11	31	.1	.1	51	.1	.1	121	21	21	81	11
25-64	131	31	0.91	.1	11	31	.1	.1	51	.1	.1	121	21	21	81	11

PALVELUJEN TAVOITETILAMALLI

KUNTA=164 JALASJÄRVI

SIJOITUSPAIKKA	PALVELUT															
	KOTIKÄYNTIÄ TEKEVÄT															
	koti-	ikäynti-	terik.	terv.	toim.	saair.	-l	vuode-	suojal	suojalamm.	kesk.	kerholasun-	mtt	muital	asuk-	ikänt.
	lkm	/vko	lkm	lkm	lkm	lkm	lkm	lkm	lkm	lkm	lkm	lkm	lkm	lkm	lkm	lkm
KAIKKI	11	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	11	.1	11	.1	.1
25-64	11	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	11	.1	11	.1	.1
KOTI KAIKKI	1221	171	0.61	81	51	131	31	161	251	81	81	31	321	11	1111	51
puuttuu	11	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	11	.1	11	.1
15-24	21	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	11	11
25-64	1051	121	0.51	61	41	91	21	151	241	71	71	21	261	11	981	31
yli 65	141	51	0.81	21	11	41	11	11	11	11	11	11	51	.1	111	11
KOTI2 KAIKKI	41	21	0.11	21	.1	.1	.1	11	31	11	.1	.1	31	11	41	.1
15-24	11	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	11	.1
25-64	31	21	0.11	21	.1	.1	.1	11	31	.1	.1	.1	31	11	31	.1
SAS KAIKKI	11	.1	.1	.1	.1	.1	.1	11	11	11	.1	.1	11	.1	.1	.1
25-64	11	.1	.1	.1	.1	.1	.1	11	11	11	.1	.1	11	.1	.1	.1
KOTI KAIKKI	41	.1	.1	.1	.1	.1	31	41	31	31	31	.1	31	11	11	.1
25-64	41	.1	.1	.1	.1	.1	31	41	31	31	31	.1	31	11	11	.1
YHTEENSÄ KAIKKI	1321	191	0.51	101	51	131	61	221	321	131	111	31	401	31	1171	51
puuttuu	11	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	11	.1	11	.1
15-24	31	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	11	.1	.1	.1	.1	21	11
25-64	1141	141	0.41	81	41	91	51	211	311	111	101	21	341	31	1031	31
yli 65	141	51	0.81	21	11	41	11	11	11	11	11	11	51	.1	111	11

SIJOITUSPAIKKA	PALVELUT																
	asuk-	lkänt.	lkänt./vko	lkänt.	lkänt.	lkänt.	lkänt.	lkänt.	lkänt.	lkänt.	lkänt.	lkänt.	lkänt.	lkänt.	lkänt.		
KAIKKI	121	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	21	21	21	.1	11	21	61	11
15-24	21	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	11	11
25-64	81	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	21	21	21	.1	11	21	51	.1
yli 65	21	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1
KOTI KAIKKI	6241	1101	1.21	811	171	381	341	191	691	321	441	891	1331	281	4361	671	
puuttuu	41	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	11	21	11	11	21	21	31	.1	
15-24	361	11	0.01	11	.1	11	.1	.1	11	11	101	31	21	31	301	51	
25-64	5301	881	0.91	701	91	221	211	181	661	281	321	811	1171	231	3771	511	
yli 65	541	211	2.71	101	81	151	131	11	11	11	11	41	121	.1	261	111	
KOTI2 KAIKKI	91	21	0.11	21	.1	.1	.1	11	41	11	11	31	61	41	71	.1	
15-24	11	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	11	.1	.1	.1	.1	11	.1	
25-64	81	21	0.11	21	.1	.1	.1	11	41	.1	11	31	61	41	61	.1	
PERHE KAIKKI	21	11	1.01	.1	.1	11	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	11	11	
15-24	21	11	1.01	.1	.1	11	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	11	11	
PT KAIKKI	91	61	4.21	51	21	11	.1	.1	11	.1	.1	41	31	11	41	41	
25-64	61	41	0.81	41	11	11	.1	.1	11	.1	.1	21	21	11	21	31	
yli 65	31	21	11.01	11	11	.1	.1	.1	.1	.1	.1	21	11	.1	21	11	
SAS KAIKKI	241	71	1.91	61	11	11	.1	21	51	21	11	51	71	21	21	81	
15-24	11	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	11	.1	
25-64	231	71	1.91	61	11	11	.1	21	51	21	11	51	71	21	11	81	
PK KAIKKI	251	31	1.01	31	.1	.1	.1	.1	51	.1	.1	51	11	31	31	21	
15-24	11	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	11	.1	.1	.1	.1	11	.1	11	
25-64	191	31	1.01	31	.1	.1	.1	.1	41	.1	.1	51	11	21	31	11	
yli 65	51	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	
KKOTI KAIKKI	371	31	1.11	31	.1	.1	31	51	121	61	61	141	91	11	71	21	
15-24	11	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	11	.1	11	.1	11	.1	.1	11	
25-64	361	31	1.11	31	.1	.1	31	51	111	61	51	141	81	11	71	11	
MLA KAIKKI	411	41	0.91	41	11	11	21	.1	.1	.1	11	11	.1	21	11	21	
15-24	11	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	11	.1	.1	.1	.1	
25-64	171	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	11	.1	21	11	11	
yli 65	231	41	0.91	41	11	11	21	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	11	
PS/KOTI KAIKKI	431	21	0.71	21	.1	11	251	131	11	21	31	21	51	21	.1	111	
15-24	51	.1	.1	.1	.1	.1	31	11	.1	.1	21	11	11	.1	.1	21	
25-64	371	11	1.01	21	.1	11	221	111	11	21	11	31	21	.1	91	.1	
yli 65	11	11	0.31	.1	.1	.1	.1	11	.1	.1	.1	.1	11	.1	.1	.1	
KOS KAIKKI	1171	81	0.81	61	.1	11	51	.1	181	71	71	171	231	101	51	201	
puuttuu	11	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	11	.1	
15-24	61	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	31	21	31	11	21	21	.1	31	
25-64	951	81	0.81	61	.1	11	.1	.1	151	51	41	161	181	81	41	171	
yli 65	151	.1	.1	.1	.1	.1	51	.1	.1	.1	.1	.1	31	.1	.1	.1	
AOS KAIKKI	631	21	0.51	.1	11	11	11	.1	41	.1	81	21	51	91	.1	131	
15-24	111	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	31	.1	.1	21	.1	31	
25-64	401	21	0.51	.1	11	11	11	.1	41	.1	51	21	41	61	.1	101	
yli 65	121	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	11	11	.1	.1	
YHTEENSÄ KAIKKI	10061	1481	1.31	1121	221	451	701	401	1211	521	741	1421	1931	641	4721	1311	
puuttuu	51	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	11	21	11	11	21	21	41	.1	
15-24	671	21	0.51	11	.1	21	31	11	61	41	211	51	61	81	341	171	
25-64	8191	1181	0.91	961	121	271	471	371	1131	451	511	1301	1671	531	4061	1011	
yli 65	1151	281	3.01	151	101	161	201	21	11	11	11	61	181	11	281	131	

PSYKIATRISEN ERIKOISHOIDON SIJOITUSPAIKKAJAKAUMA

KUNTA=108 HÄMEENKYRÖ

TARKOITUKSENLUOKA	NYKYINEN			
	KOTI	PK	KKOTI	YHT.
KOTI	6	1	1	7
KOTI2	2	1	1	2
PK	1	3	1	3
YHT.	8	4	1	13

PSYKIATRISEN ERIKOISHOIDON POTILAIEN SIJOITTUMINEN ERI HOITOMUODOILLE

1

KUNTA=108 HÄMEENKYRÖ

	ALIHUOLTO	TARKKUMUK	YLHUOLTO	YHT.	sij.-%	
KOTI	2	6	1	8	75.0	
PK	1	3	1	4	75.0	
KKOTI	1	1	1	1		
YHTEENSÄ	2	9	2	13	75.0	

PSYKIATRISEN ERIKOISHOIDON SIJOITUSPAIKKAJAKAUMA

2

KUNTA=164 JALASJÄRVI

TARKOITUKSENLUOKA	NYKYINEN			
	KOTI	MLA	AOS	YHT.
KOTI	117	2	3	122
KOTI2	4	1	1	4
IAS	1	1	1	1
KKOTI	1	3	1	4
YHT.	122	6	3	131

PSYKIATRISEN ERIKOISHOIDON POTILAIEN SIJOITTUMINEN ERI HOITOMUODOILLE

2

KUNTA=164 JALASJÄRVI

	ALIHUOLTO	TARKKUMUK	YLHUOLTO	YHT.	sij.-%	
KOTI	5	117	1	122	95.9	
MLA	1	1	6	6		
AOS	1	1	3	3		
YHTEENSÄ	5	117	9	131	95.9	

PSYKIATRISEN ERIKOISHOIDON SIJOITUSPAIKKAJAKALMA

3

KUNTA=285 KOTKA

!TARKOITUKSEN- !SIJOITUSPAIKKA	NYKYINEN SIJOITUSPAIKKA								! YHT.
	! KOTTI	! PT	! AS	! KKKOTTI	! MLA	! KOS	! AOS	!	
!KOTTI	137	1	1	1	3	1	1	1	141
!PERHE	1	1	1	1	2	1	1	1	2
!PT	1	1	1	1	1	1	1	1	2
!AS	1	1	1	1	1	1	1	1	1
!PK	1	1	1	2	1	1	1	1	2
!KKOTTI	1	1	1	7	1	1	1	1	8
!MLA	1	1	1	1	20	2	1	1	22
!KOS	1	1	1	1	4	33	1	1	39
!AOS	1	1	1	1	1	1	15	1	16
!YHT.	139	1	1	10	31	35	16	1	233

PSYKIATRISEN ERIKOISHOIDON POTILAIDEN SIJOITTUMINEN ERI HOITOMUODOILLE

3

KUNTA=285 KOTKA

!SIJOITUSPAIKKA	!ALHOITO	!TARKMUK	!YLIHOITO	!YHT	! sij.-%
!KOTTI	2	137	5	144	95.1
!PT	1	1	1	1	100.0
!AS	1	1	1	1	100.0
!KKOTTI	1	7	3	10	70.0
!MLA	1	5	20	31	64.5
!KOS	1	33	3	36	91.7
!AOS	1	15	1	16	93.8
!YHTEENSÄ	7	214	18	239	87.9

PSYKIATRISEN ERIKOISHOIDON SIJOITUSPAIKKAJAKALMA

4

KUNTA=853 TURKU

!TARKOITUKSEN- !SIJOITUSPAIKKA	NYKYINEN SIJOITUSPAIKKA										
	! KOTTI	! PT	! AS	! PK	! KKKOTTI	! MLA	! TI	! KOS	! AOS	! YHT.	
!KOTTI	337	2	1	1	3	1	1	2	8	354	
!KOTTI2	3	1	1	1	1	1	1	1	1	3	
!PT	2	2	1	1	1	1	1	1	1	6	
!AS	1	1	11	1	2	1	1	6	2	22	
!PK	1	1	1	14	1	1	1	6	1	20	
!KKOTTI	1	1	1	2	21	1	1	1	1	25	
!MLA	3	1	1	1	1	4	1	9	1	18	
!PS/KOTTI	1	1	1	1	1	1	40	1	3	43	
!KOS	2	1	1	1	1	1	1	6	15	78	
!AOS	1	1	1	1	1	1	1	47	47	47	
!YHT.	349	4	15	17	26	4	40	84	77	616	

PSYKIATRISEN ERIKOISHOIDON POTILAIDEN SIJOITTUMINEN ERI HOITOMUODOILLE

4

KUNTA=853 TURKU

!SIJOITUSPAIKKA	!ALHOITO	!TARKMUK	!YLIHOITO	!YHT	! sij.-%
!KOTTI	12	337	1	349	96.6
!PT	1	2	2	4	50.0
!AS	2	11	2	15	73.3
!PK	2	14	3	19	73.7
!KKOTTI	1	21	5	26	80.8
!MLA	1	4	1	4	100.0
!PS/KOTTI	1	40	1	40	100.0
!KOS	1	6	24	85	71.8
!AOS	1	47	30	77	61.0
!YHTEENSÄ	16	537	66	619	78.6

PSYKIATRISEN ERIKOISHOIDON SIJOITUSPAIKKAJAKALMA
 KUNNAT YHTEENSÄ

TARKOITUKSENLMK. SIJOITUSPAIKKA	NYKYINEN SIJOITUSPAIKKA										YHT.
	KOTI	PT	AS	PK	KKOTI	MLA	PS/KO-TI	KOS	ACS	YHT.	
KOTI	597	21	11	21	41	51	11	21	111	624	
KOTI2	9	11	11	11	11	11	11	11	11	9	
PERHE	11	11	11	11	11	21	11	11	11	21	
PT	31	31	11	11	11	11	11	11	11	91	
AS	11	11	121	11	21	11	11	61	21	241	
PK	11	11	11	171	21	11	11	61	11	251	
KKOTI	21	11	11	21	281	41	11	11	11	371	
MLA	31	11	11	11	11	241	11	111	11	401	
PS/KOTI	11	11	11	11	11	11	401	11	31	431	
KOS	31	11	11	11	11	41	11	941	161	1171	
ACS	11	11	11	11	11	11	11	11	621	631	
YHT.	618	51	161	211	371	411	401	1191	961	9931	

 PSYKIATRISEN ERIKOISHOIDON POTILAIEN SIJOITTUMINEN ERI HOITOMUODOILLE
 KUNNAT YHTEENSÄ

5

SIJOITUSPAIKKA	ALIHOITO	TARKMUK	YLIHOITO	YHT	sij.-%
KOTI	21	597	51	623	90.7
PT	11	31	21	51	75.0
AS	21	121	21	161	86.7
PK	21	171	41	231	74.3
KKOTI	11	281	91	371	75.4
MLA	51	241	121	411	82.3
PS/KOTI	11	401	11	401	100.0
KOS	11	941	271	1211	81.7
ACS	11	621	341	961	77.4
YHTEENSÄ	301	8771	951	10021	82.5

PSYKIATRISEN ERIKOISHOIDON KUSTANNUSTEN JAKAUTUMINEN NYKYISILLE SIIJOITUSPAIKOILLE
 NYKYTILAKUSTANNUKSIIN LASKETTUNA

KUNNAT YHTEENSÄ (995 kartoitettua psykiatrisen erikoishoidon potilasta)

NYKYINEN SIIJOITUSPAIKKA										
TARKKMUJOSP	KOTI	PT	AS	PK	KKOTI	MLA	PS/KOTI	KOS	AOS	YHT
KOTI	42420.00	374.00	254.00	226.00	816.00	6125.00		1984.00	12485.00	
PT	350.00	234.00	184.00	86.00	606.00	5635.00		1844.00	11715.00	
AS	-585.00	561.00	254.00		272.00				1135.00	
PK	140.00		67.00		85.00				948.00	
KKOTI	-368.00		3048.00		544.00	875.00		5952.00	2270.00	
MLA				1921.00	36.00	621.00		4428.00	1762.00	
PS/KOTI					544.00			5952.00		
KOS	140.00		254.00	226.00	318.00	3500.00		5274.00		
AOS	-404.00		-18.00	-318.00	7616.00	2412.00				
YHT	210.00		254.00			21000.00		10912.00	1135.00	
SÄÄST. ALIH	-2415.00		-621.00					1287.00	260.00	
KUST. YLIH.							42000.00		3405.00	
EROTUS								255.00		
	210.00					3500.00		93248.00	18160.00	
	-2766.00					-468.00			2288.00	
						875.00			70370.00	
						-260.00				
YHT	43470.00	935.00	4064.00	2373.00	9792.00	35875.00	42000.00	118048.00	108960.00	365517.00
SÄÄST. ALIH	-6538.00		-18.00	-318.00		-728.00				-7602.00
KUST. YLIH.		234.00	251.00	86.00	1045.00	8668.00		12833.00	17228.00	40345.00
EROTUS	-6538.00	234.00	233.00	-232.00	1045.00	7940.00		12833.00	17228.00	32743.00

PALVELURAKENTTEEN MUUTOS JA SEN KUSTANNUSVAIKUTUKSET

SOSIAALI- JA TERVEYSMINISTERIÖN
PALVELURAKENNETYÖRYHMÄN MUISTION LIITE 3

Timo Karjalainen
24.11.1992

PALVELURAKENTTEEN MUUTOS JA SEN KUSTANNUSVAIKUTUKSET

SOSIAALI- JA TERVEYSMINISTERIÖN
PALVELURAKENNETYÖRYHMÄN MUISTION LIITE 3

Timo Karjalainen
24.11.1992

PALVELURAKENTEEEN MUUTOS JA SEN KUSTANNUSVAIKUTUKSET

1. Muutokset laitoshoidon ja vuodeosastohoidon työnjaossa	2
2. Laitos- ja vuodeosastohoidon kustannusten muutokset	4
3. Laitos- ja vuodeosastohoidon yksikkökustannusten muutokset	5
4. Hoitajaksojen muutokset vuodeosastohoidossa	6
5. Terveystuollon avo- ja vuodeosastohoito	6
6. Sosiaali- ja vuodeosastohoidon avo- ja laitoshuolto	9
7. Palvelurakenteen muutoksen suuntia	12
8. Lähtökohtia palvelurakenteen taloudellisuuden arvioinnille	13
9. Työryhmän esittämien tavoitevaihtoehtojen kustannusvaikutuksia	14
9.1 Laskelman lähtökohdat	14
9.2 Laitoshoidon vähentäminen	18
9.3 Korvaavan avo- ja vuodeosastohoidon luominen	21
9.4 Investointiohjelma	24
9.5 Vaihtoehtolaskelmia	28
10. Palvelurakenteen kehittämisestä syntyvät säästöt	32

Taululuettelo

Hoitokäytännön muutokset terveystuolissa ja keskimääräiset hoitajakset (s.7)
Terveystuollon avo- ja vuodeosastohoidon kehitys (s. 8)
Vanhustentuollon avo- ja laitoshuollon kehitys (s. 10)
Kehitysvammatuollon kehitystä (s. 11)
Laitoshoidon ja vuodeosastohoidon tavoitevaihtoehto (s. 19)
Laitoshoidon korvaavan avo- ja vuodeosastohoidon luominen (s. 22)
Laitoksista vapautuvien resurssien käyttömahdollisuuksia (s. 29)
Vaihtoehtoisia investointiohjelmaa (s. 30)
Palvelurakenteen muutoksen aiheuttamat säästöt (s. 33)

Sairaaloiden vuodeosastohoidon, vanhainkotien ja kehitysvammahuoltolaitosten käyttömenot yhteensä ovat nousseet reaalisesti vuodesta 1980 vuoteen 1991 noin 47 %. Menot on muunneltu reaalisiksi elinkustannusindeksillä. Vuonna 1991 käyttömenot olivat noin 20 miljardia mk. Vastaavana aikana hoitopäivien määrä on alentunut noin 10 %.

Vuosina 1980–1991 sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaismenot ovat kasvaneet reaalisesti 119 %. Terveydenhuollon menojen reaalin kasvu on ollut 88 % ja sosiaalitoimen 166 %. Sosiaalitoimen nopea kasvu johtuu suurelta osin lasten päivähoidon erilaisten tukimuotojen laajenemisesta. Väestön määrä on kasvanut samana ajanjaksona 5 %, yli 64-vuotiaiden määrä 19 % ja yli 74-vuotiaiden määrä 44 %. Edellä mainittujen tietojen valossa voidaan tehdä seuraava johtopäätös:

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenne on kehittynyt kokonaisuutena avohuollon suuntaan. Laitoshoidon suhteellinen osuus palvelurakenteessa on vähentynyt. Laitoshoitopäivien kokonaismäärä on alentunut.

Ennen 1980-lukua sosiaali- ja terveydenhuollon vuodeosasto- ja laitospaikkoja vielä lisättiin. Kasvu jatkui 1980-luvun puoliväliin saakka. Käänte tapahtui 1980-luvun jälkimmäisellä puoliskolla.

1. Muutokset laitoshoidon ja vuodeosastohoidon työnjaossa

Erikoissairaanhoidossa on ollut jo 1980-luvun alusta selvä trendi kuntainliittopohjaisen erikoissairaanhoidon ja kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon väliseen työnjaon muutokseen. Tämä ilmenee mm. hoitopäivien määrien muutoksena.

	1980	1991	muutos, %
	miljoonaa hoitopäivää		
somaattinen erikoissairaanhoito	8,2	6,5	-20
mielisairaanhoito	6,6	2,6	-60
yl.lääk.joht.terveyskeskussairaalat	3,5	6,9	97
vanhainkodit	9,9	9,3	-6
kehitysvammalaitokset	2,0	1,7	-15
yhteensä	30,1	26,9	-10

Rakenteellista muutosta toiminnassa kuvaa myös oheinen asetelma, josta ilmenee hoitopäivien %-osuudet

	1980	1991
	hoitopäivien %-osuus	
somaattinen erikoissairaanhoito	27	24
mielisairaanhoito	22	10
yl.lääk.joht.terveyskeskussairaalat	12	26
vanhainkodit	32	34
kehitysvammalaitokset	7	6
yhteensä	100	100

Jotkut vuoden 1991 tiedot perustuvat vuoden 1990 tiedon pohjalta tehtyyn arvioon. Arviot eivät kuitenkaan vaikuta johtopäätöksiin.

Laitoshoidon rakenne on muuttunut selvästi erikoistasoisesta hoidosta perustasoisen suuntaan. Vuonna 1980 somaattisen erikoissairaanhoidon, mielisairaanhoidon sekä kehitysvammalaitosten hoitopäivien yhteismäärä oli 56 % kaikista hoitopäivistä. Vuonna 1991 osuus oli 40 %

Muutos alkoi psykiatrisesta sairaalahoidosta, jossa mielisairaaloiden paikkaluku aleni vuoden 1980-luvun alusta (19 000 paikkaa) vuoteen 1991 noin puoleen (8 500 paikkaa) ja hoitopäivien määrä jonkin verran enemmän. Huomattava osa vähenemisestä saatiin aikaan poistamalla mielisairaaloista sellaisia iäkkäitä pitkäaikaissairaita, jotka eivät olleet varsinaisen psykiatrisen hoidon tarpeessa. Siirrot ovat tapahtuneet jossain määrin vanhainkoteihin ja terveyskeskusten vuodeosastoille. Erilaisten tuettujen asumismuotojen ja kuntoutuskotien lisäämisellä on laitoshoidosta myös voitu siirtää siellä pitkään olleita omatoimisempaan ja itsenäisempään elämään piiriin. (Mielenterveystyön porrastustyöryhmän muistio, stm:n muistio 1992:10).

Somaattisessa erikoissairaanhoidossa vuodeosastohoidon käyttö on vähentynyt. Tutkittua valtakunnallista tietoa ei ole siitä, mihin korvaavaan hoitomuotoon asiakasvirrat ovat ohjautuneet somaattisesta erikoissairaanhoidosta. Ilmeisesti osa on ohjautunut terveyskeskusten vuodeosastoille ja vanhainkoteihin, osa sosiaali- ja terveydenhuollon avohuollon piiriin. Osa hoitopäivien vähenemisestä johtuu erikoissairaanhoidon toimintamuotojen tehostumisesta, kuten lyhytaikaiskirurgian ja päiväkirurgian yleistymisestä. Somaattisen erikoissairaanhoidon käyttö on vähentynyt erityisesti viimeisinä vuosina.

Yleislääkärijohtoisten terveyskeskussairaaloiden hoitopäivien määrä on noussut noin kaksinkertaiseksi kymmenessä vuodessa. Vanhainkotien hoitopäivien määrä on hiukan alentunut.

Kokonaisuudessaan **toiminnalliset** muutokset vuodeosastohoidon ja laitoshoidon keskinäisessä työnjaossa ovat olleet tarkoituksenmukaisia. Hoito erikoissairaanhoidossa on vähentynyt ja pitempiaikainen hoito on siirtynyt pienempiin ja taloudellisempiin yksiköihin, lähinnä terveyskeskusten

vuodeosastoille. Samalla hoitopaikka on todennäköisesti siirtynyt lähemmäksi asiakkaiden kotiympäristöä.

Osa laitoshoidon vähenemisestä on tapahtunut niin, että asiakkaat ovat ohjautuneet avohuollon piiriin.

2. Laitos- ja vuodeosastohoidon kustannusten muutokset

Seuraavat luvut kuvaavat vuodeosastohoidon ja laitoshoidon kustannuksia vuoden 1990 hintatasossa. Kehitysvammalaitosten käyttömenoista ei ole tarkkaa tietoa vuodelta 1980. Tämä sisältyy kuitenkin arviolta yhteensä-lukuun.

	1980 miljardia mk	1991	muutos,%
somaattinen erikoissairaanhoido	6,9	9,9	43
mielisairaanhoido	1,9	1,9	0
yl.lääk.joht.terveyskeskussairaalat	1,5	3,3	120
vanhainkodit	2,3	3,5	52
kehitysvammalaitokset	..	1,1	..
yhteensä	13,2	19,4	47

Käyttömenot ovat nousseet eniten yleislääkärijohtoisten terveyskeskusten vuodeosastoilla. Mielisairaaloissa kustannukset ovat elinkustannusindeksillä deflatoituna samalla tasolla vuonna 1991 kuin vuonna 1980. Mielisairaaloiden resurssit ovat vähentyneet. Palkkakehitys on ollut hintojen kehitystä nopeampaa 1980-luvulla. Jos suureet deflatoitaisiin esim. kunnallistalouden terveydenhuollon kustannusindeksillä, reaalin muutos mielisairanhoidossa olisi negatiivinen ja vanhainkotien ja erikoissairaanhoidon kohdalla jokseenkin nollan suuruinen.¹

Laitoshoidon kustannusjakautuma eli kustannusrakenne on muuttunut noin kymmenessä vuodessa. Seuraava taulu kuvaa laitoshoidon käyttömenojen jakautumaa.

¹ Vuosina 1980–1991 elinkustannusindeksi nousi 100 %. Tilastokeskuksen tekemä kunnallistalouden kustannusindeksi terveydenhuollossa nousi 148 % ja sosiaalitoimessa 137 %. Kaikki markkamäärät on muunnettu kiinteiksi elinkustannusindeksillä, jotta esim. sosiaalitoimen ja terveydenhuollon erilainen palkkakehitys ei eliminoituisi pois vertailuista.

	1980 %	1991
somaattinen erikoissairaanhoito	52	51
mielisairaanhoito	14	10
yl.lääk.joht.terveyskeskussairaalat	11	17
vanhainkodit	17	17
kehitysvammalaitokset	n.6	5
yhteensä	100	100

Somaattisen erikoissairaanhoidon osuus laitoshoidon ja vuodeosastohoidon kustannuksista on noin puolet. Osuus on hieman alentunut vuodesta 1980. Terveyskeskussairaaloiden kustannukset ovat nousseet samansuuruisiksi kuin vanhainkotien. Mielisairaaloiden kustannusosuus on pienentynyt.

Vaikka toiminnallisesti sosiaali- ja terveydenhuollon vuodeosastohoidossa ja laitoshoidossa on tapahtunut selvä rakenteellinen muutos perusterveydenhuollon ja muun perustasoisen kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon suuntaan, somaattisen erikoissairaanhoidon kustannukset olivat vuonna 1991 yli puolet laitos- ja vuodeosastohoidon kokonaiskäyttömenoista.

3. Laitos- ja vuodeosastohoidon yksikkökustannusten muutokset

Laitoshoidon ja vuodeosastohoidon yksikkökustannukset ovat kehittyneet varsin eri tavalla. Seuraavassa on esitetty hoitopäiväkustannukset ja niiden reaalin kehitys elinkustannusindeksillä deflatoituna.

	hoitopäiväkustannus 1991, mk	reaalinen nousu vuodesta 1980, %
somaattinen erikoissairaanhoito	1520	90
mielisairaanhoito	700	154
terveyskesk.sairaalat, yl.lääk.j.	500	25
vanhainkodit	350	55
kehitysvammalaitokset	630	68
yhteensä	720	69

Luvut perustuvat osittain arvioihin. Suuruusluokaltaan hoitopäivien kustannuserot eri toimintamuodoissa ja niiden yksikkökustannusten kehitystä kuvaavat luvut ovat oikeita.

Hoitopäiväkustannus on noussut nopeammin erityistasoisessa kuin perustasoisessa hoidossa . Suurin nousu on ollut mielisairaanhoidossa ja pienin nousu on yleislääkärijohtoisissa terveyskeskuksissa, joskin tietojen epävarmuuden

takia vanhainkotien ja terveyskeskussairaaloiden yksikkökustannusten kehityksen eroihin tulee suhtautua varoen.

4. Hoitajaksojen muutokset vuodeosastohoidossa

Hoitopäiväkustannusten nopea nousu mielisairaanhoidossa johtuu osittain siitä, että hoitajakset ovat lyhentyneet vuoteen 1991 noin puoleen siitä, mitä ne olivat vuonna 1980. Asiakaskunnan keskimääräinen hoidon tarve on samalla noussut. Henkilöstöä hoidettavaa kohti tarvitaan nykyään enemmän kuin kymmenen vuotta sitten. Myös somaattisessa hoidossa yleissairaaloiden hoitajakset ovat lyhentyneet, mikä myös osaltaan selittää hoitopäiväkustannuksen nousua. Terveyskeskussairaaloissa keskimääräiset hoitajakset ovat säilyneet 1980-luvun lopulla samanpituisina. Vanhainkotien ja kehitysvammalaitosten hoitajaksojen pituuksista ei ole valtakunnallisia tilastoja.

Hoitajakson pituuden muutokset kuvaavat hoitokäytäntöjen muutoksia ja meneillään olevaa hoidon porrastuksen muutosta. Sosiaali- ja terveysministeriö on selvittänyt², miten henkilöstön määrä hoitajaksoa kohti laskettuna on muuttunut eri vuosina. Yleissairaaloissa vuosittaisten hoitajaksojen määrä sairaalan työntekijää kohti suhteutettuna on kasvanut keskimäärin 1,4 % vuodessa. Terveyskeskussairaaloissa luku on pienentynyt keskimäärin 1,5 % vuodessa. Mielisairaaloissa pieneneminen on ollut vajaan prosentin luokkaa keskimäärin vuodessa.

Asiakasvirtojen määrässä mitattuna työn tuottavuus on noussut somaattisen erikoissairaanhoidon vuodeosastohoidossa ja alentunut terveyskeskussairaaloissa. Toisaalta mittari on siinä suhteessa ongelmallinen, että hoidon porrastuksen toteuttaminen perustuu nimenomaan työnjakoon, jossa pitkäaikaishoitoa tarvitsevat siirretään alemmille hoidon portaille, nimenomaan terveyskeskuksiin. Näinollen mittari ei kuvaa niinkään toiminnan tuloksellisuuden muutoksia, vaan työnjaon muutosta hoitojärjestelmässä.

5. Terveystenhuollon avohuolto ja vuodeosastohoito

Oheisessa taulussa on verrattu terveydenhuollon osalta avohuollon ja vuodeosastohoidon kehitystä vuodesta 1980 vuoteen 1990.

1. Terveystenhuollossa avohuollon käyntikerrat ovat kasvaneet 23 % ja vuodeosastohoidossa hoitopäivät alentuneet 13 %. Vaikka valtaosa avohuollon käyntikertojen kasvusta onkin kohdistunut perusterveydenhuoltoon, käyntikertojen kasvuprosentit ovat olleet erikoissairaanhoidossa noin kaksinkertaiset perusterveydenhuoltoon verrattuna. **Avohuolto ei ole kehittynyt niin selvästi perusterveydenhuollon suuntaan kuin vuodeosastohoito.**

2. Avohuollon käyttömenojen kasvu on ollut jonkin verran suurempaa erikoissairaanhoidossa kuin perusterveydenhuollossa, päinvastoin kuin

² Julkaisussa Kohti Hyvää Suomea, stm:n julk. 1991:1

vuodeosastohoidossa. Kokonaisuutena avohuollon käyttömenot (vuoden 1990 hinnoin noin 5,6 miljardia mk) ovat kasvaneet jokseenkin saman verran kuin vuodeosastohoidossa (5,2 miljardia mk). Sen sijaan suhteellinen kasvu on ollut avohuollossa runsas kaksi kertaa niin suuri kuin vuodeosastohoidossa. Tämä voidaan tulkita palvelurakenteen muutokseksi avohuollon suuntaan. Olennaista on kuitenkin se, että terveydenhuollon resurssija (markoissa mitattuna) on lisätty jokseenkin samalla

Hoitokäytännön muutokset (tuottavuus) terveyspalveluissa vuosina 1980–90, prosenttia vuodessa

Tuottaja	Sairaalahoido, hoitajakset henkilöstöä kohti 1980–1990	Avohoito, lääkäri-ikäykäykset henkilöstöä kohti 1980–1990
Julkinen sektori	-0,4	-2,2
Yleissairaalat	1,4	-2,7
Yliopistosairaalat	1,9	-4,3
Keskussairaalat	0,9	-1,2
Aluesairaalat	0,4	-0,8
Paikallissairaalat	2,7	-4,3
Terveyskeskussairaalat	-1,5	-1,8
Mielisairaalat	-0,8	-5,4
Yksityinen sektori yhteensä	0,9	-28,8
Terveyspalvelut yhteensä	-0,4	-2,5

Lähde: Kohti hyvää Suomea, STM:n julk. 1991:1
tuottav/tuottav2.xls

Keskimääräiset hoitajaksojen pituudet

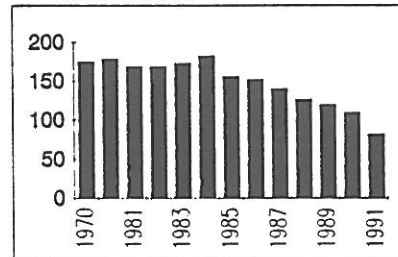
Vuosi	Yleis- sairaa- lat	Mieli- sairaa- lat	Terveyskeskukset Yhteen- sä	Siitä erik.l.joht.
1970	12,6	175		
1980	8,3	179		23
1981	8,2	169		25,9
1982	7,9	169		24,9
1983	7,8	173		29
1984	8	183		32
1985	7,7	156		29,4
1986	7,6	152		25,2
1987	7,3	140		27,8
1988	7	126	35	24,9
1989	6,9	119	35	18,5
1990	6,6	109	34	17,9
1991	5,9	82	34	17,3

Vanhainkodit ja kehitysvammalaitokset

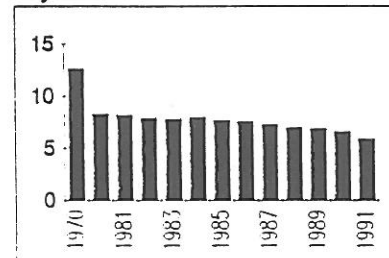
ei tietoa hoitajakoista

Lähde: Sairaalaalilasto, Sairaalaalilisto
tuottav/hojapit2.xls

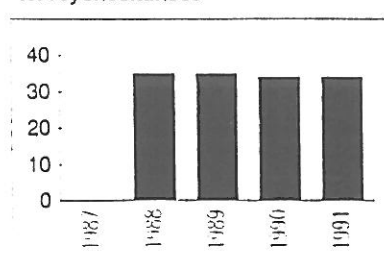
mielisairaalat



yleissairaalat



terveyskeskukset



määrällä sekä avo- että vuodeosastohoidossa. **Rakenteellinen muutos ei ole siis tapahtunut niin, että avohuolto olisi terveydenhuollon sisällä korvannut vuodeosastohoitoa.**

3. Vuodeosastohoidossa hoitopäiväkustannus (käyttömenot hoitopäivää kohti laskettuna) oli vuonna 1990 keskimäärin noin 900 mk. Avohuollossa käyntikerran kustannus noin 250 mk eli keskimäärin neljännes vuodeosastohoidon kustannuksesta. Yksikkökustannusten vaihtelu on kuitenkin hyvin suurta sekä vuodeosastohoidossa että avohuollossa. **Käyntikerran hinta somaattisessa erikoissairaanhoidossa (671 mk) on samaa suuruusluokkaa kuin mielisairaanhoidossa hoitopäivän hinta (651 mk). Vuodeosastohoitoapäivä terveyskeskuksissa (noin 500 mk) on selvästi halvempaa kuin keskimääräinen käyntikerran kustannus erikoissairaanhoidossa.**

4. Hoitojakson keskipituudesta on tietoa vain vuodeosastohoidon osalta ja tietoa kymmenvuotisjaksolta vain erikoissairaanhoidosta. Hoitojakso-mittari sopii kuitenkin paremmin erikoissairaanhoitoon kuin perusterveydenhuoltoon. Avohuollossa on käytetty tehokkuusmittarina mm. lääkärikäyntien määrä työntekijää kohti (edellä esitetty stm:n tutkimustulos). Tällaisen mittarin mukaan vuosina 1980-90 tuottavuus olisi laskenut avohuollossa keskimäärin noin 2, 5 % vuodessa. Mittari on kuitenkin monessa suhteessa ongelmallinen. Väestön terveydentilaa voidaan tuskin parantaa yksiviivaisesti niin, että lyhennetään potilaskäyntiin varattua aikaa.

6. Sosiaalihuollon avohuolto ja laitoshuolto

Keskeistä tietoa vanhusten avo- ja laitoshuollosta sosiaalihuollon osalta on koottu oheiseen tauluun.

1. Vanhustenhuollossa kustannusrakenne on kehittynyt avohuollon suuntaan. Kuitenkin rakenne on vielä selvästi laitospainotteinen. Laitoshuollon eli vanhainkotien osuus kustannuksista oli vuonna 1990 kaksi kolmannesta. Vuonna 1986 osuus oli vajaa kolme neljänestä. Absoluuttisesti avohuollon menot ovat nousseet noin kaksi kertaa (634 milj. mk) niin paljon kuin vanhainkotien menot. Vanhainkotien paikkaluku on alentunut noin 2 % Kaiken kaikkiaan vanhustenhuollon menot olivat vuonna 1990 noin 4,9 miljardia markkaa, josta laitoshuollon osuus 3,2 miljardia mk.

2. Avohuollon sisäinen palvelurakenne on yksipuolinen. Kodinhoitoavun osuus avohuollon menoista on 63 % (jos palvelutalot luetaan avohuoltoon). Tilastot viittaavat myös kodinhoitoavun voimakkaaseen kustannuskehitykseen. Vaikka kodinhoitoavun volyyymi työtunneissa tai kotitalouksissa mitattuna ei ole juurikaan kasvanut, reaaliset käyttömenot ovat nousseet yli 40 % neljässä vuodessa. Tilastojen mukaan käyttömenot työtuntia kohti nousivat reaalisesti 39 % Tietoon tulee kuitenkin suhtautua varauksellisesti mahdollisten tilastovirheiden takia.³

³ Yleinen sääntö sosiaalihuollon valtakunnallisissa tilastoissa on se, että mielenkiintoinen havainto voi johtua joko tilastovirheestä tai tosiasiallisesta tilanteesta. Koskaan ei voi varmasti tietää, kumpi selitys on oikea. Toivottavasti tietojärjestelmät ovat luotettavampia kunnissa.

Sosiaalihuollon avo – ja laitoshuollon kehitys – vanhustenhuolto

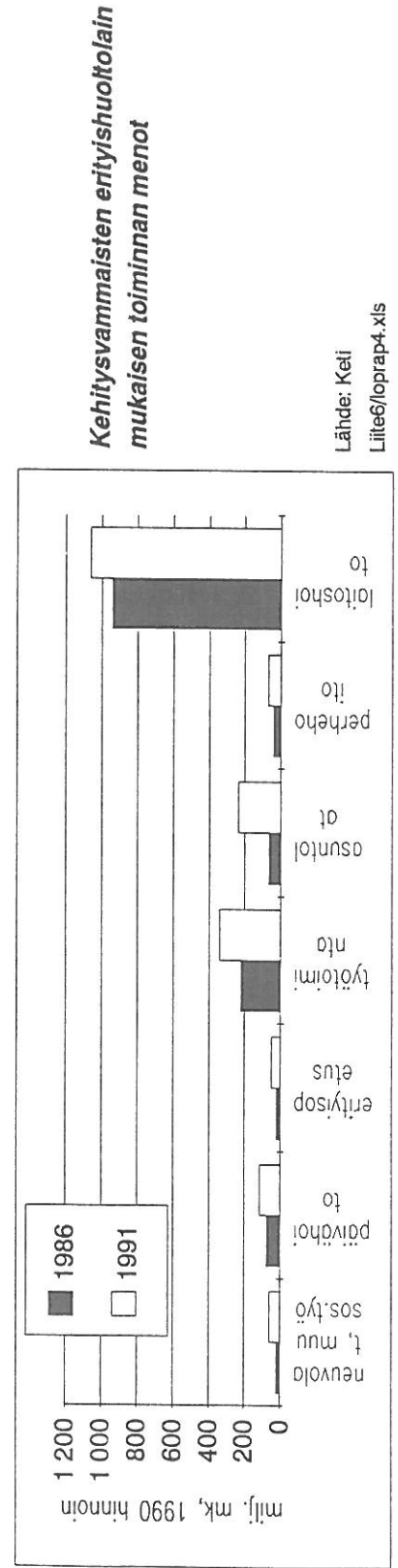
liite6/loprap3.xls

Kaikki markkamäärät on esitetty vuoden 1990 hinnoin

	1 986	1 990	Muutos	
Vanhainkodit				
Hoitopaikkoja	30 426	29 791	-635	-2%
Hoitopäivät, 1000	9 846	9 396	-450	-5%
Käyttömenot, milj. mk	2 875	3 242	367	13%
Käyttömenot /hoitopäivä, mk,	292	345	53	18%
Palvelutalot				
Asuntoja/hoitopaikkoja	3 931	5 579	1 648	42%
Käyttömenot, milj. mk	36	110	74	202%
Muut avohuollon tukimuodot				
Vanhusten kodinhoitoapu				
Kotitalouksia, 1000	119	127	8	7%
Työtunteja, 1000	9 387	9 664	277	3%
Käyttömenot, milj. mk	743	1 064	321	43%
Käyttömenot työtuntia kohti, mk	79	110	31	39%
Käyttömenot kotitaloutta kohti, mk vuodessa	5 411	7 429	2 018	37%
Tukipalvelut				
Sisältää myös vammaiset, joiden osuus tuen saajista vuonna 1990 oli 12 %.				
Kotitalouksia palvelujen piirissä, 1000	37	68	31	84%
Näistä ateriapalvelujen piirissä	22	34	12	55%
Käyttömenot, milj. mk	99	198	99	100%
Käyttömenot kotitaloutta kohti, mk vuodessa	2 703	2 924	221	8%
Vanhusten, vammaisten ja pitkäaikaissairaiden kotihoidon tuki				
Vuonna 1990 yli 64-vuotiaita tuen saajia oli 13 150 eli 63 %.				
Tuen saajia vuoden aikana, 1000	14	21	7	50%
Käyttömenot, milj. mk	156	288	132	85%
Muuta, 1986 arvioita				
Päivätoiminnan käyttömenot, milj. mk	5	10	5	100%
Sosiaalinen lomatoiminta, milj. mk	10	13	3	30%
Käyttömenot yhteensä, milj.mk				
	3 924	4 925	1 001	26%
<i>Siitä, avohuolto</i>	1 049	1 683	634	60%
<i>laitoshuolto</i>	2 875	3 242	367	13%
Kustannusrakenne				
	100%	100%		
<i>avohuolto</i>	27%	34%		
<i>laitoshuolto</i>	73%	66%		

Kehitysvammahuollon kehitystä

	Milj. mk, 1990 hinnoin		Rakenne	
	1986	1991	1986	1991
	Muutos			
Erytishuoltolain mukainen toiminta				
Pääosin kuntainliittojen järjestämää				
neuvolat, muu sos.työ	21	58	37	178%
päivähoito	77	114	37	48%
erityisopetus	23	50	27	115%
työtoiminta	222	340	118	53%
asuntolat	67	238	171	255%
perhehoito	44	70	26	59%
laitshoito	941	1 061	120	13%
YHTEENSÄ	1 396	1 931	535	38%
Muu kehitysvammaisten tuki				
Pääosin peruskunnan järj. sos.huollon palveluja ja muiden ter. huoltopalveluja				
Kodinhoitoapu	Järjestetään usein muiden väestöryhmien palvelujen yhteydessä. Ei tietoa määrästä.			
Tukipalvelut				
Terveydenhuoltopalvelut				
Ym.				



3. Vanhustenhuollossa avohuollon painoalueita ovat olleet palvelutalot, tukipalvelut ja kotihoidon tuki. Palvelutaloasuntojen määrä on oli vuonna 1990 kuitenkin vain 5 600 eli vain 19 % vanhainkotipaikoista. Palvelutalojen tilastoidut käyttömenot olivat vain runsas 3 % vanhainkotien käyttömenoista. Myös palvelutalotoiminnan kustannuksiin tulee suhtautua varauksellisesti, koska palvelutaloratkaisut ja menojen kirjaamiskäytännöt vaihtelevat suuresti.

4. Tukipalvelujen reaaliset käyttömenot ovat nousseet neljässä vuodessa kaksinkertaisiksi ja ovat silti vähäisiä koko palvelujärjestelmässä (noin 200 milj. mk). Kotihoidon tukeen (vajaa 300 milj. mk) pätevät samat asiat.

Kehitysvammahuollon kustannusrakenne oli vuonna 1986 jokseenkin siinä tilanteessa kuin vanhustenhuolto vuonna 1990.

1. Vuonna 1986 kehitysvammahuollon menoista kaksi kolmannesta oli laitoshoidon menoja. Vuoteen 1991 osuus oli pudonnut 55 %:iin. Kehitysvammahuollossa on kehitetty viime vuosina voimallisesti asuntoloita, jotka toiminnallisesti vastaavat suurinpiirtein (joskaan ei välttämättä fyysisesti) vanhusten palvelutaloja. Kehitysvammahuollossa asuntoloiden käyttömenot olivat vuonna 1991 runsas kaksi kertaa niin suuret kuin tilastoidut palvelutalomenot vanhustenhuollossa. Kasvu on ollut 255 %.

2. Kokonaisuudessaan kehitysvammahuollon reaaliset käyttömenot kasvoivat viisivuotiskaudella keskimäärin 7,6 % vuodessa, kun vanhustenhuollossa kasvu oli nelivuotiskaudella keskimäärin 6,5 % vuodessa. Kehitysvammahuollossa rakennemuutos on perustunut ensisijaisesti kasvun varaan. Esim. laitoshoitopaikkojen määrää ei ole olennaisesti vähennetty.

7. Palvelurakenteen muutoksen suuntia

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenne on muuttunut koko maan tasolla avohuollon suuntaan. Muutosta voitaisiin kuvata oheisella kuviolla, joka on tehty erityisesti terveydenhuollon näkökulmasta:

<u>erikoistasoinen avohuolto</u>		erikoistasoinen laitoshoido tai vuodeosastohoito
		välimuoto
<u>perustasoinen avohuolto</u>		perustasoinen laitoshoido tai vuodeosastohoito
<u>asuminen</u>		

1. Avohuoltoa on kehitetty ensisijaisesti laitoshuollon ja vuodeosastohoidon rinnalle. Ja vaikka avohuolto olisi toiminnallisesti kyennyt osittain korvaamaan laitoshuoltoa tai vuodeosastohoitoa, laitos- ja vuodeosastohoidon kustannukset eivät ole pienentyneet siinä määrin kuin toiminnallinen muutos antaisi aiheen olettaa.

2. Toisaalta sekä avohuollossa että laitos- tai vuodeosastohoidossa on tapahtunut sisäisiä rakenteen muutoksia. Terveystenhoitossa avohuolto on kehittynyt suhteellisesti nopeammin somaattisessa erikoissairaanhoidossa kuin perustasoisessa avohuollossa terveyskeskuksissa. Vaikka valtaosa asiakasvirroista kulkee tai ohjautuu perusterveydenhuoltoon, **avohuolto on kasvanut suhteellisesti nopeammin erikoissairaanhoidossa kuin perusterveydenhuollossa.**

3. Vuodeosastohoidossa rakenne on muuttunut sekä toiminnaltaan että kustannuksiltaan perusterveydenhuollon suuntaan. Vuodeosastohoidon kustannukset ovat kuitenkin nousseet keskimäärin 1980-luvulla reaalisesti 4,3 % vuodessa, vaikka hoitopäivien määrä on vähentynyt noin 2 %:lla keskimäärin vuodessa.

4. Sosiaalihuollon vanhustenhuollossa ja etenkin kehitysvammahuollossa palvelurakenteen muutos avohuollon suuntaan on tapahtunut terveydenhuollon tapaan kokonaisresursseja lisäämällä. **Lisäksi vanhustenhuollossa avohuollon palvelurakenne on yksipuolinen.** Kaksi kolmannesta avohuollon kustannuksista oli vuonna 1990 kodinhoitoapua, vaikka tukipalveluja, palveluasumista ja kotihoidon tukea on kehitetty.

5. Palvelurakenteeseen on kehittymässä erilaisia välimuotoja. Näitä ovat hoivakodit, pienryhmäkodit ja palvelutalot avo- ja laitoshuollon välimaastossa. Toisaalta erikoistason ja perustason hoidon raja on muuttumassa. Toiminta on siinä suhteessa harmaata, että sen laajuudesta ei ole tarkkaa kuvaa, koska tilastot eivät erittele välimuotoja. Toisaalta se on harmaata sen takia, että tällä alueella perinteisen avo- ja laitoshuollon sekä perinteisen erikois- ja perustason välinen raja alkaa hämärtyä. Aina ei tiedetä, mihinkä laatikkoon kukin palvelumuoto tulisi lukea.

6. Erityisesti pitkäaikaishoitoa vaativien vanhusten palvelujen järjestämisessä on asumisella suuri merkitys sekä avo- että laitoshuollon tukena.

8. Lähtökohtia palvelurakenteen taloudellisuuden arvioinnille

Edellytyksenä taloudelliselle hoidon porrastukselle on se, että tehtäviä ja asiakkaita "luovuttavan" hoidon portaan kustannussäästöt ylittävät vastaanottavan tai "korvaavan" hoidon portaan lisäkustannukset. Tai ainakin samalla kokonaiskustannuksella "hoidettujen asiakkaiden läpivirtaus" koko järjestelmässä olisi aikaisempaa suurempi. Kokonaissäästöt tai kokonaislisäkustannukset muodostuvat lisäkustannusten ja kustannussäästöjen erotuksesta.

Palvelurakenteen kehittämiseen aikaisempaa taloudellisemmaksi liittyy monenlaisia mahdollisuuksia asiakasvirtojen ohjaamisessa ja henkilöstön joustavassa käytössä muuttuvien asiakasvirtojen ja tehtävien mukaan. Seuraavassa asiaa tarkastellaan ensisijassa pitkäaikaishoitoa vaativien näkökulmasta. Avohuollon kustannusten laskentaan liittyy joitakin mittaamisen ongelmia, esimerkiksi seuraavia:

1. Vaikka suurin osa korvaavista avohuollon tuen muodoista kuuluu sosiaali- ja terveystoimen pääluokkaan kunnan tulo- ja menoarviossa, merkittävä osa on sosiaali- ja terveystoimen ulkopuolista toimintaa, mm. asumiseen kohdistuvat tukitoimet. Myös erilaisilla Kelan maksamilla avohuollon tulotuen muodoilla on välillistä vaikutusta avohuollon palvelujen rahoituslähteenä.

2. Avohuollon tuki muodostuu joukosta erilaisia tuen muotoja, joita on mahdollista yhdistellä hyvin monilla tavoilla. Tilastojen avulla ei kyetä luomaan hallittavaa kuvaa erilaisista vaihtoehdoista ja niiden kustannuksista.

3. Avohuoltoa luonteeseen kuuluu, että erilaisten tukimuotojen intensiteettiä – esimerkiksi kodinhoitoapua ja kotisairaanhoidoa – voidaan tarvittaessa lisätä. Tähän erityisesti perustuu avohuollon taloudellisuus pitkäaikaiseen laitoshoittoon verrattuna, jossa palvelujen määrä ja kustannukset eivät aina joustu samassa määrin yksilöllisesti vaihtelevien tarpeiden mukaan. Tilastot eivät kuvaa riittävästi avohuollon tukimuotojen intensiteetin vaihtelua.

4. Avohuollon palvelumuodot eivät ole kohderyhmiin sidottuja yhtä lailla kuin laitoshoidossa. Avohuoltoa tulee tarkastella yhtenä kokonaisuutena.

Seuraavassa pyritään antamaan mielikuvaa siitä, millaisilla erilaisilla avohuollon toimintamuodoilla olisi mahdollista korvata pitkäaikaista laitoshoidoa ja vuodeosastohoidoa sekä mitä nämä eri toimintamuodot maksavat. Pohjaksi laskelmassa on otettu työryhmän esittämät **koko maan** ohjeluvut pitkäaikaishoitopaikkojen tulevaksi määräksi.

9. Työryhmän esittämien tavoitevaihtoehtojen kustannusvaikutuksia

Seuraavassa laskelmassa on tavoitteena sellainen palvelurakenne, joka kykenee pitemmällä aikavälillä hoitamaan nykyistä taloudellisemmin erityisesti jatkuvia palveluja tarvitsevien asiakkaiden tarpeet.

9.1 Laskelman lähtökohdat

Laskelman **ensimmäinen lähtökohta** on, että vuonna 1990 käytössä olleella henkilöstömäärällä kyetään vastaamaan 1990-luvulla todennäköisesti jonkin verran lisääntyviin palvelutarpeisiin.

75 vuotta täyttäneiden vanhusten määrän ennustetaan kasvavaan kymmenessä vuodessa noin 15 % eli noin 44 000:lla. **Väestörakenteen muutos ei ole kovin suuri edelliseen vuosikymmeneen verrattuna**, jolloin kasvu oli 43 % (86 000). Suurimmat muutokset ovat vuoden 2000 jälkeen. **Ilmeisesti palvelujen tarve 75 vuotta täyttäneitä kohti on kuitenkin kasvussa.** Elinkeinorakenteen ja maassamuuton seurauksena aikaisempaa useampi vanhus joutuu turvautumaan julkisiin palveluihin tai muihin kodin ulkopuolisiin avun lähteisiin, koska turvaa ja palveluja ei ole mahdollista saada omaisilta ja lähiympäristöltä siinä määrin kuin menneinä vuosikymmeninä. Vanhusten – kuten myös muiden väestöryhmien – palvelutarpeiden kehitykseen vaikuttavat väestörakenteen muutoksen ohelle hyvin

monet yhteiskunnan rakenteen ja ns. elämänmuodon kehityssuunnat. Näiden yhteisvaikutusta on vaikeata arvioida ja ennakoida. Lisäksi muutokset ovat erilaisia maan eri puolilla.

Toinen lähtökohta on, että asiakasvirrat muuttuvat. Nykyistä taloudellisemman palvelujärjestelmän edellytys on, että tavoitetilassa **asiakkaat ohjautuvat** aikaisempaa herkemmin sellaisen hoidon tai palvelun piiriin, joka maksaa yhteiskunnalle vähemmän kuin se, jonka piiriin asiakkaat nykyisin ohjautuvat. Ohjautumiseen voidaan vaikuttaa monilla tavoilla, joista osa on vahvoja ohjauskeinoja ja osa heikkoja. Vahvin ohjauskeino on tarjonnan muutos. Laskelmassa oletetaan yksiviivaisesti, että laitospalvelujen kokonaistarjontaa vähennetään ja rakennetta muutetaan, jolloin asiakkaat ohjautuvat vahvimmalla mahdollisella tavalla avohuollon piiriin.

Kolmantena lähtökohtana on, että henkilöstön käyttö muuttuu. Toisaalta henkilöstön toimenkuvat ja tehtävät muuttuvat. Toisaalta työpaikka voi muuttua, myös toiselle paikkakunnalle. Henkilöstön oletetaan siirtyvän osittain asiakasvirtojen mukana; toisaalta mahdollisesti jokin verran laitoshoidon sisällä laitoksesta toiseen – esimerkiksi erikoistason sairaala – ja laitoshoidosta perustasoiseen hoitoon terveyskeskuksissa. Pääosin henkilöstön oletetaan siirtyvän vuodeosasto- ja laitoshoidosta avohuoltoon. Laskelmassa arvioidaan nimenomaan tätä siirtymää.

Neljäntenä lähtökohtana on ns. kiinteän palvelurakenteen kahdensuuntainen muutos. Sairaalat ja laitokset samoin kuin erilaiset avohuollon toimintayksiköt (terveyskeskukset, palvelutalot, päiväkeskukset ym.) muodostavat nykyisen palvelurakenteen kiinteän rungon tai kiinteän infrastruktuurin.⁴

Osa sairaaloista ja laitoksista tai niiden osista oletetaan tyhjenevän, kuten jo on tapahtunutkin. Tyhjenevästä laitoksesta syntyviä kustannuksia ei ole otettu huomioon laskelmassa. Tyhjän laitoksen vaihtoehto on laitoksen käyttötarkoituksen muutos. Vaikka kiinteän infrastruktuurin maantieteellistä sijaintia ei voida muuttaa – tältä osin esim. sairaalarakennus on ns. uponnut kustannus – sen käyttötarkoitus voidaan muuttaa. Sadan paikan vanhainkodin peruskorjaus 50 paikan palvelutaloksi saattaa olla kannattavampaa kuin rakennuksen myyminen ja uuden palvelutalon rakentaminen – jos sellainen on pakko luoda.

Vähenevä laitospaketeetti joudutaan osittain korvaamaan uudella kiinteällä palvelurakenteella. Jossain määrin joudutaan rakentamaan uusia asuntoja, joihin palvelut on mahdollista yhdistää joustavasti. Kolmi- ja nelikerroksisiin taloihin on järkevää ja taloudellista rakentaa hissejä. Asuntoja tulee peruskorjata ja muuttaa liikuntavammallisille sopiviksi. Hälytin ja turvajärjestelmiä tulee lisätä. Jne.

⁴ **Kiinteällä palvelurakenteella** tarkoitetaan tässä konkreettista, fyysistä tai aineellista palvelurakenteen osaa, joka on maantieteellisesti tiettyyn paikkaan sidottua ja jonka voi nähdä omilla silmillään. Mm. laitokset ovat tällaisia. Kiinteän rakenteen vastakohta on **liikkuva tai virtaava rakenne**. Tällaisia ovat esim. rahavirrat – jotka nykyään liikkuvat hyvin sukkelaan paikasta toiseen, tosin yleensä muualla kuin sosiaali- ja terveydenhuollossa – ja etenkin henkilöstövirrat. Käytännössä henkilöstössä on nykyään myös kiinteän palvelurakenteen piirteitä. Osa henkilöstöstä voi olla laitostunutta, kuten asiakkaansakin.

Viides laskennan lähtökohta koskee tarkasteltavan järjestelmän laajuutta ja laskennan laajuutta. Tässä laskennassa kohdennetaan asiakasvirtoja ja henkilöstöresursseja uudelleen järjestelmässä, joka muodostuu terveydenhuollosta sekä vanhuksille ja kehitysvammaisille palveluja tuottavasta sosiaalihuollon osasta. Myös tarpeelliset investoinnit on pyritty ottamaan huomioon. Kaikki kustannuslaskenta on aina – pakosta – jonkin järjestelmän sisäistä laskentaa. Sen yhteyksiä "ulkomaailmaan" ei koskaan voi ottaa riittävästi huomioon. Ulkopuolelle tässä tapauksessa on jouduttu jättämään esimerkiksi:

- lasten päivähoidon resurssit, joiden osittainen muunto esim. vanhustenhuollon tarpeisiin saattaa hyvinkin olla järkevää ja mahdollista, jos syntyvyysluvut alenevat niinkuin on ennustettu.

Laskennassa on kuitenkin otettu huomioon eräitä varsinaisen sosiaali- ja terveydenhuollon "ulkopuolisia" tahoja, esimerkiksi

- Asuntotoimen järkevällä kehittämisellä voidaan merkittävästi vähentää vanhusten ennen aikaista muuttoa pois kotoa tai joutumista laitoksiin .
- Kansaneläkelaitos maksaa erilaisia avohuoltoa tukevia etuuksia, joilla on merkitystä avohuollon rakenteen osina.

Kuudentena lähtökohtana ovat laskennan "filosofiaa" ja tekniikkaa koskevat rajaukset. Tämän laskelman tarkoituksena on luoda mielikuvia mahdollisuuksista kehittää palvelujärjestelmää kustannuslaskennan avulla. Hyvin tärkeitä on se, miten kustannuksiin ja kustannuslaskentaan suhtaudutaan. Yleinen suhtautuminen kustannukseen on kaksijakoinen: se joko kertoo jotain menneisyydestä tai se kuvaa jotain tulevaisuudesta. Tällainen passiivinen asenne kustannukseen on tyypillistä julkishallinnolle, jossa kustannuksiin liian usein suhtaudutaan pelkästään annettuina tekijöinä (budjettiraameina jne.). Tällöin kustannusten ajatellaan seuraavan toiminnasta tai ennakoivan sitä. Tällainen asenne kustannuksiin on väärä. Kustannukselle tulee antaa aktiivisempi osa toiminnan kehittämisessä. Budjettiraamiin tulee suhtautua mahdollisuutena ei mahdottomuutena. Parhaimmillaan budjettilaskenta vapauttaa näkemään erilaisia vaihtoehtoja saman raamin sisällä.

Jos kustannuslaskentaan suhtaudutaan aktiivisesti, on aika lailla mieletöntä kysyä: Kumpi on halvempaa, avo- vai laitoshuolto? Kysymys soveltuu passiiviseen kustannuslaskentaan, jossa kustannuslaskija ei yritäkään kehittää avo- ja laitoshuoltoa taloudellisempaan suuntaan, ei yritäkään eritellä hyviä kustannuksia huonoista kustannuksista jne. Aktiivisessa kustannuslaskennassa myönnetään mahdollisuus, että sekä avohuoltoa että laitoshuoltoa voidaan kehittää taloudellisesti tai epätaloudellisesti. Yleinen "totuus" jomman kumman taloudellisuudesta toiseen verrattuna perustuu passiiviseen kustannuslaskentaan. Ilmeisesti on myös niin, että avo- ja laitoshuoltoa ei tule laskea toisistaan irrallisina vaihtoehtoina, vaan pyrkiä vaihtoehtoihin, jossa ne täydentävät toisiaan. Kenties taloudellisimmat ja toimivimmat ratkaisut löytyvät avo- ja laitoshuollon välimaastosta.

Laskelman perusvuosi on 1990 ja tavoitevuosi 2000. Perusvuoden valintaan on vaikuttanut lähinnä tilastojen saatavuus. Laskennan lopullisen tavoitteen kannalta sillä ei ole kovin suurta merkitystä, että perusvuosi on jo historiaa. Markkasuureet esitetään

vuoden 1990 hintatasossa. Vuoden 2000 tavoitetasossa on otettu huomioon reaali-palkkojen nousu yhdellä prosentilla vuosittain. Investoinneille on asetettu 4 %:n korkovaatimus ja ne on jaksotettu annuiteettimenetelmällä investoinnin arvioidulle käyttö- eli hyötyjälle. Mainittakoon, että investointien kustannuslaskentaan sisältyy tässä laskelmassa vielä paljon ongelmia. Esimerkiksi: Miten arvioidaan investoinneista saatava hyöty?

Hyötyihin liittyy seuraavan laskennan suurin vaje. Hyötyjä ei ole tässä ehditty arvioimaan. Kustannuslaskelmat ilman hyöty- tai vaikuttavuusarvioita ovat puolinaisia. Tässä kohden laskennassa on vielä paljon kehittämistä.

Tavoitevaihtoehdon laskenta jakautuu kahteen osaan. Toisaalta voidaan karkein oletuksin arvioida, paljonko laitoshoidosta voisi vapautua resursseja avohuollon käyttöön, mikäli laitoshoidolle asetetaan palvelurakennetyöryhmän muistiossa asetetut määrälliset tavoitteet. Laitoshoidon määrää mitataan paikkaluvuilla ja hoitopäivillä. **Toisin sanoen paikkaluvut vuonna 2000 kiinnitettiin laskelmassa.** Muut suureet (laitoshoidossa lähinnä henkilöstömäärä, hoitopäivien määrä ja kuormitusprosentti ja avohuollossa laitoshuollosta vapautuvat henkilöstö, kelan tulotuki ja investointipaketti) tavallaan alistettiin tavoitteelle ja etsittiin kokeilemalla erilaisia vaihtoehtoja päämäärän saavuttamiseksi. Laskennan toinen puoli muodostuu laitoshoidosta vapautuvien resurssien vaihtoehtoisista käyttömahdollisuuksista avohuollossa. Avohuollon laskentaan liittyy myös "investointipaketti", jolla tuetaan laitoshoidon osittain korvaavan avohuollon luomista.

Laskelman perusasetelmana on tietty **budjettiraami.** Henkilöstöresursseja siirretään laskennallisesti laitoshuollosta avohuoltoon. Se, millaisia resurssimääriä voidaan ajatella siirrettävän laitospuolelta avohuoltoon on luonnollisesti laskelman kriittisin vai vaikein kohta. Epäonnistumisen mahdollisuuksia on kahta päälajia.

Toisaalta asiakkaita (tai oikeammin asiakas – tai palveluvirtoja) ohjataan avohuoltoon ilman, että laitoksista vapautuisi riittävästi henkilöstöä, jotka järjestäisivät avohuollon uusille asiakkaille riittävästi palveluja.

Toisaalta laitoksista voidaan irrottaa liikaa resursseja, jolloin laitoksiin jäävien – yleensä vaikeampihoitoisten – asiakkaiden palvelut vaarantuvat.

Resurssien siirrot tulee mitoitaa ottaen huomioon palvelutarpeet molemmissa päissä. Kolmanneksi tulee huolehtia siitä, että siirron seurauksena syntyy synergiaa. Resurssien osittaisessa siirrosta avohuoltoon ei olisi mitään mieltä, ellei ole syytä olettaa, että näin pystytään hoitamaan aikaisempaa taloudellisemmin ihmisten palvelutarpeet. Ja koska lähtökohtana laskelmassa on kiinteä henkilöstöraami, taloudellisuuden tulee ilmetä niin, että samoilla yhteenlasketuilla resursseilla kyetään huolehtimaan laajemmasta joukosta väkeä kuin ennen siirtoa. Myös joukon laajeneminen tulee ottaa huomioon laskelmassa.

Edellä mainittujen tavoitteiden yhteensovittamiseksi tehtiin joukko vaihtoehtoisia laskelmia, joiden tuloksia tarkasteltiin kaikista kolmesta em. näkökulmasta. Vaihtoehdot liittyivät paikkaluvun ja henkilöstömäärän vähenemisen suhteeseen laitos- ja vuodeosastohoidossa. Kokeiltiin kolmea vaihtoehtoa:

- a) paikkaluku ja henkilöstö vähenevät samassa suhteessa

- b) paikkaluvun vähentyessä kahdella henkilöstö vähenee yhdellä
- c) paikkaluvun vähentyessä kolmella henkilöstö vähenee yhdellä.

Vaihtoehto a) vaarantaa laitoshoidon tason. Vaihtoehto c):n havaittiin luovuttavan korvaavaan avohuollon käyttöön niin vähän resursseja, että se puolestaan vaarantaa avohuollon tason. Vaihtoehdon b) havaittiin antavan avohuollolle sen verran resursseja, että ne yhdessä kelan tulotuen ja investointiohjelman kanssa antavat riittävästi resursseja myös toiminnan piiriin laajentamiseen. Se siis valittiin jatkolaskentaan.

9.2 Laitoshoidon vähentäminen

Oheisessa taulussa on esitetty suuntaa-antavasti, kuinka paljon laitoshoidon supistaminen mahdollistaisi resursseja muuhun käyttöön.

Erikoissairaanhoidon paikoilla tarkoitetaan alue- ja keskussairaaloiden somaattisia hoitopaikkoja sekä erikoislääkärijohtoisia terveyskeskuspaikkoja.

Pitkäaikaishoidon paikoilla tarkoitetaan yleislääkärijohtoisten terveyskeskusten vuodeosastojen ja vanhainkotien yhteenlaskettua paikkalukua. Pitkäaikaishoitopaikkoihin voidaan lukea myös hoivakodit, pienryhmäkodit ja muut ns. välimuotoon kuuluvat laitostyyppiset yksiköt. Sen sijaan ei palvelutaloja ⁵

Psykiatrisella laitoshoidolla tarkoitetaan mielisairaalapaikkoja ja kehitysvammahuollon paikoilla keskuslaitospaikkoja.

Paikkalukujen mitoitusperusteissa on otettu huomioon väestön määrän ja rakenteen muutokset, erityisesti vanhusten määrän kasvu.

Tavoitevaihtoehdossa laitospaikkojen määrän on oletettu vähenevän vuoden 1990 tasosta noin kolmanneksen eli noin 91 000 paikasta noin 62 000 paikkaan vuoteen 2000 mennessä. Vähentyminen on noin 3,3 % vuodessa. Suurimmat supistukset koskisivat pitkäaikaishoitoa vanhainkodeissa ja terveyskeskussairaaloissa (noin 15 000 paikkaa).

Hoitopäivien määrän oletetaan alenevan suhteellisesti vähemmän kuin paikkaluvun, jolloin laitosten kuormitus nousee. Itse asiassa hoitopäivien määrän muutos laskettiin asettamalla laitoksille "kuormitusprosentti-tavoitteet". Somaattisessa erikoissairaanhoidossa 90 % ja muissa 95 %.

Vuodeosastohoidon ja laitoshoidon tuntuva vähentäminen perustuu uusiin ajatuksiin laitosten toiminta-ajatuksista, jotka seuraavassa on pyritty karkeasti tiivistämään:

⁵ Termi ei ole paras mahdollinen, koska ilmeisesti myös terveyskeskusten vuodeosastoilla akuuttihoito-osuus kasvaa sitä mukaa kuin toimintakyvyltään parempia vanhuksia kyetään hoitamaan tehostetussa avohuollossa. Tällä hetkellä noin 80–90 prosenttia yl.lääk.joht. terveyskeskussairaalapaikoista on pitkäaikaishoidettavien käytössä. Tavoitetasossa osuus lienee noin 2/3. Vanhainkodeissa pitkäaikaishoitopaikkojen osuus on noin 95 %. Myös vanhainkodeissa tavoitteeseen pääseminen merkitsee lyhytaikaishoidon kasvua.

Laitoshoidon ja vuodeosastohoidon tavoitevaihtoehto

Oletukset resurssien vähenemisen suhteista:

real.ansiot 1,1

Paikkaluvun vähentäminen kahdella vähentää henkilölukua yhdellä

henk.kerroin 0,5		Erikois- sairaan- hoito	Pitkäai- kais- hoito	Psyk. laitos- hoito	Keh.vam- ma- huolto	Yh- teensä
Mitoitus	1990	5,3	16,5	2,3	1,1	18,2
	2000	3,5	10	1,5	0,5	12,1
Paikkaluku	1990	26 167	47 742	11 278	5 349	90 536
	2000	19 086	32 600	7 644	2 548	61 878
Vähennys		-27%	-32%	-32%	-52%	-32%
Hoitopäivät, 1000	1990	7 029	16 264	3 396	1 701	28 390
	2000	6 249	11 312	2 652	882	21 095
Vähennys		-11%	-30%	-22%	-48%	-26%
Kuormitus	1990	74%	93%	82%	87%	86%
	2000	90%	95%	95%	95%	93%
Henkilöstö	1990	40 398	31 197	10 435	4 923	86 953
	2000	34 932	26 250	8 754	3 634	73 570
Vähennys		-14%	-16%	-16%	-26%	-15%
Kustannukset, milj. mk	1990	9 950	6 605	2 222	1 021	19 798
Huom! reaaliansioiden nousu 1 % / vuosi	2000	9 464	6 113	2 050	829	18 457
Vähennys		-5%	-7%	-8%	-19%	-7%
Muutokset 1990–2000						
Paikkaluku		-7 081	-15 142	-3 634	-2 801	-28 658
Henkilöstö 90–2000		-5 466	-4 947	-1 681	-1 289	-13 383
Henkilöstö, muutos per vuosi		-547	-495	-168	-129	-1 338
Kustannukset, milj.mk		-486	-492	-172	-192	-1 341
Kustannukset, muutos per vuosi		-49	-49	-17	-19	-134
Yksikkösuureita 1990 ja 2000						
Henkil./paikka	1990	1,54	0,65	0,93	0,92	0,96
	2000	1,83	0,81	1,15	1,43	1,19
Kustannukset/paikka	1990	380	138	197	191	219
1000 mk vuodessa	2000	496	188	268	325	298
Kustannukset/ hoitopäivä, mk	1990	1 416	406	654	600	697
	2000	1 514	540	773	940	875

Mitoitusperusteet. Huom. reaaliainpaikkojen nousua ei ole otettu huomioon

Erikoissairaanhoito= yleissairaala- ja erik.lääkärijohtoiset terveyskeskussairaalapaikat

1000 asukasta kohti. Tavoitetasoon lisätty 1250 paikkaa yliopistollisen keskussair. erityishoitovelvoitteen takia

Pitkäaikaishoito (somaattinen) = vanhainkoti- ja yleislääkärijohtoiset terveyskeskuspaikat

75 vuotta täyttänyttä kohti

Psykiatrisen laitoshoidon = mielisairaalapaikat 1000 asukasta kohti

Kehitysvammahuolto= kehitysvammahuollon laitospaikat 1000 asukasta kohti

Yhteensä = paikkaluku 1000 asukasta kohti

Lähde: liite6/laitosv2.xls/24.11.92

a) **Somaattinen erikoissairaanhoido keskittyy "korjaavaan", nopearytmiseen hoitoon.** Toisin sanoen siitä "puhdistetaan" majoitus- ja ylläpitopalvelut joko niin, että tarvittaessa operaation jälkeinen hoito hoidetaan saman organisaation puitteissa erillisessä "hotellipalvelutulosyksikössä" tai asiakas siirretään kotiin tehostettuun avohuoltoon, terveystieteiden sairaalaan tai muuhun soveliaaseen paikkaan (hoivakoti, ym). Laskelmassa on ajateltu, että kaikki pitempiaikaiseen laitoshoidoon kuuluvat majoitus- ja ylläpitopalvelut sisältyvät pitkäaikaishoitoon riippumatta siitä, että osa voi tapahtua erikoissairaanhoidon organisaatiossa. Tilastoista voidaan päätellä, että erikoissairaanhoidosta siirrettävät majoitus- ja ylläpitopalvelut maksavat noin 300–500 mk hoitopäivää kohti eli noin kolmanneksen siitä, mitä erikoissairaanhoidon hoitopäivä keskimäärin maksaa. Erikoissairaanhoidosta vähenisi henkilöstöä noin 550 eli noin 1,4 %:a vuodessa.

b) Osa erikoissairaanhoidon hoitopäivistä siirtyy pitkäaikaishoidon puolelle ja osa avohuoltoon. Pitkäaikaishoidosta (vanhainkodit ja yleislääkärijohtoiset terveystieteiden sairaalat) puolestaan siirtävät asiakkaita ja henkilöstöä avohuoltoon Henkilöstö vähenisi 500:lla vuodessa, mikä vastaa 1,6 %:n vähenemistä vuodessa.

c) **Kehitysvammalaitokset keskittyvät syvästi kehitysvammaisten hoitoon.** Lievemmin kehitysvammaiset siirtyvät pääosin peruskuntien järjestämien avohuollon ja asumispalvelujen piiriin. Kehitysvammahuollossa henkilöstöä vähenisi 130 eli 2,6 % vuodessa.

d) **Psykiatrisessa hoidossa viedään loppuun jo alkanut laitoshoidon vähentäminen,** kuitenkin niin, että vain harvoissa tapauksissa pysyväishoidossa olevia siirretään toiseen laitokseen. Mielisairaaloissa henkilöstö vähenisi 170 vuodessa eli 1,6 % prosenttia.

Näillä oletuksien laitoshoidon käyttökustannukset olisivat tavoitetasossaan vuonna 2000 noin 1,3 miljardia markkaa pienemmät kuin vuonna 1990. Reaalinen väheneminen olisi 3,2 miljardia mk, mikäli ansiotason vuosittaista yhden prosentin reaali muutosta ei otettaisi huomioon. Vuositasolla vapautuisi resursseja runsaan 130 miljoonan markan edestä. Laitoshoidon kustannukset vähenisivät 0,7 % vuodessa. Ansiotason muutoksesta "puhdistettu" reaalinen väheneminen olisi 1,7 %. Edellytyksenä edellä mainituille on, että henkilöstöä olisi valmis siirtymään laitosten ulkopuolelle vuosittain noin 1,5 % vuoden 1990 tasosta eli runsas 1 300.

Laitoshoidon henkilöstömitoitusta on tavoitetilassa korotettu vuoden 1990 tasosta (0,96 henkilö per paikka) noin neljänneksellä (1,19:ään), jolloin avohuoltoon on varaa siirtää henkilöstöä noin 13 400 kymmenessä vuodessa.

Arvion toteutuminen riippuu hyvin monista asioista, esimerkiksi

1. Miten uusi valtiosuusi järjestelmä vaikuttaa kehitykseen. Se todennäköisesti vauhdittaa erikoissairaanhoidon supistumista. Jo nyt on erikoissairaanhoido jonkin verran vähentänyt henkilöstöään ja jotkut toimipisteet ovat lakkautusuhalla. Sen sijaan on epätodennäköisempää se, missä määrin vapautuvia henkilöstöresursseja voidaan siirtää muualle, lähinnä avohuoltoon .

2. Ei ole merkkejä siitä, että pitkäaikaishoitopaikat olisivat laman myötä vähentymässä.
3. Kehitysvammahuoltojärjestelmien suunnitelmien mukaan kehitysvammahuollon laitospaikkoja vähennetään vuoteen 1996 mennessä noin 400–500. Kehitysvammahuollon kehittämistyöryhmä asetti tavoitteeksi laitospaikkojen vähentämisen 30 %:lla vuoteen 2000. Tämä on noin 1600 paikkaa eli vähemmän kuin tässä laskelmassa.
4. Alueelliset erot nykyisessä laitospaikkatilanteessa ovat melko suuret. Tosin myös tavoitetasossa alueellinen vaihtelu on perusteltua, esimerkiksi kehitysvammahuollossa. Ilmeisesti valtakunnan tasolla tavoitetasoon pääseminen edellyttäisi tietyillä alueilla mitoitusnormin alittamista ja henkilöstön liikkumista myös alueellisesti.
5. Alueellisiin tekijöihin kuuluvat myös isojen laitosten sijaintikuntaedut ja -haitat, jotka voivat suurestikin vaikuttaa päätöksiin.

9.3 Korvaavan avohuollon luominen

Seuraavissa tauluissa on esitetty asetelma, jossa edellä kuvatun laitoshuollon vähentämisen vastapainona luodaan korvaavaa avohuoltoa. Vaihtoehtoja on luonnollisesti lukuisia eikä laskelmaan ole otettu mukaan kaikkia mahdollisia avohuollon muotoja.

Ensimmäisen taulun yläosassa on esitetty tiiviissä muodossa laitoshoidon vähentämistä vapautuvat resurssit. Henkilöstöä vapautuu 10-vuotiskautena 13 400 ja raharesursseja 1,3 miljardia mk, jos reaali-palkkojen muutos otetaan huomioon. Ilman reaali-palkkojen muutosta raharesurssit olisivat 3,2 miljardia mk.

Seuraavassa – kuten jo aiemminkin – on otettu huomioon reaali-palkkojen muutos.

Korvaava avohuoltojärjestelmä muodostuu kahdesta pääosasta: käyttömenoresurseista sekä investoinneista. Käyttömenoresurssit jakautuvat kahteen osaan: henkilöstöön, joka siirtyy laitos- ja vuodeosastohoidosta sekä sosiaalivakuutuksesta saatavat lisäresurssit. Siirtyvän henkilöstön käyttömenot ovat 3 368 milj. mk tavoitetasossa vuonna 2000. Kelan etuuksiin sisältyvä välillinen "tulotuki" on arviolta 400 milj. mk vuodessa. Yhteenlaskettuna käyttömenoresursseja on siis 3 768 milj. mk, mikä on henkilöstönä laskettuna noin 15 000 henkilötyövuotta.

Investoinnit jakautuvat myös kahteen pääryhmään: rakennusinvestointeihin sekä muihin investointeihin. Muihin investointeihin sisältyvät lähinnä teknologiaa – kuten turvalaitteita, vammaisvälineitä, tietojärjestelmiä jne. – koskevat investoinnit ja koulutus. Siis tieto-taito-investoinnit. Rakennusinvestointeihin sisältyy fyysisen, kiinteän palvelurakenteen investoinnit.

Laskelmasta puuttuvat arviot investoinneista saatavista hyödyistä. Avohuoltoa tukevat rakentamiskustannukset ja muut investoinnit on muunnettu taulun oikeassa reunassa

LAITOSHOITOA KORVAAVAN AVOHUOLLON LUOMINEN

Luonnos 24.11.92

A. LAITOSHOIDON VAHENTÄMINEN		Valhtoehto 1 suhde 2:een			
	Lähtötaso 1990	Tavoite 2000	Muutos	Tavoite 2000	Muutos
		ilman reaali- palkkojen nousua		reaalipalkkojen nousu 1 % vuodessa	
Paikkaluku	90 500	61 900	-28 600		
Henkilöstö	87 000	73 600	-13 400		
Henk./paikka	0,96	1,19	0,23		
Kustannukset, mmk	19 800	16 650	-3 150	18 500	-1 300
Kustan./paikka, 1000 mk	219	269	50	299	80
Kustan./työntekijä, 1000 mk	228	226	-1	251	24

B. KORVAAVAN AVOHUOLLON LUOMINEN		Käyttömenot ja investoinnit jaksettuna v. 2000 milj.mk/v	
	Käyttömenot v. 2000 ja investoinnit 1990-2000	Yksikkö- kustannukset '1000 mk	reaalipalkkojen nousu 1% pääoman korko 4%
KÄYTTÖMENORESURSSIT			
Laitoshuollosta vapautuvat henkilöstöresurssit			
Henkilöstö	13400	251 virka	
Kustannukset, mmk/v	3 368		3 368
Sosiaalivakuutuksesta saatavat lisäresurssit			
Maksukert. kasvu, mmk/v	400		400
Henkilöstöksi muuntaen	1 600	251 virka	
RAKENNUSINVESTOINNIT			
Asuntoja, kpl	10000	300 asunto	Hyötyaika vuosia
milj. mk/10 v.	3000		152 40 v.
Asuntojen peruskorj. kpl	5000	100 korjaus	
milj. mk/10 v.	500		112 s.v.
Asunnon muutostöitä, kpl	2000	50 korjaus	
milj. mk/10 v.	100		22 s.v.
Hissejä, kpl	5000	400 hissini	
milj. mk/10 v.	2000	"tukkuhinta"	101 40 v.
Päivätoiminta, paikkoja	1000	250 paikka	
milj. mk/10 v.	250		13 40 v.
Rak.investoinnit yht.	5850		400
MUUT INVESTOINNIT			
Teknologia, milj. mk/10 v.	2750	0,5 % sth:n menoista	618 5 v
Koulutus ym, kpl	9000	30 koulutuspaketti	
milj. mk/10 v.	270		33 10 v.
KAIKKIAAN			4 819 100%
Käyt. ol.lask. henkil.vuodet	15 000		
Lasken. henk./asiakas	0,50		
Käyttömenot, milj. mk	3 768		3 768 78%
/asiakas, 1000 mk	126		126
Investoinnit, milj. mk/v	887		1 051 22%
/asiakas, 1000 mk	30		35
svol:n per. hankkeet 1994	1200 milj.mk		

vuosittaisiksi kustannuksiksi. Pääomalle on asetettu 4 %:n korkovaatimus ja jaksotuksessa on käytetty annuiteettimenetelmää.

Laskennan suurin haaste liittyy hyötyjen arvioimiseen. Erilaiset menot – investointi- tai käyttömenot – on helppo muuntaa tai jaksottaa kustannuksiksi. Sen sijaan hyötyjen arvioinnissa joudutaan useimmiten harkinnanvaraisiin, todennäköisyyksiin pohjautuviin arvioihin. Lopullinen hyötyluku täytyy haarukoida erilaisten vaihtoehtojen välimaastosta. Tässä kohtaa erityisesti sosiaalipuolella on paljon varaa kehittää laskenta- ja arviointimenetelmiä.

Laskenta-asetelman ulkopuolella ovat:

- a) Ne olemassa olevat avohuollon resurssit, jotka voitaisiin kohdistaa uudelleen tukemaan laitoshuoltoa korvaavaa avohuoltoa, esimerkiksi siirtää ns."kevyestä" avohuollosta tukemaan laitoshoidon korvaavaa avohuoltoa. Tällaisia resursseja voi löytyä esimerkiksi kodinhoitoavun piiristä. Taulun alareunaan kuuluisi panna näinollen kolmas lohko C, joka voitaisiin otsikoida "vähemmän tarpeellisen avohuollon vähentäminen", josta yhtä lailla tulisi imeä resursseja tukemaan B-lohkoa. Nämä miljoonat eivät kuitenkaan todennäköisesti ole niin suuria, että niiden poisjättäminen olennaisesti harhauttaa kuvaa.
- b) Palvelujen porrastus laitoshoidon sisällä. Laskelmassa ei ole tutkittu muutoksia laitoshoidon sisällä, vaan pidetty tätä "mustana laatikkona" ja tutkittu ainoastaan laitoksista vapautuvien resurssien käyttöä avohuollossa.
- c) Tuottavuuskehitystä ei ole arvoitu sen paremmin avo- kuin laitoshoidossakaan.

Laskelmassa ei ole kiinnitetty avohuoltoon siirtyvää henkilöstöä mihinkään toimintamuotoon. Resurssien kiinnittäminen tiettyihin toimintamuotoihin johtaa toisaalta liian tarkkaan laskentaan. Erilaisia vaihtoehtoja avohuollon järjestämisessä on lukemattomia. Toisaalta resursseja ei pidä kiinnittää avohuollossakaan liian tiukasti tiettyihin toimintamuotoihin. 30 000 markan koulutuspaketilla per työntekijä pyritään kuitenkin siihen, että siirto voisi tapahtua joustavasti.

Ilmeisesti osa henkilöstöstä voi ja haluaa kouluttautua itsenäiseksi ammatinharjoittajaksi esim. vanhusten kotipalvelujen ja kotisairaanhoidon tehtäviin. Tilastot puolestaan kertovat siitä, että lisäresursseilla voitaisiin lisätä mm. tukipalveluja.

Korvaavan avohuollon luomisessa on myös otettu huomioon ne lisäresurssit, joilla **sosiaalivakuutus tukee avohuoltoa erilaisten kansaneläkelaitoksen maksamien etuuksien muodossa** (täysimääräinen ke-lisäosa, ke-asumistuki, eläkkeensaajien hoitotuet, vammaistuet ja lasten hoitotuet). Tällainen tulotuki ilmenee niin, että avohuollossa oleva pitkäaikaishoidon asiakas saa em. etuuksia, jotka voidaan ottaa huomioon avohuollon maksupolitiikassa asiakkaiden maksukykyä lisäävinä tekijöinä tiettyyn rajaan saakka. Sosiaalivakuutukseen sisältyvän avohuollon tuen arvioinnissa on jonkin verran epävarmuustekijöitä (esim. siinä suhteessa, miten kunnat määrittelevät avo-

huollon maksuperusteet). Voidaan kuitenkin arvioida, että kansaneläkelaitoksen etuudet antavat kunnille potentiaalista, "ylimääräistä" maksukertymäpohjaa vuositasona noin 400 milj. mk, mikä merkitsee henkilöstöksi muunnettuna noin 1600 virkaa. Tosin maksukertymän kasvu riippuu myös siitä, miten eläkkeensaajien hoitotukea ja muita ns. vammaistukia kohdellaan maksupolitiikassa.⁶

Mainittakoon, että Kansaneläkelaitoksen tilastot vahvistavat käsitystä siitä, että pysyvään laitoshuoltoon on ainakin aikaisemmin siirtynyt varsin paljon toimintakyvyltään hyväkuntoisia vanhuksia. Noin 55 000:sta pitkäaikaisessa laitoshoidossa olevasta vain 27 000 oli sellaisia, jotka olivat saaneet ennen laitoshoittoa sijoitusta eläkkeensaajien hoitotukea (tai aikaisempaa apu- tai hoitolisää). Näin arvioiden noin puolet asiakkaista on aikoinaan otettu laitoksiin muista kuin toimintakyvyn vajavuuteen liittyvistä syistä.

9.4 Investointiohjelma

Investointimenot on jaksotettu kustannuksiksi ottaen huomioon investoinnin arvioitu hyötyaika. Investointihankkeet jaksottuvat kymmenelle vuodelle. Vuosittaiset investointimenot (887 milj. mk) on mitoitettu niin, että ne mahtuvat valtakunnallisessa suunnitelmassa sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä vuosina 1993–1996 varattuun perustamishankeintiöön (1 200 milj. mk vuodessa). Lisäksi osa investoinneista sopii erityisen hyvin Ray:n toimialaan ja osa ympäristöministeriön toimialaan.

Investointilaskelmassa on pohjana 887 milj. mk sovitettu kehyslaskelma, jonka sisällä voidaan laskea useampia vaihtoehtoja. Oheisena on myös esimerkkinä taulu, jossa on muunneltu kohteita kehyyksen sisällä.

Investointiohjelman **peruslaskelmaan** on valittu seuraavia tekijöitä

1. Koska asuntopolitiikalla voidaan merkittävästi tukea avohuoltoa, laskelmassa on oletettu rakennettavan 10000 asuntoa eli 1000 asuntoa vuodessa. Tämä on noin 10 % viime vuosina rakennetuista aravarahoitettujen vuokra-asuntojen määrästä ja 3 % 75 vuotta täyttäneiden määrästä. Tämän laskentaoletuksen paikkansapitävyys tulee selvittää tarkemmin myöhemmin.

Laskentaoletus voidaan tulkita myös niin, että joka kuudes asiakas tarvitsee myös asunnon vaihtoehtona laitossijoitukselle. Keväällä 1991 oli erilaisissa laitoksissa asunnon puutteen takia noin 3 300 henkilöä kuntien antamien tietojen mukaan. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen vuonna 1991 tekemän selvityksen mukaan vanhainkodeissa ja terveyskeskuksissa hoidettavista 2 400 olisi tullut toimeen palvelutalossa, laitoksen henkilökunnan arvion mukaan. Toisaalta vanhuksia asuu hyvin suuri määrä puutteellisesti, jolloin osalle näistä lienee tarpeen uusi asunto.

⁶ Uudessa sosiaali- ja terveydenhuollon maksuasetuksessa on kaavailtu mm. ,että eläkkeensaajien hoitotukea ei saisi ottaa tulona huomioon tulosisäntämuutoksissa maksuissa. Ratkaisu tuntuu omituiselta, koska tukimuodolla nimenomaisesti halutaan kompensoida toimintakyvyn vajavuudesta aiheutuvia haittoja ja taloudellisia menetyksiä.

Kokonaisinvestointimenot 10 000 asunnosta kymmenessä vuodessa ovat noin 3 miljardia mk. (Asunnon hinnassa – 300 000 mk – on ennakoitu tuleva asuntojen hintojen nousua, vaikka nykyisin hinta lienee kolmanneksen pienempi). Vuosittaiset todelliset kustannukset olisivat kuitenkin vain noin 152 miljoonaa markkaa, kun otetaan huomioon asunoinvestoinnin pitkä ikä. Ja kun otetaan huomioon, että asunoinvestoinnit rahoitettaisiin pääosin valtion lainoin ⁷ ja osa mahdollisesti Ray-rahoin, asunoinvestoinnista aiheutuvat kustannukset kunnille jäävät selvästi em. pienemmiksi. Itse asiassa aravatuotannon rahoitusperiaatteisiin kuuluu se, että asukkaat rahoittavat itse vuokrallaan investoinnin, jolloin kunnan lopulliseksi rahoitusosuudeksi jää järjestely- ja suunnittelukuluja ja kunnan pieni rahoitusosuus ke-asumistukeen.

2. Peruskorjattavia asuntoja on laskentaesimerkissä 5000.

Vanhusten asunnoista oli erittäin puutteellisesti varustettuja 43 000 (11,8 %) Tilastokeskuksen asuinolotilaston mukaan vuoden 1991 lopussa. Näistä 30 000 oli yhden vanhuksen asuntoja. Kaikkiaan 17 % vanhuksista asuu erittäin puutteellisesti varustetuissa asunnoissa. Luvut perustelevat korjattavien asuntojen määrän nostamista laskelmassa, mutta löytyy myös vastakkaisia perusteluja. ⁸

Peruskorjauksen kustannukseksi on arvioitu 100 000 mk.

Seppo Tiainen tutkimuksen mukaan ⁹ Pohjois-Karjalan neljässä kunnassa vuosina 1990–91 toteutetussa kokeilussa peruskorjauksen keskihinta oli noin 100 000 mk. Kokeilun tulosten perusteella asuntojen perusparannus on niin asukkaan, kunnan kuin valtionkin kannalta järkevää ja kannattavaa, oli tutkijan johtopäätös. Hyötyajaksi kunnan kannalta on tässä laskelmassa arvioitu viisi vuotta. Tämä on peruskorjausinvestoinnin kriittinen kohta silloin, kun asiaa arvioidaan kunnan sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukustannusten näkökulmasta.

Asuntojen peruskorjausta varten on omat monimuotoiset hallinto-, tuki- ja rahoitusjärjestelmänsä, jotka voisivat olla yksinkertaisempia.

Tiainen kuvasi tutkimuksessaan asiaa kuviolla, jonka hän otsikoi nimellä: "Puutteellisen asumisen puuro". **Korjausneuvojan palkkaaminen on P-K-kokeilun mukaan välttämätön edellytys, jotta vanhusten asumistaso saataisiin parantumaan, vaikka em. puurokin selkiintyisi.**

Pohjois-Karjalan tutkimuksessa havaittiin, että lopulliset kustannukset kunnalle korjauksesta olivat vain **3 700 mk**, josta korjausneuvojan osuus 2 700 mk ja sosiaalitoimen osuus 1 000 mk. Rahoitus asuntojen peruskorjauksesta kaatuu pääosin valtiolle.

⁷ Ellei järjestelmää romuteta.

⁸ On huomattava, että tämä investointiohjelma koskee niitä asuntoja, joiden peruskorjauksen aloite tulee sosiaali- ja terveydenhuollosta. Muu asuntojen peruskorjaus – kuten muukin asuntopolitiikka – on ulkopuolella.

⁹ Asuntojen perusparannus kannattaa, Pohjois-Karjalan Seutukaavaliiton julkaisu, 1992

Pohjois-Karjalan kokeilussa 355:stä korjauskohteesta 18 (eli 5 %) oli sellaista, joissa korjaus lykkäsi laitoshoitoon siirtymistä. Lykkäytymisaikaa on vaikea arvioida, mutta olettaen sen keskim. kolmeksi vuodeksi Tiainen on laskenut 6,5 miljoonan markan säästön kokeilukunnissa. Kunnan kannalta 3 700 markalla, joka keskimäärin kului yhteen korjauskohteeseen, voitiin kustantaa yhden vanhuksen kuukauden hoito vanhainkodissa ja kolmen viikon hoito terveyskeskuksen vuodeosastolla. Kuukauden lykkäys laitokseen siirtymisessä siis riittäisi kattamaan kunnalle aiheutuvat korjauskustannukset.

Kunnalle asuntojen perusparannus on siis käytännössä liki ilmaista, jos se suhteutetaan sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukustannuksiin.

Asuntojen peruskorjaukseen liittyy paljon yhteiskuntataloudellisia näkökohtia, samoin ongelmia hyödyn siirtymästä. Kunnallisesta peruskorjauksesta siirtyy hyöty suurelta osin – joskus pääosinkin – perikunnalle sen jälkeen, kun aika jättää edellisen asukkaan. Toisaalta merkittävä osa hyödystä realisoituu asukkaiden – myös muiden kuin vanhusten – asuinmukavuuden paranemisenä eikä välittömästi palvelutarpeiden vähenemisenä tai laitostarpeen siirtymisenä. **Asunnon peruskorjaus – kuten yleensä asuntopoliittiset tukimuodot – tulee nähdä ennenkaikkea ennaltaehkäisevänä sosiaali- ja terveydenhuollon tukimuotona eikä palvelutarpeita korvaavana tai korjaavana.**

Hyötynäkökohdat voidaan ottaa huomioon monilla tavoin rahoitusjärjestelyissä. Perikunnan kanssa on mahdollista sopia mm. rahoituksen jaosta. Kaiken kaikkiaan puutteellisen asumisen puuro on niin monimuotoinen, että sen turvin kyettäneen hyvinkin joustaviin ja järkeviin rahoitussopimuksiin. Asuntojen perusparannukseen sisältyvää riskiä kuvaa se tosiasia, että 5000 asunnon perusparannuksen kustannukset ovat oheisessa laskelmassa kaksi kolmasosaa 10000 uuden asunnon rakentamisen kustannuksista. Vaikka uuden asunnon yksikkökustannus (300 000 mk) on kolme kertaa suurempi kuin peruskorjauksen kustannus, peruskorjaushyödyn "valumisen kohteen" ulkopuolelle tekee siitä kalliimman yhteiskunnan näkökulmasta.¹⁰

Vanhusten asuntojen peruskorjaukset liittyvät laajaan yhteiskunnalliseen kysymykseen. Tuleeko sosiaali- ja terveydenhuollon avulla ja tarpeisiin perustuen ylläpitää sellaista infrastruktuuria, jolla muuten ei olisi kovinkaan valoisia tulevaisuuden näkymiä? Sosiaali- ja terveystarpeista muodostui tietyillä alueilla merkittäviä elinkeinon aloja, joilla kyettiin valtion tuella työllistämään muuten työttömiksi jääviä ihmisiä. Missä määrin tämä on jatkossa järkevää ja mahdollista, on keskeinen kysymys. Voivatko esim. maatalousyrittäjät laajentaa sivutoimiaan sosiaalipalveluihin, jolloin asuntojen peruskorjaus olisi osa tällaista yhteiskuntapolitiikkaa?

3. Asunnon muutostyöt ovat halvempia kuin peruskorjaukset. Ne voidaan rahoittaa erilaisten sosiaalihuollon lakien turvin, mutta myös jossain määrin asuntomäärärahoista. Asunnon muutostyöt ovat asuntopoliittista "hienomekaniikkaa", jossa rahoitus tuskin voi edes olla järkevän toiminnan este. Hyötysuhde muutostöissä on ilmeisesti hyvin korkea ja taulussa oleva määräraho alimitoitettu.

¹⁰ Luku pohjautuu ennen lamaa vallinneeseen hintatasoon. Vuonna 1992 hintataso lienee noin 200–250 000. Lukua ei ole muutettu sen takia, että yksistään 5000 lisäasunnon rakentaminen varmasti nostaa hinnan jälleen lähelle 300 000 mk.

4. **Palvelurakennetyöryhmän lopullisen muistion liitteenä on Bengt-Vilhelm Levo'nin J Anders Ekmanin lausunto hissien rakentamisesta olemassaoleviin kerrostaloihin.** Ekmanin on myös tehnyt hissien asentamisen kansantaloudellisen hyötylaskelman. Laskelmien mukaan 14 000 hissi-investoinnilla saavutetaan optimaalinen tulos. **Investoinnin kansantaloudellinen tuotto on laskelman mukaan 2,5 miljardia mk.** Hissi-investoinnit olisivat 5,8 miljardia markkaa. Erilaisista säästyneistä julkisista palveluista – lähinnä laitoshoidossa ja palveluasumisessa – saavutettava säästö on kuitenkin pitemmällä aikavälillä selvästi suurempi. Tällöin investoinnin nettotulokseksi eli säästökseksi voidaan laskea mainittu 2,5 miljardia mk. Tämä hyöty jaksottuu hyvin pitkälle ajalle. Ekmanin laskelmassa hissien käyttöajaksi laskettiin 40 vuotta.

Pitkällä aikavälillä hissien rakentaminen lienee välttämätön edellytys sille, että pitkäaikaista laitoshoidoa tai palveluasumista voitaisiin vähentää. Ja vaikka kustannus- ja hyötylaskelmiin sisältyy monia epävarmuus- ja arvostustekijöitä, voidaan olla varsin vakuuttuneita siitä, että hissien rakentaminen kannattaa.

Hissien tuottoarviot ja hissien rakentamisen järjestely vaatii paljon jatkoselvittelyä. Tämän takia peruslaskelmaan pantiin toistaiseksi vain 5 000 kohdetta.

5. **Päivätoiminta sisältää myös päiväsairaalat.** Kokemukset päivätoiminnasta ovat niin vähäiset ja mittaamisen ongelmat niin suuret, että toiminnan kannattavuudesta voi esittää arvailuja.

6. **Korvaavaa avohuoltoa edistävään teknologiaan on peruslaskelmassa kaavailtu investoitavan 0,5 % sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaismenoista.** Tämä on noin 275 milj. mk vuodessa – siis varsin vähän. Ilmeisesti tämä potti pitäisi korottaa ainakin kolminkertaiseksi, mutta tällöin teknologia söisi investointikehyksen jo liki 100 %:sti. Erilaisesta vanhusten ja vammaisten elämää auttavasta ja helpottavasta teknologiasta saatava hyöty on päivänselvä; samoin atk:sta ja tietojärjestelmistä saatava hyöty, jos niitä jaksetaan kehittää ja ottaa käyttöön.

Teknologia vanhenee nopeasti ja tästä johtuu, että sen kustannukset ovat suuret (laskelmassa hyötyikä on 5 vuotta), mutta sen hyödyt ovat varmasti vielä suuremmat. Teknologiainvestoinnit tulee erikseen tutkia, arvioida ja perustella kuin rakennusinvestoinnit, joiden hyötykäyttö – peruskorjauksia ja asuntojen muutostöitä lukuunottamatta – mitataan vuosikymmenissä.

Laskelman tulos tiivistyy KAIKKIAAN- riville ja sen alla oleviin suureisiin.

Investointimenot kymmenessä vuodessa ovat noin 8,9 miljardia mk eli 890 miljoonaa mk vuodessa. Kustannuksiksi muunnettuna ne ovat noin 1 050 milj. mk vuodessa. Tämä suure on se, jota tulee verrata käyttömenoresursseihin, siis 3 768 milj. mk:aan.

Varsin mittavalta näyttävän investointiohjelman kustannusten osuus laitoshoidosta osittain korvaavan avohuoltojärjestelmän kokonaiskustannuksista on vain viidennes.

Terveydenhuollon sekä vanhuksia ja kehitysvammaisia koskevan sosiaalihuollon palvelujärjestelmän kokonaiskustannukset olivat vuonna 1990 noin 34,4 miljardia mk. Investointiohjelman kustannukset ovat tästä 3 %.

Mikäli investoineilla kyetään edes hiukan vähentämään sellaisia palvelutarpeita, jotka muuten joudutaan hoitamaan palkatulla henkilöstöllä, investoinnit ovat kannattavia.

9.5 Vaihtoehtolaskelmia

Laitoshoidon osittain korvaavassa avohuollossa sekä käyttömenoresursseista ja investointikehyksestä voidaan rakentaa rajaton määrä erilaisia vaihtoehtoja.

Valtakunnallisessa laskelmassa ei ole järkeä mennä näin syväälle. Järkevät mallit vaihtelevat kunnan ja alueen olosuhteiden ja toimintapolitiikan mukaan. Sen sijaan oheisessa taulussa on esitetty arvio siitä, millaisia mahdollisuuksia laitospuolelta siirretyt henkilöstöresurssit yhdessä Kelan tuen kanssa antavat laajentaa tuen saajien piiriä.

Jos asiakaspiiriä ei laajenneta, resurssit antavat mahdollisuuden järjestää palveluja 30 000 pitkäaikaishoidon asiakkaalle¹¹ niin, että laskennallista henkilöstöä on asiakasta kohti 0,5 eli jokseenkin sen verran kuin keskimääräinen vanhainkoti tarjoaa. Koska tarkoituksena ei ole luoda uusia vanhainkoteja, resursseja riittää laajemmalle väelle. Esimerkiksi tyypillisen palvelutalon kustannukset ovat noin kaksi kolmasosaa vanhainkodin kustannuksista. On ilmeistä, että mikäli taulun alaosassa olevia avohuollon "palvelupalikoita" osataan yhdistellä investointiohjelman eri osasiin, ylletään asiakaspiirin laajentamisessa 40 000 – 50 000:een. Syntyy synergiaa.

Oheisessa taulussa on peruslaskelmasta poikkeava vaihtoehtoinen investointiohjelma.

Investointikehys on taulun yläosassa. Seuraavassa kentässä on vaihtoehtoiset investoinnit. On hyvin helppoa tehdä taulukkolaskentaohjelmalla – esim. EXCELillä, niin kuin tässä – ohjelma, jolla etsitään erilaisia variaatioita, jotka mahtuvat kehykseen. Esimerkissä muutettiin asuntojen, asunnon muutostöiden ja teknologian osuuksia investointiohjelmassa ja pysyttiin kehyksessä (kai sattumalta viimeistä miljoonaa myöten).

Vaihtoehtoisen investointi-ohjelman alimmassa kentässä on tiiviissä muodossa laskennan lopullinen tulos.

Investointien kustannusarvioiden vastapainona täytyy olla käsitys niistä säästöistä ja hyödyistä, joita investoinnit aiheuttavat. Ne synnyttävät aina hyötyjä, jotka realisoituvat jossain, joskus ja joillekin. Hyötyjä on vaikea muuntaa kokonaan numeroiksi, mutta osittain ne ovat muunnettavissa. Useimmat investointihyödyt edellyttävät tiettyjä asioita, joiden toteutuman todennäköisyys tulee arvioida ja myös vaikuttaa että se toteutuu. Asiakkaan näkökulma on tärkein, siis vaikuttavuusarviot asiakkaiden kannalta, mutta tulee asiaa toki arvioida muittenkin kannalta.

¹¹ Kuten muistetaan laitoshoidosta vähennettiin paikkalukua 29 000:lla, joka on pyöristetty 30 000:ksi.

LAITOKSISTA VAPAUTUVIEN RESURSSIEN KÄYTTÖMAHDOLLISUUKSIA

KÄYTTÖMENORESSIT		Vaihtoehto 1 suhde 2:een
Laitoshuollosta vapautuvat henkilöstöresurssit		
Henkilöstö	13400	251 000 mk vuodessa per virka
<i>Kustannukset,mmk/v</i>	3 363	
Sosiaalivakuutuksesta saatavat lisäresurssit		
<i>Maksukert. kasvu,mmk/v</i>	400	
Henkilöstöksi muuntaen	1 600	251 000 mk vuodessa per virka
Laskennallinen henkilöstö	15 000	Yhteensä
<i>Kustannukset,mmk/v</i>	3 763	Yhteensä
Lask.henkilöstö/asiakas	0,50	30 000 asiakasta
Rahaa asiakasta kohti	125 447	mk/vuodessa lähtötilanne
Rahaa asiakasta kohti	10 454	mk/kuukaudessa
Rahaa asiakasta kohti	343	mk/päivässä
Lask.henkilöstö/asiakas	0,38	40 000 asiakasta
Rahaa asiakasta kohti	94 085	mk/vuodessa
Rahaa asiakasta kohti	7 840	mk/kuukaudessa
Rahaa asiakasta kohti	257	mk/päivässä
Lask.henkilöstö/asiakas	0,30	50 000 asiakasta
Rahaa asiakasta kohti	75 268	mk/vuodessa
Rahaa asiakasta kohti	6 272	mk/kuukaudessa
Rahaa asiakasta kohti	206	mk/päivässä

liite6/kokkust2.xls

Kustannusten mittapuita	1990 tilastoista	
	hoitopäivä käyntikerta	
	mk	mk
Yleissairaala	1521	671
Mielisairaala	651	446
Kehitysvammalaitos	598	
Terveyskeskus, yl.lääkärijohtoinen	490	198
Vanhainkoti	323	

Avohuollon palvelujen palikoita	Yksikkökust.	Käyttömenot
1990 tilastoista	mk	milj.mk
Kodinhuoltoapu käyntikertaa kohti, mk	191	1455
Kodinhuoltoapu kotitaloutta kohti vuodessa, mk	7400	
Tukipalvelut kotitaloutta kohti vuodessa, mk	2900	198
Kotihoidon tuki tuen saaja kohti, mk/päivä	50 arvio	288
Kotisairaanhoido, käyntikertaa kohti, mk	150	360

VAIHTOEHTOISIA INVESTOINTIOHJELMIA

Investointikehys	8870 milj. markkaa 10 vuodessa
	887 milj. markkaa vuodessa, jos tasainen ohjelma

ASUNNON MUUTOSTÖITÄ JA TEKNOLOGIAA PAINOTTAVA VAIHTOEHTO

	RAKENNUSINVESTOINNIT		KUSTANNUKSET	
	10 vuodessa	Yksikkökust.	mk/vuosi	Hyötyaika vuosia
		1 000 mk		
Asuntoja, kpl	5000	300 asunto		76 40 v.
milj. mk/10 v.	1500			
Asuntojen peruskorj. kpl	5000	100 korjaus		112 5 v.
milj. mk/10 v.	500			
Asunnon muutostöitä, kpl	10000	50 korjaus		112 5 v.
milj. mk/10 v.	500			
Hissejä, kpl	5000	400 hissin		101 40 v.
milj. mk/10 v.	2000	"tukkuhinta"		
Päivätoiminta, paikkoja kpl	1000	250 paikka		13 40 v.
milj. mk/10 v.	250			
Rak.investoinnit yht.	4750			414
	MUUT INVESTOINNIT			
Teknologia, milj. mk/10 v.	3850	0,7 % sth:n menoista		865 5 v.
Koulutus ym, kpl	9000	30 koulutuspaketti		
milj. mk/10 v.	270			33 10 v.

Investoinnit, milj. mk/v	887	1 312
---------------------------------	------------	--------------

Ylijäämä kehuksesta	0 vuotuisesta investointivarasta, milj. mk
----------------------------	---

liite6/kokkust2.xls

ARVIO INVESTOINTIOHJELMASTA SAATAVISTA HYÖDYISTÄ
SEKÄ SITÄ TUKEVISTA JA HAITTAAVISTA TEKIJÖISTÄ

Toimintamuoto	Hyöty/ säästö mk/vuosi	Edellytykset säästöille	Vaikuttavuus
			Uhat Haitat
Laitoshoito			
som. erikoissairaanhoido	xxxx	yyyyyyyyyy	zzzzzzzz
psyk. erikoissairaanhoido			
perusterveydenhuolto	xxxxx	yyyyyyyyyy	zzzzzzzz
vanhainkotihoito			
kehitysvammahuolto			
Avohuolto			
kodinhoitoapu		väestövastuutiimi	
tukipalvelut		tiimillä monipuolinen	
kotisairaanhoido		välineistö, esim.	
xxxxxxx		- palvelumaksujen sovitteluoikeus	
....		- tietojärjestelmiä	
		- budjettivaltaa ja -velvollisuuksia	
Kaikkiaan	xxxxxx	Onko suurempi kuin	1 312

Jo investoinnin kustannuksia arvioitaessa on vaikea välttää arvostuksia. Hyötyjen arvioinnissa arvojen esille nostaminen on jo välttämätöntä. Ja vaikka taulun alariville on pantu näkyville viitteellinen hyötyluku xxxxx, jonka tulisi olla suurempi kuin 1 312 milj. mk, jotta investointiohjelma olisi kannattava, voi olla, että xxxxx :ää ei koskaan ole mahdollista saada markkamääräisenä selville. Sitä on hyvä lähestyä, mutta sitä ei voi koskaan tarkkaan laskea, koska eettisiä asioita ei voi muuntaa rahaksi, paitsi ehkä kustannusten puolella.

Perimmältään laitosvaltaisen palvelurakenteen muuntaminen avohuollon suuntaan on eettinen kysymys. Niin monissa tutkimuksissa on osoitettu, että esim. vanhuksat haluavat elää myös viimeiset aikansa kotona tai ainakin kodinomaisesti. Palvelurakenteen muutos tähän suuntaan on taloudellista, yhteiskunnallista etiikkaa.

Taloudellisessa mielessä pitkäaikaishoidon järjestämisessä joko avohuollossa tai laitoshuollossa on sellainen kustannusrakenteellinen ero, että laitoshuollossa liki kaikki kustannukset on pantu saman katon alle, samaan laitokseen. Sen sijaan avohuollossa kustannukset ja tosiasiallinen rahoitusvastuu jakautuvat useiden tahojen kesken, ja myös useiden rahoituslähteiden kesken. **Nimenomaan tämä on se piirre, joka tekee avohuollosta taloudellisen. Jaettu kustannusvastuu on taloudellista ja helpompi kantaa kuin yhdelle sysätty.**

Kustannusvastuun jakoon perustuu myös ennaltaehkäisevä toiminta. Sosiaali- ja terveydenhuolto on pitkäaikaishoidossaan hyvin suuressa määrin riippuvainen siitä, mitä tapahtuu muualla yhteiskunnassa; esimerkiksi, saadaanko taloihin hissit. Jos muut yhteiskunnan lohkot laiminlyövät liikuntavammaisille ja vanhuksille soveltuvan yhdyskunnan kehittelyn, kustannusvastuu sysätään sosiaali- ja terveydenhuollolle. Tällaisessa kustannusten "vyörytyspelissä" sosiaali- ja terveystoimelta on turha vaatia tehokkuutta ja taloudellisuutta, elleivät muut yhteiskunnan lohkot ole valmiita suhteellisen pienillä lisäpanoksilla ennaltaehkäisemään kustannuspaineiden kasautumista sosiaali- ja terveydenhuollolle – ja tätä kautta veronmaksajille.

Avohuollon suurin ongelma voi olla toiminnallisen vastuun jaossa. Avohuolto voi houkuttaa väärään toiminnallisen vastuun jakoon, jolloin kukaan ei kannata kokonaisvastuuta. Toiminnallista vastuuttomuutta on luonnollisesti myös se, että tehostetaan avohuolto pysyvästi sellaiselle tasolle, että sen kustannukset ylittävät roimasti vaihtoehtoisen laitoshoidon kustannukset. Ennen kustannuskelloja, tulisi kuitenkin jo muiden kellojen soida. Toimivaan palvelujärjestelmään ei oikeastaan voi vakiintua sellaista pysyvää toimintaa, jossa palvelujen kustannukset ylittävät laitoshoidon. Runsaasti hoitoa ja turvaa tarvitsevat ihmiset tulee vähintäänkin siirtää lähelle palveluja, kenties jopa laitoksen läsiipeen, jolloin he – sen paremmin kuin henkilökuntakaan tai kustannuslaskijat edes tietävät, ovatko he laitoksessa vai ei. Taloudellisimmillaan laitoksen ja avohuollon raja on kuin veteen piirretty viiva.

10. Palvelurakenteen kehittämistä syntyvät säästöt

Kun laitoshoidon korvataan avohuollolla syntyy kahdenlaisia säästöjä: välittömiä säästöjä sekä säästöjä, jotka ilmenevät vasta pitemmän ajan kuluessa. Välittömiä säästöjä saadaan käyttömenoissa siirrettäessä henkilöstöä ja asiakkaita laitoksista avohuoltoon. Usein siirrot edellyttävät kuitenkin avohuoltoa tukevia investointeja, jolloin kokonaissäästöt siirtyvät tulevaisuuteen.

Oheisessa taulussa on arvioitu millaisia säästöjä on mahdollista saada avohuollossa kymmenentenä vuonna, mikäli henkilöstöä siirryy laitoksista avohuoltoon edellä esitetyn laskelman mukaan 13 400 ja investointeja tehdään vuosittain 900 miljoonan markan edestä.

Edellytys sille, että henkilöstön siirrosta syntyy säästöjä käyttömenoissa on luonnollisesti se, että avohuoltoon siirtynyt työntekijä kykenee vastaamaan suuremman asiakasmäärän palvelutarpeista avohuollossa kuin laitoksissa. Laskentaesimerkissä on arvioitu, että laskennallista henkilöstöä asiakasta kohti tarvitaan avohuollossa keskimäärin 0,3. Mitoitus johtaa siihen, että käyttömenoissa säästetään rahaa noin 1,5 miljardia markkaa kymmenentenä vuonna. Henkilöstön määrä tavoitetilanteessa on noin 7 400 eli 45 % pienempi kuin lähtötilanteessa.

Se, millaiseksi keskimääräinen henkilöstömitoitus asiakasta kohti avohuollossa muotoutuu, vaikuttaa ratkaisevasti säästön suuruuteen. Mikäli mitoituksena olisi käytetty suhdelukua 0,5, säästö käyttömenoissa olisi jäänyt saamatta. Kaikki käyttömenot, jotka laitospuolelta olisi säästetty olisi käytetty saman suuruuselle asiakasjoukolle tarkoitetun korvaavan avohuollon luomiseen. Tällainen normi ja sitä vastaava summa rahaa (125 000 mk asiakasta kohti vuodessa) vastaa vanhainkotihoidon tasoa, joten on luonnollista, että pienemmällä resurssimäärällä tulee kyetä luomaan korvaava avohuolto.

Lukijaa saattaa hämmästyttää se, että laskelmassa henkilökunnan tai viran vuosikustannukseksi on tässä – kuten aikaisemminkin – arvioitu noin 250 000 mk vuodessa. Tämä on selvästi suurempi luku kuin yleensä on tapana käyttää viran tai työntekijän kustannuksia arvioitaessa. Esimerkiksi valtionosuuteen oikeuttavan sosiaalitoimen viran keskimääräiseksi kustannukseksi vuonna 1992 on arvioitu 160 000 mk vuodessa ja terveydenhuollon viran kustannukseksi noin 225 000 mk, jolloin sosiaali- ja terveydenhuollon viran keskimääräinen kustannus on vajaa 200 000 mk vuodessa.

Mainittu 250 000 mk saatiin jakamalla laitoshoidon kokonaiskäyttömenot henkilökunnan kokonaismäärällä, jolloin kustannus sisältää myös muita kuin henkilöstömenoja. Vastaavasti myös avohuollossa virkaan liittyy muita menoja. Esimerkiksi päivätoiminnassa, kotipalveluissa ja kotisairaanhoidossa syntyy matkakuluja, kotipalveluihin voi yhdistyä kotihoidon tukea jne. Ylipäätään avohuollon kehittämisessä muodissa oleva ns. welfare-mix-toimintamalli tarkoittaa sitä, että avohuollon työntekijän ympärille luodaan kunnallista palvelua täydentävää ja osittain korvaavaa muuta palvelua. Tämä on tuskin kunnalle ilmaista, vaan sille tulee laskelmassa varata kustannuksensa.

Palvelurakenteen muutoksen aiheuttamat säästöt

Vaihtoehto, jossa :

laitoksista vapautuvasta henkilöstöstä 60 % siirtyy avohuoltoon ja uusista investoinneista rahoitetaan 50% vanhoja suunnitelmia karsimalla

Laitoksista avohuoltoon siirtyvät resurssit

	Lähtö- tilanne	Tilanne 10 vuoden päästä		Muutos	%
Laitokset					
Paikkoja/asiakkaita	90 000	60 000	-30 000	-33%	
Henkilökuntaa	87 000	73 600	-13 400	-15%	
Käyttömenot, milj. mk	19 800	18 500	-1 300	-7%	
Huom! reaaliansioiden on oletettu nousevan 1% vuodessa					

Korvaavan avohuollon käyttömenot: Laitoksista avohuoltoon siirtyvät resurssit

	Tilanne 10 vuoden päästä			
	maksimi- vaihtoehto	valittu vaihtoehto		
		resurssit	säästö	säästö
Henkilökuntaa laitoksista	13 400	7 400	6 000	45%
+ lask. henkilökuntaa Kelalta	1 600	1600		
Rahaa, milj.mk	3 763	2 250	1 513	40%
Rahaa/asiakas,mk	125 000	75 000	50 000	40%
Lask.henkilök./asiakas	0,5	0,3		

Investoinnit

kokonaisinvestoinnit, milj. mk/vuosi	900
investoinneista aiheutuvat lisäkustannukset, milj.mk/vuosi	-450

Säästö, milj. mk, kymmenentenä vuonna 1063 eli n. 1050 milj. mk

Vuosittaiset säästöt, milj. mk

vuosi	käyttö- meno- säästöt	inves- toinnit	yhteen- sä	kumulatiivinen säästö
1		150	-450	-300
2		300	-450	-150
3		450	-450	0
4		600	-450	150
5		750	-450	300
6		900	-450	450
7		1050	-450	600
8		1200	-450	750
9		1350	-450	900
10		1500	-450	1050

Investoinnit ovat edellytyksenä säästöille käyttömenoissa. Investointiohjelman aiheuttamat lisäkustannukset riippuvat kuitenkin siitä, missä määrin avohuollon uusilla investoinneilla kyetään korvaamaan niitä laitosinvestointeja, jotka olisivat välttämättömiä toteuttaa, mikäli korvaavaa avohuoltojärjestelmää ei luotaisi. Erityisesti vanhainkotikanta on iäkstä, jolloin tulevaisuudessa on usein puntaroitavana korvaava avohuoltoinvestointi vaihtoehtona laitosten saneeraukselle.

Näinollen 900 miljoonan markan vuosittainen investointi ei aiheuta lisäkustannuksia koko määrällään. Oheisessa laskelmassa on oletettu, että uusista investoinneista puolet on sellaisia, joilla korvataan muuten välttämättömiä laitosinvestointeja. Näinollen lisäkustannukset ovat vuositasolla vain 450 milj. mk.

Kaiken kaikkiaan kokonaissäästöt ovat kymmenen vuoden päästä tämän laskelman mukaan runsas miljardi mk vuodessa.

Mikäli nettomääräiset lisäinvestoinnit ovat eri vuosina 450 milj. mk, kahtena ensimmäisenä vuotena lisäinvestoinnit ylittävät käyttömenoissa saavutettavat säästöt. Ensimmäisenä vuonna henkilöstön siirrosta saatava säästö on vain kymmenesosa kymmenentenä vuonna saatavasta vuotuisesta säästöstä, mikäli henkilöstöä siirryy tasaisesti avohuoltoon. Vuosittainen henkilöstön siirtymä on 1340. Tällöin ensimmäisenä vuonna saatava säästö käyttömenoissa on noin 150 milj. mk. Oheisesta taulusta ilmenee, miten vuosittaiset säästöt muuttuvat positiivisiksi vasta kolmannesta vuodesta lähtien. Taulussa on kuvattu myös säästöjen kumuloituminen. Tällä tarkoitetaan vuosittain kertyvien säästöjen summaa. Kumuloituvat säästöt muuttuvat positiivisiksi vasta viidennestä vuodesta lähtien. Tämän jälkeen ne kuitenkin kasvavat nopeasti. Kymmentenä vuonna kumuloituvat säästöt ovat jo 3,8 milj. mk. Tästä eteenpäin säästöjen määrä kasvaa nopeasti.

Sosiaali- ja terveysministeriö
Palvelurakenneryhmä

LAUSUNTO

Hissien rakentaminen olemassaoleviin asuinkerrostaloihin

1 Tausta

Hissin rakentamisesta olemassaolevaan asuinkerrostaloon on hyötyä kaikille asukkaille, erityisesti kuitenkin vanhuksille, lapsiperheille ja liikuntaesteisille henkilöille. Lisäksi hissistä on selvää hyötyä kodinhoito-, kiinteistöhoito- ja sairaankuljetushenkilökunnalle.

Hissi on kansantaloudellisesti edullinen ratkaisu kolmi- ja yli kolmikerroksisissa asuintaloissa. Tämä on parhaiten osoitettavissa liikuntaesteisten ikäihmisten osalta, jolloin hissi saattaa olla kotona asumisen ehtona ja sen rakennuskustannuksia voidaan verrata vaihtoehtoratkaisujen eli erilaisten laitosasumis-
muotojen käyttökustannuksiin. Yhden hissien rakennuskustannukset olemassa olevassa kolmikerroksisessa asuintalossa ovat nykyään n. 450 000 mk, joka vastaa kolmen tai neljän vanhainkotipaikan, kahden terveystieteiden keskus-
sairaala-
paikan tai yhden aluesairaala-
paikan vuosikustannuksia.

Vuonna 1985 arviolta joka kolmas vanhainkotipaikka ja joka viides terveystieteiden keskus-
sairaalan vuodepaikka oli sellaisten vanhusten käytössä, jotka olisivat hoitoisuus-
luokituksen perusteella selvinneet kotonaan avohoidon turvin (Vaarama 1992). Tämä mahdollisesti aiheeton laitoshoito edustaa n. 3,5 miljardin markan vuosikustannuksia; kotona asuminen tarvittavine avopalveluineen ja asuntokor-
jaustoineen voisi säästää näistä kustannuksista huomattavan osan.

2 Ongelman laajuus

Maassamme on n. 45 000 hissittömää porrashuonetta kolmi- ja yli kolmikerroksisissa asuintaloissa; näistä arviolta 8 000 porrashuonetta on neli- ja yli nelikerroksisia. Kerrostalokanta on Suomessa nuori, arviolta 80 % maamme kerrostaloista on rakennettu sodan jälkeen. Tästä seuraa eräitä seikkoja, jotka saattavat vaikuttaa hissien toteutusmahdollisuuksiin:

- Suomessa on keskimäärin n. 10,5 asuntoa kerrostalon hissittömää porrashuonetta kohti, vastaava keskiarvo Ruotsissa on n. 7,5. Asuntokuntien henkilömäärä on lisäksi suomessa keskimäärin suurempi kuin Ruotsissa, joten asuinkerrostaloon rakennettava hissi palvelee meillä keskimäärin ratkaisevasti useampia asukkaita kuin Ruotsissa.

- Suomessa on kaikista muista maista poiketen paljon (n. 50 000 kpl) yksityisiä asunto-osakeyhtiöitä, joista suurin osa kerrostaloyhtiöitä. Näiden yhtiöiden tonteilla on yksi tai muutama porrashuone, joten vaihteittaisina kokeiluina tai usean hissien sarjoina hissihankkeita ei voida toteuttaa. Suomessa tarvitaan kuluttajavalistusta, opastusta sekä koordinoitua rakennuttajatoimintaa hissiasioissa.

- Vaikka hissi on kansantaloudellisesti kannattava investointi, sitä ei pidetä kiinteistötaloudellisesti kannattavana. Vanhoissa taloissa - ainakin osaketaloissa - hissihankkeet tarvitsevat siis julkista investointitukea toteutuakseen.

- Useimmat kerrostalomme ovat asunto-osakeyhtiöitä; osakkeiden omistus oikeuttaa tietyn asunnon käyttöön. Ikäihminen saattaisi mielellään muuttaa saman talon pohjakerrokseen tai hissilliseen porrashuoneeseen, mutta osaketalossa tämä harvoin onnistuu. Osaketalojen asukkaat vanhenevat ja vaihtuvat; on mahdotonta asukasjakauman perusteella määrätä hissihankkeille ehdottomasti soveltuvia tai soveltumattomia taloja. Vuokrataloissa asunnonvaihto onnistuu paremmin, joten näissä hissien rakentaminen "selektiivisesti" esim. joka toiseen porrashuoneeseen on mahdollista ja mielekäästä.

Hissien kehittämistyön mahdollisuudet

Mataliin asuinkerrostaloihin on kehitetty uutta, entistä yksinkertaisempaa ja kevyempää hissitekniikkaa. Erityisesti vanhoja taloja varten on Suomessakin laadittu ns. mini- tai kaitahissien standardi. Kehitystyö merkitsee parhaimmillaan entistä tarkoituksenmukaisempia ja taloudellisempia tuotteita. Hissien kehitystyöstä ja sen potentiaalista voidaan todeta:

- Nykyaikainen matalan asuinkerrostalon hissi on hiljainen, sen melutaso on alle 50 dB(A) ja tuotekehitys melutason osalta jatkuu. Hissin moottoriteho on alhainen, n. 2-7 kW, ja sähkönkulutus pieni, eli suuruusluokkaa 400 kWh, joka vastaa n. 160 mk vuodessa. Hissin nopeus on vain 0,2-0,5 m/s. Hissi on tilaasäästävä, sillä kuilu on kevytrakenteinen eikä konehuonetta vaadita kaikissa tapauksissa, moottori voi sijaita korin katolla.

- Nykyaikainen hissi on turvallinen. Maamme n. 36 000 henkilöliikenteen hississä sattuu keskimäärin 0,4 kuolemantapausta tapaturmissa vuodessa. Vastaavasti koti- ja vapaa-ajan tapaturmissa kuolee vuosittain n. 1 500 henkilöä, näistä putoamis- ja kaatumistapaturmissa n. 800 henkilöä. Turvallisuuden vuoksi lakisääteinen viranomaisten hissitarkastus tehdään n. joka toinen vuosi ja lakisääteinen hissihuolto kahdeksan kertaa vuodessa. Matalassa asuinkerrostalossa tämä tarkoittaa tarkastusta keskimäärin n. 300 käyttötunnin jälkeen ja huoltoa n. 20 käyttötunnin jälkeen.

- Matalien asuinkerrostalojen hissien parantamiseen ja kustannusten alen-
tamiseen suuntautunut kehitystyö kohdistuu konetiloihin ja näiden varusteisiin,
kuilun mitoitukseen (ala- ja yläsuojatila saadaan nykyisin korvata elektronisin
turvalaittein vain vanhoissa taloissa), kuilun esivalmistusmenetelmiin sekä
hissihuollon järkipäätämiseen.

4 Julkinen tuki hissien rakentamisen ohjauksena

Hissit ovat kansantaloudellisesti tärkeitä uudisrakentamisessa ja asuintalokan-
nassa. Hissi on keskimäärin kalliimpi vanhassa talossa; vaikeissa hankkeissa
hissihankinta vaatii noin puolet kustannuksista ja rakennustekniset työt puolet.
Ihannetapauksissa, esim. kun valmis kuilu/tila on olemassa eikä purkutöitä
tarvita, rakennusteknisten töiden kustannukset alenevat tuntuvasti.

Uudisrakentaminen vähenee maassamme suuruusluokkaan 1 % asuntokan-
nasta. Hissien rakentaminen kolmi- ja yli kolmikerroksisiin uusiin asuin-
taloihin voidaan ja tuleekin varmistaa lakisääteisesti. Uudisrakentamisessa hissi
on halvempi kuin vanhassa talossa, mutta kevyemmän tekniikan kehittäminen on
uudisrakentamisessakin tarpeen.

Ei voida suoraan pakottaa kiinteistönomistajia rakentamaan hissejä vanhoihin
rakennuksiin. Sen sijaan on olemassa useita mahdollisuuksia tukea ja ohjata
hissien rakentamista vanhoissa asuinkerrostaloissa joko erikseen tai muiden
korjaushankkeiden yhteydessä:

- Hissihankkeelle voidaan antaa suoraa avustusta. Priorisointi, eli valinta mihin
taloihin hissit ensisijaisesti rakennetaan, voidaan tehdä esim. kerrosluvun
mukaan, kuten Tanskassa on menetelty. Edelleen perusteena voidaan pitää
talon ikää tai talon hallintasuhtea, jolloin ensisijalle tulevat vuokratilat.
Ruotsissa perusteena on käytetty asuntoalueen hissikantaa. Valinta voidaan
myös tehdä talon asukkaiden ikäjakauman mukaan. Avustuksen myöntämisen
ehdoksi voidaan esittää esim. talon muiden liikuntaesteiden kuten sisääntulo-
portaiden yms. poistaminen, hissihankkeen tekninen ja taloudellinen mielek-
kyys, hissitekniikan luotettavuus ja käyttötalouden kohtuullisuus.

- Avustus voidaan myöntää korkotukena ja edullisena lainana, jolloin myös
takaisinmaksuaika toimii ohjauksena. Tukea voidaan myöntää myös
rakennuttajapalveluina kuten on menetelty maatilahallituksessa, tai hissien
ilmaishuollona kuten Norjassa.

avoitteet hissien kehittämiselle lähivuosina

Yhteiskunnan tuntuva tuki on välttämätöntä kun kyseessä on uusien hissien
rakentaminen vanhoihin taloihin. Samalla on silti tärkeää, että tuki ohjaa
hissien rakentamista järkevään ja yhteiskunnan kannalta toivottuun suuntaan:

- Tärkeimmät hissihankkeet alkuvaiheessa, kohteina kolmi- ja yli kolmikerroksiset uudisrakennukset sekä korkeimmat hissittömät vanhat talot.
- Hissien tuotekehitystyötä, ideakilpailuja, kokeiluja ja tutkimustyötä.
- Nykyistä halvemmat hissit eli rakennuskustannusten alentaminen ja käyttötalouden parantaminen.
- Entistä nopeampi hissirakennustyö vanhassa talossa.

Hissihankkeen aikataulu on lyhennettävissä nykyisestä n. 36 viikosta arviolta n. 8 viikkoon ja hissikohtainen työmaavaihe n. 8 viikosta n. 2 viikkoon. Lyhyempi aikataulu on keinona kun hissihankkeiden avustuksia halutaan suunnata ajankohtaisen tarpeen mukaan.

Hollannin ja Ruotsin hissikehittämistyön perusteella voidaan arvioida, että uusien hissihankkeiden reaalikustannukset vanhoissa taloissa ovat alennettavissa n. 45 %.

Investointikustannusten säästämiskeinoina ovat tällöin hissisäännöstön kehittäminen koskien esim. hissien asennusoikeuksia, ilmanvaihtoa, turvalaitteita ja hissien huoltoa sekä hissien ja hissikuilujen tuotekehittely ja sarjatuotanto, urakkamenettelyn kehittäminen ja päällekkäistyön eliminointi sekä hankintasarjojen optimointi. Koska hissi korjaushankkeena ei vielä ole kansainvälisesti tärkeä ala, on olemassa lukuisia kansainvälisiä standardeja, normeja ja direktiivejä, jotka vaikeuttavat uusien järkiperaisten hissiratkaisujen kehittelyä. Kansantaloudellisesti virheellistä kehityssuuntaa edustaa EY-piireissä keskustelu Pohjoismaissa yleisessä käytössä olevien ovettomien hissikorien kieltämisestä turvallisuussyistä.

Koska rakennusosalalla ei vielä yleensä olla tietoisia hissien asunto-, sosiaali- ja terveyspoliittisesta merkityksestä, on tärkeätä, että sosiaali- ja terveysalan viranomaiset välittävät tätä tietämystä myös julkisuudessa.

Tampere 6.11.1992

Bengt-Vilhelm Levón
Arkkite. SAFA, Helsinki

Anders Ekman
Dipl.ins., Tampere

Seppo Tiainen

TIIVISTELMÄ

Pohjois-Karjalan läänissä neljässä kunnassa vuosina 1990 - 1991 toteutetussa perusparannuskokeilussa on selvitetty tehostetun korjausneuvonnan merkitystä sekä tutkittu mm. toiminnan taloudellisia vaikutuksia.

Kokeilun lähtökohtana on ollut, että niin valtio kuin kunnatkin ovat tulleet toisiaan vastaan edistääkseen korjaustoimintaa. Tärkein kohderyhmä on ollut vanhuksat. Heidän asumistasonsa on muuta väestöä heikompi ja korjausneuvontapalveluiden tarve suurin.

Kokeilu on osoittanut selvästi, että kuntien järjestämällä korjausneuvonnalla on merkittävä vaikutus julkisin varoin tapahtuvan korjaustoiminnan edistämiseksi. Kokeilun aikana on perusparannusten määrä yli kaksinkertaistunut aikaisempiin vuosiin nähden, yhdessä kunnassa jopa viisinkertaistunut. Koko lääniin ja asumistasoon suhteutettuna korjausvolyyymi on ollut kaksinkertainen. Kaikkiaan kokeilun aikana korjattiin 355 asuntoa, joissa on noin 800 asukasta eli 3 % kuntien väestömäärästä.

Korjausneuvonnan asiakkaita oli yli 500 ja heidän keski-ikänsä oli 62 vuotta. Neuvonnan kattavuus oli hyvä, sillä noin 5 % asutokunnista oli kahden vuoden aikana yhteydessä korjausneuvojaan.

Perusparannusten keskimääräinen kustannus on ollut hieman yli 100 000 mk, mutta yli 60 % kohteista toteutettiin alle 100 000 markan kustannuksilla. Asukkaiden osuus kustannuksista oli keskimäärin 45 %. Loput oli julkista rahoitusta, jossa mukana olivat myös lainat. Yleisimmät korjaustarpeet olivat peseytymistilat sekä lämmöneristykseen liittyvät työt.

Korjaustoiminnan edistäminen on kuntien kannalta ollut erittäin edullista. Kunnille toiminnasta korjausneuvonnan ja sosiaalitoimen menojen myötä aiheutuneet kustannukset olivat 3 700 mk jokaista toteutunutta korjausta kohti. Tämä vastaa kunnalle yhden kuukauden vanhainkoti-sijoituksen kustannuksia. Kun otetaan huomioon korjaustoiminnasta työllisyyden, suunnittelun ja tarvikehankinnan kautta tulleet lisäverotulot, ei kunnille jäänyt toiminnasta yhtään nettokuluja. Valtion menot huomioon ottaen kustannukset ovat olleet toteutunutta korjausta kohti yhteensä alle 20 000 mk kahden vuoden ajalta. Valtion kustannukset jatkuvat tosin

kokeilun jälkeenkin perusparannuslainojen korosubvention muodossa aleten vuosittain. Kustannuksia arvioitaessa on otettava huomioon, että yhteiskunnan varoilla on saatu toteutettua toimenpiteitä, joilla on kauaskantoisia vaikutuksia.

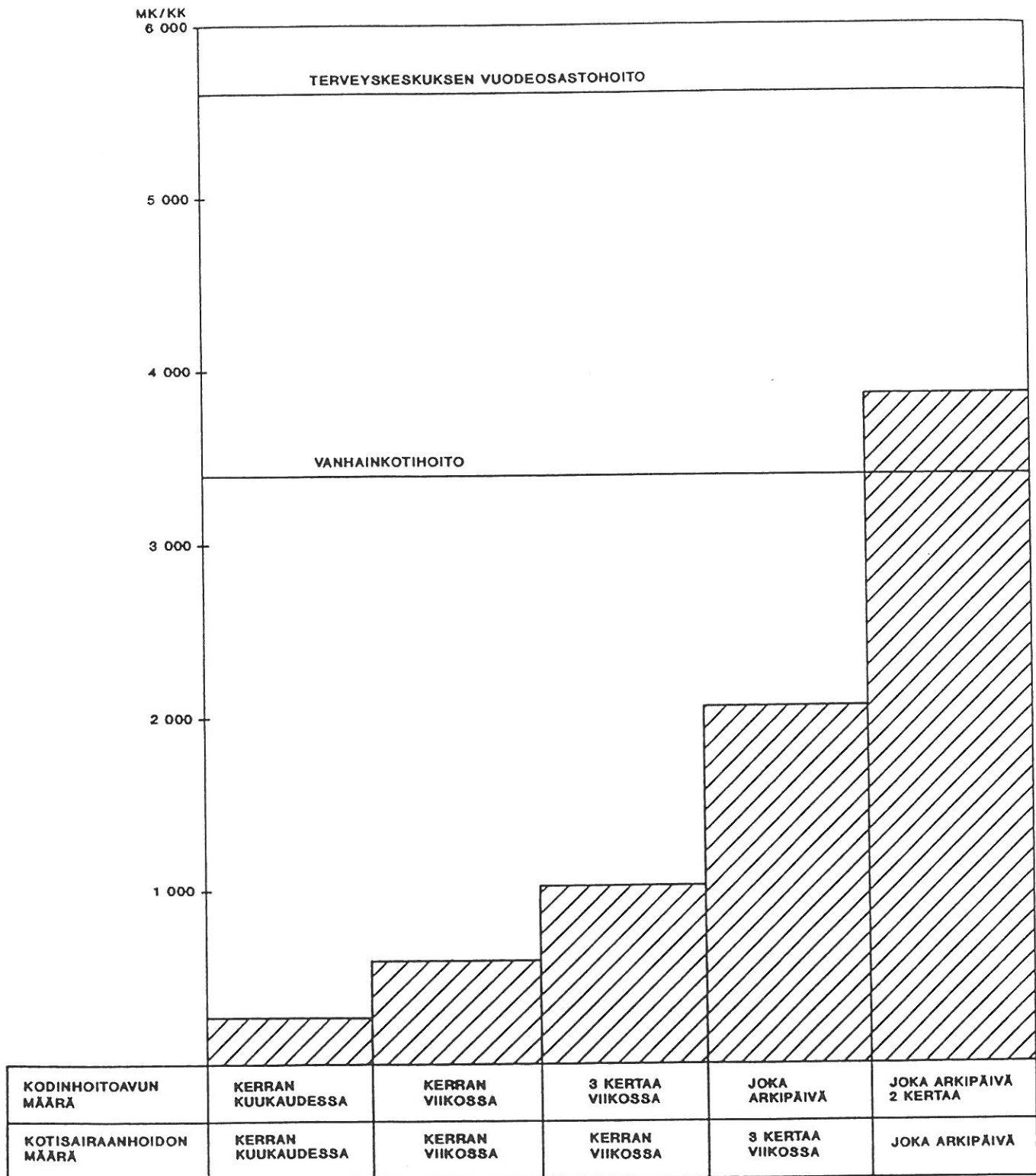
Korjauksilla on ollut selvä vaikutus sosiaali- ja terveydenhuollon avopalveluihin. Asunnoista on ollut 5 % sellaisia, joiden korjauksella tai varustetason nostamisella on ollut asukkaiden laitoshoidon tarvetta vähentävä vaikutus. Jos näissä kohteissa voidaan esimerkiksi vanhainkotihoitoon siirtoa lykätä keskimäärin kolmella vuodella, olisi näillä säästöillä (6,5 milj. mk) jo kustannettu lähes kaikki kokeiluvuosien yhteiskunnan kulut. Yhteiskunnan käyttökustannukset vanhainkodin yhdestä paikasta vuodessa ovat yli 120 000 mk. Lisäksi seurannassa todettiin joka viidennessä kohteessa avopalvelutarpeen helpottuminen.

Perusparannustoimintaan sijoitetuilla varoilla (lainat, avustukset) on saatu liikkeelle arvoltaan kaksinkertaiset korjausrakennusinvestoinnit, joiden suoranainen työllistävä vaikutus on ollut 100 henkilötyövuotta. Välilliset vaikutukset, kuten tarviketuotanto, kauppa ja kuljetus, huomioon ottaen työllistävä vaikutus on ollut 300 henkilötyövuotta. Työttömyyden yhteiskunnallisista kustannuksista tehtyjen laskelmien mukaan jokainen työtön aiheuttaa yhteiskunnalle 60 000 markan menetykset vuodessa, joten pelkästään työllisyysnäkökohtia ajatellen korjaustoiminta on ollut erittäin kannattavaa.

Viimeisenä - mutta ei vähäpätöisimpänä - on tietysti asumistaso. Inhimilliseltä kannalta merkittävinä on ollut erityisesti monen vanhuksen asumistason nousu vastaamaan koko väestön tasoa. Voimallinen uudisrakentaminen ei valitettavasti ole kohdistunut puutteellisesti asuviin vanhuksiin, koska heillä ei ole halukkuutta muuttaa tutusta ja asuinympäristöltään turvallisen tuntuista kodistaan pois. Näin perusparannustoiminta on usein ainoa keino asumistason nostamiseen. Yhteiskunnalla tulee olla velvollisuus huolehti siitä, että tulo- ja varallisuustasosta huolimatta kaikille pystytään turvaamaan kotona selviytymisenkin kannalta riittävä asumistaso.

Kokeilun tulosten perusteella asuntojen perusparannustoiminta on niin asukkaana, kunnan kuin myös valtion kannalta järkevää ja kannatettavaa.

AVOHUOLLON* JA LAITOSHOIDON KÄYTTÖKUSTANNUKSET KUNNALLE



* AVOHUOLLON KUSTANNUKSIIN ON LASKETTU KORJAUSTOIMINNAN EDISTÄMISESTÄ KUNNALLE AIHEUTUNEET KUSTANNUKSET (3 700 MK/KOHDE) JAETTUNA KAHDEN VUODEN AJALLE

PALVELURAKENNETYÖRYHMÄN MUISTION LIITE 6

**KUNNAN SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON PALVELURAKEN-
TEEN MITTARIT JA MITOITUSMENETELMÄT**

**Pekka Ruotsalainen
Sosiaali- ja terveysalan kehittämiskeskus
TKT, erikoistutkija
7.12.1992**

Kunnan palvelurakenteen mittarit ja mitoitusmenetelmät

1 Yleistä

Palvelurakennetyöryhmä on ottanut strategiseksi tavoitteeksi sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteen kehittämässä nykyisen laitospainotteisuuden vähentämisen, avohoitopalvelujen lisäämisen ja sektoroituneiden toimitapojen uudistamisen. Erikoissairaanhoidossa toimintatavan muutos merkitsee sitä, että sen toiminta muuttuu nykyistä intensiivisemmäksi, nopearytmisemmäksi sekä kustannus- ja laatutietoisemmäksi. Sairaanhoidopiirin tehtävänä on keskittyä tuottamaan tehokkaasti ja laadukkaasti erikoissairaanhoidon palvelut ja sinne kuulumaton majoitustoiminta on tarkoituksenmukaista purkaa pois.

Laitoshoidon nykyisten ja tulevien asiakkaiden (ja potilaiden) siirtyminen sairaaloista ja laitoksista tarkoituksenmukaisemmille hoitopaikoille ja avohoitoon edellyttää, että palvelujen mitoituksessa ja järjestämisessä käytetään sektorirajat rikkovaa kokonaisvaltaista (systeemistä) lähestymistapaa. Palvelurakenteen muutosprosessissa on tärkeää kysyä paitsi missä asiakasta hoidetaan myös miten häntä hoidetaan ja varmistaa, että jatkossakin seuraavat hyvän hoidon järjestämisen periaatteet toteutuvat:

Potilasta ei rajallisen hoitoperiodin aikana tarpeettomasti siirrellä häntä hoitavien laitosten välillä.

Potilaan asuinpaikan ja hoitopaikan välimatka huomioidaan hoidon järjestämisessä.

Potilaan toistuvien tutkimus- ja hoitokohtien aiheuttamien matkustamisten haitat minimoidaan.

Potilaalle tarjotaan mahdollisuus viettää hänen välttämättömänä pitämänsä aika erikoissairaanhoidossa.

Hoidon porrastuksessa on sosiaalipalvelujen ominaispiirteinä, että se:

Tukee ensisijaisesti asiakkaan kotona selviytymistä, korjaa elinoloja, huolehtii toimintakyvyn ylläpitämisestä ehkäisevän ja kuntouttavan toiminnan avulla.

Kunnioittaa asiakkaan omaa mielipidettä häntä koskevien päätösten teossa.

On paikallisesti joustava: palvelut järjestetään kullekin alueelle ominaiseen ja sopivaan tapaan.

Käyttää kaikkia olemassa olevia voimavaroja (niin virallisia kuin epävirallisiakin) hyväkseen hoidon ja palvelujen tuottamisessa.

Sosiaalipalvelujen maksut määräytyvät asiakkaan maksukyvyyn mukaan.

2 Palvelujärjestelmän mitoitusmenetelmät

Palvelujärjestelmä toimii tehokkaasti ja vaikuttavasti silloin kun väestön palvelujen tarve ja tarjotut palvelut kohtaavat tarpeen edellyttämällä tasolla niin, ettei tarpeeseen perustumatonta käyttöä esiinny. Samalla tulee tuotettujen palveluiden olla sekä laadukkaita että vaikuttavia. Se miten hyvin ja millä kustannustasolla tämä "tasapaino" saavutetaan on seurausta mm. tehdyistä sosiaali- ja terveystaloudellisista päätöksistä, palvelujen tuottajien toimintatavoista ja väestön halusta sekä mahdollisuuksista käyttää palveluja.

Palvelujen mitoitus- ja kohdentamisratkaisut perustuvat aina jonkinasteiseen tarpeen arvioon. Sosiaali- ja terveydenhuollossa yleisimmin käytetyt palvelujen tarvearviot ovat olleet päätöksentekijöiden ja asiantuntijoiden tekemiä normatiivisia arvioita tai (ja) ne ovat perustuneet aikaisempina vuosina toteutuneeseen palvelujen käyttöön.

Laajimmin käytetty palvelujen tarjonnan suunnittelu- ja mitoitusmenetelmä on menetelmä, jota kutsutaan myös "ei suunnittelua" metodiksi. Sille on tyypillistä, että palvelujen käytön aikaisemman vuoden taloudellinen toteutuma siirretään seuraaville vuosille tarvittaessa valituilla kasvu-/supistuskertoimella korjattuna. Vaihtoehtoisesti voidaan korjaus tehdä käyttämällä painokertoimina kiinteitä voimavara-väestösuhteita (esimerkiksi sairaansijojen määrä kunnan asukasta kohti). Tällainen karkea mitoitusmenetelmä siirtää kaikki vallitsevan palvelujärjestelmän rakenteen vinoutumat ja toiminnan tehottomuudet muuttumattomina tuleville vuosille. Näin tehdyt mitoitusmenetelmät eivät perustu erityisemmin väestön palvelujen tarpeeseen.

Edellistä kehittyneempi menetelmä on määrittää tulevien vuosien palvelujen käyttö painottamalla alueen väestön aikaisempien vuosien palveluiden ikäryhmä- ja sukupuolispesifisiä käyttösuhteita väestön määrän muutoksilla. Lisäpainoina, joiden avulla palvelurakenteen muutoksia mallinnetaan, voidaan käyttää muun muassa ikäryhmäkohtaisia kiinteitä käyttösuhteita (esimerkiksi kunnan 65-74 miehet käyttävät kokonaishoitopäivistä x osaa). Painoiksi voidaan ottaa myös jonkin muun alueen kuin oman kunnan palvelujen käytöstä johdetut painot, jolloin päädytään ns. referenssi-ennuste menetelmään. Edelleen voidaan tarvittavien palvelujen määrää määrittää perustuen kohdeväestön sosio-demografisiin ominaisuuksiin ja suoraan väestön palvelujen tarpeen mittareihin.

Suomessa on yleisesti mitoitettu väestölle tarjottavien palvelujen määrää käyttämällä edellä mainittua "ei suunnittelua" menetelmää. Vuoden 1993 alusta voimaan tuleva kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuuden jakamiseen käytetty laskentakaava on mitoitusmenetelmänä tätä tapaa kehittyneempi. Se huomioi mm. väestön ikärakenteen, kunnan pinta-alan, väestötiheyden ja epäsuorasti sairastuvuutta vakioidun kuolleisuusluvun avulla.

Palvelurakennetyöryhmä on tehnyt valtakunnan tason mitoitusmenetelmää perustuen väestöryhmä- ja palvelutyypikohtaisiin kiinteisiin palvelujen käyttösuhteisiin. Kuntatasolla tarkempaan mitoitusmenetelmään päästään korjaamalla kunnan nykyistä ikäryhmä- ja sukupuoliluokka spesifistä palvelujen käyttöä kiinteillä korjauskertoimilla siten, että kokonaiskäytössä päästään palvelurakennetyöryhmän suosituksiin. Kunnan palvelurakenteen muutoksen suunnittelu voi laskennallisesti tapahtua myös siten, että siirretään hyväksi havaitun kunnan ("esimerkkikunnan") palvelurakenne omaan kuntaan kuntien väestörakenteen erot huomioonottaen.

3 Kunnan palvelurakenteen mittarit

Palvelurakenteen ja sen muutoksien kuvaamiseen käytettävien mittareiden tulee kuvata väestöä, sen sosiaalisia ja terveydellisiä ongelmia, palvelujärjestelmää sekä asiakkaiden ja palvelujärjestelmän kohtaamista.

Palvelurakennetyöryhmä on katsonut, että sekä alue- että valtakunnan tasolla voidaan palvelurakenteen kehittyneisyyttä ja sen muutoksia seurata suppealla mittaristolla. Nämä mittarit kertovat ensisijaisesti siitä, milloin kunnan tai alueen palvelurakennetta ei voida pitää tyydyttävästi toteutettuna sekä viestivät milloin kunnan tai alueen palvelurakenne ei kehity tavoiteltuun suuntaan.

Valtakunnan tason palvelurakenteen mittareiden lisäksi tarvitaan paikallistason mittareita, joilla voidaan valtakunnan tason tarkastelua tarkemmin ja yksityiskohtaisemmin selvittää ja tutkia kunnan palvelurakennetta. Taulukossa 1 on esimerkkiluettelo mittareista, jotka olemassa olevan tutkimustiedon perusteella soveltuvat käytettäväksi kuntatasolla. Esitetty mittaristo on varsin laaja ja on viime kädessä kunnan asia valita ja ottaa käyttöön sille parhaiten soveltuva palvelurakenteen mittarijoukko.

Tilastotietoihin nojautuvien palvelurakenteen mittareiden käytön lisäksi on tärkeää, että kunnissa selvitetään myös palveluja saaneiden ja niitä käyttämättömien kuntalaisten kokemaa tyytyväisyyttä ja heidän kokemaa palvelujen laatua. Tämä voidaan toteuttaa esimerkiksi kuntabaroometri tyyppisen tiedoston avulla.

Huolimatta maamme tämänhetkisestä heikosta taloudellisesta tilanteesta ei sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämistä tule tarkastella vain normatiivisesti määritetyn tarpeen, toimivan porrastuksen, toiminnan tehokkuuden ja taloudellisuuden näkökulmista. Tavoitteena tulee olla palvelujen tarjonnan mitoittaminen vastaamaan mahdollisimman hyvin asukkaiden tarpeita. Tutkimustiedon perusteella vaikuttavat muun muassa taulukossa 2 esitetyt tekijät sosiaali- ja terveyspalvelujen tarpeeseen ja käyttöön. Tällä hetkellä ei ole käytävissä riittävästi tutkimustietoutta, jotta voitaisiin suoraan käyttää taulukossa 2 esitettyjä hoidon tarvetta indikoivia mittareita kuntalaisten sosiaali- ja terveyspalvelujen mitoittamiseen. Palvelujen tarjonnan mitoitusmenetelmiä tulisikin kunnissa kehittää siten, että ne kykenevät ottamaan nykyistä paremmin huomioon palvelujen tarvetta synnyttävät tekijät. Näin tehden päästään väestön kannalta oikeudenmukaiseen ja kunnan kannalta tarkoituksenmukaisimpaan palvelujen tarjonnan määrään ja laadun mitoittamiseen.

4 Yhteenveto

Nykyisissä sosiaali- ja terveydenhuollon tietojärjestelmissä on palvelurakenteen arvioinnin ja mitoituksen kannalta merkittäviä puutteita. Niistä ei ole muun muassa saatavissa riittävästi tietoa paljonko palvelua tarvitsevia vanhuksia on, mitä palveluja he tarvitsevat ja miten he asuvat. Myös tiedot kehitysvammahuollosta ja sen kohdistumisesta ovat puutteelliset. Laitoshoidossa tapahtuu koko ajan toimintojen siirtymistä vuodehoidosta avohoitoon. Nykyiset tietojärjestelmät antavat riittämättömästi tietoa avohoidosta, sen kohdistumisesta ja siitä miten avohoito korvaa laitoshoidoa.

Asuminen on yksi keskeinen elementti kun nykyistä palvelurakennetta kehitetään avopainotteiseen suuntaan. Kuntatason tietoa sosiaali- ja terveystalvelujen käyttäjien ja potentiaalisten tarvitsijoiden asumisesta on saatavissa hyvin niukasti.

Nykyisten tietojärjestelmien tietosisältö kuvaa sosiaali- ja terveystalveluja lähes yksinomaan määrällisesti. Tietoa tuotettujen palvelujen laadusta ja vaikuttavuudesta ei juurikaan ole saatavissa eikä siten laatumittareitakaan ole kuntien käytettävissä.

Sosiaali- ja terveydenhuollon tietojenkeruu samoin kuin tietojärjestelmien valtakunnallinen, alueellinen ja kuntatason uudistaminen tulee toteuttaa siten, että niiden tuottamien tietojen avulla kyetään nykyistä paremmin tarkastelemaan kuntien palvelurakennetta ja seuraamaan sen muutoksia. Kehitystyössä tulee erityisesti painottaa laatumittareita ja väestöltään vain muutaman tuhannen asukkaan kuntien palvelutarpeen määrittelyn ongelmatiikkaa.

Kunnissa käytettäviä sosiaali- ja terveystalvelujen mitoitusmenetelmiä tulisi kehittää siten, että niissä nykyistä paremmin otetaan huomioon asukkaiden palvelujen tarve. Yksi mahdollinen menetelmä on yhdistää demografisiin ennustemenetelmiin palvelujen tarpeeseen vaikuttavia tekijöitä. Mitoitusmenetelmien kehitystyö vaatii pitkäjänteistä panostusta ja sopisi kuntien lisäksi sosiaali- ja terveydenhuoltoalan tutkimusyksiköille.

TAULUKKO 1 Kuntatason palvelurakenteen arvioimiseen soveltuvia mittareita

Kohde	Mittari
Kunta	<p><i>Väestön ikä ja sukupuolirakenne</i></p> <p><i>Veroäyrin hinta</i></p> <p><i>Kunnan kantokykyluokka</i></p> <p><i>Kunnan taajama-aste</i></p>
Investoinnit	<p><i>Kunnan viiden vuoden sosiaali- ja terveydenhuollon keskimääräiset investoinnit markkaa per asukas. Sosiaali- ja terveydenhuolto yhteensä ja erikseen sekä jaoteltuna seuraavasti:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <i>-laitoshoitoon (laitostyypeittäin¹ ja yhteensä)</i> <i>-välimuotoiseen hoitoon</i> <i>-asuntojen peruskorjaukseen</i> <i>-asuntojen hankkimiseen</i> <i>-asumisen ympäristöön</i> <i>-kotona asumista tukeviin palvelurakennuksiin</i>
Panokset	<p><i>Sosiaali- ja terveydenhuollon bruttomenot markkaa per asukas erikseen ja yhteensä sekä jaoteltuna</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <i>-laitoshoitoon (laitostyypeittäin ja yhteensä)</i> <i>-välimuotoiseen hoitoon</i> <i>-kotona asumista tukeviin palvelutoimintoihin</i> <i>-avohoitoon</i> <i>-sairauksien ehkäisyyn</i> <p><i>Vanhainkotihoidon menot markkaa per yli 64-vuotias</i></p> <p><i>Sosiaalivakuutuksen korvaukset markkaa per asukas sekä erikseen sairaanhoitokorvaukset markkaa per asukas</i></p> <p><i>Sosiaali- terveydenhuoltomenojen prosenttiosuus bruttomenoista ja veroäyristä erikseen ja yhteensä sekä jaoteltuna</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <i>-laitoshoitoon (laitostyypeittäin ja yhteensä)</i> <i>-välimuotoiseen hoitoon</i> <i>-kotona asumista tukeviin palvelutoimintoihin</i> <i>-avohoitoon</i> <i>-sairauksien ehkäisyyn</i> <p><i>Sosiaali- ja terveydenhuollon menojen viiden vuoden keskiarvoiset kasvuprosentit erikseen ja jaoteltuna</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <i>-laitoshoitoon (laitostyypeittäin ja yhteensä)</i> <i>-välimuotoiseen hoitoon</i> <i>-kotona asumista tukeviin palvelutoimintoihin</i>

Taulukko 2 Palvelujen tarpeeseen ja kysyntään vaikuttavia tekijöitä

Tutkimusten mukaan palvelujen kysyntää indikoivat mm. seuraavat tekijät:

Väestö	<i>Väestön tiheys</i>
	<i>Ikä- ja sukupuolirakenne</i>
	<i>Monilapsisten perheiden osuus kaikista perheistä</i>
	<i>Yksivanhempisten perheiden osuus kaikista perheistä</i>
	<i>Yksinasuvien vanhusten osuus vanhuksista</i>
	<i>Pakolaisten määrä suhteessa koko väestöön</i>
Väestön toimintakyky	<i>Työkyvyttömyyseläkkeiden saajien määrä per työikäinen väestö</i>
	<i>Kehitysvammaisten saajien määrä per asukas</i>
	<i>Vammaistukea saavien määrä per asukas</i>
Sairastavuus	<i>Kokonaiskuolleisuus ja kuolleisuus ikäryhmissä 0–64 ja 0–75 vuotiaat</i>
	<i>Alhaisen syntymäpaino omaavien lasten osuus syntyneistä</i>
	<i>Lapsikuolleisuus per synnytykset</i>
	<i>Kroonisten sairauksien määrä (mm. mielisairaudet, dementia, sydän- ja verisuoni-, tukielinsairaudet, vammaisten määrä) per asukas</i>
	<i>Korvattavien lääkkeiden saajien määrä per asukas</i>
	<i>16–64 vuotiaat sairauspäiväpäivärahojen saajien määrä per kunnan 16–64 vuotiaiden määrä</i>
Väestön sosio-ekonominen asema	<i>Ammattirakenne</i>
	<i>Koulutustaso</i>
	<i>Veroäyrit per asukas</i>
	<i>Työttömyysaste</i>

Sosiaaliset ongelmat*Avioerojen määrä per asukas**Toimeentulotukea saavien määrä asukas**Itsemurhakuolleisuus per asukas**Sijoitettujen lasten määrä per 0–14 vuotiaiden määrä**Väkivaltaisten kuolemien määrä per asukas**Asunnottomien määrä***Elintavat***Aborttien määrä per alkaneet raskaudet**Päihdeaineiden väärinkäyttäjien määrä per väestö**Työtaturmien määrä per työkäiset asukkaat**Liikennetaturmat per väestö**Tupakoinnin määrä per väestö***Tarjonnan rakenne***Väestön etäisyys sairaalasta**Sosiaali- ja terveysten palveluiden vaihtoehtojen määrä (mm. terveyskeskuspalvelut, kotipalvelut, ryhmäkodit, aikuisten päivähoito)**Väestön etäisyys lääkäristä (mukaanlukien sekä yksityiset että julkisen sektorin lääkärit)**Avohoitopalvelujen määrä per väestö**Pitkäaikaislaitoshoidon sairaansijojen määrä väki**Erikoissairaanhoidon sairaansijat per väestö**Työterveyshoidon tarjonnan määrä per työkäiset asukkaat*

Vanhustenhuollon palvelutarpeisiin vaikuttavat tutkimusten mukaan edellisten lisäksi myös mm.seuraavat tekijät: alentunut toimintakyky, puutteellinen asuminen, huonot liikenneyhteydet, asunnon huono sijainti ja palvelujen sijainti kaukana vanhuksista. Lisäksi palvelutarpeen aiheuttajiksi on havaittu avohuollon palvelujen puutteet sekä vanhuksen yksinäisyys ja turvattomuus.

VIITTEET

Hollander M., Continuing Care Planning and Resource Allocation Report, Ministry of Health, Province of British Columbia, Canada, 1989.

Ruotsalainen P., Menetelmä alueellisen sairaanhoidon tarjonnan määrittämiseksi, Sosiaali- ja terveyshallitus, tutkimuksia 13/1991.

Vaarama M., Hurskainen R., Hyvään vanhuuteen 1990- ja 2000-luvuilla, STAKES 1992.

WHO, Health Projections in Europe Methods and Applications, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen 1986.

PALVELURAKENNETYÖRYHMÄN MUISTION LIITE 7

Tutkimusjohtaja Leena Matikka
Kehitysvammaliitto ry.
3.6.1992

Arvio kehitysvammahuollon rakenteen kehityksestä sosiaali- ja terveysministeriön palvelurakennetyöryhmälle

1. Kehitysvammaisten määrä ja kehitysvammapalvelujen rakenne Suomessa 1992

Kehitysvammaisia arvioidaan Suomessa olevan 27 000 - 28 000. Arvio perustuu kehitysvammaisuuden perusteella työkyvyttömyyseläkettä saaviin sekä tietoihin kehitysvammaisten erityisopetuksesta. Kehitysvammaisia on koko maassa 5,4 o/oo väestöstä. Suhteessa väestömäärään työikäisiä kehitysvammaisia on eniten Pohjois-Karjalan (11 o/oo), Mikkelin (9,7 o/oo), Kuopion ja Oulun (9,3 o/oo) lääneissä ja vähiten Uudellamaalla (3,1 o/oo) ja Ahvenanmaalla (3,4 o/oo).¹ Kehitysvammaisten määrä on viime vuosina pysynyt suunnilleen ennallaan. Monivammaisten osuus on kuitenkin lisääntymässä.

Kehitysvammahuollon palveluja käyttää vuosittain noin 17 000 henkilöä. Palvelujen käyttö kohdistui vuoden 1986 aikana käyttöpäivien ja käyntikertojen mukaan eri palvelumuotoihin seuraavasti²:

palvelumuoto	%
laitoshoito	51
asumispalvelut	10
perhehoito	6
työtoiminta ja muu päivätoiminta	31
neuvola, kotikäynnit ja muu avohuolto	2

Erityishuollon neuvottelukunnan keräämien tietojen mukaan erityishuoltopiirien palvelurakenne on vuosina 1987 - 1991 muuttunut siten, että laitoshoidon käyttöpäivät ovat vähentyneet 12 %:lla ja asumispalvelujen lisääntyneet 57 %:lla. Myös kunnat ovat vastaavana aikana kaksinkertaistaneet asumispalvelunsa.³

Kehitysvammahuollon hoitopaikkoja oli vuonna 1990 koko maassa seuraavasti⁴:

laitoshoito	5 349
asumispalvelut	2 493
perhehoito	1 061
työtoiminta	6 058
päivähoito/opetus	2 112

Laitoshoidon paikkoja ollaan hiljaksen vähentämässä ja asumishuollon ja perhehoidon paikkoja lisäämässä. Syksyllä 1991 laadittujen kuntainliittosuunnitelmien mukaan muutokset vuosina 1990-1996 olisivat kuntainliittojen palvelujen osalta varsin vähäiset. Taloudellisen laman vaikutukset eivät todennäköisesti vielä näy ko. suunnitelmissa.

2. Palvelurakenteen kehityslinjoista

Kehitysvammahuolto on viime vuosisadan loppupuolelta lähtien alkanut eriytyä omaksi huoltosektoriksi. Ensin nähtiin tarpeelliseksi lievästi kehitysvammaisten opetuksen eriyttäminen ja perustettiin tarkoitukseen internaattikouluja. Kehitysvammaisten ryhmä eriytyi näin aistiviallista. Samaan aikaan tehtiin eroa mielisairaisiin. Tämän vuosisadan alkupuolella pidettiin kehitysvammaisten hoitamista omissa laitoksissaan välttämättömänä ja sitä perusteltiin rotuhygieenisin syin.⁵ Siitä lähtien huollon päätavoitteena oli laitoshoidon järjestäminen mahdollisimman monelle kehitysvammaiselle. Linja jatkui aina 1970-luvulle asti. Vaikka muissa pohjoismaissa jo kritisoitiin laitოსvaltaisuutta ja korostettiin integroituja palveluja, Suomessa rakennettiin vielä lisää keskuslaitospaikkoja.

Vuoden 1978 alusta voimaan tullut kehitysvammalaki mahdollisti palvelurakenteen monipuolistamisen. Kehitysvammahuollon tunnuspiirteenä voidaankin pitää yhden vammaryhmän kaiken kattavan huollon järjestämistä. Kehitysvammaisille on ko. lain perusteella järjestetty asumista, päivähoitoa, opetusta, työtoimintaa, neuvontapalveluja, kerhotoimintaa, leirejä, vanhempainohjausta, terveydenhuoltoa (sisältäen hammashoidon) ym. palveluja läänin kokoisissa kuntainliitto-organisaatioissa. Vuoteen 1984 asti kehitysvammahuoltoon ohjattiin valtionosuudet oman suunnittelujärjestelmän kautta. Kuntainliittojen asema palvelujen järjestäjänä monopolisoitui ja aikaisemmin yksityisinä tai kunnallisina toimineita toimintayksiköjä siirrettiin kuntainliitoille. Kehitysvammahuollon kuntainliitot ovat ns. pakkokuntainliittoja, joihin jokaisen kunnan on kuuluttava. Kattavalla alueellisella organisaatiolla saavutettiin kehitysvammahuollon tasapuolinen ja asiantunteva palvelutarjonta. Sillä on kuitenkin haittapuolensa. Palveluja saadaksean kehitysvammaisten oli usein muutettava asumaan hyvinkin kauas kotiseudultaan.

1980-luvulla kehitysvammahuollon virallisina tavoitteina on Suomessakin ollut palvelujen mahdollisimman normaali ja integroitu toteuttaminen, laitosvaltaisuuden vähentäminen ja kunnan vastuun lisääminen peruspalvelujen järjestämisessä. Muutokset ovat olleet hitaita. Lievästi kehitysvammaisten opetuksen järjestämisvastuu siirtyi vuonna 1985 opetussektorille. Kehitysvammahuolto järjestää edelleen perusopetuksen noin 600:lle kaikkein vaikeimmin vammaiselle. Opetuksen hallinnollista siirtoa ei ponnisteluista huolimatta ole toteutettu. Perusterveydenhuolto toteutuu kehitysvammaisillekin yhä enenevässä määrin terveyskeskuksissa. Kehitysvammaisten asuminen muulla kuin varsinaisella kotipaikkakunnallaan aiheuttaa kuitenkin jatkuvaa kitkaa terveyspalvelujen järjestämisessä. Kehitysvammaiset eivät yleensä pääse uuden asuinkuntansa asukkaiksi, vaan heidän henkikirjoituskuntanaan säilyy se kunta, jossa he huoltajansa kotikunnan mukaan olivat kirjoilla 16-vuotiaina. Toiseen kuntaan muuttaminen on kuitenkin usein välttämätöntä asumisen ja työtoiminnan järjestämiseksi.

Kehitysvammahuollon kehittämistyöryhmä asetti tavoitteeksi laitospaikkojen vähentämisen 30 %:lla vuoteen 2000 mennessä ja uusien ryhmäasuntojen perustamisen korvaamaan näitä paikkoja ja turvaamaan iäkkäiden vanhempiensa luona asuvien (noin 4 000:n) kehitysvammaisen asumisen ja huollon lähivuosina.⁶ Uusien asumispaikkojen lisääminen ei ole taloudellisista syistä ollut mahdollista esitetystä aikataulusta. Laitoshuollon hidask purkaminen ja samanaikainen asumispalvelujen lisääminen näyttää taloudellisesta mahdollisuudesta kuntainliittojen toteutettavaksi. Erityishuollon neuvottelukunnan ns. saneeraustyöryhmä on käsitellyt tätä raportissaan Kehitysvammahuollon voimavarojen uudelleenjärjestely⁷. Pakotteet laitoshuollon purkamiseen ja palvelurakenteen nopeaan muutokseen näyttävätkin nyt tulevan taloudellisen kriisin vauhdittamina kuntien taholta. Kunnat eivät ole enää valmiita maksamaan yhä kasvavia kehitysvamma-alan kuntainliittomenoja vaan etsivät halvempia ratkaisuja omasta ja ostopalvelutoiminnasta. Ensi vuoden alussa tapahtuva valtion-osuus uudistus vauhdittanee tätä kehitystä huomattavasti.

3. Kehitysvammahuollon rakennemuutosta luonnehtivat siirtymät:

- 1) Yhden vammaryhmän kaiken kattavien palvelujen keskitetystä järjestämisestä (opetus, terveydenhuolto, kuntoutus, työtoiminta jne) siirrytään palvelujen toteuttamiseen integroidusti samoissa hallinnollisissa ja fyysisissä kokonaisuuksissa kuin muillekin kansalaisille (opetus peruskoulussa ja tavallisissa ammatillisissa oppilaitoksissa, terveydenhuolto terveyskeskuksissa ja tarpeen mukaan erikoissairaanhoidossa, työtoiminta avoimilla työmarkkinoilla tarvittavin erityisjärjestelyin). Muutoksen vauhtia säätelevät paikalliset asenteet ja valtakunnallinen lainsäädäntö.

- 2) Palvelujen järjestämisvastuun siirtyminen pakkokuntainliitoilta kunnille, jolloin myös palvelujen suunnittelu siirtyy kuntaan. Tällöin kehitysvammaisten tarvitsemat palvelut punnitaan kuntakokonaisuudessa ja kunta voi järjestää niistä osan itse joko pelkästään kehitysvammaisten ryhmälle tai ottaen kehitysvammaiset mukaan muiden ko. palvelua tarvitsevien joukkoon (esim. kotipalvelu ja palveluasuminen), ostaa osan yksityisiltä palvelujen tuottajilta (jotka ovat lisäämässä ja monipuolistamassa palvelutarjontaa) ja osan kehitysvamma-alan kuntainliitoilta. Muutoksen vauhtiin vaikuttavat tällä hetkellä taloudelliset näkökohdat ehkä kaikkein eniten. Kunnat ovat hyvin erilaisia ja niiden halu ja mahdollisuudet vaihtelevat. Suurten kuntien on helpompi järjestää kaikki kehitysvammaisten palvelut itse. Jos ne lakkaavat käyttämästä kuntainliittojen palveluja, jäävät pienet kunnat yksin kustantamaan kuntainliittojen palveluja ja tilanne lienee lyhyessä ajassa niiden kannalta kestämaton. Tämä johtaisi käytännössä kuntainliittojen hajoamiseen, vaikka lainsäädännössä ei tapahtuisikaan muutoksia. (Nykyisen lainsäädännön mukaan kuntainliittoon jäljelle jäävät kunnat joutuvat maksamaan poislähteville takaisin perustamiskustannuksia, jos pakkokuntainliitto purkautuu, mutta jo käyttökustannusten nousukin olisi jäljelle jääville kunnille varmasti liian raskasta.)
- 3) Raskaista kokonaisvaltaisista laitospalveluista ollaan siirtymässä kevyempiin ja monimuotoisiin asiakkaan kotikunnassa tai lähiseudulla toteutettaviin pienimuotoisiin palveluihin. Laitoshoitoon on kuulunut kaikki asiakkaan tarvitsemat palvelut asumisesta hyvinkin erikoistuneeseen sairaanhoitoon. Laitoshoidon hinta asiakkaalle ja kunnalle on ollut sama riippumatta siitä, mitä siihen on yksittäisen asiakkaan kohdalla sisältynyt. Tulevaisuudessa laitoshoidon jaetaan kahteen tai kolmeen eri kategoriaan, joiden hinta vaihtelee palvelusisällön mukaan. Laitoshoidon korvaava palvelukokonaisuus puolestaan koostuu erilaisista palveluista, joilla kullakin on omat hintansa. Peruspalveluna voi olla esim. asumisen järjestäminen tukiasunnossa, perhehoidossa, palveluasunnossa tai ryhmäkodissa. Asumiskustannuksia ovat tällöin vuokrat ja erilliset palvelumaksut, joilla katetaan tarvikkeiden ja työntekijöiden palkkojen kustannuksia. Muutos merkinnee asiakkaiden yksilöllisten tarpeiden entistä parempaa huomioonottamista ja asiakkaiden valintamahdollisuuksien lisääntymistä.

Kehitysvammaisten palvelujen kehityksessä ei ilmene pyrkimystä hoidon porrastamiseen. Kehitysvammaisuus on yksilölle elinikäistä ja elämänsä eri vaiheissa tarvitaan erilaisia palveluja ja tukimuotoja. Vaikea- tai monivammaisuus merkitsee sitä, että henkilö tarvitsee monia erilaisia palveluja ajoittain hyvinkin intensiivisesti. Palvelujen toteutus on moniammatillista, tarvitaan kasvatuksellista, sosiaalista ja lääketieteellistä osaamista ja usein näiden yhdistämistä. Asiakkaita ei siis ole mielekäästä siirtää portaalta toiselle, vaan tuoda asiakkaan

tarpeenmukaiset palvelut hänen käyttöönsä oikeaan paikkaan ja oikeana ajankohtana. Kehitysvammaisten ryhmän heterogeenisuus edellyttää eri ammattiryhmien yhteistoiminnan koordinoitua ja eri alojen specialistien joustavaa käyttöä. Tässä mielessä voidaan puhua erityistason asiantuntemuksesta suhteessa peruspalvelujen asiantuntemukseen. Porrastus koskee siis pikemminkin työntekijöitä kuin asiakkaita tai palvelujärjestelmää.

Kehitysvammahuollon palvelurakennetta kehitettäessä on varmistettava moniammatillisuus. Vammaisuus ilmenee pääasiassa älyllisissä toiminnoissa ja vaikeuttaa henkilön toimintaa yhteisössä. Vaikka vammaisuuden syitä kuvataankin parhaiten lääketieteen avulla, voidaan pelkästään lääketieteen perusteella kohentaa kehitysvammaisten asemaa erittäin vähän. Lapsuudessa ja nuoruudessa pääpaino on kasvatuksellisilla menetelmillä, joiden käyttöä tukevat mm. neurologiset ja fysiatrietutkimukset. Aikuisuudessa pääpaino on sosiaalisessa kuntoutuksessa ja sosiaalipoliittisissa ratkaisuisissa, jotka vaikuttavat kehitysvammaisten elämänlaatuun. Tästä syystä on varottava kehitysvammapalvelujen organisatorista yhdistämistä erikoissairaanhoidon.

4. Palvelutarpeista lähtevä rakenteiden kehittäminen

Kehitysvammaisten heterogeeninen ryhmä tarvitsee hyvin erilaisia palveluja, kuten edellä on todettu. Palvelutarpeet näyttävät asiakkaiden näkökulmasta jakautuvan selkeästi lasten ja perheiden tarvitsemiin palveluihin sekä aikuisten kehitysvammaisten tarvitsemiin palveluihin. Lapsiperheet tarvitsisivat nykyistä paljon enemmän tilapäishoitomahdollisuuksia, lyhytaikaisia hoitajaksoja perheen kehitysvammaiselle lapselle, jotta vanhemmat voisivat välillä levätä. Hoitajakset voitaisiin järjestää sijaisperheessä tai tarkoitusta varten perustetuissa pienyksiköissä lähellä kotia. Näin ehkäistäisiin pitkäaikaiseen laitoshoidon sijoittamisen paineita. Perheiden kannalta palvelujen joustava järjestäminen kotikunnassa tai suhteellisen lähellä perheen asuinpaikkaa on ensiarvoisen tärkeää.

Lapsen kannalta olisi edullista järjestää hoitajakson aikana tehostettua kuntoutusta. Olisikin aiheellista luoda myös suurempaa aluetta palvelevia lapsille tarkoitettuja kuntoutuskeskuksia, jotka yhteistyössä vanhempien ja eri alojen asiantuntijoiden kanssa huolehtisivat yksilöllisen kuntoutuksen suunnittelusta ja sen toteutuksen pitkäjänteisestä seurannasta. Tällaiset kuntoutuskeskukset voisivat turvata myös alan tutkimuksen ja kuntoutuksen menetelmäkehityksen jatkuvuuden. Kuntoutuksen suunnitelmallisuus ja riittävän tihein aikaväleihin suoritettava seuranta antaisi tukea myös omaisille, jotka jäävät helposti kovin yksin kehitysvammaisen perheenjäsenen elämänsä aikana ilmenevien erilaisten ongelmien kanssa.

Aikuiset kehitysvammaiset tarvitsevat ennenkaikkea asuntoja, joihin he voivat saada tarpeelliset tukipalvelut. Kehitysvammaiset eivät saa ansiosidonnaista eläkettä, vaan he elävät lähes poikkeuksetta kansaneläkkeen varassa. Näin ollen he eivät kykene hankkimaan itselleen omistusasuntoa. Suurin osa joutuu asumaan aikuistuttuaankin lapsuudenkodissaan muun asunnon puuttuessa. Nykyisen järjestelmän mukaan kehitysvammaiset ovat asumispalveluissa hoito- eikä vuokrasuhteessa, mikä estää heidän itsenäistymistään. Asumispalvelujen rakennetta tulisi muuttaa siten, että kehitysvammaisille olisi tarjolla vuokra-asuntoja, joko itsenäiseen tai tuettuun asumiseen erillisissä huoneistoissa tai ryhmäasumiseen, jolloin 4-5 kehitysvammaista yhdessä asuttaisivat koko ryhmän yhteistä huoneistoa. Asumisessa tarvittava apu sekä esim. ruokailu- ja siivouspalvelut tulisi turvata kehitysvammaisille heidän yksilöllisten tarpeidensa mukaan erikseen.

Asuntojen järjestäminen ja siitä aiheutuvat kustannukset jäisivät näin yhteiskunnan yleiseksi tehtäväksi kehitysvammahuollon sijasta. Kehitysvammahuollon kustannuksia olisi muutenkin aiheellista tarkastella riisuttuna asumisen ja ravitsemuksen ja vaatetuksen ym. kaikille ihmisille tarpeellisten jokapäiväisten kulujen painolastista. Mitä kehitysvammaiset palveluissaan saavat tämän lisäksi tai mitä he tarvitsevat juuri vammaisuutensa takia voisi osoittautua yllättävän vähäiseksi.

Edellä kuvattu kokonaisvaltaisen asumispalvelun pirstominen ja uudelleen kokoaminen kunkin vammaisen yksilöllisiä tarpeita vastaavaksi kokonaisuudeksi edellyttää palvelurakenteen analysoinnissa ja kehittämisessä näkökulman muutosta. Uusi ajattelu ei lähde olemassa olevien palvelujen valikoimasta ja sopivien palvelujen etsimisestä vammaiselle, vaan vammaisen elämästä.

5. Rakennemuutoksen mahdollisuudet ja uhat

Edellä kuvattu rakennemuutos antaa toteutuessaan mahdollisuudet kehitysvammaisten tarpeiden mukaiseen yksilölliseen tukeen ja hoitoon omalla paikkakunnalla. Se antaa kunnille mahdollisuudet ratkaista omalla tavallaan palvelujen tarjontaan liittyvät organisatoriset ja taloudelliset kysymykset. Näin saavutetaan rationaalisen toteutuksen kautta myös pitkän aikavälin taloudellisia hyötyjä, kun kunta voi suunnitella henkilökunnan työpanokset laajemmassa kokonaisuudessa yhden sektorin sijasta.

Kuntien ottaessa yhä enemmän vastuuta kehitysvammaisten peruspalveluista kuntainliitoille tulee paremmat mahdollisuudet keskittyä erityisasiantuntemusta vaativiin tehtäviin ja auttaa mm. konsultoinnin ja henkilöstön koulutuksen muodossa alueensa kunnallisia ja yksityisiä palvelujen tuottajia.

Rakennemuutos voidaan kehitysvammaisten palvelukehityksen kannalta nähdä myös uhkana. Nykyisessä taloudellisessa tilanteessa on pelättävissä, että kunta järjestäisi kehitysvammaisille vain minimipalvelut halvimpaan mahdolliseen hintaan ja jättäisi erityistä asiantuntemusta edellyttävät palvelut käyttämättä. Tällöin erityisosaaminen vähitellen katoaisi, kun sillä ei olisi kysyntää.

6. Rakennemuutosta edistävät toimenpiteet

Mahdollisimman laadukkaiden ja tuloksellisten palvelujen turvaaminen kehitysvammaisille edellyttää palvelujärjestelmän tuloksellisuuden ja laadun arviointimenetelmien kehittämistä ja kehityksen pitkäjänteistä seurantaa. Tähän pyritään Kehitysvammaliiton vuoden 1993 alussa käynnistämässä projektissa. Kehitysvammaliiton meneillään olevassa Toimiva vammaishuolto kunnassa -projektissa puolestaan selvitetään muutamien esimerkkikuntien kehittämistyön avulla erityyppisten kuntien optimaalista kehitysvammaisten palvelujärjestelmää yhdistämällä eri hallintokuntien toiminta ja vapaaehtoistyö kunnassa.

Vuoden 1993 alusta toteutettava valtiosuus uudistus kiihdyttäne palvelujen järjestämisen siirtymistä kuntiin ja suurten laitosten purkautumista.

Erityishuoltopiirien kuntainliitot eivät ole riittävän hyvin varautuneet uuteen tilanteeseen. Kehitysvammahuollon erityisasiantuntemuksen edelleen kehittäminen uhanalaistuu, jos kuntainliitot purkautuvat. Keskustelu kuntainliittojen asemasta tulevaisuudessa ja erityisasiantuntemuksen kehittämisorganisaatiosta olisi käynnistettävä pikaisesti. Olisi laadittava erilaisia skenaarioita ottaen huomioon kuntien erilaisuus, pienten kuntien asema ja erityyppiset kuntien yhteistoimintamallit. Organisaatioiden pyrkimys säilyttää itsensä ja turvata toimintansa jatkuvuus entisellään on vaikeuttanut keskustelun käynnistymistä.

7. Lopuksi

Olen edellä käsitellyt kehitysvammahuollon rakennemuutosta sellaisena kuin se näyttäytyy nykyisten reunaehtojen ja taloudellisten näkymien valossa. Käsitykseni mukaan kehitysvammaisia ei voida jakaa pitkäaikaisen laitoshoidon tarpeessa oleviin ja niihin, jotka eivät pitkäaikaista laitoshoidon tarvitse. Tarkoitin laitoksilla tässä yhteydessä nykyisen kaltaisia keskuslaitoksia. Arvioni mukaan noin 15 % nykyisistä kehitysvammapalvelujen käyttävistä aikuisista tarvitsee palveluasumismuodon, jossa on mahdollisuus saada henkilökunnan apua aina tarvittaessa, myös öisin. Tämän ryhmän tarpeet eivät henkilökuntamitoitusta lukuunottamatta poikkea muiden kehitysvammaisten asumistarpeista. Nykykäsityksen mukaan heidän asumisensa tulisi järjestää itsenäisyyttä edistävissä ja

yksilöllisyyden turvaavissa ryhmäasunnoissa tai normaaleissa asunnoissa.

Laitoshuollon purkaminen ja korvaavien palvelujen luominen on eri syistä hyvin vaikeaa. Tärkeintä olisi kuitenkin päättää selkeistä tavoitteista. Jos voitaisiin välttää esim. kaikki uudet pitkäaikaissijoitukset laitoksiin, tämä merkitsisi samalla vaihtoehtoisen palvelujärjestelmän ripeämpää kehittymistä. Erityisen tärkeää olisi turvata lasten ja nuorten palvelut integroidusti ja joustavasti laitospalvelujen ulkopuolella. Kustannusvaikutuksia arvioitaessa voitaisiin pitkällä aikavälillä osoittaa myös säästöjä, jotka aiheutuvat palveluja tarvitsevien omatoimisuuden lisääntymisestä ja omien voimavarojen käyttöönotosta.

Lähdeviitteet:

1. Kehitysvammahuollon taskutilasto 1992. Kehitysvammaliitto ry. Valtakunnallinen tutkimus- ja kokeiluyksikkö 1992.
2. Tilastotiedotus 1990:2. Sosiaalhallitus. Suunnitteluosasto.
3. Tietoja erityishuoltopiirien toiminnasta ja taloudesta vuonna 1991. Erityishuollon neuvottelukunta.
4. Kehitysvammahuollon taskutilasto 1992. Kehitysvammaliitto, Valtakunnallinen tutkimus- ja kokeiluyksikkö 1992.
5. Malinen, Sauli. Nuo syyttään kurjat ja puuttuvaiset. Kehitysvammaisten identifiointi ja huollon muotoutuminen Suomessa 1877-1927. Kehitysvammaliiton valtakunnallisen tutkimus- ja kokeiluyksikön julkaisuja 61/1992.
6. Kehitysvammahuollon kehittämistavoitteet. Sosiaalihuollon julkaisuja 11/1986.
7. Kehitysvammahuollon voimavarojen uudelleenjärjestely. Erityishuollon neuvottelukunta 26.10.1990.

PALVELURAKENNETYÖRYHMÄN MUISTION LIITE 8

PSYKIATRISEN HOIDON RAKENTEEN KEHITYKSESTÄ

Psykiatrisen hoitojärjestelmän sairaalakeskeisyys

Suomalainen psykiatrinen hoitojärjestelmä on perinteisesti ollut erittäin sairaalapainotteinen. Enimmillään 1970-luvun lopussa meillä oli lähes 20 000 psykiatrista sairaanisjaa eli 4,2 promillea asukasluvusta. 1980-luvulla lukua pidettiin Suomen häpeällisenä "mmailmanennätyksenä". 1970-luvulla Suomessa vielä lisättiin psykiatrisia sairaansijoja, kun muualla teollistuneessa maailmassa näiden sairaansijojen määrää oli tietoisesti vähennetty jo 1960-luvulta lähtien.

1980-luvulla valtakunnallisissa sosiaali- ja terveydenhuollon viisivuotissuunnitelmissa asetettiin määrällisiä supistamistavoitteita psykiatristen sairaansijojen määrälle. 1984 ilmestynyt Mielenlinterveystyön komitean mietintö asetti tavoitteeksi alle 2 sairaansijaa 1000 asukasta kohti vuoteen 2000 mennessä. Tätä alkuun hyvin radikaalilta tuntunutta ehdotusta onkin sittemmin pidetty virallisena tavoitteena.

Käytännössä kehitys onkin sitten edennyt nopeammin kuin "radikaalit" tavoitteet edellyttivät. Tällä hetkellä meillä virallisten psykiatristen sairaansijojen määrä on edelleen hieman yli 2 promillea maassa keskimäärin, mutta psykiatrisissa sairaaloissa olevien potilaiden luku lienee jo tällä hetkellä korkeintaan 2 promillea. Sairaansijamäärä vaihtelee sen mukaan, käytetäänkö ns. virallista paikkalukua, käytettävissä olevaa paikkalukua vai todellista potilasmäärää.

Eräs ongelma Suomessa on sairaansijojen varsin epätasainen sairaanhoitopiirittäinen jakautuminen. Vähimmillään sairaansijoja on alle 1 promillen ja enimmillään lähes 4 promillea. Tällainen vaihtelu ei luonnollisestikaan vastaa alueiden välisiä hoidon tarpeen eroja, vaan heijastaa lähinnä historiallista kehitystä maan eri osissa. Toisaalta on kuitenkin syytä muistaa, että esim.

Mini-Suomi-tutkimuksessa todettiin skitsofrenian esiintyvyydessä yli kaksinkertaisia eroja eri sosiaalivakuutusalueiden välillä (Etelä- ja Lounais-Suomessa selvästi vähemmän kuin muualla), joten täydelliseen alueelliseen tasajakoon ei ole syytä kuitenkaan pyrkiä.

Kuitenkin sairaansijojen määrä vaikuttaa aivan ilmeisesti suoraan niiden käyttöön. Mm. Anni Hakkarainen osoitti 1980-luvun alku-puolella tekemässään tutkimuksessa, että runsas psykiatristen sairaansijojen määrä oli yhteydessä vastentahtoisen hoidon käytön runsauteen. Lisäksi runsaiden sairaansijojen alueilla psykiatrisia sairaansijoja käytettiin epätarkoituksenmukaisesti, mm. vahusten pitkäaikaissairaanhoidon.

Toisaalta psykiatrisia sairaansijoja tarvitaan. Kansainväliset kokemukset viittaavat siihen, että ongelmia alkaa tulla, jos näiden sairaansijojen määrä painuu selvästi alle 1 promillen. Näitä ongelmia ovat mm. kodittomat mielisairaas sekä alkoholisoituneet ja huumeita käyttävät mielisairaas. Pahimmillaan tilannetta voidaan kuvata vaikeista psyykkisistä sairauksista kärsivien heitteillejätöksi.

Psykiatrisen erikoissairaanhoidon avohoidon kehittämisen tarve

Suomalaisen psykiatrisen hoitojärjestelmän suuria ongelmia on se, että sairaansijojen vähentyessä psykiatrasta avohoidoa ei ole kehitetty vastaavasti. Tilannehan on se, että psykiatrinen sairaustavuus Suomessa ei ole vähentynyt, vaan aikaisemmin sairaaloissa hoidettuja potilaita on nyt avohoidon vastuulla. Lisäksi nämä potilaat ovat selvästi sairaampia ja vaikeahoitaisempia kuin aikaisemmat avohoitopotilaat. Paine avohoitoon tulee siis sekä potilasmäärän että potilaiden vaikeahoitoisuuden lisääntymisenä.

1980-luvulla psykiatrisen avohoidon kehittymistä pyrittiin tukemaan valtakunnallisilla virkakiintiöillä: Suunnitelmissa edellytettiin, että 20 % erikoissairaanhoidon viroista tuli suunnata psykiatrisiin. Samanaikaisesti kävi kuitenkin niin, että psykiatrisista sairaaloista vapautuvia resursseja suunnattiinkin psykiatrisen ulkopuolelle. Toisaalta suuri osa uusista resursseista sijoiti-

tettiin psykiatrisiin sairaaloihin, koska niidenkin miehitys oli erittäin heikko hoidon tehostamista ja hoitotoimintojen uudistamista ajatellen. Lopputulos oli, että kauniista puheista huolimatta resurssilisäys psykiatriassa 1980-luvulla oli itse asiassa pienempi kuin muussa erikoissairaanhoidossa. Varsinkin psykiatrisen avohoito jäi tässä kehityksessä pahasti jalkoihin.

Mielenterveystyön komitea edellytti, että meillä vuonna 2000 olisi psykiatrisen erikoissairaanhoidon avohoidossa kaikkiaan 7 virkaa 10 000 asukasta kohti. Näyttää siltä, että tässä tavoitteet jäävät suurelta osin saavuttamatta: vuonna 1989 avohoidossa oli vasta 4,3 virkaa 10 000 asukasta kohti. Tavoitteen saavuttaminen edellyttäisi yli 1000 uutta virkaa psykiatriseen avohoitoon.

Psykiatrista avohoitoa on syytetty tehottomaksi, ja erääksi ratkaisuksi tähän on eräillä tahoilla esitetty mielenterveystoimistojen siirtämistä terveystalosten hallintoon. Syytteet tehottomuudesta ovat ilmeisesti osittain oikeutettuja: Tilastojen mukaan eräissä toimistoissa toteutuu vain noin 2 käyntiä työntekijää kohti päivässä. Toisaalta on toki otettava huomioon, että mielenterveystoimistoilla on myös muita tehtäviä, esim. ennaltaehkäisy ja ns. välillinen työ.

On kuitenkin painokkaasti todettava, että nimenomaan avohoito on psykiatrisen erikoissairaanhoidon keskeinen elementti, päin vastoin kuin somaattisilla erkoisaloilla, joissa sairaalan asema on selvästi keskeisempi. Psykiatrisen erikoissairaanhoidon tarvitsee avohoitonsa. Sen siirtäminen esim. terveystalosten hallintoon merkitsisi surtaa vauriota koko psykiatrisen erikoissairaanhoidon järjestelmälle.

Eräs syy mielenterveystoimistojen tehottomuuteen näyttää olevan niiden vinoutunut virkarakenne, joka ei myöskään vastaa erikoissairaanhoidon vaatimuksia. Psykiatrisen osuus henkilökunnasta on liian pieni: Sen osuutta on voitava selvästi lisätä, jotta voidaan vähentää tehottomuutta aiheuttavan ns. tiimityön määrää.

Perusterveydenhuollon tuottamat mielenterveyspalvelut

Perusterveydenhuollon osuus mielenterveyspalvelujen tuottajana on hyvin keskeinen. Mini-Suomi-tutkimuksen mukaan 17,2 %:lla suomalaisesta aikuisväestöstä on selvä psykiatrisen hoidon tarve ja vähintään puolet tästä tarpeesta tulisi tyydyttyä nimenomaan perusterveydenhuollon tasolla. Joidenkin tutkimusten mukaan osuus on selvästi suurempikin, jos mukaan lasketaan lyhytaikaisempi neuvonnan ja muun hoitoa vähäisemmän psykiatrisen huomion tarve.

Toisaalta useat tutkimukset osoittavat, että huomattavalla osalla, jopa 30 %:lla, perusterveydenhuollon potilaista on jokin huomiota edellyttävä mielenterveyden häiriö, joka kuitenkin usein jää yleislääkäriltä tunnistamatta, tai ainakaan hän ei reagoi siihen hoidollisessa mielessä. Perusterveydenhuollossa onkin selvästi mielenterveyspalvelujen tarjonnan tehostamisen tarvetta. Tilanteen korjaaminen edellyttää muutosta yleislääkäreiden koulutukseen ja lisää konsultaatiota ja muuta tukea psykiatriselta erikoissairaanhoidolta perusterveydenhuoltoon.

Psykiatrisen hoidon tarpeen tyydyttyminen

Mini-Suomi-tutkimuksen mukaan vain 8,5 % väestöstä on jossakin hoidossa mielenterveyden häiriön takia, kun tarve oli 17 %. Hoidossa olo jakautui siten, että 5 % väestöstä oli perusterveydenhuollon mielenterveyspalvelujen piirissä ja 3,5 % psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa. Naiset käyttivät hoitoa hieman yleisemmin kuin miehet ja vanhemmat henkilöt yleisemmin kuin nuoret. Erityisen voimakkaasti ikä oli yhteydessä perusterveydenhuollon mielenterveyspalvelujen käyttöön. Joskus elämässään oli varsin moni tutkittava ollut psykiatrisessa hoidossa, peräti 21,4 %.

Psykiatrisen hoidon tarve ja tarpeen tyydyttyminen vaihtelivat Mini-Suomi-tutkimuksen mukaan huomattavasti myös diagnoosiryhmittäin. Psykooseissa hoidon tarve sijoittui 90-prosenttisesti erikoissairaanhoidon, mutta neurooseissa (masennusta lukuun ottamatta) vain vajaa 30 %. Lisäksi todettiin, että vain hieman yli 40 % hoidon tarpeesta oli tyydytetty. Tässäkin vaihtelu diagnoosiryh-

mittäin oli huomattava: Psykooseista 85 % oli hoidossa, mutta neurooseista vain 30 %. Piilevän tai tunnistamattoman hoidon tarve on siis huomattava: Tilannetta voidaan verrata jäävuoreen. Vajaus- ta on nimenomaan avohoidon tarjonnassa; psykiatrisen sairaalahoi- don tarve näyttää olevan täysin tyydytetty.

Golberg ja Huxley ovat esittäneet Englannista mielenkiintoisen suodatinmallin: yhden vuoden aikana 1000 hengen väestöstä 250 sairastaa vuoden aikana jotakin mielenterveyden häiriötä; 230 heistä konsultoi yleislääkärinä; 140 heistä yleislääkäri tunnistaa: 17 saa lähetteen psykiatriseen erikoissairaanhoidon ja 6 päätyy psykiatriseen sairaalaan.

Mielenterveystyön järjestämisen keskeisiä periaatteita

Lopuksi esitän joitakin periaatteita, jotka mielestäni ovat kes- keisiä mielenterveyspalvelujen järjestämisessä:

1. Alueellinen väestövastuu

Psykiatristen palvelujen järjestämisen tärkeänä periaatteena on Suomessa, samoin kuin muissa maissa, ollut jo 1970-luvulta lähtien ns. aluepsykiatrisen toimintamalli. Tämä on kirjattu useissa työryhmämietinnöissä, valtakunnallisissa suunnitelmissa, Suomen Terveyttä kaikille vuoteen 2000- ohjelmassa sekä Mielenterveyslain perusteluissa. Alueellinen väestövastuu tarkoittaa psykiatrisen avohoidon, sairaalahoidon ja kuntoutuksen integroitumista osavas- tualue-tasolla, jonka optimaalinen väestöpohja on 30000 - 100000 asukasta.

Tähän saakka alueellinen väestövastuu on toteutunut luontevasti aikaisemmin mielisairaanhoidopiirien ja nyt sairaanhoidopiirien toimesta. Valtionosuusuudistuksen jälkeen tilanne on toinen: väestövastuu siirtyy kunnille. Useat Suomen kunnista ovat kuiten- kin väestöpohjaltaan liian pieniä voidakseen itse tuottaa tarvit- tavia palveluja, jotka vaativat erityisosaamista ja -koulutusta. Monissa psykiatrisissa sairauksissa hoito- ja kuntoutuspalvelujen tarve on hyvin pitkäaikaista. Uudessa tilanteessa tarvitaan jär- jestelmä, joka turvaa palvelujen tuottamisen alueellisen väestö-

vastuun pohjalta kuntien yhteistoimintana.

2. Joustava ja tarkoituksenmukainen porrastus

Psykiatriassa samoin kuin muussakin lääketieteessä on häiriöitä, jotka ovat varsin yleisiä, suhteellisen lieviä ja yleislääkärin valmiuksin riittävästi hoidettavissa. Toisaalta on sellaisia mielenterveyden häiriöitä, joiden hoitaminen vaatii erityisosamista joko niiden hoidon erityisen vaativuuden tai niiden harvinaisuuden takia.

Tämän takia myös psykiatristen palvelujen tuottamisessa tarvitaan selkeä porrastus: suurin osa tarvittavista palveluista voidaan tuottaa perusterveydenhuollon toimesta, mutta myös psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa tarvitaan avohoitopalveluita. Porrastuksen on kuitenkin oltava yksittäistapauksissa riittävän joustava: sen rajoja pitää voida tarvittaessa ylittää, niin ettei potilasta pallojeta tarpeettomasti hoitopaikasta toiseen. Toisaalta psykiatrisen osaamisen kenttä on hyvin laaja: myös psykiatrisen erikoissairaanhoidon sisällä tarvitaan erikoistumista ja tiettyjen erityistä osaamista edellyttävien palveluiden eriyttämistä (ns. vaativa erityistaso).

3. Avohoidon ensisijaisuus

Mielenterveyslaki edellyttää, että psykiatriset palvelut on mahdollisuuksien mukaan järjestettävä ensisijaisesti avopalveluina. Tämä periaate koskee sekä perusterveydenhuollon että erikoissairaanhoidon tasoa. Avohoidon toteutuminen merkitsee inhimillisempää, tehokkaampaa ja taloudellisempaa hoitoa verrattuna sairaala- ja laitoshoitoon.

4. Vaikeimmassa asemassa olevien priorisointi

Käytettävissä olevilla resursseilla ei pystytä kattamaan mielenterveyspalvelujen tarvetta kokonaisuudessaan. Varsinkaan ei voida päästä tilanteeseen, jossa psykiatrisen erikoissairaanhoidon tai yleensä psykiatrit voisivat vastata kaikista tarvittavista tutkimus-, hoito- ja kuntoutuspalveluista.

Tässä tilanteessa on huolehdittava tarkoituksenmukaisen ja oikeudenmukaisen priorisoinnin toteutumisesta. Tämä tarkoittaa ennen kaikkea sitä, että turvataan ensisijainen palvelujen saanti niille, joilla on vaikein tilanne (esim. psykoosit, vaikeat elämänkriisit, työkyvyn menettämisen uhka, moniongelmaisuus).

5. Vuorovaikutuksellisuus

Psykiatrinen hoito perustuu suurelta osin vuorovaikutuksen hyväksikäyttöön päinvastoin kuin ruumiillisesti sairaan hoito, jossa ns. somaattiset hoitokeinot ovat keskeisellä sijalla. Keskeisin hoitava instrumentti on hoitavan henkilön oma persoonallisuus. Vuorovaikutuksellisuus korostuu sekä kahdenkeskisessä hoitosuhteessa että perhe- ja verkostokeskeisessä työskentelyssä. Psykiatrisessa hoitotyössä on korostettava riittävää psykoterapeuttista osaamista. Toimivan työnohjauksen järjestelmän rakentaminen on oleellista.

6. Moniammatillisuus

Mielenterveystyön kenttä on hyvin laaja ja siihen kuuluu erilaisia tehtäviä. Myös mielenterveyspalvelujen tuottamisessa tarvitaan erilaista osaamista ja ammattitaitoa. Psykiatriseen hoitotyöhön osallistuu monen eri ammattiryhmän edustaja.

7. Laatu ja tehokkuus

Psykiatrisen avohoidon (mielenterveystoimistojen) toiminta ei kaikilta osin ja kaikkialla ole vastannut psykiatriselta erikoissairaanhoidolta edellytettävää tasoa. Syyt tähän ovat paljolti historiallisia. Tulevaisuuden mielenterveyspalveluilta on edellytettävä erityistä panostusta toiminnan sekä laatuun että tehokkuuteen.

Psykiatrisen toiminnan johtamiskäytäntöjä on tehostettava. Mielenterveystoimistojen virkarakenne on myös keskeinen kysymys. Sitä olisi voitava muuttaa. Ennen kaikkea mielenterveystoimistoissa lääkäreiden osuus viroista on liian pieni: psykiatrien virkojen osuus olisi voitava nostaa 1/4 - 1/5:aan viroista.

**KLIINISESTI ARVIOITU MIELENTERVEYSPALVELUJEN
TARVE (MINI-SUOMI);
IKÄVAKIOIDUT PREVALENSSIT (%)**

HOIDON TARVE	MIEHET	NAISET	YHTEENSÄ	p
PERUSTASO	7,0	9,9	8,6	<.001
ERIKOISTASO	7,4	9,5	8,6	<.001
YHTEENSÄ	14,4	19,4	17,2	<.001

PSYKIATRISEN HOIDON KÄYTTÖ ERI DIAGNOOSIRYHMISSÄ (%)

DIAGNOOSI	PERUS- TERVEYDEN- HUOLTO	ERIKOIS- SAIRAAN- HOITO	PSYKIAT- RINEN SAIRAALA	YHTEENSÄ
Skitsofrenia	24.0	61.0	17.0	85.0
Kaikki psykoosit	28.0	57.7	12.5	85.7
Ahdistus- ja pelko- neuroosit	16.4	9.7	0.2	26.1
Masennusneuroosi	18.5	14.9	0.9	33.3
Muut neuroosit	26.5	3.5	0.6	30.0
Kaikki neuroosit	18.9	10.4	0.5	29.3
Muut häiriöt	61.0	17.7	8.5	78.7
Kaikki häiriöt	24.8	17.5	2.1	42.3

PSYKIATRISEN HOIDON TARVE ERI DIAGNOOSIRYHMISSÄ (%)

DIAGNOOSI	PERUSTERVEY- DENHUOLTO	ERIKOISSAI- RAANHOITO	YHTEENSÄ
Skitsofrenia	7.0	93.0	100
Kaikki psykoosit	8.3	91.7	100
Ahdistus- ja pelko- neuroosit	74.8	25.2	100
Masennusneuroosi	41.7	58.3	100
Muut neuroosit	62.4	29.0	91.4
Kaikki neuroosit	61.0	37.4	98.4
Muut häiriöt	18.2	80.4	98.6
Kaikki häiriöt	49.3	49.3	98.6

PALVELURAKENNETYÖRYHMÄN MUISTION LIITE 9

Marja Vaarama

VANHUSTEN PALVELUJEN TAVOITTEET JA TODELLISUUS

Katsaus vanhusväestön elinoloihin, palvelutarpeisiin ja sosiaali- ja terveystalouteen

Sosiaali- ja terveystalous 1992, raportteja 48

YHTEENVETO

Vanhuspolitiikan tavoitteet

Vanhuspolitiikalla ymmärretään kaikkea yhteiskunnan toimintaa, jolla vaikutetaan vanhusväestön asemaan ja elämään. Tavoitteena on hyvinvoinnin, itsemääräämisoikeuden, riippumattomuuden, elämänlaadun ja sosiaalisen aktiivisuuden edistäminen ja takaaminen. Keinoja ovat yleinen hyvinvointipolitiikka, eläkepolitiikka ja sosiaali- ja terveyspalvelut.

YK:n maailmankonferenssin suositukseen, lainsäädännön tavoitteisiin ja vanhusten itsensä ilmaisemiin tarpeisiin ja näkemyksiin vastaava palvelujärjestelmä

- tukee ensisijaisesti vanhusten kotona selviytymistä: korjaa elinoloja, tarjoaa kotona asumista tukevia palveluja kuten kotisairaanhoidon ja kotipalveluja, tukee toimintakyvyn ylläpitämiseen kuntouttavan hoidon avulla, panostaa etsivään ja ehkäisevään työhön, kunnioittaa vanhuksen mielipidettä
- palvelu on korkealaatuista ja palveluhenkistä
- on joustava: palvelut järjestetään asuinaluekohtaisesti kullekin alueelle ominaiseen ja sopivaan tapaan ja niitä on saatavilla ympäri vuorokauden
- käyttää kaikkia olemassaolevia resursseja hyväkseen: järjestöt, seurakunta, omaiset, kaupallinen sektori
- pitää laitoshoidon viimesijaisena ratkaisuna ja panostaa sen laadun ja asukkaiden viihtyisyyden parantamiseen
- on rahoitettu julkisin verovaroin
- maksut määräytyvät maksukyvyn mukaan.

Käytännössä annetut ohjeet ja suositukset sisältävät nämä tavoitteet, mutta palvelujen suositus- ja ohjemitotukset (normatiivinen palvelutarve) painottuvat laitoshoitoon ja niukkaan kodinhoitoavun tarjontaan, mikä on päinvastoin kuin vanhusten itsensä kokemat palvelutarpeet.

Rakentamista, kaavoitusta ja asumista koskevassa lainsäädännössä ja ohjeistuksesta näyttäisi puuttuvan vanhuspoliittinen näkökulma. Suomessa rakennussäännöstöllä pyritään turvaamaan hallinto- ja palvelurakennusten osalta saavutettavuus ja soveltuvuus myös liikuntarajoitteisille henkilöille. Sen sijaan sitä ei vaadita asuinympäristöltä eikä asunnoilta. Asuntojen kokoa ym. sääntelevissä ohjeissa ei näytetä lähtevän elinikäisen asunnon ajattelusta, vaan liikuntarajoitteisten, vanhusten ym. asuminen nähdään erilliskysymyksenä, mikä johtanee normaalisuuden kannalta ei-toivottaviin ratkaisuihin. Ohjeet myös tuntuvat käytännössä ennemminkin estävän kuin edistävän modernien vanhusten asumismuotojen kuten ryhmäasumisen toteuttamista. Asuntopolitiikalla voitaisiin myös tukea osaltaan kotona tehtävän hoitotyön edellytysten luomista nykyistä paremmin.

Vanhuspoliittinen ilmapiiri, tavoitteenasettelu ja suunnittelu

Ilmapiiri vanhuspolitiikan tai ainakin vanhustenhuollon kehittämislle vaikuttaa kunnissa ja lääneissä yleensä myönteiseltä. Vanhuskäsitys kuitenkin vaihtelee ja käytännössä toimitaan usein edelleen kielteisen vanhuskäsityksen suuntaisesti. Tulokset myös viittaavat siihen, että osassa kuntia ei vanhuskäsityksen merkitystä vanhuspolitiikan/vanhustenhuollon muotoutumiselle mielletä tärkeäksi.

Kahdella kolmesta kunnasta oli vanhustenhuollon suunnitelma, puolella vain jotakin yksittäistä toimintamuotoa (vanhainkoti, kotipalvelu) koskeva. Vain joka kolmannella oli pidemmälle aikavälille (1990-luku, vuosi 2000) ulottuva kokonaissuunnitelma. Usein suunnitelmat olivat jo vanhentuneita.

Yhteistyössä eri hallintokuntien välillä oli puutteita ja hallinnon jyrkkä sektoroituneisuus esti vanhuspolitiikan kehittämistä. Vanhuspoliittista näkemystä ei kunnissa juuri ollut, vaan edelleen oltiin kiinni vanhustenhuoltoajattelussa, mikä pitää toiminnan sosiaali- ja terveydenhuoltopainotteisena ja suunnittelun - sikäli kun sitä on - palvelupainotteisena. Vanhuspoliittisessa ajattelussa lähdetäisiin kunnan kaikesta suunnittelusta, jolloin asuinalue-, ympäristö-, kaavoitus-, elinolo- yms. tekijät nousisivat keskeisiksi vanhuspolitiikan toteuttamisvälineiksi. Suuntauduttaisiin asuinyhteisöjen, perheiden ja asukkaiden hyvinvoinnin ja selviytymisen edistämiseen ja palvelut olisivat siinä toiminnassa vain yksi tätä tehtävää toteuttava keino.

Vanhusten asema palvelun saajina vaikutti heikolta, jos sitä mitataan valinnanvapauden ja oman osallistumisen perusteella. Palvelutarjonta ja vanhusten kokema palvelun tarve näyttivät olevan ristiriidassa keskenään eivätkä vanhukset projektikunnissa osallistuneet omien palvelusuunnitelmiansa saatikka koko kuntaa koskevien palvelujen suunnitteluun.

Vanhusten elinolot

65 vuotta täyttäneitä oli v. 1988 n. 13 % väestöstä ja 75 vuotta täyttäneitä vajaa 6 %. Kunnittaiset vaihtelut vanhusväestön määrässä oli projektikunnissa 8-28 %. V. 1991 65 vuotta täyttäneitä oli 13,7 % väestöstä.

92 % vanhuksista asuu kotona, yleensä omistusasunnossa, 8 % laitoksissa. Ahtaasti ja puutteellisesti asuminen on erityisesti kaupunkien keskustoissa asuvien iäkkäimpien naisten ja haja-asutusalueilla asuvien iäkkäimpien miesten ongelma. Vanhusten asumistaso on edelleen alhaisempi kuin koko väestön keskimäärin.

Eläkejärjestelmien kehittämällä on kavennettu toimeentuloeroja työikäisten ja vanhusten välillä. Yhä useampi vanhuuseläkkeelle siirtyvä saa kansaneläkkeen lisäksi myös ansioeläkettä. Vuonna 1985 kaikista eläkkeensaajista lähes kaksi kolmannesta sai sekä kansan- että työeläkettä. Työeläkejärjestelmän kehittyminen on lisännyt ennen kaikkea pieniä ja keskisuuria eläkkeitä saavien määrää. Vanhuuseläkkeen taso on noussut 25 vuodessa 2,6-kertaiseksi vuoden 1985 rahassa mitaten. Vanhukset ovat kuitenkin matalatuloisia muuhun väestöön verrattuna. Yleensä vanhukset itse olivat tyytyväisiä taloudelliseen tilanteeseensa.

65 vuotta täyttäneiden naisten odotettavissa oleva elinikä on 18 vuotta, miesten 13 vuotta. Vanhuksilla on yleensä kolme tai useampi pitkäaikainen sairaus, eniten yli 85-vuotiailla. Suurin osa vanhuksista pitää terveydentilaansa kuitenkin vähintään kohtuullisena. Iäkkäimmät miehet kokevat terveydentilansa muita useammin huonoksi.

Naisvanhukset elävät useimmiten yksin, miehet puolison kanssa. Noin puolet tapaa lapsiaan viikottain. Naiset tapaavat ystäviään useammin kuin miehet, mutta ystävien tapaaminen harvenee iän myötä. Noin puolella vanhuksista ei ilmoituksensa mukaan ole naapurustossa sellaisia ihmisiä, joiden kanssa "olisi tapana vaihtaa pieniä palveluksia."

Liikunta, uskonnolliset tilaisuudet, sanomalehtien lukeminen ja television katselu ovat vanhusten suosituimpia harrastuksia. Naiset harrastavat miehiä enemmän taidenäyttelyitä, teatteria, oopperaa ja klassista musiikkia sekä lukevat kirjoja. Nuoremmat vanhukset ovat aktiivisempia järjestötoiminnassa kuin vanhemmat ja miehet aktiivisempia kuin naiset. Yhteiskunnallinen vaikuttaminen on vähäistä.

Palvelujen tarve

Tulokset vanhusten palvelutarpeesta vaihtelevat riippuen menetelmistä, tutkimusjoukosta ym. Yhteistä niille kuitenkin on avuntarpeen painottuminen yli 75-vuotiaisiin ja kotona asumista ja toimintakyvyn ylläpitoa tukeviin avopalveluihin. Säännöllistä avuntarvetta on noin viidesosalla 65 vuotta täyttäneistä ja kolmasosalla 75 vuotta täyttäneistä. Päivittäistä avuntarvetta on n. 10 %:lla 75 vuotta täyttäneistä ja 20 %:lla 85 vuotta täyttäneistä. Laitoshoidon tarvetta olisi n. 2-7 %:lla yli 75-vuotiaista.

Viimeisimpien tulosten mukaan merkittävin tekijä palvelutarvetta arvioitaessa on yli 80-vuotiaiden määrä, joten tämä ryhmä lienee se, jonka palvelutarpeisiin ja niiden priorisointiin tulisi jatkossa kiinnittää huomiota. Eniten apua tarvitaan raskaissa kotitöissä ja asioiden hoidossa, pieni osa kaikista iäkkäimpiä myös päivittäisissä toiminnoissa. Yleisimmin kysytty palvelu on siivouspalvelu.

Tuen ja avun antajat

Vanhukset näyttävät eri tutkimusten valossa olevan eri asioissa riippuvaisia eri tahoista. Kuitenkin joku omainen oli yleensä ns. päävastuun kantaja. Perheen merkitys iäkkäiden ihmisten elämässä ja päin vastoin on suuri. Avio puolisolta odotetaan ja saadaan usein runsaasti apua ja tukea. Iäkkäimmillä suurimmat paineet kohdistuvat aikuisiin lapsiin. Eniten auttavat tutkimusten mukaan aikuiset, samalla paikkakunnalla asuvat tytöt ja miniät. Omaisten antaman avun määrä myös kasvoi vanhusten ikääntyessä ja raihnaantuessa. Naapureiden ja yksityisen palvelutoiminnan rooli oli pieni, kaupallisen olematon. Tulosten mukaan kotona oleville, apua tarvitseville vanhuksilla on mahdollista selvittää kotona nimenomaan omaisten hoitotyön ansiosta. Kotona tehdyn hoitotyön arvioitiin vastaavan n.17 300 kokopäiväisen viran työpanosta, eli se on yhteiskunnallisesti todella merkittävä.

Toimitilat

Vanhainkodit olivat 1950- ja 60-luvulla rakennettuja ja usein huonokuntoisia ja siten toimintaansa huonosti soveltuvia. Tilat olivat ahtaita ja kerrostaloista puuttuivat usein hissit. Toimintaresurssina tällaiset vanhainkodit lienevät ennemminkin resurssija tuhlaavaa kuin niitä säästävää tai tehokkaasti käytettävää tyyppiä. Huonoissakin tiloissa kuitenkin pyrittiin järjestämään myös avopalvelua.

Vain 10 %:ssa vanhoja vanhainkoteja oli saneeraushanke viireillä. Uusissa vanhainkodeissa resurssit tässä suhteessa ovat hyvät. Vanhusten asuintalojen yhteistiloista olisi löydettävissä lisätiloja esim. kortteli- tai päiväkeskus-tiloiksi.

Voimakkaimmin kehittyviä toimintamuotoja näyttävät hanke- suunnitelmien valossa olevan palveluasuminen ja päivätoiminta.

Terveydenhuollon toimitilat ovat teknisesti hyvät ja paremmat kuin sosiaalitoimen vanhainkodeissa. Ne on kuitenkin suunniteltu useimmiten akuuttisairaanhoidon mallin mukaisesti ja ns. kaksikäytäväratkasuina, niissä on 3-4 jopa 6-hengen huoneet eikä huonekohtaisia hygieniatiloja. Pitkäaikaissairaanhoidon ideologian mukaisen hoidon toteuttaminen edellyttäisi, että 70-luvulla ja sitä ennen rakennetut pitkäaikaishoidon osastot saneerattaisiin. 80-luvulla rakennetuista saadaan kohtuullisia, jos niissä vähennetään paikkamääriä.

Sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyötä ei ilmennyt yhteisenä toimitilojen käyttönä. Tavoite alueellisista palvelupisteistä, joista vanhus saisi tarvitsemansa sosiaali- ja terveyspalvelut ei ainakaan v. 1988 näyttäisi olleen todellisuutta.

Tavoitteiden kannalta on ongelmallista, että keskitetty rakentaminen jatkuu; rakennetaan vanhusten asunnot, vanhainkoti, päiväkeskus ja palveluasunnot samaan kokonaisuuteen, jolloin ajatus normaaliasutuksen sekaan rakennettavista, pienistä alueellisista yksiköistä jää toteuttamatta.

Henkilöstö

V. 1988 sosiaalitoimen palveluksessa oli yhteensä 97 000 henkilöä ja kansanterveystyössä ja erikoissairaanhoidossa n. 108 000 henkilöä. Sosiaalitoimessa suurin yksittäinen henkilöstöryhmä oli kasvatus- ja ohjaushenkilöstö (51 %) ja terveydenhuollossa sairaanhoitajat. Kotipalveluhenkilöstön osuus oli vain 14 % sosiaalitoimen henkilöstöstä.

Eri henkilöstöryhmien mitoitukset vaihtelivat, vanhainkotien henkilöstörakenne oli yksipuolinen ja kunnittaiset erot henkilöstömitoituksessa saattoivat olla yli kymmenkertaiset.

Pohjoismaisittain katsoen suomalainen vanhustenhuollon henkilöstö on hyvin koulutettua, kotipalveluhenkilöstömme pohjoismaiden parhaiten. Vanhustenhuoltolaitosten henkilökunta on pohjoismaisittain sairaanhoitohenkilöstöön painottunutta, mikä näkyy myös hoitotieteologiassa ja toimintatavoissa. Henkilöstömitoitukset ovat keskimäärin matalampia kuin muissa pohjoismaissa.

Projektikuntien arvioiden mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyön puute tai huonous aiheutti resurssien hukkakäyttöä.

Palvelutuotanto ja palvelut

Palvelutuotanto on pääosin kuntien omaa toimintaa. Yksityistä palvelutuotantoa ei ole etenkin pienemmillä paikkakunnilla, joten sen merkitys vanhustenhuollon resurssina vaihtelee paikkakuntakohtaisesti. Erityisen merkittävä sen osuus on palveluasumisessa, päiväkeskustoiminnassa ja tukipalveluissa sekä sosiaalisen kanssakäymisen ja valmiuksien tukemisessa. Osassa kuntia todettiin, ettei niissä ole vapaaehtoistyötä ja että olisi syytä yrittää tukea ja käynnistää sitä. Kaupallisten palvelujen osuus oli pieni, vaikka markkinat olisivat olemassa.

Projektikunnissa palvelut oli organisoitu pääosin keskiteytysti. Pisimmällä alueellistamisessa oltiin kotipalvelussa. Uusien hankesuunnitelmien valossa näyttää, että keskitetty linja jatkuisi vanhainkoti-, palvelukeskus- ja palveluasumistoiminnassa. Kotipalvelussa meneillään oleva alueellistaminen jatkunee, samoin terveydenhuollossa väestövastuun laajenemisen myötä. Apua virka-ajan ulkopuolella annettiin kotipalvelussa ja kotisairaanhoidossa vähän.

V. 1988 kunnat olivat järjestäneet vanhustenhuoltonsa eri tavoin. Jossakin projektikunnassa miltei puolet sosiaalitoimen resursseista käytettiin avohuoltoon, jossakin vain 14 %. Tyypillisintä kuitenkin oli resurssien käytön painottuminen laitoshuoltoon ja avohuollon palvelujen vähäisyys ja yksipuolisuus.

Sosiaalipalveluissa suurimmat erot kuntien välillä olivat pitkäaikaishoidossa, tukipalveluissa ja palveluasumisessa. Myös valvotun kotisairaanhoidon kattavuus vaihteli projektikunnissa suuresti. Kodinhoitoapua, tukipalveluja ja todennäköisesti myös valvottua kotisairaanhoidoa (vaikka sitä ei aina erikseen tilastoidakaan) sekä pitkäaikaishoitoa

järjestettiin kaikissa kunnissa. Päivätoiminta puuttui kolmesta kunnasta viidestä, päivähoitoa oli vain vajaassa viidesosassa kuntia, palveluasuminen puuttui kahdesta kunnasta viidestä, joka neljänestä puuttuivat vanhainkodeista lyhytaikaisen hoidon paikat. Kotipalvelussa kattavuus oli hyvä, mutta intensiteetti Pohjoismaiden alhaisin.

Terveyspalveluista vanhuksat käyttävät kansanterveystyön avopalveluja ja erityisesti vuodeosastohoitoa huomattavasti muuta väestöä enemmän ja heidän hoitojaksonsa ovat 2-3 kertaa pidemmät kuin muilla väestöryhmillä. Vaihtelu keskussairaalanpiireittäin oli suurta. Valvotun kotisairaanhoidon käynneistä 90 %, yleissairaaloitten hoitopäivistä 68 % ja psykiatristen sairaaloitten hoitopäivistä 50 % käyttivät yli 65-vuotiaat.

Vaihtelu laitospaikoissa oli STM:n laitospaikkakyselyn perusteella seuraava:

- vanhainkotipaikkoja keskimäärin 9 %:lle 75 v. täyttäneistä, vaihtelu 3-39 %
- terveydenhuollon pitkäaikaispaikkoja keskimäärin 8 %:lle 75 v. täyttäneistä, vaihtelu 1-29 %
- pitkäaikaispaikkoja keskimäärin 17 %:lle 75 v. täyttäneistä, vaihtelu 5-44 %.

Itsenäisiä tai vain satunnaisesti apua tarvitsevia oli vanhainkotiasukkaista 38 % potilaslaskennan ja 44 % projektikuntien arvioiden perusteella. Projektikunnissa joissakin vanhainkodeissa jopa puolet vanhuksista oli itsenäisesti toimeentulevia ja joissakin jopa 95 % vanhuksista vain satunnaisesti apua tarvitsevia. Terveyskeskussairaaloissa itsenäisesti tai satunnaisen avun turvin selviäviä oli 21 %. Henkilökunnan arvion mukaan joka viides vanhainkoti- ja terveyskeskuspaikka oli "väärässä käytössä", ja osa (2 300) näistä henkilöistä tulisi toimeen kotonaankin. Puutteellinen asuminen ja kotipalveluiden riittämättömyys aiheuttavat edelleen vanhainkotisijoituksia. Keskimääräinen hoitoaika oli huomattavan pitkä, 5,5 vuotta vanhainkodeissa ja 1.5 vuotta terveyskeskussairaaloissa. Myös tämä kertoo, että pitkäaikaissijoituksia tehdään liian aikaisin.

Yksityiskohtana mainittakoon, että tehdyn haastattelututkimuksen mukaan vanhusten kotihoito kodinhoitotuen turvin olisi erityisesti maaseudulla ilmeisesti laajemminkin hyödynnettävissä oleva resurssi, jos siitä maksettaisiin 2 000 - 5 000 mk/kk. Säästöä vanhainkotipaikkaan verrattuna saataisiin 6 400 - 3 400 mk/kk ja terveyskeskuksen vuodeosastopaikkaan verrattuna 7 750 - 4 750 mk/kk.

Valtakunnallisen suunnitelman ohjeista näyttävät toteutuvan ohje turvapalvelun käynnistämisestä ja lyhytaikaisen ja osavuorokautisen hoidon paikkamääristä vanhainkodeissa. Sensijaan palveluasuminen - vaikka se on myös laissa ja asetuksessa - ja omaisten hoitotyön tukeminen nykyistä suuremmilla rahallisilla korvauksilla ja vapaapäivä-, loma- ym. järjestelyillä ei näytä toteutuvan. Palveluasumisessa tilanne kuitenkin todellisuudessa voi olla parempi ostopalvelujen ansiosta. Kotihoidontuen korottaminen ja vapaapäivien järjestäminen saattavat saada uudenlaista prioriteettia, kun arvioidaan toiminnan taloudellisia säästöjä. Tässä kuitenkin tulisi muistaa valinnanvapauden ja itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen, sillä kaikki vanhukset eivät halua olla omaistensa tai läheistensä hoitettavia.

Keskusvirastojen suosituksista vuoteen 2000 oltiin kotisairaanhoidon ja vanhainkotien ja terveyskeskusten vuodeosastojen henkilöstömitoitussuositusta lukuunottamatta kaukana v. 1988.

Kustannukset

Sosiaalimenot olivat v. 1988 n. 114 mrd.mk, josta sosiaali- ja terveyspalvelujen osuus oli n. 45 mrd mk. Sosiaalimenojen osuus bruttokansantuotteesta oli 26 %, mistä sosiaali- ja terveyspalvelujen osuus oli n. 10 %. Kansainvälisesti tarkastellen Suomen sosiaalimenojen osuus bruttokansantuotteesta oli Euroopan keskitasoa, mutta julkisten menojen (38%) osuus oli n. 7 % pienempi kuin OECD-maissa keskimäärin. V:lle 1992 sosiaalimenojen osuudeksi ennustetaan 30 %.

Sosiaalipalvelujen kokonaismenot olivat v. 1988 n. 14,3 mrd mk, kasvua edellisvuodesta oli n. 13 %. Asukasta kohti käytettiin keskimäärin 2 415 mk. Sosiaalitoimen menojen osuus kunnan veroäyristä oli projektikunnissa keskimäärin 25 %.

Kansanterveystyön käyttömenot olivat n. 8 mrd mk ja erikoissairaanhoidon n. 13 mrd mk. Terveystyön menojen osuus veroäyristä oli projektikunnissa keskimäärin 26 %.

Vanhustenhuollon eli vanhusten sosiaali- ja terveyspalvelujen menot v. 1988 olivat yhteensä n. 13,3 mrd mk eli 20 400 mk/65 vuotta täyttänyt. Kasvua oli tapahtunut vuodesta 1983 n. 99 % eli vuotuinen kasvu ilman inflaatiotarkistusta oli n. 20 %. Kustannuksista 28 % käytettiin sosiaalipalveluihin ja 72 % terveyspalveluihin. Laitoshoidon vanhustenhuollon resursseista käytettiin kaikkiaan 68 %, osuus oli pienentynyt 12 %:lla vuodesta 1983.

Vanhusten sosiaalipalveluihin käytettiin v. 1988 arviolta n. 3,7 mrd mk eli n. 5 600 mk/65 v. täyttänyt. Koko sosiaalitoimen bruttokäyttökustannuksista osuus oli vajaa kolmasosa (29 %). Projektikunnissa vanhustenhuoltoon käytettiin keskimäärin n. 35 % sosiaalitoimen budjetista. Valtakunnallisesti korkeampi osuus selittyy osin sillä, että projektikunnissa oli myös vanhusvoittoisempi väestö eli niissä oltiin keskimäärin samassa tilanteessa kuin koko maassa ollaan v. 2000, joissakin jo yli koko maan v:n 2030 tilanteen. 68 % sosiaalitoimen vanhustenhuollon resursseista käytettiin laitoshoitoon.

Vanhusten terveystalveluihin käytettiin v. 1988 arviolta 9,6 mrd mk eli 14 600 mk/65 vuotta täyttänyt. Arviolta 68 % käytettiin laitoshoitoon.

Pitkäaikaiseen laitoshoitoon käytettiin sekä sosiaali- että terveystalveluissa eniten rahaa, vanhainkotihoitoon n. 2,5 mrd mk ja terveydenhuollon pitkäaikaishoitoon arviolta n. 4 mrd mk. Kaikkiaan yli 65-vuotiaiden vuodeosastohoitoon käytettiin n. 5 - 6,6 mrd mk hoitopäivän hinnasta riippuen. Yhdessä vanhainkotihoiton kanssa tämä merkitsee 7,5 - 9 mrd mk eli n. 12 000 - 13 000 mk/65 vuotta täyttänyt. Kustannusosuuksilla tarkasteltuna laitoshoido domi noi siten suomalaisten vanhusten sosiaali- ja terveystalveluja.

Palvelujen tuotantokustannuksissa oli yli kymmenkertaisia, jopa monisatakertaisia eroja kuntien välillä. Erot kotitalvelukäynnin bruttokustannuksissa olivat 7-kertaiset, vanhainkotihoitossa ainakin 6-kertaiset ja ilman tilastointivirheoletusta 13-kertaiset, terveystalvelujen vuodeosastohoidossa 3-kertaiset.

Kuntien väliset erot olivat yllättävän suuret. Osa eroista johtunee erilaisista kirjaamistavoista, mutta osalle eroista löytynee selittäjä myös käytännön toiminnassa. Yksinkertainen tuottavuusanalyysi projektikunnista osoitti suuria tuottavuuseroja. Tulosten mukaan toiminnan tehokkuuteen ja toimintojen tarvetta vastaavuuteen olisi kiinnitettävä nykyistä enemmän huomiota.

Johtopäätökset

Vanhustenhuollon nykytilan ongelmissa korostuvat toiminnan suunnittelemattomuus, yhteistyön puutteellisuudet, asenteelliset esteet, vanhuspoliittisen ajattelun vähäisyys, kielteinen vanhuskäsitys, vanhusten asemaan palveluiden käyttäjänä liittyvät puutteellisuudet, resurssien käytön heikkoudet, suuret kuntakohtaiset erot palvelujen kattavuudessa, saatavuudessa ja tuotantokustannuksissa, suuret tuottavuuserot, toimitilojen puutteellisuudet ja vanhusten ilmaiseman tarpeen kannalta epätarkoituksenmukainen palvelutarjonta. Tavoite tehokkaasta ja toimivasta vanhustenhuollosta jää vielä tulevaisuuden kehittämishaasteeksi.

Vanhustenhuollon koko perusideologia tulisi ottaa uudelleen tarkasteluun. Olisi suotavaa rakentaa voimakas, asumista omassa kodissa tukeva avopalvelujärjestelmä 90-luvun aikana.

Mahdollisimman pitkälle myös pitkäaikaishoidon tulisi tapahtua kodinomaisissa hoitoyhteisöissä ja vanhusten siirtoja laitoksesta toiseen tulisi välttää. Nykyisin yleisestään tavasta, että vanhus siirretään vanhainkodista sairaalaan elämän loppuvaiheessa tulisi päästä mahdollisimman pian eroon. Vanhusten kuntoutustoiminnan lisääminen ja kehittäminen on niinkään 90-luvun haaste.

Tulisi myös käynnistää keskustelu ja tarvittava selvitystyö halutusta welfare mixistä sekä julkisen sektorin roolia nyt ja tulevaisuudessa. Järjestetäänkö/tuotetaanko hyvinvointipalveluja vai hoivapalveluja ja kenelle? Vanhusten palvelujen taloudellisen evaluaation menetelmiä tulisi kehittää, samoin vaikuttavuuden analyysia. Olisi myös tutkittava, mitkä tekijät määräävät palvelujärjestelmän muotoutumista ja pysyvyyttä todellisuudessa, kun palvelujen tarvitsijoiden mielipiteellä eikä aina toiminnan taloudellisuudellakaan näytä olevan sen kanssa tekemistä.

PALVELURAKENNETYÖRYHMÄN MUISTION LIITE 10

ASiantuntija-arvioita asumisesta

**Jaakko Ellisaari, Hannu Junkkari, Ulla-Maija Laiho, Matti Nyberg,
Olli Paikkala, Ritva Routio, Ulla Saarenheimo, Hilikka Summa,
Annikka Tapaninen, Matti Väisänen**

KIRJALLINEN VASTAUS PALVELURAKENNETYÖRYHMÄN
ESITTÄMIIN KYSYMYKSIIN ASUMISEN TEEMAKOKOUKSESSA 24.9.1992

Pyydettyinä kirjallisena vastauksena
Palvelurakennetyöryhmän esittämiin kysymyksiin esitän
kunnioittaen seuraavan.

1. MISTÄ KIIKASTAA, ETTÄ SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON
KANNALTA TÄRKEITÄ ASUMISEEN LIITTYVIÄ RATKAISUJA EI SAADA
TOTEUTETUKSI? RATKAISUT ONGELMAN POISTAMISEKSI?

Arvio: Asuntopolitiikka on Suomessa ollut sisäisesti siten
sirpaloitunut, ettei se ole kyennyt saavuttamaan sille
asetettuja tavoitteita. Toiseksi: sosiaalipolitiikan
tärkeinä pitämät tavoitteet ovat jääneet sivuosaan
asuntopolitiikan tavoitteita asetettaessa.

1970-luvulla asuntopolitiikka eteni
uudisrakennusvetoisena. Se teki mahdolliseksi alue- ja
tuotantorakenteen muutoksen. Aravauudistuotannolla ei
kuitenkaan kyetty estämään vuokra-asuntokannan
suhteellista romahdusta ja absoluuttista pienenemistä.
1980-luvulla asumisen julkinen tuki on yhä selvemmin
kohdistunut omistusasuntojen kysynnän lisäämiseen
(asuntolainojen korkojen vähennysetuus verotuksessa ja
Suomen Pankin ohjeistus pankeille luotonannon
liberalisoinnista 1987).

Tiivistetysti voi sanoa, että samalla kun asunto-olojen
yleisesti on katsottu olevan tyydyttävällä tasolla,
merkittäviä ongelmia on uskottu olevan vain pienillä
erityisryhmillä. Eriytyisryhmien -joihin on luettu
korkeintaan muutamia kymmeniä tuhansia henkilöitä- pulmien
taas ei ole katsottu poistuvan yksin asuntopolitiikan
toimilla, vaan ongelma on ulkoistettu hallinnolliseksi
asuntotoimen sekä sosiaalitoimen paikallistasolla yhdessä
ratkaistavaksi asiaksi.

Sosiaalitoimi eikä etenkin terveystoimi ole eksplikoitunut kokemiaan ongelmia ihmisten asumisessa. Havaittuja ongelmia ei ole muunnettu lukumääräksi, korjausehdotuksiksi, kriittisiksi pisteiksi eikä etenkin markoiksi, kustannuksiksi. Tähän saakka kunnassa ilmenneisiin tarpeisiin on vastattu perustamalla sosiaalitoimen asumispalvelujärjestelmä ja luomalla joitakin yhteydenpitojärjestelmiä asuntoimen kanssa.

Ratkaisuehdotuksia:

Sosiaalitoimen asumispalvelujärjestelmän laajentaminen entisestään ei ratkaise kasvavaa ongelmaa, jonka laitosväestön paine ja vapautuvat asuntomarkkinat aiheuttavat. Erytyisasuntopolitiikan jatkaminen on tässä tilanteessa ongelmallista, koska se voi merkitä kasvavien vastuiden siirtymistä sosiaalitoimelle asuntomarkkinoilta.

Tulisi kyetä osoittamaan, että ikääntyvien, vammaisten, asunnottomien ja muiden erityisryhmien asuntokysymys on ratkaistava osana yleistä asuntopoliittista kokonaisuutta. "Erytyisryhmäkysymystä" ei saa ulkoistaa sosiaalitoimen ongelmaksi.

Sosiaalitoimen kannalta on tärkeää, että maassa edelleen harjoitetaan asuntopolitiikkaa, Suomella on toimiva asuntohallinto ja asumisen julkinen tukijärjestelmä, jotka ohjaavat markkinoita ja tasaavat sosiaalisia eroja.

Asuntohallinnon ja -rahoituksen alkaneessa uudistuksessa tulisi turvata riittävä aravavuokra-asuntojen tuotannon jatkuminen kunnissa lähivuosina. Asuntotuotannon laadunohjaus (mm. huoneistojen koko, hissien asennus, väylämitoitukset, kulkuesteiden välttäminen, parveke jne), josta asuntohallitus on vastannut, tulisi säilyttää mahdollisimman koskemattomana. Asuntojen hankintaa rakennetusta kannasta aravaehdoin tulisi laajentaa. Asuntojen ja alueiden perusparannusmäärärahoitusta tulisi lisätä.

On kehitettävä kuntatasolla toimivia instrumentteja.

2. MITKÄ OVAT PAHIMMAT KOMPASTUSKOHDAT?

- Sosiaalitoimessa asumispalveluiden heikko palvelutaso (henkilöstövaje)
- Kunnissa asuntotoimen odotukset sosiaalitoimen ja etenkin terveystoimen ja mielenterveystyön antamien palvelujen osalta eivät usein täyty
- Tukiasuntokantaa käytetään osittain vuokra-asuntopulan lievittämiseen kunnissa
- RAY:n vastuu palvelutalojen rakentamisesta kasvaa
- Vuokralaisten irtisanomissuojan poistaminen myös aravavuokra-asunnoissa lisää paineita sosiaalitoimen asumispalveluihin
- Asumistuen odotettavissa oleva leikkaus ja asumiskustannusten nousu eivät saa merkitä toimeentulutuen tarpeen kasvua
- Asuinaluiden sosiaalinen segregatio kasvaa
- Perusparannuksiin ohjattu julkinen tuki käytetään vanhusten ja vammaisten kannalta toissijaisella tavalla

3. MITEN JA MILLOIN VANHUSTEN JA VAMMAISTEN OMIEN ASUNTOJEN KORJAUSTOIMINTA SAADAAN HOIDETUKSI?

Puutteellisimmin asuvien talouksien määrä on vähentynyt huomattavasti viime vuosina. Huonoimmin varustetuissa asunnoissa asuvat yhä useimmin vanhukset (30 %). Puutteiden vakavuus ja asukkaan ikä korreloivat positiivisesti.

Vaikeimmissa oloissa asuvat ihmiset eivät omatoimisesti eivätkä omin varoin kykene asuntoaan parantamaan. Tarvitaan sekä julkista rahallista tukea että intensiivistä kunnallista virkamiesapua.

Varsin paljon riippuu valtion perusparannusmäärärahoista, joiden määrää on budjetin 1993 mukaan tarkoitus nostaa noin puolesta miljardista markasta lähelle miljardia. Määräraha on kuitenkin tarkoitettu rakennusten kunnon kohentamiseen, eikä niiden jaossa oteta asukkaiden suoriutumisvaikeuksia huomioon (60 mmk korjausavustusta lukuunottamatta).

Erityisesti kylpyhuoneiden sekä keittiöiden korjaustyöt on havaittu tärkeiksi vanhusten laitossijoitusten hidastajiksi. Hissien asentaminen tulisi rajata vanhusten ja vammaisten kannalta perusteltuihin hankkeisiin.

4. MITÄ MUUTA TÄHÄN TEEMAAN LIITTYVÄÄ HALUATTE TUODA ESIIN?

- On mahdollista, että kuntien asunto-olojen kehittämistoimintaa ohjaavaa lainsäädäntöä muutetaan siten, ettei se enää velvoittaisi kuntaa parantamaan erityisesti asunnottomien ja puutteellisimmin asuvien oloja
- Perusoikeuskomitean esitys asumisen turvaamisesta tukisi sosiaalitoimen asettamia tavoitteita
- Asuntoalan tutkimustoiminta, jota asuntohallitus pääasiassa on rahoittanut, siirtynee YM:n johtoon 1994. On mahdollista, että rahoitus supistuu. Kun rakennustekninenkin tutkimus kärsii rahapulasta, on mahdollista, että asumisen sosiaalipoliittinen tutkimus vähenee tai loppuu kokonaan.

STM ja STH ovat harjoittaneet jokseenkin vähän tämältyyppistä tutkimus- ja kehittämistoimintaa. Ilmeistä on, että virastojen tulisi lisätä panostustaan tälle alueelle.

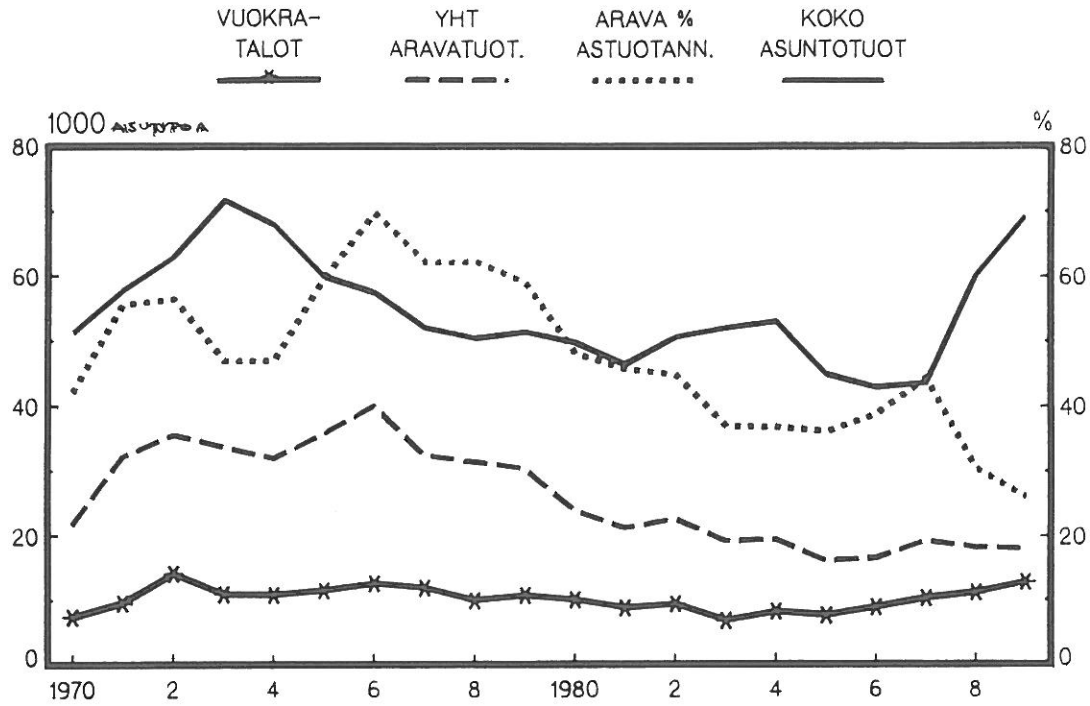
5. MITÄ STM VOISI TEHDÄ ASIAN HYVÄKSI?

STM:n tehtäväksi näen

- tukea riittävän aravavuokra-asuntotuotannon rahoitusta 1993 budjetissa
- edistää lisämäärärahojen saamista asuntojen hankintaan
- edistää julkisen perusparannusrahoituksen kohdistamista sosiaalisin perustein
- kehittää asumistukea vuokra-asumista ja perhepolitiikkaa tukevana järjestelmänä
- vaikuttaa korkovähennysoikeuden muuttamiseen pääomaverotuksen uudistuksen yhteydessä siten, että se tasaa tuloryhmien asumistasojen välisiä eroja ja omistusasuntojen kysyntää suhdannevaihteluissa
- painottaa politiikassaan vanhusten ja vaikeavammaisten (kehitysvammaisten) palveluasuntojen määrän lisäämistä
- varmistaa palveluasumisen korkea laatu normeilla
- varmistaa virat palveluasumiseen (mahdollisesti normittamalla)
- ryhtyä tavoitteellisesti kehittämään asumispalveluiden sosiaalipalveluja (sosiaalityö, hoito- ja huolenpitotyö)

Liitteet:5

ALOITETTU ARAVA-JA KOKONAIASASUNTOITUOTANTO 1970 - 1989



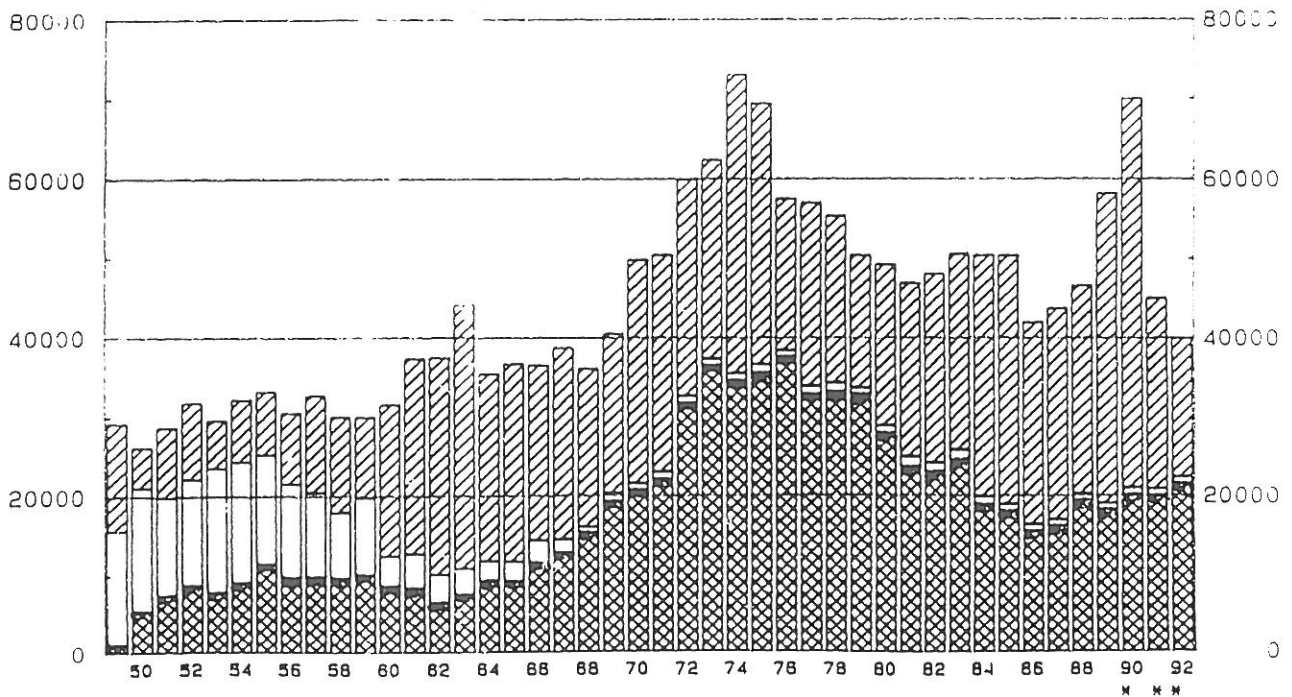
AH 1990 C:5



ASUNTOHALLITUS

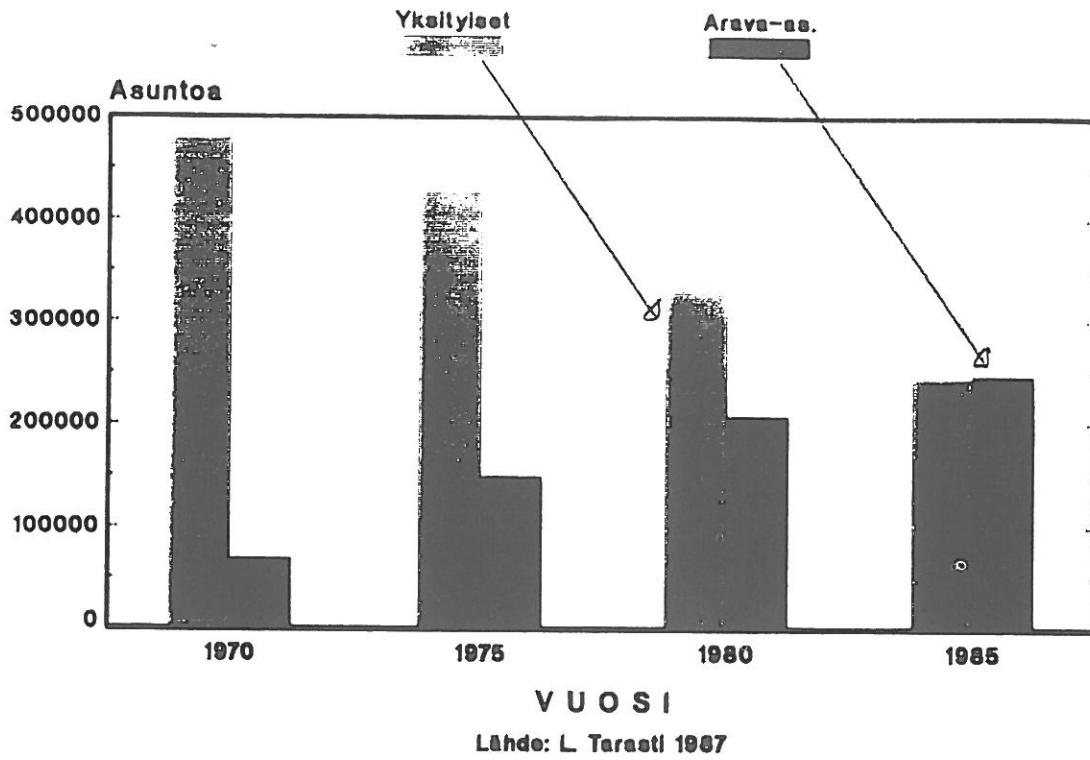
VALMISTUNEET ASUNNOT VUOSINA 1949-1989 JA ARVIO VUOSILLE 1990 - 1992

ASUNTOJA KPL ■ ARAVA-ASUNNOT □ MAATILAHALLITUS ▨ VAPAARAHOITTEISET

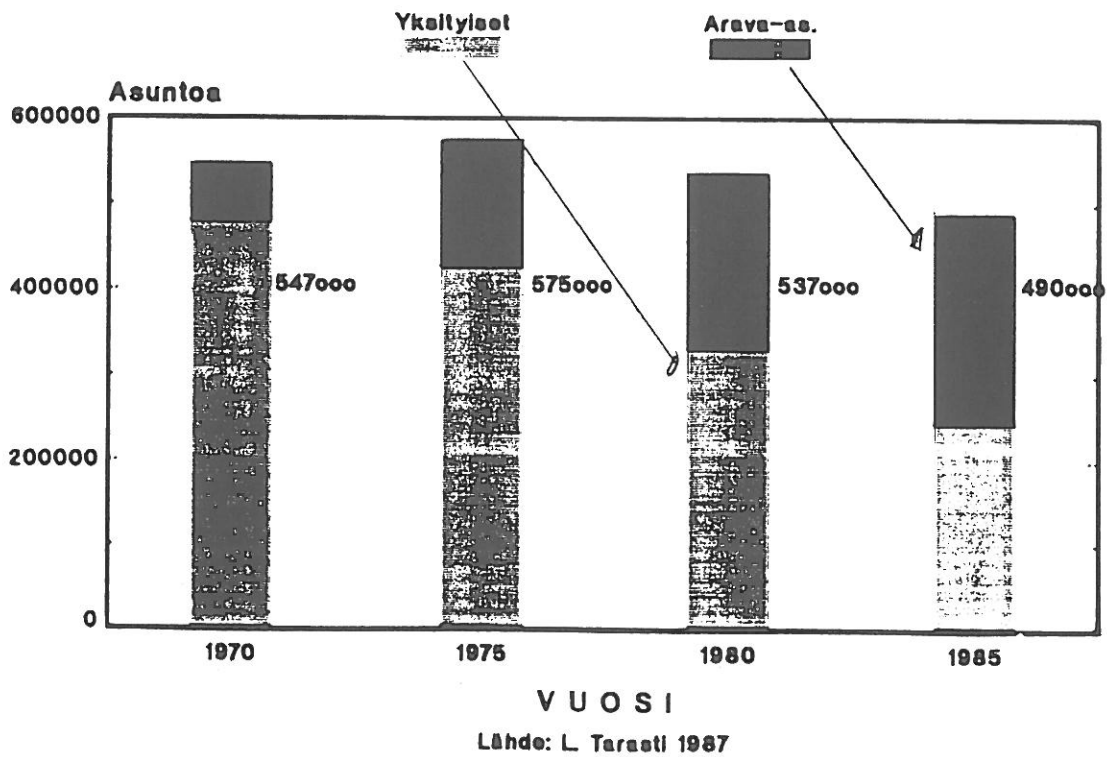


* ARVIO

VUOKRA-ASUNNOT 1970 - 1985



VUOKRA-ASUNNOT 1970 - 1985



ASUNTO-OLOJEN KEHITTÄMISESTÄ

ANNETTU HELSINGISSÄ 29 PÄIVÄNÄ MARRASKUUTA
1985

1 §

PERUSTAVOITTEET

ASUNTO-OLOJEN KEHITTÄMISEN TAVOITTEENA ON TURVATA JOKAISELLE SUOMESSA VAKINAISESTI ASUVALLE MAHDOLLISUUS KOHTUULLISEEN ASUMISEEN NIIN,

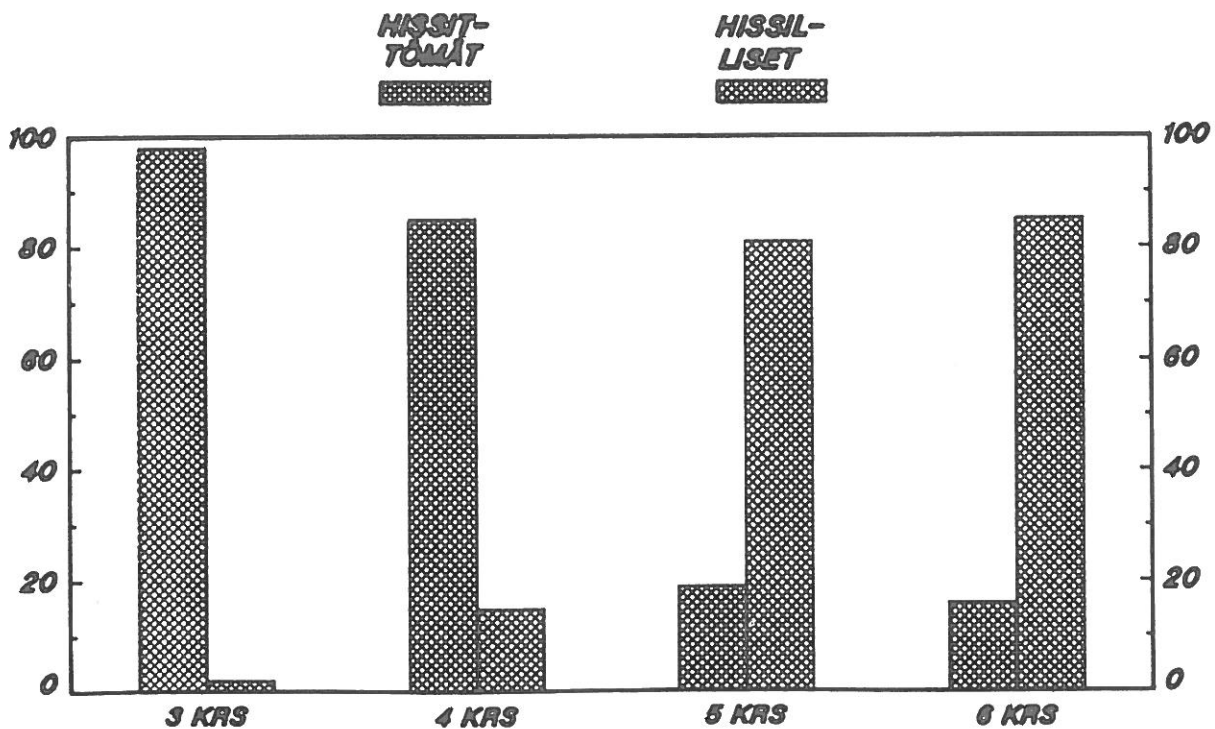
1) ETTÄ KULLAKIN RUOKAKUNNALLA ON KRYTETÄVISSÄÄN ASUNTO, JONKA HUONELUKU JA PINNATA-ALA VASTAAVAT RUOKAKUNNAN KOKOA SEKÄ SEN JÄSENTEN HENKILÖKOHTAISIA TARPEITA;

2) ETTÄ ASUNNOT OVAT RAKENTEELTAAN JA VARUSTEILTAAN TARKOITUKSENMUKAISIA, TERVEELLISIÄ JA TOIMIVIA SEKÄ ASUINRAKENNUKSET YMPÄRISTÖNSÄ SOPEUTUVIA; SEKÄ

3) ETTÄ ASUMISEN OLOT OVAT KOHTUULLISET SUHTESSA RUOKAKUNNAN KOKOON JA KÄYTETTÄVISSÄ OLEVIIN TULOIHIN SEKÄ MUIHIN VÄLTÄMÄTTÖMIIN KULUTUSMENOIHIN.

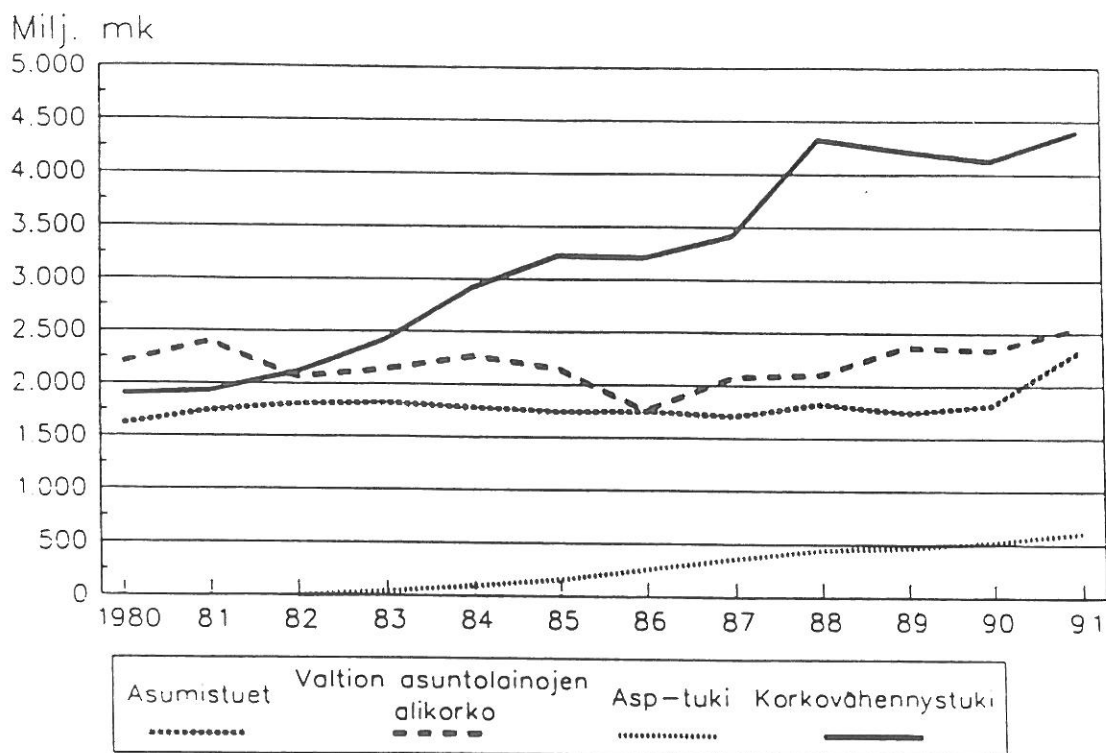
ERITYISTÄ HUOMIOTA ON KIINNITETTÄVÄ PUUTTEELLISESTI ASUVAN, PIENITULOISEN JA VÄHÄVARAISEN VÄESTÖN SEKÄ NUORTEN JA LAPSI-
PERHEIDEN ASUNNONSAANNIN JA ASUMISTASON PARANTAMISEEN JA ASUMISMENOJEN KOHTUULLISUUDEN TURVAAMISEEN SEKÄ ALUEIDEN SAMOIN KUIN VÄESTÖRYHMIEN VÄLISTEN ASUMISTASOEROJEN VÄHENTÄMISEEN.

HISSITTÖMIEN JA HISSILLISTEN KERROSTALOJEN %-OSUUDET

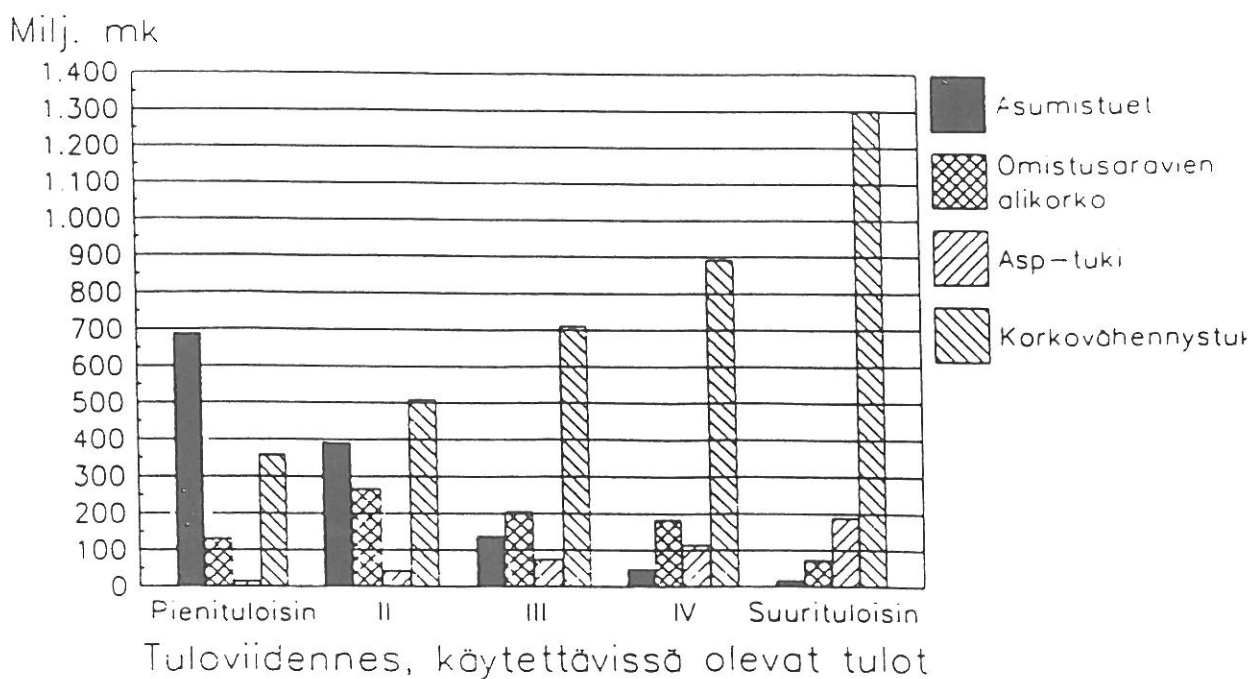


LÄHDE: V.1985 ASUNTOLASKENTA

Asumisen tuen reaalin kehitys tukimuodoittain vuosina 1980-1991

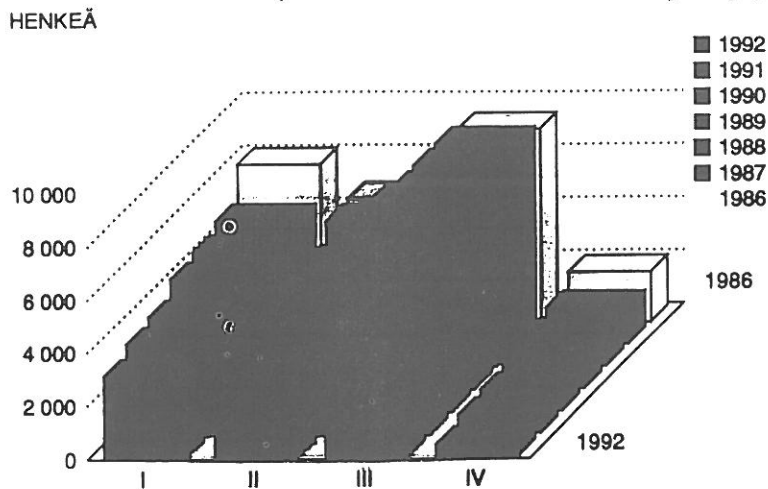


Asumisen tukimuotojen kohdentuminen tulotasoittain vuonna 1988



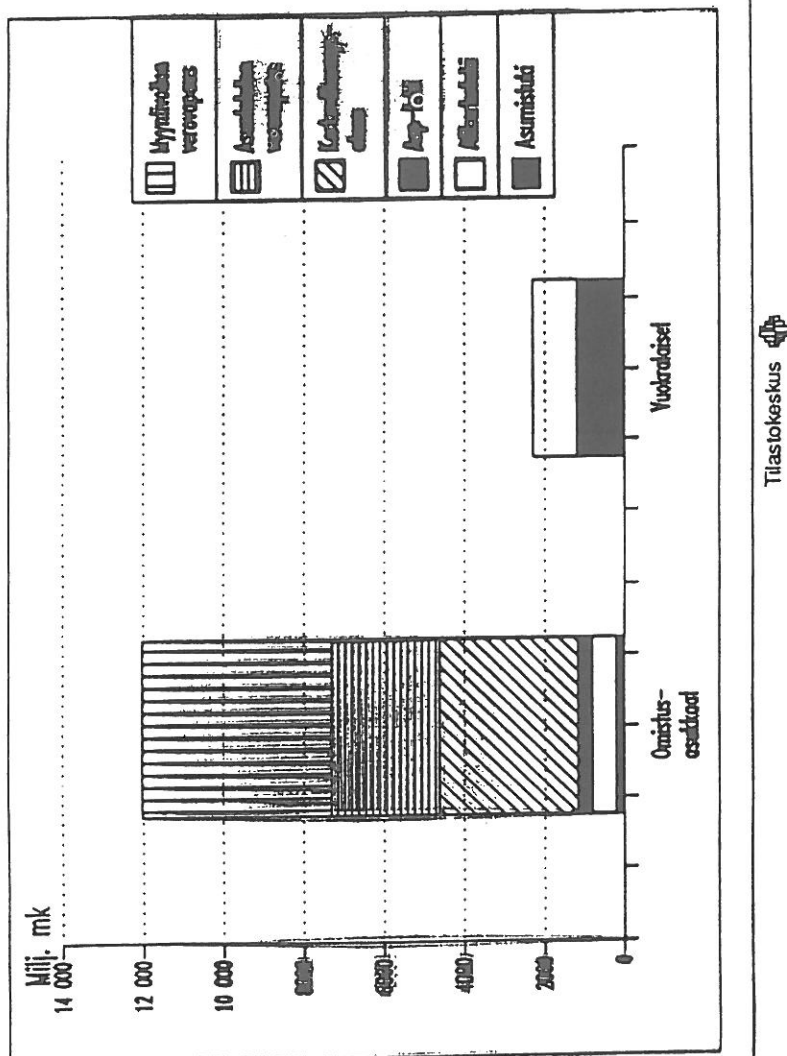
ASUNNOTTOMAT SUOMESSA 1986 - 1992

(Asuntohallituksen kuntakyselyt)



- I = ULKOSALLA, ASUNNOKSI KELPAAMATTOMAT TILAT, YÖMAJAT
- II = LAITOKSISSA JA VASTAAVISSA
- III = TUTTAVIEN LUONA
- IV = PERHEET

Kuvio 4. Asumisen tuen jakaantuminen hallintamuodoltaan vuonna 1988 (lähde: TME, Ympäristöministeriö)



Tilastokeskus

PALVELURAKENNETYÖRYHMÄN KYSYMYKSET ASUMISEN OSALTA

1. Sosiaali- ja terveydenhuollon erityisryhmien asuntotilanteeseen liittyvät ongelmat voidaan jakaa kahteen ryhmään, yleisestä asuntopoliittisesta tilanteesta johtuviin ja näiden ryhmien erityistarpeisiin liittyviin ongelmiin.

Ensinmainituista merkittävimpiä on myös mainittujen erityisryhmien kannalta asunnottomuus. Keväällä 1991 oli maassamme kuntien antamien tietojen mukaan noin 14 100 yksinäistä asunnotonta ja 700 asunnotonta perhettä. Näistä erilaisissa laitoksissa asunnon puutteen vuoksi oli noin 3 300 henkeä. Asunnottomien määrä on ollut laskussa ja myös laitoksissa asunnonpuutteen vuoksi olevien määrä on vähentynyt kolmessa vuodessa noin 4 000:sta noin 3 300:aan. Asunnottomuuden poistamiseen on jo usean vuoden ajan suunnattu erityistoimenpiteitä, m.m. asuntojen hankkimiseen asunnottomille on varattu valtion rahoista erityisrahoitusta. Ongelmia on saatu toimenpiteillä lievennettyä, mutta ei poistettua. Jatkossa on tarkoitus edelleen jatkaa erityistoimenpiteitä, joita tullaan keskittämään korostetusti pahimpiin asunnottomuuspaikkakuntiin. Asunnottomuus on keskittynyt isoimpiin kasvukseksiin, erityisesti pääkaupunkiseudulle.

Vaikea asuntotilanne, lähinnä puute kohtuuhintaisista vuokra-asunnoista, synnyttää asunnottomuutta. Tämän takia keskeistä on, kuinka vuokra-asuntojen kysyntä ja tarjonta saadaan tasapainoon. Jo pitkään on asuntopolitiikan tavoitteena ollut lisätä vuokra-asuntojen tarjontaa, johon on pyritty yleisin asuntopoliittisin keinoin m.m. rakentamalla aravavuokra-asuntoja ja väljentämällä määrärahoja, jotka sääntelevät huoneenvuokrasuhteiden ehtoja. Voidaankin todeta, että sekä valtion lainoittamisessa että vapaarahoitteisissa vuokra-asunnoissa kysyntä ja tarjonta ovat tasapainoittumassa. Tilanne vaihtelee kuitenkin huomattavasti paikkakunnittain. Viime vuosina on rakennettu vuosittain yli 10 000 uutta aravavuokra-asuntoa. Lisäksi olemassaolevasta asuntokannasta vapautuu vuosittain uudelleen täytettäväksi noin 50 000 asuntoa.

Valtio järjestää lainsäädännölliset puitteet ja varaa määrärahoja tarpeelliseksi katsomiinsa tarkoituksiin. Käytännössä jää kuitenkin pitkälti kuntien päätettäväksi, miten asuntopolitiikka paikallistasolla toteutuu ja mitkä asuntopoliittiset kysymykset nähdään tärkeiksi.

Osa ongelmista liittyy erityisryhmien muusta väestöstä poikkeavien asumistarpeiden tyydyttämiseen. Sovitun työnjaon mukaan asumiseen liittyvien palveluiden järjestäminen kuuluu sosiaaliviranomaisille. Asuntopolitiikalla tulisi pystyä huolehtimaan siitä, että asunnot ja niiden lähiympäristö täyttävät fyysisesti käyttäjänsä tarpeet. Tällöin keskeisiksi asioiksi muodostuvat m.m. asuntojen vammaismitoitukset, hissit ja muut vanhuksen tai vammaisen liikkumista edesauttavat rakenteelliset ratkaisut. Aravauustuotannossa on asiaan kiinnitetty erityistä huomiota. Heikompi tilanne on vapaarahoitteisen uudisasuntotuotannon kohdalla.

Tärkeää on pyrkiä saneeraamaan myös olemassa olevaa asuntokantaa paremmin ao. erityisryhmien asunnontarpeita vastaavaksi. Tähän on pyritty rahoittamalla perusparannustoimintaa, joka jatkossa tulee olemaan asuntopolitiikan painopistealue.

Palvelutalojen rakentaminen ei liene mikään ongelma vaan tarkoituksenmukainen ratkaisu niihin tilanteisiin, joissa asumisen tueksi tarvitaan palveluita.

2. Varustetason puutteellisuus ja asuntojen huonokuntoisuus on erityisesti vanhusväestön asumisen ongelma. Asuntojen korjaustoimintaa on hidastuttanut tarkoitukseen varattujen määrärahojen riittämättömyys.

Asunnottomuuden vähentämisessä ei ole päästy asetettuihin tavoitteisiin. Tässä suhteessa ongelmana ei niinkään ole ollut erityisrahoituksen määrärahojen puute vaan se, että kuntien aktiivisuudessa asian hoitamiseen on ollut toivomisen varaa. Kiristynyt rahatilanne kunnissa saattaa vielä vaikeuttaa tilannetta entisestään. Tarvittavan pienen omarahoitusosuuden järjestäminen on entistä vaikeampaa.

SVOL-valtionosuusuudistus tulee aiheuttamaan entistä suurempaa painetta asuntotoimen määrärahoihin.

Edelleen voidaan nähdä puutteita eri hallintokuntien yhteistyössä kunnissa.

3. Vanhusten ja vammaisten asuntojen korjaustoimintaan on asuntotoimen budjetissa varattu määrärahoja jo usean vuoden ajan. Varatut määrärahat eivät ole vastanneet hakemuskääriä, mutta toisaalta useita vuosia jatkuneella rahoitustoiminnalla on myös saatu tuloksia aikaan. Jatkossa erityisrahoitusta on tarkoitus jatkaa ja lisäksi suunnitellaan, samoin kuin joskus aikaisemmin on menetelty, työllisyysvarojen suuntaamista korjaustoimintaan.

5. Asumiseen liittyvien palveluiden taso ei tällä hetkellä vastaa tarvetta.



4.12.1992

Palvelurakennetyöryhmä
Sosiaali- ja terveysministeriö

VÄESTÖN VANHENEMINEN JA ASUMISEN KEHITTÄMINEN

Suomalaisen asuntopolitiikan historiallisena rasitteena on edelleen sen marginaalisuus; asuntopolitiikan kohteena ovat erityiset väestöryhmät ja tietty asuntokanta. Väestön suuren enemmistön asutokysymys on ratkennut markkinoilla kulloistekin olosuhteiden ja suhdannetilanteiden mukaan.

Kuluttajan, asukkaan asema asuntomarkkinoilla on ollut heikko. Rahoittajien ja rakennusliikkeiden asema on ollut dominoiva. Suomalainen asumisen malli poikkeaa rakenteellisesti eurooppalaisittain yleisestä, yleishyödylliseen rakennuttamiseen ja kiinteistönomistukseen perustuvasta mallista. Asunto-osuuskuntiin kanavoitunut kuluttajien omatoimisuus asutokysymyksen ratkaisemisessa ei koskaan saavuttanut merkittävää jalansijaa Suomessa. Kymmeniintuhansiin asunto- ja kiinteistöosakeyhtiöihin hajautunut asuntojen omistus ja hallinta nähdään ongelmaksi nyt, kun asuntojen uustuotanto on väistymässä ja peruskorjaustarpeet kasvamassa.

Vanhusten asumistarpeiden tyydyttämisessä keskeiset lähtökohdat ja tavoitteet ovat:

1. omassa kodissa asumisen fyysisten edellytysten turvaaminen,

* välineinä: asuntoon, asuinrakennukseen ja sen välittömään ympäristöön kohdistuvat toimenpiteet, joilla poistetaan liikkumisen esteitä ja lisätään ympäristön turvallisuutta – kaavoitus kokonaisuudessaan, rakentamisen ohjaus, hankesuunnittelu, rakentaminen – kiinteistönpito.

2. omassa kodissa asumista tukevien palvelujen järjestäminen lähiympäristössä tai tuominen kotiin

* välineinä: sosiaali- ja terveystoimen avopalveluiden integrointi asumiseen sekä varsinaiset kotipalvelut – kaavoitus kokonaisuudessaan, hankesuunnittelu, palvelujen suunnittelu, rakentaminen, kiinteistönpito.

3. liikkumiseen liittyvien ratkaisujen tekeminen niin, että vanhuksella on edellytykset käyttää yhdyskunnan yleisiä – julkisia, yksityisiä ja kaupallisia – palveluja riippumatta siitä, missä ne sijaitsevat.

* välineinä: yhdyskuntasuunnittelu, kaavoitus, liikennejärjestelyt.

Kuten edellä oleva osoittaa vanhuksen kotona asumisen turvallisten edellytysten vahvistaminen edellyttää näkemystä ympäristöstä kokonaisuutena. Hallinnon ylhäältä antamien velvoitteiden toteuttamiseksi syntyneen, pitkälle erikoistuneen ja sektoroituneen suunnittelu- ja toimintakäytännön seurauksena vastuuta kokonaisuudesta ei kuitenkaan ole kenelläkään.

Muutoksen aikaansaamiseksi tulisi edetä monia polkuja pitkin:

1. Niukkenevien resurssien oloissa tutkimus- ja kehittämistoimintaan käytettävissä olevat resurssit tulisi kohdistaa muutoksen tukemiseen; kuntakohtaisiin kehittämishankkeisiin, joiden avulla uudistetaan toimintakäytäntöjä. Vanhusnäkökulman ottaminen kaavoitukseen ja asumiseen on tapa toissijaistaa vanhuksen tarpeet. Tällaisen menettelyn sijasta olisi tuettava sellaisten käytäntöjen kehittymistä, jossa eri osapuolet kunnan sisällä – kaavoitus, asuminen, sosiaalitoimi, terveys, vapaa-aika jne. –, mutta myös sen ulkopuolella: suunnittelijat, rakennuttajat, rakentajat, asukkaat itse tulevat osalliseksi sellaiseen vuorovaikutteiseen prosessiin, jossa tarpeet, tavoitteet ja niiden toteuttamiseksi tehtävät valinnat hallitaan kokonaisuutena.

2. Kehitettäessä asumista ja sitä koskevia toimintakäytäntöjä on puututtava myös lainsäädäntöön ja rahoitukseen ja poistettava niihin sisältyvät sektoriaalisuuteen johtavat esteet.

Valtion asuntorahoitusjärjestelmä ei nykyisellään tue sellaista asuntokannan ja asuinympäristöjen perusparannustoimintaa, jossa asuminen nähtäisiin laajana sosiaalis-toiminnallisena kokonaisuutena. Erilaisten koko asuinalueen asukkaita palvelevien tilojen korjaamisen tai rakentamisen rahoituksen järjestäminen on edelleen vaikeaa näiden toimenpiteiden jäädessä valtion asuntorahoituksen ulkopuolelle.

Edelleen rahoitusjärjestelmät johtavat rakennusajankohdan kustannuksia valvovaan järjestelmään, jossa asumisaikaisiin ylläpito-, huolto- ja korjauskustannuksiin ei kiinnitetä huomiota. Kuitenkin rakennuskustannukset ovat enintään 5 % asuinrakennuksen elinikäisistä kustannuksista.

3. Liikuntaesteettömän ympäristön toteuttaminen erityisesti kaikessa jatkossa toteutettavassa asuntojen uudisrakentamisessa on ensimmäinen edellytys vanhenevan väestön asumistarpeet huomioon ottavalle asuntopolitiikalle. Liikuntaesteettömyyttä merkitsevät määräykset tulisi nopeasti saada asuntorakentamismääräyksiin.

Olemassaoleva, n. 2.2 miljoonaa asuntoa käsittävä asuntokantamme on se asuntokanta, jossa väestö vanhenee. Uustuotanto vain pieneltä

osalta täydentää tätä asuntokantaa. Asuntokannan omistus- ja hallintajakautamasta johtuen asuntokantaa koskevien peruskorjauspäätösten tekeminen on vaivalloista. Erityisesti sen vuoksi olisi pitkällä tähtäyksellä perusteltua tarjota yhteiskunnan puolelta edullisia rahoitusmuotoja juuri niihin toimenpiteisiin, jotka asukkaiden päätöksenteossa muutoin ovat ongelmallisia. Taloudellisesti merkittävin tämänkaltaisista yksittäisistä yhteiskunnan kannalta oleellisista korjaustarpeista on hissin rakentaminen jälkikäteen kerrostaloon.

Uudistettaessa asuntohallintoa ja asumisen tukijärjestelmiä, tulisi aikaisempaa tietoisemmin arvioida myös tehtävien ratkaisujen vaikutuksia muiden yhteiskuntapolitiikan lohkojen toimintaan. Jos säästöt asuntorakentamisessa aiheuttavat menoja sosiaali- ja terveystoimessa esimerkiksi laitospaikkojen muodossa, ei järjestelmä toimi taloudellisesti. Pelkästään markkinoiden toiminnan varassa asunto-olot kehittyvät maksukykyisimmän kysynnän mukaan.

Asuntotoimen päällikkö


Ulla-Maija Laiho

ASUMISEN TEEMAKOKOUS 24.9.1992 / SOSIAALI- JA TERVEYSMINISTERIÖ

Kysymys 1: Mistä kiikastaa, että sosiaali- ja terveydenhuollon kannalta tärkeitä asumiseen liittyviä ratkaisuja ei saada toteutetuiksi ?

Tavoitteena esim. vanhusväestön suhteen on se, että ihminen voi käyttää nykyistä asuntoaan mahdollisimman pitkään, mikä on ihmisen itsensä ja yhteiskunnan kannalta paras mahdollinen ratkaisu.

Sen jälkeen, kun omassa asunnossa asuminen ei ole tuesta huolimatta mahdollista, seuraava vaihtoehto olisi palvelutalo, minkä jälkeen tulisi vasta laitoshoido.

Edellytyksenä sille, että ihmiset voivat käyttämänsä asuntoa asua mahdollisimman pitkään, on se, että asunto pystyy elämään ihmisen tarpeiden mukaan. Tämä edellyttää tehtäväksi asuntoon tarvittavia muutos- ja korjaustöitä. Lisäksi kysymykseen voi tulla asunnon vaihtaminen, jos tarpeellisia muutos- tai korjaustöitä ei voida tarkoituksenmukaisesti suorittaa. Myös ympäristön, jolla asunto sijaitsee, olosuhteet voivat olla liikkumisen tai palveluiden suhteen sellaiset, että kysymykseen tulee asunnonvaihtaminen.

Tavoitteeseen pääseminen on ratkaisevasti kuntien toiminnasta kiinni. Kunnissa asiaan vaikuttavat tärkeimmät tahot ovat:

- sosiaalitoimi, jolla on tietoa ihmisten asumiseen liittyvistä vaikeuksista esim. kotipalvelun kautta
- asuntotoimi, joka ohjaa ja toteuttaa kunnan asuntopolitiikkaa sekä osallistuu asuntojen rakennuttamiseen sekä vaikuttaa valtion asuntorahojen jakamiseen eri tarkoituksiin
- kunnan käyttämät rakennuttajatahot
- kunnan asuntopolitiikkansa hoitamiseen varaamien omien talousarviovarojen käyttäjät

Ilmeisenä ongelmana lienee, etteivät kaikki asiaan vaikuttavat tahot kunnissa tee riittävästi yhteistyötä. Sosiaaliviraston asumisongelmiin liittyvä tieto ei ole kulkeutunut asunto-toimelle eikä siten myöskään uustuotannosta ja asuntojen perusparantamisesta vastaaville tahoille. Tai, jos tieto on kulkenut, tiedon kulku ei ole ollut suunnitelmallista vaan enemmänkin sattumanvaraista.

Oikeanlaisen yhteistyön puuttumisen vuoksi ei ole laadittu asunto-ohjelmien osaksi ongelmien poistamiseen oikealla tavalla tehtyä tavoite- ja toteuttamissuunnitelmaa.

Asunto-ohjelmat ovat uustuotantopainotteisia ja käsittelevät tärkeimpään painotukseen liittyviä kysymyksiä. Tämä johtunee siitä, että valtion rahoituksen pääpaino on ollut uustuotannossa ja myöhemmin myös vuokra-asuntojen perusparantamisessa. Asunto-ohjelmien avulla on pyritty kuntiin saamaan mahdollisimman paljon valtion rahoitusta asuntotuotantoon.

Miten tavoitteeseen päästään ?

- kuntien asiaa koskevien tahojen työskentely täytyy saada tavoitteeseen nähden yhdensuuntaiseksi sekä tulee niveltää tahojen toiminnat yhteen. Tämä on mahdollista tehdä ilman mainittavia kustannusvaikutuksia.

Kuntien tulisi laatia oma esim. vanhusten asumista nykyisissä asunnoissa tukeva useamman vuoden kattava toimintasuunnitelma. Tämä on mahdollista vain siten, että vanhusten asunto-ongelmien nykytilanteen kartoitus tehdään niin kattavasti, kuin se on mahdollista ja samalla yritetään selvittää tulevat ongelmat.

Toimintasuunnitelman laatimista varten tulee kunnissa olla asiaa koskevista tahoista koottu työryhmä, joka hoitaa myös suunnitelman toteuttamisen seurannan.

Lisäksi kunnissa tarvitaan toimintasuunnitelman toteuttamista varten toimeenpaneva organisaatio, joka käytännössä hoitaa tarpeelliset toimenpiteet ja järjestää tarvittavan rahoituksen. Käytännön tehtävät hoitava organisaatio kykenee myös nopeasti toimimaan sosiaalitoimen kulloinkin osoittaman ongelman poistamiseksi

- luodaan toimiva ja joustava rahoitusjärjestelmä, joka tähtää siihen, että voidaan tehdä kulloinkin välttämättömiä asuntojen muutostöitä riittävän nopeasti. Rahoitustahoina tulevat kysymykseen valtio + RAY + kunnat.
- toimintaa tukemaan on luotava alueellisia palvelupisteitä

Aravarahoitusta tulee kehittää siten, että rakennettavien asuintalojen yhteyteen voidaan rakentaa tarkoituksenmukaisia alueellisia palvelupisteitä esim. kotipalvelua varten.

Jossainmäärin aravarakentamisen yhteydessä on voitu tehdä eri palvelutoimintoja varten tiloja tosin ns. vapaarahoitteisena lukuunottamatta valtionapuja. Rovaniemellä on lähinnä tehty päiväkoteja ja korttelikouluja.

Palvelupisteitä varten tulee voida tarpeen mukaan ostaa myös valmiita tiloja kunnan eri alueilta.

Valtionosuusuudistus, uhkatekijäkö ?

Kuntien valtionosuusuudistus voi olla uhkatekijä, jos valtionosuutta ei voida kohdentaa suoraan tarvittavaan toimenpiteeseen. Valtionavun saamisen kohdentamisella on ratkaiseva merkitys tehtäessä kunnissa päätöksiä asuntojen ostamiseksi tai korjaamiseksi. Jos kuntien valtionapua ei kyetä enää kohdentamaan mihinkään toimenpiteisiin, on kyettävä luomaan korvaava nopea avustusjärjestelmä kuntia varten.

Rovaniemi 23.9.1992

Asuntotoimenjohtaja

Matti Nyberg

LIITE

Rovaniemen kaupungin asuntolautakunnan lausunto vanhuspoliittisen toimintaohjelmanprojektin työryhmän muistioista (II-vaiheen raportti)



4(4)

Vanhusten asumisen järjestämisessä tulee kaupungin huomioida seuraavaa:

- Vanhusten tulee voida mahdollisimman kauan asua nykyisissä asunnoissaan, jolloin asumista tuetaan avopalveluilla.
- Rovaniemen kaupungin eri asuntoalueiden palvelutasot vaihtelevat huomattavasti toisistaan, jolloin on oltava vanhuksilla mahdollisuus asuntojen vaihtoon lähemmäksi palveluita.
- Asukasvalinnoissa on huomioitava hakijan iän asettamat vaatimukset asunnon toimivuuteen sekä alueen palvelutason.
- Todennäköisesti huomattava osa vanhuksista asuu vanhoissa omakotitaloissa, joissa on liikkumista haittaavia esteitä. Kaupungin on varauduttava enenevässä määrin asuntojen muutostöihin.
- Kaupungin olisi tuettava valtion lisäksi hissien rakentamista vanhoihin hissittömiin kerrostaloihin. Ympäristöministeriön raportti vammaisten ja vanhusten asumisen parantamisesta kiinnittää erityistä huomiota hissien rakentamiseen vanhoihin taloihin.
- Hajallaan sijaitsevien erillisten pelkkien vanhusten asuntotalojen rakentamista on vältettävä.
- Asuntotuotannon ohessa on rakennettava pieniä vanhusten palvelupisteitä tai hankittava vanhasta asuntokannasta asuntoja tarkoituksiin alueilta, joissa on paljon vanhuk-sia.
- On varauduttava tulevaisuudessa eri asuntoalueiden tuleviin ikärakenteiden muutoksiin. Nykyiset uudet omakotialueet muuttuvat tiettyssä ajanjaksossa vanhusvaltaiseksi tai ikääntyneiden asuntoalueiksi.
- Tarpeen mukaan on varauduttava palvelutalojen rakentamiseen, jolloin voidaan toteuttaa ketjua vanhuksen asunto-palvelutalo-laitoshoito. Palvelutalojen rakentamiseen on varauduttava erityisesti asemakaavoituksessa.
- Vanhusten asunto-ongelmien nykytilanteen kartoitus tulisi voida tehdä kattaen koko kaupungin vanhusväestön. Kartoituksessa tulisi selvittää vanhusten asumisen nykytilanne sekä heidän itse kokemansa tulevaisuuden uhkatekijät.
- Kaupungin tulisi laatia kattava toimintasuunnitelma esim. asunto-ohjelman osaksi, johon tulisi liittyä selvitys investointi- ja muista kustannuksista. Toimintasuunnitelmaa tulisi voida jatkuvasti seurata ja tarpeen mukaan tarkistaa.

SOSIAALI- JA TERVEYSMINISTERIÖN
PALVELURAKENNETYÖRYHMÄN ASUMISEN TEEMAKOKOUS 21.9.1992

Vastauksia ennakkokysymyksiin:

1. ja 2. Mistä kiikastaa ? Kompastuskohdat ?

- rahasta
- asenteista
- toimintatavoista

Rahaa ei ole/ei suunnata tarpeeksi:

- kotona asumista tukeviin toimintoihin
- asumiseen liittyviin palvelu-/tuki-toimintoihin (palvelutalot, tukiasunnot)

- palvelutilainvestointeihin
 - uustuotanto
 - olemassa olevan asuntokannan yhteyteen tiloja hankkimalla ja peruskorjaamalla

- palvelu-/tukiasuntoinvestointeihin
 - uustuotanto
 - olemassa olevan laitokannan perusparantaminen palvelu- ja ryhmäasunnoiksi

- kunnilla rahapula
- asuntotuotantomäärärahat niukat
- asiakkailta ei varaa/halukkuutta maksaa palveluista
- vanhusten omistuspohjaisten palveluasuntojen hankkimista rajoittaa vanhan asunnon myynnin vaikeudet sekä vanhusten ja lähiomaisten asenteet

- > suunnataan lisää rahaa palvelu- ja tukiasumiseen sekä kotona asumisen tukeen

Asenteet ja toimintatavat

- kunnat suosivat usein riittämättömin perustein laitossijoituksia
 - omien laitosten korkean käyttöasteen ja oman laitoshenkilökunnan työllisyyden turvaaminen tuntuu joskus olevan tärkeämpi kuin asiakkaan kannalta tarkoituksenmukainen palveluratkaisu
- kunnat rakentavat vieläkin laitoksia, vaikka asumisratkaisutkin toimisivat
- asunto-, sosiaali- ja terveysturvallisuuden raja- ja rajankäyntiongelmien ratkaiseminen
- > asenteiden ja toimintatapojen muuttaminen

3. Vanhusten ja vammaisten asuntojen korjaustoiminta

- tukijärjestelmät kirjavia, tukea ei osata hakea -> neuvonnan tehostaminen
- raha
 - tukirahat (kunnat, asuntohall.)
 - asukkaiden rahat

4. Muuta

- Raha-automaattiyhdistys avustaa järjestöjä (ei kuntia)
 - avopalvelutoimintaan liittyviä investointeja 60%
 - huonokuntoisten vanhusten ja muiden palveluja tarvitsevien erityisryhmien palveluasuntojen rakentamista ja peruskorjaamista 30 % (+asuntolaina 70%)
 - em. ryhmien palvelutilainvestointeja 70 %
 - tukiasuntoinvestointeja samoin periaattein
 - mielenterveysongelmaiset, päihdeongelmaiset, nuoret ym.
 - Y-säätiön asuntojen hankintaa 30 %
 - tavoitteena laitossijoitusten välttäminen/korvaaminen

- itsenäistyvien nuorten asunto-
investointeja 5 % (+asuntolaina
95%)

Järjestön hoidettava itse palvelutoiminta.

Raha-automaattiyhdistys avustaa myös

- joitakin toiminnallisia kokeiluja
projektiluonteisesti
- kotipalvelutoimintaa 45 %

Palvelu- ja tukiasumisinvestointien avustami-
seen käytettiin 1992 yli 300 mmk. Lähivuosina
avustusmäärä pysynee samalla tasolla.

- edellyttäen, että käyttötalouden
rahoitus on järjestyksessä (kunnat)

Kotipalvelutoimintaa avustettiin 1992 noin
15 mmk, toimintaa yli 70 paikkakunnalla. Avus-
tusmäärä pysynee samalla tasolla, avustusosuus-
den tarkoitus jatkossa pienentyä (45%→35%→25%)

- asiakkaat ja kunnat vastaavat muusta
rahoituksesta

5 Mitä STM voisi tehdä ?

Neuvoa kuntia käyttämään järjestöjen palveluita
silloin, kun ne ovat hinnaltaan ja laadultaan
kilpailukykyisiä (yleensä ovat). Valtionosuus-
uudistus tekee käytön periaatteessa mahdolliseksi.
Ohjauskeinot vähissä?

- asenteet
 - vaikeus luopua laitospaikoista
 - vaikeus ostaa palveluita
- kuntien laskentajärjestelmä
 - otetaanko oman toiminnan
kustannuksia laskettaessa
huomioon myös pääoma- ja
hallintokustannukset ?



Ritva Routio
STH, yliarkkitehti

5.11.1992

Muistio palvelurakennetyöryhmän asumisen teemakokoukselle

**MISTÄ KIIKASTAA, ETTÄ VANHUSTEN ASUMISASIOITA EI SAADA
TOTEUTETUKSI**

Suomessa väestö on ollut ja on edelleen ollut melko nuorta. Vanhusten määrän kasvu on uusi ilmiö, johon ei vielä ole totuttu. Vanhenevaa väestöä ei ole pidetty tärkeänä. Hoidon ja huolenpidon suunnittelun yhteydessä on alettu arvioida kasvavan vanhusväestön tulevia tarpeita. Asumisen suunnittelussa asenteet kuitenkin yhä pohjaavat entisiin arvoihin. Vanhusten asumisen ratkaiseminen kiikastaa pitkälti siitä, että sosiaali- ja terveydenhuollon uusia tavoitteita, uusia toimintamuotoja ja niistä aiheutuvia muutostarpeita ei ole suostuttu omaksumaan osaksi asuntopolitiikkaa ja asuntorakentamista.

Avohoitopainotteinen palvelujärjestelmä merkitsee hoidon ja huolenpidon viemistä vanhuksen luokse ja hänen kotiinsa. Päämääränä on, että ikäihmiset voivat turvallisesti asua kotona ja suoriutua arkiaskareista itsenäisesti ja oman elämäntapansa mukaisesti. Myös laitoshoidon tavoitteena on tukea kotona asumista. Uusia asumismuotoja ovat palveluasuminen sekä ryhmäasuminen, jotka voivat sijaita tavallisessa asuintalossa muiden asuntojen joukossa tai palvelutalossa, joskus vanhainkodin yhteydessä. Vanhuksen asunnon lähellä tulisi olla palvelupiste, joita niitäkin on toteutettu erilaisina ja myös yhteisinä muiden asukasryhmien kanssa.

Asuntopolitiikassa hyvien asuntojen määrällisen vajeen täyttäminen on ollut ja on asuntorakentamisen lähtökohtana, sillä yhä on asunnottomia. Näkökulman laajentaminen itse asukkaaseen olisi merkittävä ja uusiin vaihtoehtoihin ratkaisuihin johtava uudistus.

Rakentajat luonnollisesti asettavat tavoitteeksi tuottaa tehokkaasti hyviä asuntoja tavallisille ihmisille ja perheille. Mikäli asukkaalla on ollut erityisiä tarpeita hänet on luokiteltu johonkin erityisryhmään kuuluvaksi ja siten mariginaaliseksi, toisarvoiseksi.

Tiedämme, että asuntokysymysten ratkaisuilla voitaisiin vaikuttaa edullisesti mm. vanhusten hoitoisuuteen ja palvelujen kustannusten kehittymiseen. Tutkimuksia ja kokemuksia on runsaasti, erityisesti muista Pohjoismaista. Mutta asenteet meillä estävät muutoksen aikaansaamisen. Hoidosta ja huolenpidosta päättävät toiset hallintokunnat kuin asumisesta ja rakentamisesta. Näyttää puuttuvan keskinäistä luottamusta toisen ammattisektorin asiantuntemukseen sekä halua yhteistyöhön. Myöskään asukkaat eivät ole voineet paljonkaan vaikuttaa tai osallistua asuinympäristöjen muotoutumiseen.

Eräs syy laitossijoituksiin on turvattomuus. Turvallisuuden tunteen antaminen jokaiselle ikäihmiselle on vanhustenhuollon suuria haasteita. Ja asumisen ratkaisuilla on mahdollista luoda sosiaalista turvallisuutta rakenteellisin keinoin. Tämä on erityisen tärkeätä siitä syystä, että yksinasuvien vanhus-ten lukumäärä kasvaa huomattavasti. Jo nyt joka kolmas 65 vuotta täyttänyt asuu yksin ja kaupungeissa asuvista vanhois- ta naisista yli puolet asuu yksin.

Ikäihmiset ja vammaiset ovat tottuneet nöyriksi ja hiljaisik- si. Oletettavaa on, että uusi vanhuspolvi tulee käyttäytymään toisin ja vaatimaan äänekkäästi huomiota myös asumisasioiden järjestämiseen. Ja näin suurella joukolla lienee voimaa...

Arkielämän fyysisellä ympäristöllä on suora vaikutus asukkaan toimintakykyyn ja mahdollisuuteen selviytyä itsenäisesti.

* Liikkumisesteettömässä ympäristössä huonokuntoinenkin voi toimia itsenäisesti ja vähäisen avun turvin. Merkit- tävin liikkumista rajoittava este on kerrostalon hissit- tömyys. Muita liikkumisen esteitä ovat portaat, kynnykset, liukkaus jne. Miksi esimerkiksi meillä ei käytetä matala- lattiaisia onteloelementtejä kylpyhuoneissa? On huomata- tava, että koti- ja vapaa-ajan tapaturmien hoitokustannuk- sista arvioidaan n.31% vanhusten putoamis- ja kaatumis- tapaturmien kustannuksiksi.

* Asuinympäristöllä on psykososiaalinen ja turvallisuuden tunteeseen liittyvä merkitys, joka ilmenee mm. siten, että vanukset toivovat voivansa asua kotona ja selviytyvätkin kotiympäristössä melko pitkään. Ja mikäli on pakko muuttaa kotoa, toivotaan uuden kodin löytyvän tutusta naapurustos- ta tai paikasta, missä asuu läheisiä ystäviä tai omaisia.

Ratkaisujen löytymisen perusta on siinä, että meillä jo on sekä vanukset että valtaosa rakennetusta ympäristöstä. Tule- vaisuudessa uudisrakentaminen tulee olemaan vähäistä. Nykyis- ten lähiöiden parantaminen on ympäristön suunnittelijoille tuleva haaste. Vanhusten asumisen kohentaminen tulee olemaan lähiyhteisöissä suoritettavaa yksilöllisesti räätälöityä ja pienimuotoista korjaus- ja täydennysrakentamista. Tähän kor- jaustoimintaan tarvittavien uusien rakentamisen ja suunnitte- lun menetelmien kehittäminen on haaste sekä sosiaali- ja ter- veystoimelle että ympäristönsuunnittelulle ja rakentamiselle. Miten synnytettäisi yhteistyötä eri hallintokuntien kesken ja vielä otettaisi asukas mukaan suunnitteluun? Pahimmat kompas- tuskohdat lienevät asenteissa ja torjuvassa tiedon vastaan- ottamisessa.

Toteutetun asuntopolitiikan seurauksena vuokra-asuntojen vä- hyys estää asuntojen joustavaa käyttöä. Monissakin elämän tilanteissa tarvittaisi melko lyhytaikaista tai pidempi- aikaista vuokra-asuntoa tutulta asuntoalueelta. Esimerkiksi silloin, kun oma asunto ei enää vastaa asukkaan toimintakykyä ja on pakko muuttaa tai kun oma asunto joutuu remonttiin tai kun asukas on jäänyt yksin. Omistusasunnon ja laitosasumisen välimaastossa tarvittaisi monenlaisia asumisen vaihtoehtoja.

Tarjonnan lisäys vähentäisi myös vuokralaisten turvatonta asemaa, kun toisen vuokra-asunnon löytyminen olisi helpompaa.

Omistusasuntojen ja asunto-osakeyhtiötalojen korjaus ei näytä onnistuvan osakkaiden voimin. Hissi on suuri ja kallis hankinta, mutta hissejä tulisi kuitenkin voida lisätä melko nopeastikin. Hissien rakentaminen on kertakustannus, kun taas laitoshoidon aiheuttaa jatkuvat kalliit kustannukset. Siksi kannattaisi nyt ajoissa tukea hissien rakentamista, kun vanhusten määrä on vähitellen kasvamassa.

Uudisrakentamisessa rakentaja luonnollisesti pyrkii saavuttamaan itselleen rakentamistaloudellista hyötyä. Kokonais-taloudellisia ja yhteiskunnalle aiheutuvia taloudellisia seuraamuksia ei riittävästi oteta huomioon asuinrakennusten ja asuinalueiden rakentamisessa. Rakentamisen ja hoitojärjestelmien yhteisten kustannusten arviointia varten olisi kehitettävä luotettavia mittareita, joiden avulla kunnat voisivat arvioida vaihtoehtoisia ratkaisuja.

Eräitä ratkaisumalleja

Siirtämällä asumisen kysymyksien ratkaisuja paikallistasolle voidaan oletettavasti löytää välittömästi toteutettavissa olevia ja asukkaalle parempia ratkaisumalleja. Ainahan fyysisessä ympäristössä ei myöskään tarvita suuria muutoksia, vaan esimerkiksi luiskia, kaiteita, katoksia luiskan ylle, kynnysten poistamista tai apuvälineiden asennuksia ym.

Kysymykseen siitä miten ja milloin vanhusten ja vammaisten omien asuntojen korjaustoiminta saadaan hoidetuksi en osaa antaa vastausta. Kuitenkin arvelen, että asuntojen korjaustoimintaa olisi kannustettava ja tuettava. Esimerkiksi voitaisiin järjestää "kiertävä neuvoja", joka seuraisi vanhusten selviytymistä kotona ja avustaisi pienimuotoisten korjausten suunnittelussa ja toteutuksen valvonnassa. Omien asuntojen korjaustoimintaa voitaisi myös tukea taloudellisesti edullisilla lainoilla tai verohelpoituksilla.

Asuinympäristöjen ja asuinrakennusten parantamisessa tulisi aloittaa suurimpien ja yleisimpien epäkohtien korjauksella. Hissikysymys nousee mieleen ensinnä.

Toiseksi olisi aloitettava vähin erin asuntojen pienimuotoinen "varovainen korjaus". Esimerkiksi Ruotsista löytyy malleja, joiden tavoitteena on talojen, ihmisten ja kansantalouden kunnioittaminen.

Mielenkiintoinen on Norjassa vuoden alusta alkanut vanhusneuvosto toiminta. Jokaiseen kuntaan voidaan perustaa vanhusneuvosto, johon tulee poliittiset jäsenet sosiaali- ja terveyssektorilta sekä kulttuurisektorilta, ja muut jäsenet eläkeläisjärjestöistä. Vanhusneuvoston tehtävänä on neuvoa ja valvoa kaikkia niitä asioita, joita käsitellään kunnanhallituksessa ja jotka liittyvät vanhuksiin. Esimerkkejä ovat olleet asumisasiat ja liikenneasiat. Myös rakennussuunnitelmia on käsitelty vanhusneuvostossa.

Toisenlainen tunnettu esimerkki on Malmön kaupungista, jossa kaupunki pyrkii integroituun hajautettuun vanhusten asumiseen ja vanhainkoti on muutettu palveluasunnoiksi. Kaupunki on tehnyt päätöksen siitä että 25% kaikista asuntojen uudisrakentamisesta ja saneeraamisesta on tehtävä liikkumiseesteettömäksi ja vanhukselle ja vammaiselle soveltuvaksi. Päätöstä valvoo sosiaalivirasto, joka tarkastaa kaikki asuntorakennusten rakennussuunnitelmat liikkumiseesteettömän ympäristön kannalta.

Suomessa juuri valmistuneessa tutkimuksessa on analysoitu Hämeenlinnassa ja Tampereella nykyisten asuinrakennusten ja asuntojen soveltuvuutta vanhuksille sekä arvioitu tarvittavia korjaustoimenpiteitä. Joensuussa suunnitellaan Marjalan uutta kaupunginosaa kaikkia asukkaita varten ja suunnittelussa hyödynnetään kaupungin aiempia kokemuksia vanhusten ja vammasten asumisen ratkaisuista.

Juuri sosiaali- ja asumisasioiden tutkimuksen ja yhteisten kokeilu- ja kehittämisprojektien kautta voidaan arvioida asumisen ja hoitopalvelujen vaihtoehtoisten mallien toimivuutta ja taloudellisuutta sekä levittää tietoa rakennuttajille ja rakentajille. Määräysten sijaan kunnat ja kuntien asukkaat nyt tarvitsevat tietoja mahdollisista asumisen ja palvelujen vaihtoehtoista, asukkaiden elämänkaarta ajatellen fyysisen ympäristön hyvistä ratkaisuista ja asuttavuuden relevanteista laatumittareista.

Ulla Saarenheimo
Asuntohallitus
24.9.1992

SOSIAALI- JA TERVEYSMINISTERIÖ
Palvelurakennetyöryhmä
Asumisen teemakokous

Muistio

Vanhukset

Sen jälkeen kun asuntohallitus ja Raha-automaattiyhdistys vuonna 1990 sopivat järjestöjen toimesta rakennettavien vanhustenasuntojen uusista rahoitusperiaatteista, on vanhuksille tarkoitettujen asuntojen rakentamisen luonne myös käytännössä muuttunut. Näiden periaatteiden mukaan Raha-automaattiyhdistys tulee vastaisuudessa keskittymään yksinomaan huonokuntoisille vanhuksille tarkoitettujen asuntojen sekä palvelutilojen rakentamisen tukemiseen. Näissä asunnoissa Raha-automaattiyhdistyksen avustuksen osuus on 30 % investointikustannuksista, ja asuntohallituksen lainaosuus vastaavasti 70 %. Vanhuksille tarkoitettujen yleisten palvelutilojen rakentamiseen myönnettävän RAY-avustuksen osuus on 70 % investointikustannuksista. Kuntien omistuksessa olevien vanhustentalojen rakentamiseen myönnettävä valtion laina on edelleen 90- 95 % hankinta-arvosta.

Käytännössä järjestöjen omistamien vanhustenasuntojen rahoitusperiaatteet ovat johtaneet siihen, että hyväkuntoisille vanhuksille tarkoitettut normaaliasunnot toteutetaan muun vuokra-asuntotuotannon yhteydessä, ja vain huonokuntoisille vanhuksille tehdään yksinomaan vanhuksille tarkoitettuja, vammaismitoituksen mukaan rakennettuja taloja.

Periaatteessa nykyinen rahoitusmenettely on selkeä. Yksittäisten hankkeiden kohdalla rajanveto on kuitenkin tuottanut ongelmia. Tämä koskee erityisesti dementeille tarkoitettuja asumisyksiköitä. Kun kuntien rahoitustilanne on vaikea, pyritään dementeille tarkoitettujen asuntojen rakentaminen yhä enemmän antamaan järjestöille, joilla nykyinen järjestelmä mahdollistaa 100-prosenttisen yhteiskunnan rahoituksen. Yksittäistapauksissa tällöin asuntohallituksen lainoitettavaksi esitetään usein myös sellaisia hankkeita, jotka toimintaperiaatteiltaan ovat enemmän laitoksia kuin asuntoja.

Asuntotuotantolain mukaan asuntolainamäärärahoilla tuetaan asuntojen rakentamista. Näin ollen myös vanhuksille tarkoitettuja hankkeita käsitellään asuntohallituksessa ensisijassa asuntoina, jolloin myös niiden suunnitteluun kohdistuvat vaatimukset ovat sen mukaiset.

Periaatteessa on sopimuksenvarainen kysymys, rahoitetaanko dementeille tarkoitettut asumisratkaisut jatkossa ensisijaisesti valtion-osuusjärjestelmän puitteissa vai valtion asuntolainoin. Niin kauan kuin asuntolainoitus on kunnalle taloudellisesti edullisempi vaihtoehto, tämä vaihtoehto valitaan, vaikka käytännössä olisikin kysymys vanhainkodin toimintaperiaatteita vastaavan yksikön rakentamisesta. Jos tämä menettely hyväksytään myös valtionhallinnon tasolla, siitä olisi tehtävä selkeä päätös esim. asuntolainoja koskevan

käyttösuunnitelman yhteydessä.

Tähän asti dementeillemme tarkoitettujen ryhmäasunnosten ovat pääosin olleet pieniä, 5 - 6 hengen yksiköitä, jolloin ne on voitu toteuttaa asunnosta koskevien suunnitteluperiaatteiden mukaisesti. Tämän kokoisen yksikön hoitamisesta aiheutuvat henkilöstökustannukset ovat kuitenkin nousseet suhteellisen korkeiksi. Kuntien ja järjestöjen taloudelliset ongelmat ja myös dementtejä koskevat uudet hoitoideologiat ovatkin lisänneet paineita ryhmäkoon suurentamiseen. Asuntohallituksessa on tällaisia hankkeita käsiteltäessä pidetty kuitenkin lähtökohtana sosiaalishallituksessa hyväksyttyä periaatetta, jonka mukaan ryhmäkoko ei saisi ylittää em. 5 - 6 henkilöä.

Dementtiasuntoja samoin kuin asuntojen yhteyteen rakennettavia palvelutiloja suunniteltaessa järjestöt ovat tähän asti lähteneet siitä, että näiden tilojen käytöstä tehdään kunnan kanssa ostopalvelusopimus. Raha-automaattiyhdistyksen avustusta myönnettäessä tämä yleensä tarkistetaan, mutta ei asuntohallituksessa. Näin ollen ei kaikissa tapauksissa ole täyttä varmuutta hankkeen taloudellisista toimintaedellytyksistä.

Vanhusten asumisedellytykset normaaliasunnoissa muun väestön joukossa ovat ennen kaikkea riippuvaiset siitä, miten liikuntaesteiden poistaminen on kyseisessä talossa otettu huomioon. Uustuotannossa asuntohallituksessa on lähdetty pääsääntöisesti siitä, että maastalukien kolmikerroksiset ja sitä korkeammat kerrostalot tulisi varustaa hissillä. Yleisiin rakentamismääräyksiin tällaista periaatetta ei ole sisällytetty, ja myös asuntohallituksen omaksumaa periaatetta on kritisoitu kaupunkikuvallisista syistä.

Vanhassa asuntokannassa hissien rakentaminen peruskorjauksen yhteydessä olisi erittäin tärkeää. Valtion varoista voidaan myöntää avustusta vanhojen kerrostalojen hissien rakentamiseen. Avustuksen suuruus on ollut keskimäärin 150 000 markkaa hissiä kohden. Kuluvana vuonna hissiavustuksiin varattiin yhteensä 2 mmk. Hakemuksia on jätetty yhteensä 20 hissien rakentamiseen. Vuoden 1993 tulo- ja menoarviossa on myös tavoitteeksi asetettu noin 20 hissien rakentaminen.

Vanhusten asumisen edellytyksenä on lisäksi riittävien avopalvelujen turvaaminen. Tulevaisuudessa olisikin pyrittävä löytämään sellaisia uusia sovellutuksia, joissa yksityiset ja julkiset resurssit voidaan joustavasti yhdistää. Tällainen ratkaisu on esim. nk. sosiaalitalonmiesjärjestelmä, jossa lähtökohtana on nykyisten kiinteistönhoidon tehtävien ja asukkaisiin kohdistuvien palvelujen jäsentäminen uudella tavalla. Joissakin suurissa huoltoyhtiöissä tätä kysymystä onkin jo pohdittu, ja valmiutta yhteistyöhön olisi.

Vanhusten omien asuntojen korjaamista on valtion varoin tuettu jo usean vuoden ajan. Tulevan talvikauden aikana pyritään erityisesti edistämään työllisyysvaroin palkatun työvoiman käyttämistä korjaustoimintaan.

Mielenterveyspotilaat

Yksi vaikeimmista asumisen ongelmista on tällä hetkellä mielenterveyspotilaiden asumisen järjestäminen. Laitosasumista vähennettäessä ei ole samanaikaisesti huolehdittu riittävien avohuollon asumis-

Hilkka Summa
4.12.1992

SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON PALVELURAKENTEN KEHITTÄMINEN

Pyydetty kommentti sosiaali- ja terveydenhollon rakennetyöryhmän asumisen teemakokouksessa 24.9.1992.

1. Palvelurakenteen keskitetyn ohjauksen ongelmat

Työryhmä toteaa väliraportissaan, että palvelurakenteen keskeisimmät ongelmat ovat palvelujen laitospainotteisuus, hoidon ja palvelujen epätarkoituksenmukainen järjestäminen sektoreittain lohkoutuneessa palvelujärjestelmässä sekä se, että asuntopolitiikka ei tue sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämistä. Työryhmän kanta on, että palvelurakenteen muutosta avoimuuden suuntaan tulee nopeuttaa. Asumisen teemaseminaarissa 24.9.92 pyydettiin ulkopuolisilta kommentoijilta vastauksia kysymykseen miksi asumiseen liittyviä ratkaisuja ei ole saatu toteutettua siten, että laitossijoituksia voitaisiin vähentää, mitä olisi tehtävä ongelman poistamiseksi ja mitä STM voisi tehdä asian hyväksi.

Valtakunnantasoisten lukujen ja kansainvälisten vertailujen valossa tarkasteltuna suomalaisen palvelurakenteen laitospainotteisuus ja "väärän tasoisten" hoitoratkaisujen yleisyys ovat epäilemättä keskeisiä ongelmia, jotka johtavat epätaloudellisuuteen sosiaali- ja terveydenhuollon resurssien käytössä ja todennäköisesti myös huonoon palvelutasoon kansalaisten kannalta. Käytännössä ongelmat ovat kuitenkin monimuotoisia ja yksilökohtaisia, ja niiden ratkaisumahdollisuudet sidoksissa paikallisiin erityispiirteisiin. Valtakunnallisten tilastolukujen valossa tapahtuva tarkastelu on tarpeen politiikan yleisten suuntaviivojen määrittelyssä, mutta se ei ole riittävä tarkastelukulma strategian toimeenpanolle eikä muutoksen edistämiseksi paikallistasolla.

Valtionosuusuudistuksessa on vastikään omaksuttu ajatusmalli, joka lisää kuntien itsenäistä ratkaisuvalltaa palvelutuotannon muotojen suhteen. Toisaalta kuntien vastuu ratkaisujen taloudellisuudesta lisääntyy. Kuntia koskevaa erityislainsäädäntöä ollaan myös kehittämässä siihen suuntaan, että kunnat saavat entistä suuremman vapauden palvelujen järjestämisessä.

Palvelurakenteen kehittyminen on näin ollen viime kädessä kuntien tekemien ratkaisujen varassa, ja mahdollisuudet vaikuttaa siihen keskushallinnon ohjelmoinnilla vähenevät. Paine menokehityksen hillitsemiseen ohjaa todennäköisesti kuntia etsimään mahdollisimman taloudellisia ratkaisuja palvelujen järjestämiseksi, mikä pitkällä tähtäyksellä todennäköisesti suuntaa palvelurakenteen kehitystä haluttuun suuntaan. Keskushallinnon suunnitteluvalltaa ja -vastuuta palvelutuotannon toteutusratkaisujen suhteen on valtionosuusuudistuksella tietoisesti vähennetty.

palvelujen järjestämisestä. Käytännössä mielenterveyden hoitolaitoksista kotiutettuja on sijoitettu tavallisiin aravavuokra-asuntoihin. Huolimatta siitä, että asuminen näissä tapauksissa katsotaan tukiasumisen luonteiseksi, tuki- ja muiden asumispalvelujen hakeminen on käytännössä jäänyt asukkaiden oman aktiviteetin varaan. Kun aktiviteettia ei ole riittävästi, ja esim. säännöllinen lääkitys tästä syystä laiminlyödään, seurauksena on jatkuva laitospäivä ja muiden asukkaiden häiriintyminen. Taloudellisen tilanteen heikkenemisen myötä myös mielenterveyden asuntoloita on vähennetty, joten normaaliasuntoihin kohdistuvat paineet kasvavat entisestään.

Mitä STM voisi tehdä?

- Käynnistää neuvottelu sosiaali- ja terveyshallinnon sekä ympäristö- ja asuntohallinnon välisestä vastuunjaosta vanhusten, vammaisten ja muiden erityisiä asumispalveluja tarvitsemien asuntojen rahoituksessa.
- Täsmentää vanhusten palveluasumista ja erityisesti dementtien ryhmäasumista koskevat suunnitteluperiaatteet.
- Antaa ohjeet tai suositukset mielenterveyspotilaiden asumisen ja palvelujen järjestämisestä.

Työryhmä pyysi seminaarin alustajilta näkemystä myös siitä, mitä ovat pahimmat kompastuskohdat palvelurakenteen kehittämisessä. Syvimmät ongelmat liittynevät toisaalta hyvinvointipalvelujen talouteen yleensä ja toisaalta itse ongelman luonteeseen: jokainen "turha" laitossijoitus ja sen mahdolliset vaihtoehdot ovat viime kädessä yksilöllisiä ja paljon monimuotoisempia kuin mitkään aggregaattitasoiset kuvaukset voivat ilmaista. Näiden yleisten "kompastuskivien" lisäksi voidaan kiinnittää huomiota myös keskushallinnon perinteiseen käsitykseen omasta roolistaan yhteiskunnallisten palvelusektorien toiminnan ohjauksessa.

Valtakunnantasoinen ongelmien poistamisen ohjelmointi ja objektiivisuutta tavoitteleva tilastollinen kuvailu ovat perinteisiä keskitetyn suunnittelun työotteita. Keskitetyn suunnittelun voima hyvinvointipoliittisten tavoitteiden toteutumiseen vaikuttamisessa on kuitenkin todettu vähäiseksi sekä tutkimuksissa että kokemuksesta. Esimerkkejä keskushallinnon ohjelmallisesta toiminnasta, jonka vaikuttavuus on jäänyt kyseenalaiseksi, on lukuisia; mainittakoon asunnottomuuden "poistamisprojekti" 1987–1991 ja terveyttä kaikille vuoteen 2000 ohjelma. Policy-tasoinen tavoitteiden toimeenpanon edellytyksiin ja toimeenpanon seurantaan on meillä yleensä kiinnitetty liian vähän huomiota. Suunnittelun, ohjelmoinnin ja säädöstämisen lisäksi keskushallinnon olisi kehitettävä uusia, välittömämmin toimeenpanoa tukevia työmuotoja.

2. Voiko asuntopoliittikka ratkaista palvelurakenteen ongelmat

Palvelurakennetyöryhmä asettaa väliraportissaan tavoitteeksi, että "asuntopoliittikkaa kehitetään siten, että sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaille turvataan asunto". Valtiollisen asuntopoliittikan velvoittaminen tällaiseen tehtävään on tuskin realistista. Valtion budjetista asumisen tukemiseen ohjattavaa tukea ei ole mahdollista lisätä, eikä se asuntosektorin perusongelmien ratkaisemiseksi ole tarpeenkaan.

Asuntosektorin toimivuuden tärkeimmät ongelmat ovat rahoitusmuotojen kehittymättömyys, kilpailun puute ja vaihtoehtojen vähäisyys asuntomarkkinoiden tarjonnassa. Valtiollisen asuntopoliittikan tulisi keskittyä rahoitusinstituutioiden ja asuntorahoituksen muotojen kehittämiseen sellaisiksi, että päästään normaalisti toimiviin "ostajan markkinoihin" sekä vuokra- että omistusasuntomarkkinoilla. Nykyinen valtakunnallisen asuntopoliittikan kokonaisuus, joka muodostuu lukuisista vuosien kuluessa kertyneistä, pikkutarkasti säädöstetyistä, kapeasti rajatuista erillisistä tukimuodoista, pitäisi perusteitaan myöten kyseenalaistaa. Erilliset yksittäisten asuntosektorin ongelmien poistamiseen tarkoitettut, asuntotoimen budjettiin 80-luvun kuluessa kerätyt erilliset määrärahat tuskin ovat vaikuttavuudeltaan kovin merkittäviä. (Tosin niiden vaikuttavuutta ei ole koskaan riittävästi tutkittu.)

Palvelurakenteen kehittämisessä odotusten suuntaaminen asuntopoliittikkaan tuntuu epärealistiselta myös sikäli, että laitossijoitusten vähentämisessä ensisijainen tarve kohdistunee itsenäistä asumista tukevien palvelujen järjestämiseen eikä asumisen rahoittamiseen. Palvelurakenteen haluttu muutossuunta tarkoittanee käytännössä sitä, että halutaan joko

- edistää laitoksista kotiuttamista tai
- vähentää uusia laitossijoituksia edistämällä kotona asumista mahdollisimman pitkään.

Molemmissa tilanteissa tarvittavien avohuollon palvelujen turvaaminen lienee tyypillisempi ongelma kuin varsinaiset asumisongelmat. Laitossijoituksen välttäminen tai sellaiselle mahdollisen vaihtoehdon etsiminen edellyttää kussakin tapauksessa yksilöllisiä ratkaisuja, joiden toteutuminen lienee paremminkin ratkaistavissa paikallistason viranomaisten, kansalaisjärjestöjen ja muiden toimijoiden yhteistyöllä ja kuin valtiollista asuntopolitiikkaa ohjelmoimalla.

Tarve palvelurakenteen uudelleen suuntaamiseen voidaan tosin asuntopolitiikan kannalta esittää lisäperusteluna sille, että valtion tukeman asuntorahoituksen suuntaamisessa olisi lisättävä joustavuutta. Nykyinen käytäntö, jossa lainoituksesta päätetään vuositasolla kiintiöiden erikseen alueittaiset, hallintamuodoittaiset ja korjaustoiminnan ja uustuotannon lainamäärät, ei johda valtion tukeman rahoituksen parhaaseen mahdolliseen kohdentumiseen. Aravalainojen myöntämisessä olisi siirryttävä jatkuvaan hakuun, ja vuositasoisten lukumäärien kiintiöimisen sijasta riittäisi tarveharkinnan yleisistä perusteista päättäminen, jolloin valtion tukema asuntorahoitus suuntautuisi nykyistä paremmin paikallisten tarpeiden mukaisesti.

3. Mitä STM voi tehdä asian hyväksi

Palvelurakennetyöryhmän ongelma ei näytä enää olevan strategian sisältö, vaan toimeenpano. Työryhmän väliraportissaan esittämistä suuntaviivoista vallitsee ilmeisesti suhteellisen laaja yksimielisyys. Palvelurakenteen suuntaaminen laitospainotteisuudesta avohuoltoon ja sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen sektoroituneisuuden vähentäminen ovat kehittämisperiaatteina jo pitkään olleet yleisesti hyväksytyjä. Ne on kirjattu keskushallinnon suunnitelmiin ja erilaisiin ohjelmadokumentteihin lukuisia kertoja jo vuosikymmenen ajan. Muutosta haluttuun suuntaan ei kuitenkaan ole tapahtunut ainakaan niin nopeasti kuin olisi toivottu.

Ongelman ydin on samantapainen kuin organisaatioiden ja johtamisen kehittämisen yhteydessä käsitelty muutoksen johtamisen ongelma – miten vaikuttaa autonomisten toimijoiden tekemiin ratkaisuihin ja toimintatapoihin. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriöllä hallinnonalansa johtajana on velvollisuus luoda sellaisia uusia toimintatapoja, joilla valittujen strategioiden toimeenpano voidaan varmistaa.

Työryhmätyöskentelynä tapahtuva asioiden selvittäminen ja toimenpiteiden määrittely on keskushallinnolle ominainen työtapo. Sen ongelmana on erityisesti se, että toimenpiteitä koskevat esitykset jäävät helposti niin yleiselle ja abstraktille tasolle, etteivät ne johda muutoksiin. Silloin, kun strategian sisältö on periaatteellisella tasolla selvä ja hyväksytty, tarvittaisiin ilman toimeenpanovastuuta tehtävän asiantuntijaselvittelyn sijasta enemmänkin muutoksen toteuttamisesta vastuuttavia hankkeita. Palvelurakennetyöryhmän väliraportin perusteella voisi arvioida, että asiaa on jo selvitetty riittävästi, olisi siirryttävä toimeenpanoon. Työmuodot ovat tällöin muita kuin keskushallinnolle perinteisesti ominaisia "keskusvalvomo"¹ -tyyppisiä toimintatapoja.

¹ Termi on Risto Tainion erilaisia konserniohjauksen malleja tarkastelevasta artikkelista (Tainio: Tulosityksikkörakenne ja kehitys suomalaisissa yrityksissä, julkaisussa Tulosajattelu etenee valtionhallinnossa VKK 1990)

SOSIAALI- JA TERVEYSHALLITUS

ELINYMPÄRISTÖOSASTO / kehittämispäällikkö Annikka Tapaninen

Puheenvuoro STM:n palvelurakennetyöryhmän asumisen teemakokouksessa 24.9.1992 annettujen kysymysten pohjalta

1. Mistä kiikastaa, että tärkeitä asumiseen liittyviä ratkaisuja ei saada toteutetuksi?

- Mikä itse asiassa on näkemys ja strategia "tärkeistä asumiseen liittyvistä ratkaisuista"?
Mitä pitää toteuttaa? Mitä ei saada toteutetuksi?

- Onko sosiaali- ja terveystoimella tai -hallinnolla selvä ohjelma, mitä se vaatii itseltään ja muilta asumiseen ja asumisympäristöön liittyen vaihtoehtoista,
päämääristä,
keinoista,
vastuujaosta
tuloksista?

- Onko sosiaali- ja terveystoimen "alueellista" työtä tekevillä saati muilla kokonaisnäkemystä
* asumisen ja hoidon tai asumisen ja asuinympäristön erilaisten palvelumahdollisuuksien yhteensovittamisesta käytännön tasolla,
* lähipalveluverkostojen aikaansaamisesta asumisen tueksi,
* hoitosuunnitelman, -toteutuksen ja -arvioinnin aikaansaamisesta, sellaisen, joka sisältää mahdolliset ja vaihtoehtoiset resurssit: niin ihmisympäristön (virkamiestiimin, naapurit, työtoverit, omaiset) kuin fyysisen ympäristön (lähellä ja kaukana sijaitsevat, eri hallintokuntien ja järjestöjen jne palvelu- tai toimintilojen käytön) mahdollisuudet.

- Onko edellisen lisäksi kunnan kiinteistö- ja asuntotoimella sosiaalipoliittisia tai terveystoimittaisia arkipäivän tavoitteita kuten "elämänkaaritasuminen" vai vastaako se vain siitä, että "asuntoja on", ja "muut hoitavat heikot".

- Mikä on itsekunkin tahon hahmotustapa: kuuluvatko lapset tai vanhuksat yhteiskuntaan vai yhteiskunnan hoidettaviksi?

Esim: kuka kantaa vastuun ympäristövaikutuksista, kun X:n kaupungin päätävät -rahapulassa tärkeässä risteyksessä olevan tontin myymisestä automarketin rakennusmaaksi ja samalla aiheuttavat läheisen lähiön palvelurakenteen tuhoutumisen? Sosiaalitoimenko vastuulla on korvata lähikauppa lisäämällä kotipalveluhenkilöstöä; millä rahoilla?

Tai: kuka kantaa vastuun vaikutuksista, kun Z:n kaupungin sosiaali- ja terveystoimen luottamusmiehet päätävät -rahapulassa olla vastaanottamatta vanhusten palveluasuntoryhmää ja asunto-ohjelmassa "tilaamia" ja sen mukaisesti toteutettuja asunottomille tarkoitettuja asuntoja ja "tienaavat" samalla myös käyttö- ja toimintakustannukset?

Muutoksen toimeenpanoa tukevia mahdollisia toimintamalleja ovat esimerkiksi

- ongelmalähtöiset kokeiluprojektit yhteistyössä paikallistason kanssa, niiden tuloksista tiedottaminen ja julkinen arviointi
- laajapohainen yhteistyö kuntien, sosiaali- ja terveydenhuollon järjestöjen ja yksityisten palvelujen tarjoajien välillä avohuollon palvelujen toteuttamisessa (konkreettisia hankkeita)
- onnistuneiden uusien ratkaisujen tai toimintatapojen, "mallikeisien" tuottaminen ja julkistaminen
- julkiset evaluaatiot, seurantatiedon monimuotoinen ja aktiivinen tuottaminen ja julkistaminen.

Lisäksi STM voisi tutkia, miten se voi edistää sellaisen pienyrittäjyyteen perustuvan palvelutuotannon laajenemista, jolla voidaan täydentää viranomaisten järjestämiä avohuollon palveluja. Kansalaistoiminnan, yrittäjätoiminnan ja viranomaistoiminnan monimuotoinen yhteistyö voi yleensäkin olla suunta, josta löytyy uusia, toimivia ratkaisuja sosiaalitoimen palvelutuotannon kehittämiseen.

2. Mitkä ovat pahimmat kompastuskivet?

Seuraavassa pari selvitystyötä, joissa saattaa olla evästä esitetyille kysymyksenratkaisulle:

1. "Uudentyyppisten asumismuotojen rakentamisen esteistä" nimisessä (STH, tekijänä erikoissuunnittelija Pirjo Vesanen) pikku selvityksessä tarkasteltiin aihetta. Luonnoksessa todetaan seuraavia esteitä ja tarjotaan suosituksia (luonnoksen pohjalta ollaan parhailaan järjestämässä neuvottelutilaisuutta, jossa myös selvitys ajankohtaistuu). Selvitys sai alkunsa ns Dementia-projektin esityksestä (STH, erikoissuunnittelija Marja Vaarama). Siinä näyttäytyivät ongelmallisimmiksi

- yli 120 neliömetrin suuruisen asunnon, esimerkiksi huonokuntoisten vanhusten ryhmäpalveluasunnon, lainoittaminen.

Suositus: "asuntotuotantolakia on muutettava siten, että asunnoksi katsotaan myös yli 120m² suuruiset asunnot"

ja

- sivuasunnon lainoittaminen.

Suositus: "sivuasuntojen lainoittamista olisi helpotettava niissä tapauksissa, joissa se on sosiaalipoliittisesti tarkoituksenmukaista",

Muita esteitä:

- asuntojen rahoitus, erityisesti ratkaisun koti vai laitos vaikutukset siihen, mikä taho rahoituksesta vastaa.

Suositus: "tilastointia on selkiytettävä ja uudistettava vastaamaan todellista tilannetta uusien asumismuotojen kannalta"

- hissittömyys ja muut liikkumisen esteet.

Suositus: "uustuotantokohteet on varustettava hissillä ja turvattava liikuntaesteisten pääsy kaikkiin tiloihin" sekä "Oleellista asuntojen suunnittelussa on se, että asukas mahtuu ja pääsee kulkemaan ja että tilat ovat sovitettavissa eri henkilöille kullekin soveltuvin apuvälinein ja tukirakentein" Suosituksia tulisi ulottaa myös esim. perusparannuslainoja koskeviksi

- asuntohallituksen kustannusvalvontamenettely, Suositus: " asuntohallituksen kustannusvelvontamenettelyn tulee joustaa uudentyyppisiä asumismuotoja toteutettaessa."

- vanhojen asuntojen hankinta.

Suositus: "Hankintalainoitusta olisi lisätävä ja laajennettava koskemaan useampia saajaryhmiä ja kohderyhmiä kuin nykyisin.

- tulo- ja varallisuusrajat

Suositus: " Tulo- ja varallisuusrajojen tarkastelussa

tulee voida joustaa silloin, kun kyse on sosiaalipoliittisesti tarkoituksenmukaisesta rakentamisesta, peruskorjaamisesta tai -parantamisesta tai asuntojen hankinnasta kuten esimerkiksi sivuasuntojen rakentamisen yhteydessä".

- asumistuen saamisen edellytykset
Suositus: "Asumistukea on kehitettävä joustavammaksi ainakin niissä tapauksissa, joissa kyse on itsenäisen asumisen mahdollistamisesta laitoshoidon vaihtoehtona ja palvelujen saannin kannalta tavallista isommasta tai kalliimmasta asunnosta"
- kotipaikkakysymys
Suositus: "Väestökirjalaksia on uudistettava vastaamaan uudentyyppisiä vanhusten asumismuotoja"
- asenneilmasto
- epäselvä ja kirjava ohjeistus.

2. Valmistumaisillaan oleva "Ikäihmisten arkiympäristö" selvitys (Asuntohallitus, tutkimus- ja suunnitteluosasto 6:1992, tekijänä arkkitehti Bengt-Vilhelm Levon, julkistamistilaisuus 5.10.) tulee sisältämään toimenpide-ehdotuksia arkiympäristön parantamiseksi nykyisessä rakennus- ja asuntokannassa sekä välillisesti uudis- ja korjausrakentamisen kautta.

3. "Kaikille soveltuva asuinympäristö" (B-V Levon, Helsingin sosiaaliviraston julkaisu A 5 1989) sisältää lyhyesti kerrottuna seuraavat suositukset:

- yhteys kadulta asuinkerrostalon porrashuoneisiin, hissiin ja edelleen ensimmäisen kerroksen huoneistoihin sekä talon yhteistiloihin on suunniteltava siten, että se soveltuu myös henkilöille, joiden kyky liikkua, toimia tai suunnistautua on iän, vamman tai sairauden johdosta rajoittunut.
- asuinkerrostaloissa, joissa on kolme tai yli kolme kerrosta, on oltava hissiyhteys asuinkerrokseen ja yhteistilojen kerrokseen. hissikorin on oltava niin iso, että mm lastenvaunut ja pyörätuolit mahstuvat.
- kaikki asunnot on suunniteltava siten, että ne soveltuvat myös henkilöille, joiden kyky liikkua, toimia tai suunnistautua on iän, vamman tai sairauden johdosta rajoittunut. Asunnon huonejaon sekä tilojen mitoituksen on oltava joustava ja monikäyttöinen.

Ehdotusten ja suositusten yksityiskohtaiseen sisältöön kannattaa tutustua em teoksesta, jossa on pyritty kohtuuteen kannanotoissa.

3. Miten ja milloin vanhusten ja vammaisten omien asuntojen korjaustoiminta saadaan hoidetuksi?

Haluan tuoda esiin tässä yhteydessä pari näkökohtaa kysymyksen taustaksi:

1. Asunto on aina jossain ympäristössä. Kysymys on myös siis asuntoon pääsemisestä (esim. Suomessa on n 45 000 hissitöntä porrashuonetta taloissa, joissa on kolme kerrosta tai enemmän. Yhden hissien kustannus sarratuotantona lienee n 350 000 mk. Kaikkiin em rakennuksiin ei hissiä voi sijoittaa).

Kysymys on myös kokonaistilanteesta, kuten asuinrakennuksen yhteisten tilojen saavutettavuudesta ja käyttökelpoisuudesta sekä esimerkiksi ulkotilojen esteettömyydestä.

2. Asunnon ja asuinympäristön korjaamisella luodaan vain edellytyksiä itsenäiselle selviämiselle ja avun mahtumiselle.

Pelkkä edellytysten aikaansaaminen ei riitä. Samanaikaisesti fyysisen korjausten kanssa tulee tarkastella ja hoitaa toimimaan myös asumispalvelut ja asumiseen liittyvät lähipalvelut. Vaihtoehtoja on enemmän kuin yleensä huomataan ja ne muuttuvat tilanteiden muuttumisen myötä.

4. Mitä muuta tähän teemaan liittyvää haluatte tuoda esiin?

1. Fyysinen struktuuri ja toiminnallinen struktuuri kytkeytyvät yhteen.

Asumista, palveluita -niiden ennaltaehkäisevää ja korjaavaa vaikutusta-, työntekoa, aikaa, taloutta tai yhdyskuntasuunnittelua ei voida tarkastella toisistaan erillisinä ja riippumattomina. Elinkaari on yhtähyvin ihmistä, yhteisöä kuin fyysistä ympäristöä kuvaava ajattelutapa, jossa oleellista on aikaperspektiivi.

2. Palvelurakenteen aikaansaaminen on pitkä prosessi, johon on vaikutettava koko ajan.

Palvelurakenteen suunnittelu alkaa yhdyskuntasuunnittelulla. Kaavoitustyön fyysiset vaikutukset ulottuvat satoihin vuosiin. Samanaikaisesti väljyys kasvaa, tehokkuus vähenee, lapset varttuvat, aikuiset vanhenevat, julkisille palveluille ja asumiselle osoitettu raja hämärtyy, viranomaisille ja väestölle muovautuneet toimien rajat häviävät jne.

Jos lasten päivähoitoa, vanhusten ja vammaisten palveluita jne halutaan toteuttaa tiiviisti asumiseen liittyvinä, tarvitaan myös fyysisiä edellytyksiä. Ne liittyvät asuntojen mitoittamiseen, joustavuuteen, materiaalien terveellisyyteen ja, jotta erilaisia tuki- tai lähipalveluja tarvitsevat voisivat asua kodissaan.

Mikäli jokin kehityssuunta, esimerkiksi asumispalvelujen lisääminen ja laitospalveluiden vähentäminen, otetaan todesta ja huomioon ainoastaan tilallisena varautumisena, mutta ei toiminnallisina tai taloudellisina resursseina ja muutoksina, saadaan kaupunkirakenne ilman julkisia palvelutontteja ja siis mahdollisesti ilman palveluitakin.

Mikäli taas samaan päämäärään pyritään vain toiminnan suunnittelun avulla ja unohdetaan fyysiset rakenteet, ei liiain saada toimivaa rakennetta. Asunnot ja asuinympäristö ei jousta, on ajateltu vain "normaalia" asumista. Toiminta ei siis mahdu lähelle ei asumispalveluina tai lähipalveluina vaan joutuu kauas julkisille palveluille varatuille tonteille.

Jo kaavoitustyön yhteydessä määräytyy siis suunta, johon esimerkiksi palvelut voivat kehittyä. Kertaan vielä: jos palvelut käsitetään taloiksi ja laitoksiksi, ne näkyvät kaavassa "korkean asteen palveluina" kun taas saman volyymin omaavina, mutta asumiseen liittyvinä, ne jäävät piiloon.

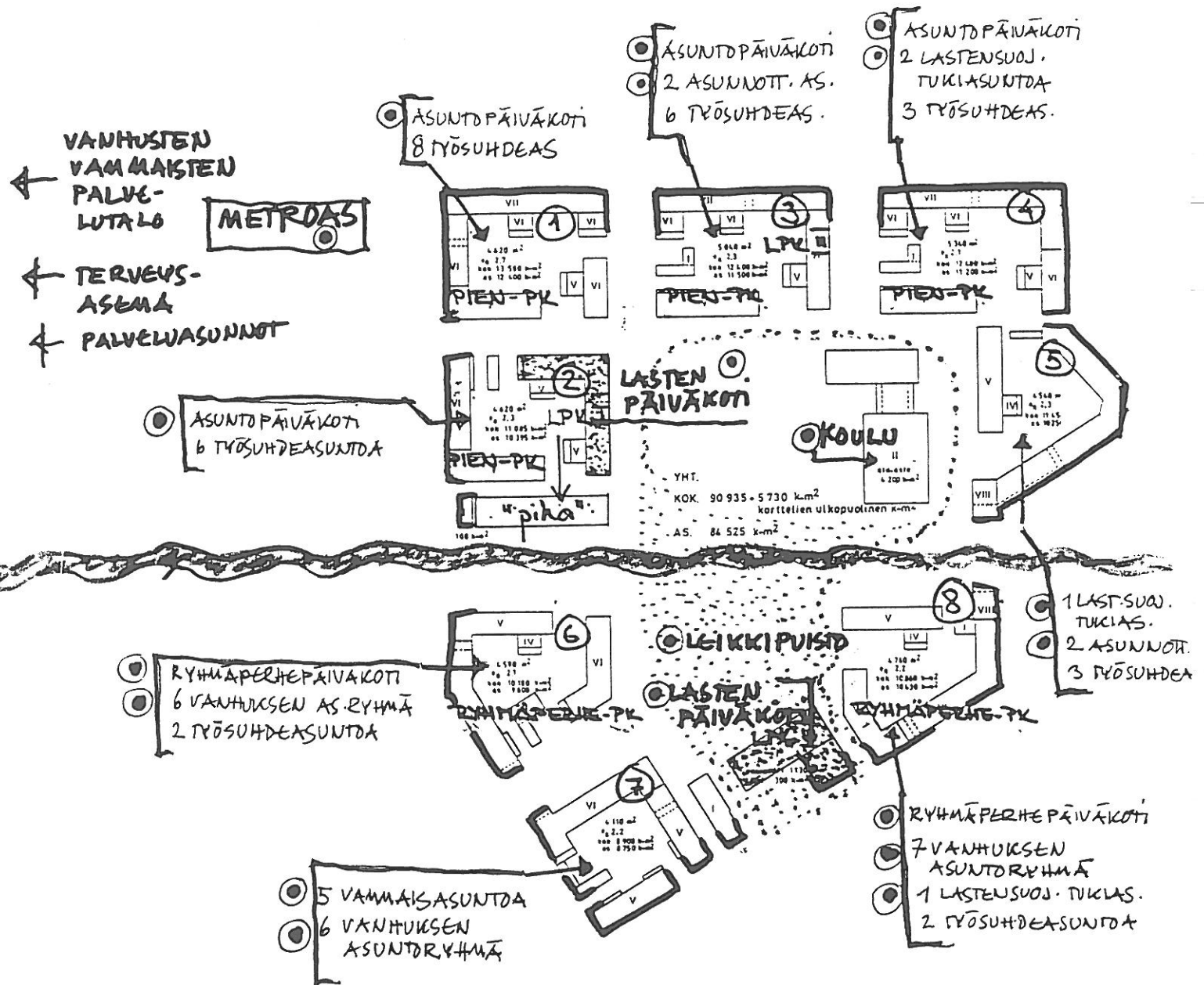
Seuraava vaihe on asuntojen, palveluiden, teiden, kaapeliverkostojen jne suunnittelemisen, rakentamisen, kunnossapitäminen ja korjaaminen, joka realisoii kaavoituksella luodut mahdollisuudet. Prosessissa syntyvät asumisen ja elämisen ulkoiset kehykset, hyvinä tai pahoina koetut, arkielämän sujumista helpottavat tai vaikeuttavat. (Kts myös kuva)

ESIMERKKI ASUINALUEEN PALVELURAKENTEESTA

HELSINKI, RUOHOLAHDEN "ALOITUSKORTTELIN" SUUNNITELMA 1989
 ~ 90 000 k-m² ~ 3000 ASUKASTA (~ 1/3 KOKO ALUESTA)

1. VÄESTÖVASTUISEN SOSIAALI- JA TERVEYSTIIMIN TYÖSKENTELYALUE

- KORTTELEISSA 6, 7 JA 8 VANHUSTENJA VAMMAISTEN ASUNTORYHMÄT ON Sijoitettu LASTEN PÄIVÄKODIN LÄHELLE (ATERIAT, PIHA)
- TYÖNTEKIJÄTIIMIN "TUUKKOHTA" ASUNTORYHMÄN YHTEYDESSÄ.



24.9.1992

Amilla Järvi

Sosiaali- ja terveysministeriö
Palvelurakennetyöryhmä
Helsinki 24.9.1992
TkL Matti Väisänen

HAJAUTETTUUN ASUNTOJEN HANKINTAJÄRJESTELMÄÄN

Selkein puute - vuokra-asuntopula

Vuokra-asuntopolitiikka on Suomessa ollut pitkään "eipäs-juupas" tilanteessa. Samaan aikaan kuin asunto-oikeutta on käyty, ovat vuokra-asunnot hävinneet ns. yleisiltä markkinoilta. Suomessa on liian harvoja ammattimaisia vuokranantajia ja tästä syystä vuokranantaja-vuokralainen suhde on jäänyt perin kehittymättömäksi. Toisaalta vuokralainen pystyy vaikuttamaan asumiseensa liian vähän. Esimerkiksi huoneistossa tehtävät parannukset ovat harvinaisia, koska selkeitä pelisääntöjä ei ole. Toisaalta vuokranantaja on epävarmassa tilanteessa vuokrasaatavien ja huonosti käyttäytyvien vuokralaisten kanssa.

Hajautettuun asuntojen hankintajärjestelmään

Erityisesti sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaiden, asunnontarvitsijoiden kannalta katsottuna hajautettu vuokra-asuntojen ja myös omistusasuntojen hankintajärjestelmä on avainasemassa. Kaupunkiyhteisöissä sopeutuminen muiden kaupunkilaisten joukkoon on usein välttämätöntä ja toisaalta tänä päivänä vielä liian vaikeaa.

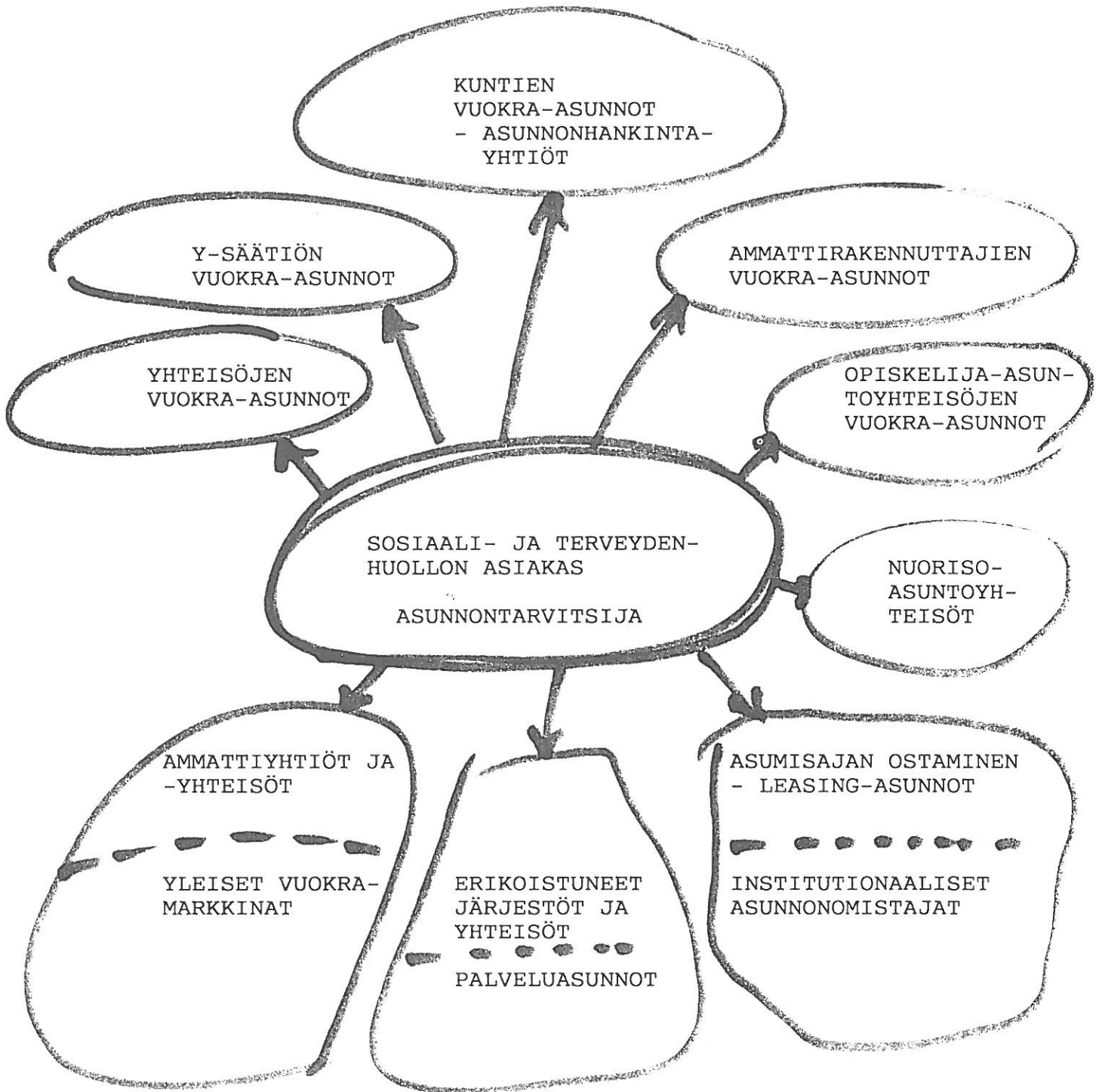
Hajautetun järjestelmän pääperiaatteena tulisi olla, että sosiaali- ja terveydenhuolto vastaa ammattimaisiin asunnonvuokraajiin ja hankkijoihin päin vuokrasaatavista, mikäli ei ole kysymys itsenäiseen asumiseen täysin pystyvistä asunnontarvitsijasta. Pääosa asunnoista hankitaan olemassa olevan asuntokannan kautta eikä erillisiä kortteli- tai taloyhteisöjä yleensä rakenneta.

Oheinen kaaviokuva pyrkii havainnollistamaan ehdotuksen.

Asuntopolitiikan tulevaisuuden haaste

Asuntorahoitus on keskeisessä asemassa myös tulevaa asuntopolitiikkaa kehitettäessä. Ellei asuntorahoitusta, muutoinkin kuin aravalainoitusta, asuntorahastoa, pystytään pikaisesti irrottamaan yleisistä rahamarkkinoista, niin asuntopolitiikan kehittäminen ja erityisesti sosiaali- ja terveyshuollon asiakkaiden asuntotilanteen parantaminen ei onnistu. Ihmisen asuminen ei saa kellua heliborien armoilla, vaan asuntorahoitus pitää vakauttaa vähintään 5 vuoden, mieluummin 8-10 vuoden ajaksi. Tämä edellyttää asunto-obligaatiomarkkinoita ja erilaisia rahasto- tai asuntopankkijärjestelmiä, mitkä erikoistuvat vain asuntorahoitukseen. Asuntorahoituksen hankinnan tulee verotuksellisesti olla hieman edullisempaa kuin rahojen makuuttaminen pankkien tileillä.

HAJAUTETTUUN ASUNTOJEN HANKINTAJÄRJESTELMÄÄN



VUODEN 1992 AIKANA ILMESTYNEET TYÖRYHMÄMUISTIOT

1. Ehkäisevän huumetyön yhteistyöryhmän muistio (Järjestöjen ja viranomaisten työnjako ja yhteistoiminta ehkäisevässä huumetyössä)
2. Lääkelaitostyöryhmän muistio
3. Henkivakuutuksen solvenssityöryhmän muistio
4. Luonnos hallituksen esitykseksi eduskunnalle laiksi pakolaisten ja turvapaikanhakijoiden vastaanotosta
5. Ulkomaisten vakuutusyhtiöiden ETA-työryhmän muistio
6. Vanhuksen, vammaisen ja pitkäaikaissairaana kotihoitontukea selvittäneen työryhmän muistio
7. Palvelurakennetyöryhmän väliraportti
8. Opetussosiaalikeskusten seurantatyöryhmän muistio
9. Sosiaali- ja terveysministeriön Baltia- ja lähialue-ryhmän muistio
10. Mielenterveystyön porrastustyöryhmän muistio
11. Vaajasalo-työryhmän muistio
12. STUK-työryhmän muistio
13. Työntekijän eläkemaksutyöryhmän muistio
14. Ehkäisevän sosiaalipolitiikan työryhmän muistio
15. Alkoholilain uudistamistyöryhmän muistio (osa 1)
16. Nuorten päihteidenkäytön ehkäisyn tehostamistyöryhmän muistio (osa 1)
17. Palvelurakennetyöryhmän muistio

Julkaisija

Sosiaali- ja terveysministeriö

KUVAILULEHTI

Julkaisun päivämäärä
26.11.1992

Tekijät (toimielimestä: toimielimen nimi, puheenjohtaja, sihteeri)

Palvelurakennetyöryhmä
Puheenjohtaja Kimmo Leppo
Sihteerit Pekka Ruotsalainen
Mirja Winter-HeikkiläJulkaisun laji
TYÖRYHMÄMUISTIOToimeksiantaja
Sosiaali- ja terveysministeriöToimielimen asettamispäivä
18.12.1991

Julkaisun nimi (myös ruotsinkielinen)

Palvelurakennetyöryhmän muistio

Julkaisun osat

Tiivistelmä

Työryhmän johtavana ajatuksena on ollut laadukkaiden palvelujen turvaaminen nykyistä taloudellisemmalla tavalla ja varautuminen ensi vuosituhanen lisääntyviin palvelutarpeisiin. Selvitysten ja ehdotusten ensisijaisena tarkoituksena on tukea kuntia palvelurakenteensa kehittämässä. Merkittävä osa ehdotuksista voi toteutua kunnissa suoritettavana pitkäjänteisenä työskentelynä. Työryhmän tunnistamat keskeiset ongelmat olivat hoidon sairaala- ja laitospainotteisuus, asiakkaiden hoito epätarkoituksenmukaisilla paikoilla, asumisen ongelmat ja investointien laitospainotteisuus.

Laajan toimenpideohjelman ydinkohdat ovat seuraavat:

- selvitysmiesorganisaation asettaminen vauhdittamaan muutosta
- "muutosagentti" järjestelmän luominen toteuttamaan muutokset
- kuntien asuntopolitiikan ja sosiaali- ja terveyspolitiikan yhteistyön ja yhteensovittamisen parantaminen
- pienaluepohjaisen väestövastuisten toimintatavan toteuttaminen
- tutkimus- ja kehittämistoiminnan lisääminen tukemaan rakennemuutosta
- rakennemuutoksen seurantaan palvelevien tietojärjestelmien kehittäminen
- rakennemuutosta tukevien mitoitusperusteiden esittäminen.

Työryhmä rajasi tarkastelunsa kohteeksi vanhusten, erikoissairaanhoidon, kehitysvammaisten ja psykiatristen potilaiden palvelujen ongelmat ja kehittämistarpeet. Ehdotetulla toimenpideohjelmalla on aikaansaataavissa vähitellen alkava, kumuloituva säästö.

Mietintö sisältää monipuolisen liiteaineiston.

Avainsanat (asiasanat)

palvelurakenne, sosiaalihuolto, terveydenhuolto, erikoissairaanhoido, avopalvelut, asuntopolitiikka

Muut tiedot

Sarjan nimi ja numero

Työryhmämuistio 1992:17

ISSN

0358-3597

ISBN

951-47-6959-7

Kokonaissivumäärä

364

Kieli

suomi

Hinta

Luottamuksellisuus

Jakaja

Sosiaali- ja terveysministeriö
Valtion painatuskeskus

Kustantaja

Sosiaali- ja terveysministeriö

Sosiaali- ja terveysministeriölle

Sosiaali- ja terveysministeriö asetti 18.12.1991 työryhmän, jonka tehtävänä on

selvittää sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteen toimivuutta, taloudellisuutta ja muutostarpeita,

tehdä ehdotukset toimenpideohjelmaksi, jolla valtakunnallista sekä lääni- ja kunta-kohtaista palvelurakennetta ja mitoituserusteita voitaisiin parantaa, sekä

arvioida ehdotusten kustannusvaikutukset, koulutustarpeet ja muut toteuttamisedellytykset.

Työryhmän puheenjohtajaksi nimitettiin osastopäällikkö Kimmo Leppo, varapuheenjohtajaksi osastopäällikkö Markku Lehto sosiaali- ja terveysministeriöstä sekä jäseniksi apulaisosastopäällikkö Riitta Viitala ja erikoistutkija Raimo Jämsen sosiaali- ja terveysministeriöstä, osastopäällikkö Esa Ellala Hämeen lääninhallituksesta, ylijohtaja Eero Hokkanen ja projektijohtaja Marja Vaarama sosiaali- ja terveyshallituksesta, talouspäällikkö Heimo Jaakkola Luoteis-Satakunnan kansanterveystyön kuntainliitosta, sosiaalijohtaja Jaakko Luomanhaara Hämeenkyrön kunnasta, johtava lääkäri Veikko Mäkelä Kanta-Hämeen sairaanhoitopiiristä, hallintoylilääkäri Ilmo Parvinen Turun terveysvirastosta, ylilääkäri Veli-Pekka Prinssi Härkätien terveyskeskuksesta, sosiaali- ja terveysjohtaja Pekka Saarenmaa Keravan kaupungista, johtava lääkäri Tapio Tervo Keski-Suomen sairaanhoitopiiristä ja toimitusjohtaja Matti Toivola Helsingin kaupungin terveysvirastosta

Työryhmän sihteerinä ovat toimineet tekniikan tohtori Pekka Ruotsalainen sekä kehittämispäällikkö Mirja Winter-Heikkilä sosiaali- ja terveyshallituksesta. Työryhmän teknisenä sihteerinä on toiminut notaari Kirsti Eskelinen sosiaali- ja terveysministeriöstä.

Asiantuntijoina työryhmän työskentelyyn ovat osallistuneet erikoissuunnittelija Timo Karjalainen sosiaali- ja terveyshallituksesta, joka on myös osallistunut sihteeristön työskentelyyn sekä terveydenhuollon sovellusasiantuntija Silja-Riitta Sinisalo Valtion tietokonekeskus/ATLAS-käyttäjät ry:stä. Lisäksi ovat työryhmässä olleet asiantuntijoina kuultavana kehittämispäällikkö Ville Lehtinen sosiaali- ja terveyshallituksesta, tutkimusjohtaja Leena Matikka kehitysvammaliitosta, hallitusneuvos Hannu Junkkari ympäristöministeriöstä, asuntotoimen päällikkö Ulla-Maija Laiho Kaupunkiliitosta, asuntotoimen johtaja Matti Nyberg Rovaniemen kaupungista, toimistopäällikkö Olli Paikkala Raha-automaattiyhdistyksestä, toimitusjohtaja Hannu Puttonen Y-säätiöstä, yliarkkitehti Ritva Routio sosiaali- ja terveyshallituksesta, johtaja Ulla Saarenheimo asuntohallituksesta, projektipäällikkö Hilka Summa valtionvarainministeriöstä, kehittämispäällikkö Annika Tapaninen sosiaali- ja terveyshallituksesta ja yhteistoimintapäällikkö Matti Väisänen Helsingin kaupungista. Erikoissairaanhoidon mitoituksen laadintaan osallistui dosentti Turka Tunturi Tampereen yliopistosairaalaista sekä asumisen ongelmien selvittelyyn ylitarkastaja Jaakko Ellisaari sosiaali- ja terveysministeriöstä.

Työryhmä nimesi itsensä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennetyöryhmäksi.

Työryhmä jätti väliraportin 15.4.1992 ehdotuksista, jotka liittyvät vuoden 1993 tulo- ja menoarvioesitykseen. Loppuraportin tulee työryhmän antaa 31.12.1992 mennessä.

Työryhmä jättää kunnioittavasti muistionsa sosiaali- ja terveysministeriölle. Helsingissä 26 päivänä marraskuuta 1992.

Kimmo Leppo

Markku Lehto

Esa Ellala

Eero Hokkanen

Heimo Jaakkola

Raimo Jämsen

Jaakko Luomahaara

Veikko Mäkelä

Ilmo Parvinen

Veli-Pekka Prinssi

Pekka Saarenmaa

Tapio Tervo

Matti Toivola

Marja Vaarama

Riitta Viitala

Pekka Ruotsalainen

Mirja Winter-Heikkilä

SISÄLLYSLUETTELO

Tiivistelmä	1
1 Johdanto	6
2 Toimenpideohjelma	8
2.1 Lähtökohdat	8
2.2 Toimenpideohjelman tavoitteet	9
2.3 Toimintaohjelma	11
Lähdeluettelo	16

LIITELUETTELO

- Liite 1 Nykyinen palvelurakenne, sen ongelmat ja mittarit
- Liite 2 S-R. Sinisalo: Esimerkkikuntien vanhustenhuollon, kehitysvammahuollon ja psykiatrisen erikoishoidon palvelurakennetarkastelu
- Liite 3 T. Karjalainen: Palvelurakenteen muutos ja sen kustannusvaikutukset
- Liite 4 B-V. Levo'n ja A. Ekman: Hissien rakentaminen olemassaoleviin kerrostaloihin
- Liite 5 S. Tiainen: Asuntojen peruseräparannus kannattaa
- Liite 6 P. Ruotsalainen: Kunnan sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteen mittarit ja mitoituksetmenetelmät
- Liite 7 L. Matikka: Arvio kehitysvammahuollon rakenteen kehityksestä sosiaali- ja terveysministeriön palvelurakennetyöryhmälle
- Liite 8 V. Lehtinen: Psykiatrisen hoidon rakenteen kehityksestä
- Liite 9 M. Vaarama: Vanhusten palvelujen tavoitteet ja todellisuus
- Liite 10 J. Ellisaari, H. Junkkari, U-M. Laiho, M. Nyberg, O. Paikkala, R. Routio, U. Saarenheimo, H. Summa, A. Tapaninen: Asiantuntija-arvioita asumisesta

TIIVISTELMÄ

Suomalainen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmä on suhteellisen korkeasta laadustaan ja kohtuullisista kustannuksistaan huolimatta palvelurakenteeltaan osin heikosti toimiva ja epätarkoituksenmukainen.

Monissa selvityksissä ja tutkimuksissa on todettu, että sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenne on kehittynyt odotettua hitaammin ennaltaehkäisevien ja avohuollon palvelujen suuntaan. Näihin tähtäviä tavoitteita on mm. sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnallisissa suunnitelmissa ja terveyttä kaikille vuoteen 2000- ohjelmassa.

Vanhusten määrän kasvu lisää palvelutarpeita ensi vuosituhaten alusta lähtien. Tällöin myös palvelujen järjestämiselle edullinen ikärakenne muuttuu epäedullisemmaksi. Laitoshoitoon painottuva palvelurakenne muodostuisi 2000-luvulla tutkimusten mukaan yhteiskunnalle erittäin kalliiksi.

Sosiaali- ja terveysministeriö asetti 18.12.1991 palvelurakennetyöryhmän selvittämään sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteen toimivuutta, taloudellisuutta ja muutostarpeita. Työryhmän tuli myös tehdä ehdotukset toimenpideohjelmaksi sekä arvioida ehdotusten kustannusvaikutukset, koulutustarpeet ja muut toteuttamisedellytykset. Työryhmässä oli valtion, lääninhallitusten, kuntainliittojen ja kuntien edustajia.

Työryhmä luovutti väliraporttinsa 15.4.1992 (työryhmämuistio sosiaali- ja terveysministeriö 1992:7). Väliraportissa keskityttiin ongelmien kartoitukseen sekä eräiden esimerkkikuntien palveluratkaisujen kuvaukseen. Tässä muistiossa syvennetään väliraportissa havaittujen ongelmien tarkastelua ja keskitytään erityisesti toimenpideohjelmaan. Liitteissä kuvataan palvelurakennetta, palvelujen taloudellisuutta, ehdotetun toimenpideohjelman kustannusvaikutuksia sekä työryhmän kuulemien asiantuntijoiden käsityksiä palvelurakenteen kehittämisestä.

Työryhmän selvitysten ja ehdotusten ensisijaisena tarkoituksena on tukea kuntia palvelurakenteensa kehittämisessä. Monet työryhmän ehdotukset tähtäävät tällaiseen jatkotyöhön. Vallitseva taloudellinen tilanne vaatii palvelurakenteen ripeää kehittämistä, jotta vältettäisiin virheellisten säästöpäätösten aiheuttamat palvelujärjestelmän vauriot ja niiden asiakkaille aiheuttamat vahingot.

Työryhmä on tarkastellut keskeisimpiä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteen ongelmia. Tarkastelua on syvennetty yhdeksään esimerkkikuntaan. Työryhmän mielestä suurimmat ongelmat ja kehittämistarpeet koskevat vanhuksia, kehitysvammaisia ja psykiatrista hoitoa tarvitsevia. Ongelmien ratkaiseminen edellyttää rakennetta korjaavia toimia ja samanaikaista laitoshoidon tarvetta synnyttävien asumisongelmien poistamista.

Työryhmä rajasi pienten lasten hoitoa koskevat tukimuodot ja muut palvelusektorit tarkastelun ulkopuolelle, koska niihin liittyvät ongelmat ovat luonteeltaan erilaisia kuin tarkasteluun valittujen ryhmien kohdalla.

Vuonna 1993 on sosiaalitoimen ja terveydenhuollon käyttökustannusten on arvioitu nousevan noin 58 miljardiin markkaan, joka on noin 12 % bruttokansantuotteesta.

Valtionosuus kunnille on 21 miljardia. Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön kokonaismäärän arvioidaan olevan 236.000. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteen nykytilaa on tarkasteltu yksityiskohtaisemmin liitteessä 1.

Työryhmän tarkasteleman palvelujärjestelmän kokonaiskustannukset olivat vuonna 1990 noin 34 miljardia markkaa. Vuonna 1993 summa on arviolta noin 37 miljardia mk eli vajaa kaksi kolmannesta koko sosiaali- ja terveydenhuollon menoista.

Työryhmän tunnistamat keskeisimmät palvelurakenteen ongelmat olivat: hoidon sairaala- ja laitospainotteisuus, asiakkaiden ja potilaiden hoito epätarkoituksenmukaisilla paikoilla, asumisen ongelmat sekä investointien laitospainotteisuus. Näihin liittyy monia muita työryhmän havaitsemissa ongelmia.

Sairaala- ja laitospainotteisuus ilmenee palvelurakenteessa kahdella tavalla. *Ihmisiä hoidetaan ylipäättään liikaa laitoksissa* ja osa laitoksissa hoidetuista on *epätarkoituksenmukaisessa hoitopaikassa*, joka usein on myös kunnan kannalta kallis hoitovaihtoehto. Avohoidon ja muiden laitoshoidolle vaihtoehtoisten asumis- ja palvelumuotojen kehittymättömyys johtuu osittain laitospainotteisesta palvelurakenteesta. Sosiaali- ja terveyshallituksen selvityksissä on ilmennyt, ettäjoka viides laitoksessa oleva vanhus selviäisi hoitajien arvion mukaan avohuollossa.

Asuminen voi aiheuttaa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelutarvetta. Ensinnäkin monet *vanhusten asunnot ovat niin huonokuntoisia*, että ne aiheuttavat laitoshoidon ja avohuollon tarvetta. Toisaalta osa asunnoista, varsinkin kaupungeissa, on *liikuntaesteisille henkilöille soveltumattomia*. Kuntien antamien tietojen mukaan keväällä 1991 erilaisissa laitoksissa asunnon puutteen takia oli noin 3 300 henkilöä.

Palvelutarpeita lisää myös vanhojen kerrostalojen hissittömyys. Suomessa on noin 45.000 hissitöntä porraskäytävää kolmikerroksisissa ja sitä korkeammissa asuintaloissa eli näissä taloissa noin *puoli miljoonaa asuntoa ilman hissiä*. Liikuntaesteisille ja vanhuksille voi hissien puuttuminen johtaa kalliiseen laitossijoitukseen.

Tilastokeskuksen asuinolotilaston mukaan vuoden 1991 lopussa vanhusten asunnoista oli erittäin puutteellisesti varustettuja 43 000 (11,8 %) . Näistä 30 000:ssa asui yksi vanhus. Kaikkiaan 17 % vanhuksista asuu erittäin puutteellisesti varustetuissa asunnoissa.

Sosiaali- ja terveydenhuollon ja asuntopolitiikan välttämätön yhteistoiminta kompastuu usein asenteisiin tai tottumattomuuteen toimia yli sektorirajojen.

Kustannustietoisuuden riittämättömyys, mikä osin perustuu puutteellisiin ja kehittymättömiin johtamisen ja taloushallinnon tietojärjestelmiin on merkittävä este palvelurakenteen muutoksen käynnistämiseksi.

Investointeja on kohdennettu merkittävästi laitosrakentamiseen ja niitä ei ole riittävästi koordinoitu muiden palvelumuotojen kanssa. Investointien kustannuslaskennassa päähuomio on ollut rakentamisen kustannuksissa. Sen sijaan investoinnista aiheutuvat vuotuiset käyttökustannukset ovat jääneet vähemmälle huomiolle.

Julkiset investoinnit terveydenhuoltoon olivat vuonna 1990 noin 1,9 miljardia mk. Summa on reaalisesti 58 % suurempi kuin vuonna 1980 elinkustannusindeksillä deflatoituna.

Sosiaali- ja terveystalouden käyttö ja *kustannukset vaihtelevat huomattavasti eri alueiden ja yksikköjen välillä*. Vain osa tästä vaihtelusta pystytään selittämään väestön palvelutarpeen erilaisuudella (esimerkiksi ikärakenteella ja sairastavuudella). Sen sijaan tekijät, kuten esimerkiksi pitkien hoitajaksojen yleisyys, sairaaloiden käytön runsaus ja kunnan taloudellinen kantokyky, selittävät kuntien välisiä asiakas-kohtaisia menoeroja. Vanhustenhuollossa palvelutarjonta vaihtelee kuntien välillä suuresti ja palvelurakenne on yksipuolinen. Suurin pula on avohoidon palveluista.

Työryhmä korostaa palvelurakenteen ongelmien paikallisia ja alueellisia vaihteluja. Ongelmia tulee arvioida vastaavasti: kunnan osa-alueittain, kunnittain, kuntainliitoittain ja kuntaa suurempien alueiden tasoilla.

Rakennemuutoksen lähtökohta on palvelutarpeen synnyn ehkäiseminen ja avopalvelujen tarjonnan merkittävä lisääminen. Moniammatillisen henkilöstön osaamisen hyödyntäminen uudella tavalla on lähtökohta muutokselle. Tällöin nykyisillä voimavaroilla toimintoja ja palvelurakenteita kehittämällä kyetään tarjoamaan laadukkaita palveluja. Hyvin suunnitellulla ja johdetulla toiminnalla selvitetään nykyisellä henkilökuntamäärällä mahdollisimman pitkään myös lähivuosisikymmenien kasvavista palvelutarpeista.

Työryhmä *ehdottaa laajaa toimenpideohjelmää* vuoteen 2000. Ohjelman ytimenä ovat uudet toimintatavat, hoito- ja palvelumuodot, jotka mahdollistavat kansalaisten omatoimisen kotona selviytymisen mahdollisimman pitkään. Ohjelma on esitetty yksityiskohtaisesti muistion luvussa 2. Keskeisimmät ehdotukset ovat:

1. Sosiaali- ja terveysministeriö asettaa, neuvoteltuaan asiasta kuntien keskusjärjestöjen kanssa, selvitysmiesorganisaation palvelurakenteen muutoksen vauhdittamiseksi. Selvitysmiehet ovat kunnallisista sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioista nimettyjä asiantuntijoita eri puolilta Suomea. Selvitysmiesten tehtävänä on pikaisesti selvittää alueellisesti ja kunnittain lähtökohtia, tavoitteita ja keinoja mahdollisten ja tarpeellisten muutosten aikaansaamiseksi sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteessa, toimintatavoissa ja hoitokäytännöissä.
2. Työryhmä esittää, että palvelurakennetyöryhmän ja selvitysmiesten raporttien jälkeen huolehditaan siitä, että maassa on toimiva "muutosagenttien" verkko ja sillä on jatkuva johdon tuki sekä tehokas tiedonvälitysjärjestelmä. Työhön kytketään erikseen sovittavan työnjaon mukaan kaikki ne tutkimus- ja kehittämisorganisaatiot, koulutusjärjestelmät sekä kansalais- ja etujärjestöt, joiden myötävaikutus on tärkeä ohjelman onnistumiseksi.
3. Kuntien asuntopolitiikkaa kehitetään tiiviissä yhteistyössä sosiaali- ja terveydenhuollon kanssa. Tavoitteena on se, ettei asumisen puutteiden vuoksi jouduta turvautumaan sosiaali- ja terveydenhuollon palveluihin.
4. Kunnat käynnistävät sosiaali- ja terveydenhuollon yhteisen pienaluepohjaisen väestövastuutoiminnan. Sen ytimen muodostavat moniammatilliset aluetyöryhmät.

5. Työryhmä suosittelee, että erikoissairaanhoidossa somaattisen vuodeosastohoidon sairaansijoja vähennetään nykyisestä (26 000 paikkaa) noin 30%. Tämä merkitsee noin 7 100 paikan vähenemistä vuoteen 2000. Psykiatrisen hoidon muuttamista avohoitopainotteiseksi jatketaan ja samankaltainen prosessi käynnistetään kehitysvammahuollossa. Psykiatrisia sairaansijoja oli vuoden 1991 lopussa 8 500. Vuonna 2000 määrä olisi vähentynyt noin 7 600:aan. Kehitysvammahuollon paikkoja suositellaan vähennettävän 5 300:sta 2600:aan.

6. Vanhusten pitkäaikaishoidon tavoitteeksi työryhmä asettaa tavoitteen, että 75 vuotta täyttäneistä vanhuksista 90 % selviytyy kotona joko itsenäisesti tai sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämien palvelujen taikka lähiomaisten ja lähiympäristön tukemina. Nykyisin osuus on noin 84 %. Tavoite merkitsee, että vuoteen 2000 mennessä vanhainkotien hoitopaikkojen ja perusterveydenhuollon sairaansijojen yhteismäärää vähennetään nykyisestä noin 48 000:sta 33 000:een eli noin 15 000:lla.

7. Laitospaikkojen vähentämisen välttämätön edellytys on, että avohuoltoa ja ns. välimuotoisia palveluja lisätään korvaamaan vähentyneet laitospalvelut. Liitteessä olevien laskelmien mukaan tämä on mahdollista toteuttaa laitoksista vapautuvalla henkilöstöllä, mikäli korvaavaa avohuoltoa tuetaan tarpeellisilla investoinneilla. Siirtämällä henkilöstöä avohuoltoon luodaan perusta nykyistä taloudellisemmalle palvelurakenteelle. Tällä kyetään huolehtimaan aikaisempaa laajemman asiakasjoukon palvelutarpeista.

8. Palvelurakenteen muutosprosessia on seurattava ja arvioitava kriittisesti. Tiedot muutoksista on tuotettava nopeasti. Tietojen tulee kuvata järjestelmällisesti ja kattavasti sekä määrän että laadun muutoksia. Palvelurakennetyöryhmä on laatinut alustavia määrällisiä tunnuslukuja. Niitä tulisi edelleen kehittää siten, että ne ovat mahdollisimman käyttökelpoisia kunnille. Myös nopean palautteen systematisointi sekä muutosprosessin toiminnallisten ja laadullisten näkökohtien kuvaus ja erittely vaativat jatkotyötä. Sosiaali- ja terveysministeriön tulisi huolehtia siitä, että vähintään puolivuositain ministeriön johto saa raportin palvelurakennehankkeen edistymisestä.

Työryhmä suosittelee, että sekä kunnat että Sosiaali- ja terveysministeriö, Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus (STAKES), Kunnallinen kehittämiskeskus että perustettava Kuntaliitto käynnistävät palvelurakennetta ja toiminnan järjestämis- muotoja edistäviä kokeiluja sekä rakennemuutosta tukevaa ja arvioivaa tutkimus- ja kehitystoimintaa. Tutkimus- ja kehittämistoiminnan kohteiksi työryhmä ehdottaa mm. seuraavia: asumisedellytyksiä lisäävien ratkaisujen ja toimenpiteiden kustannukset ja vaikutukset, hoitamattomuuden vaihtoehtoiset kustannukset ja palvelurakenteen muutoksen kustannusvaikutukset.

Työryhmä korostaa *kuntien merkitystä nykyistä toimivamman, taloudellisemman ja silti laadukkaamman palvelurakenteen kehittämisessä*. Onnistumisen edellytys on, että kunnan henkilökunta ja johto sitoutuvat uusiin tehtäviin ja toimintatapoihin pitkäjänteisesti.

Työryhmä on selvittänyt palvelurakenteen muutoksen kustannuksia kahdella tavalla. Yhtäältä tutkittiin, millaiset kustannukset olisivat, jos kaikki maan kunnat soveltaisivat työryhmän valitseman yhdeksän esimerkkikunnan keskimääräistä palveluraken-

netta. Työryhmän mielestä esimerkkikunnissa palvelurakennetta on jo kehitetty ta-
loudelliseen ja toimivaan suuntaan.

Esimerkkikunnat arvioivat asiakkaittensa tarkoituksenmukaisen asumis- ja palvelu-
tarpeen. Tämä palvelurakenne "heijastettiin" kaikkiin kuntiin ja laskettiin saatava
säästö maan nykyiseen palvelurakenteeseen verrattuna. Laskelman mukaan vanhus-
tenhuollon köäyttömenoissa olisi mahdollista säästää noin miljardi markkaa vuodessa.
Psykiatrisessa erikoishoidossa säästö olisi 170 milj.mk. Kehitysvammahuollosta ei
tämän arvion mukaan ole saatavissa säästöä. Laskelmat ilmenevät tarkemmin liitteenä
olevasta Silja-Riitta Sinisaloon raportista. Sinisaloon laskelmissa ei ole otettu huomi-
oon erikseen avohuollon investointitarpeita.

Toisaalta arvioitiin edellä esitettyjen hoitopaikkojen määrää koskevien suositusten
valtakunnalliset kustannusvaikutukset. Laskelmien lähtökohta oli, että laitoshoidon
vähennetään asteittain noin kymmenen vuoden aikana. Korvaavan avohuollon
kehittäminen sovitetaan laitoshoidon vähentämiseen. Laskelmissa ei lisätty eikä
vähennetty henkilöstön kokonaismäärää, vaan laitoksista vähennettävä henkilöstö tai
virat siirtyivät avohuoltoon. Siirtyvillä viroilla on mahdollista myös sopivin edelly-
tyksin huolehtia vanhusten määrän pienestä kasvusta johtuvista palvelujen lisätar-
peista vuoteen 2000 mennessä. Muutoksen tueksi tarvitaan jonkin verran, lähinnä
asumista tukevia, investointeja sekä teknologian ja tietojärjestelmien kehittämistä ja
koulutusta.

Työryhmän suositusten mukaan sairaansijojen, vanhainkotien ja kehitysvammalaitos-
ten kokonaispaikkaluku vähenee noin kolmanneksen eli noin 90 000:sta (vuoden
1990 tieto) runsaaseen 60 000:een vuoteen 2000 mennessä. Vuosittainen vähenemi-
nen olisi noin 3 000 hoitopaikkaa.

Liitteessä 3 on tarkat laskelmat perusteineen. Työryhmä ei ole ottanut kantaa
laskelman perusteisiin. Laskelmassa on arvioitu, että henkilöstömäärä vähenee noin
13 000:lla eli 1 300 vuodessa. Henkilöstö vähenee keskimäärin 1,5 % vuodessa.
Tällöin sairaaloiden vuodeosastohoidon, vanhainkotien ja kehitysvammalaitosten
kustannukset olisivat vuonna 2 000 reaalisesti 7 % pienemmät kuin vuonna 1990.
Vuonna 1990 kustannukset olivat 19,8 miljardia mk. Reaaliensioiden nousuksi on
arvioitu prosentti vuodessa. Laitoshoidon supistamisen edellytyksenä on, että avo-
huoltoa tukevat investoinnit toteutetaan ja avohuoltoon siirtyvä henkilöstöä koulut-
etaan. Laskelmassa on otettu huomioon eräisiin Kelan etuuksiin sisältyvä avohuollon
tuki.

Lisäksi tehtiin suuntaa-antava laskelma investointitarpeista. Investointitarve on vajaa
9 miljardia markkaa kymmenessä vuodessa eli noin 900 miljoonaa markkaa vuodes-
sa. Tällainen investointiohjelma on mahdollista toteuttaa valtion ja julkisten yh-
teisöjen investointeja koskevien suunnitelmien puitteissa.

*Toteutettuna työryhmän ehdotukset merkitsevät sosiaali- ja terveydenhuollon nykyisen
toimintatavan ja palvelurakenteiden rakenteiden uudistamista. Tällä luodaan toimivaa
ja taloudellista perustaa vuoden 2000 jälkeen syntyviin kasvaviin palvelutarpeisiin.
Kysymys on laajasta ja pitkäaikaisesta kehittämistyöstä.*

1 Johdanto

Vastuu sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä Suomessa on kunnilla, joiden toimintaa valtiovalta on tähän saakka ohjannut melko yksityiskohtaisesti. Kunnat ovat perinteisesti tuottaneet itse suuren osan palveluista ja päättäneet painotuksistaan, mikä heijastaa kunnallisen itsehallinnon vanhaa perinnettä Suomessa.

Suomalaista sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmää on kehitetty viime vuosikymmenet voimakkaan taloudellisen kasvun vallitessa kunkin ajankohdan vallitsevaan suunnittelu- ja mitoitustietämyksen mukaisesti. Hyvien aikojen suunnittelu on ollut suurelta osin peräkkäisten painopisteiden asettamista ja lisäpanostusta kullakin ajanhetkellä tarkoituksenmukaisimmaksi katsotulla lohkolla. Palvelujärjestelmän toiminnan sisällöllinen suunnittelu ja taloudellisuusajattelu ovat olleet varsin etäällä toisistaan.

Vuosikymmenien kehitystyön tuloksena on rakentunut suomalainen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmä, joka on kansainvälisesti tarkasteltuna korkeatasoinen ja kustannuksiltaan kohtuullinen. Pohjoismaisessa vertailussa vuodelta 1990 käytti Suomi toiseksi vähiten rahaa terveydenhuoltoon suhteessa kansantuloon. Sosiaalihuollon palveluihin käytettiin samana vuonna Ruotsissa, Tanskassa ja Norjassa ostovoimalla mitattuna enemmän varoja asukasta kohti kuin Suomessa.

Maassamme epätavallisen pitkään jatkunut taloudellinen kasvu taittui 1990-luvun alussa ja muuttui nopeasti syväksi taloudelliseksi taantumaksi, rahoituskriisiksi ja luottolamaksi. Kun bruttokansantuotteen kasvu oli vielä vuonna 1989 runsaat 5 % tapahtui vuosina 1991 ja 1992 bruttokansantuotteen yhteensä noin 8,3 % väheneminen.

Laman myötä syntyneestä massatyöttömyydestä huolimatta on aikaisempien vuosien sosiaali- ja terveydenhuoltomenojen kasvu lähes pysähtynyt. Vuoden 1992 ennakkotietojen mukaan sosiaalihuollon menot kasvavat vuonna 1992 1,4 % ja terveydenhuollon menot vähenevät 0,1%. Sosiaalihuollon lievä nimelliskasvu selittyy toimeentulotuen kasvulla. Vuodelle 1993 arvioidaan sosiaalihuollonkin nimelliskasvun olevan - 2 prosenttia.

Massatyöttömyyden ja kansantuotteen laskun seurauksena on maamme julkisten menojen osuus bruttokansantuotteesta kasvanut 1980-luvun lopun noin 45 prosentista tämän vuoden arvioituun 56 prosenttiin eli selvästi yli OECD-maiden eurooppalaisten jäsenmaiden nykyisen keskiarvon.

Valtion rooli palvelujen järjestämisessä on ollut tasata verovaroilla kuntien erilaisia taloudellisia mahdollisuuksia järjestää palvelut. Valtio on myös asettanut valtakunnalliset sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisen tavoitteet ja voimavarojen kasvun rajat (keskeisesti investointihankkeiden ja henkilökunnan määrän osalta).

Valtion rahoitus on tähän saakka perustunut käyttömenojen osalta lääninhallituksen hyväksymiin kuntainliittojen ja kunnan todellisiin menoihin. Merkittävät hankkeet on hyväksytty valtakunnallisissa sosiaali- ja terveydenhuollon suunnitelmissa. Lisäksi käyttökustannushankkeiden volyyymiä on säädelty. Valtion on rahoittanut alimmassa

kantokykyluokassa kunnan menoista 66 % ja ylimmässä 29 prosenttia. Tämä valtionavun jakomekanismi ei ole välttämättä kannustanut kuntia säästäväisyyteen, palvelujen tuottajia kustannustehokkuuteen ja suoritekustannusten alentamiseen.

Vuoden 1993 alusta voimaan astuva valtionosuusuudistus velvoittaa kunnat jatkossakin järjestämään asukkailleen sosiaali- ja terveydenhuoltoa, mutta ei säätele enää yksityiskohtaisesti toiminnan laajuutta, sisältöä ja järjestämistapaa. Uudistuksen tavoitteena on lisätä kuntien toimivaltaa ja siten osaltaan luoda niille entistä paremmat edellytykset toimintansa taloudellisuuden ja tuloksellisuuden parantamiseen. Kunnat päättävät jatkossakin kuntalaisille tarjottavien palvelujen määrästä ja palveluvaihtoehtoista. Valtionosuus tulee olemaan aikaisempaa pienempi niissä kunnissa, joissa palvelut ovat olleet valtionosuuskaavan määrittämään tarpeeseen nähden ylimitettuja tai tehottomasti järjestettyjä.

Kaikissa teollistuneissa maissa, myös Suomessa, väestön ikääntyminen tulee vaikuttamaan merkittävästi yhteiskunnan rakenteisiin ja toimintatapoihin kaikilla sektoreilla. Suomen nykyinen väestörakenne on kansainvälisesti ottaen edullinen. Tulevina vuosikymmeninä se kuitenkin muuttuu nykyistä vanhuspainotteisemmaksi. Muutos on erityisen voimakasta vuosituhaten vaihteen jälkeen, jolloin ennusteiden mukaan vanhusväestön määrä tulee kaksinkertaistumaan. Vuonna 2010 ennustetaan Suomen väestöstä 7,2 % olevan yli 75 vuotiaita ja 1,7 % yli 85-vuotiaita. Vuonna 2020 on yli 75-vuotiaita jo 8,5 %.

Väestön ikärakenteen muutoksesta seuraa vanhusten huoltosuhteen muuttuminen. Kuntällä hetkellä on maassamme viittä työikäistä kohti yksi vanhus, on vuonna 2030 – viittä työikäistä kohti kaksi vanhusta, jos nykyiset väestöennusteet pitävät paikkansa.

Kuolleisuuden väheneminen ja vanhusten pitempään eläminen eivät välttämättä merkitse terveyden ja toimintakyvyn paranemista. Vanhuksille tyypillisten pitkäaikaisairauksien puhkeamista ja etenemistä voidaan lykätä korkeampaan ikään muun muassa vaikuttamalla ihmisten elintapoihin ja elinolosuhteisiin. Vaikka ensi vuosituhaten vanhuksat olisivatkin terveempiä kuin nykyiset, tulee sosiaali- ja terveyspalveluja tarvitsevien määrä olemaan silloin nykyistä huomattavasti suurempi. Esimerkkinä tästä kasvusta on vaikeasti tai keskivaikeasti dementoituneiden henkilöiden määrän arvioitu lisääntyminen nykyisestä noin 40.000:sta arviolta 90.000:een vuoteen 2030 mennessä. Vanhuksista tarvitsee nykyarvioiden mukaan kolme prosenttia palveluasuntoja. Tämä edellyttää heille tarkoitettujen palveluasuntojen määrän kolminkertaistamista nykytasosta vuoteen 2000 mennessä.

Työryhmä keskittyy muistiossaan tarkastelemaan kuntien ja kuntainliittojen ylläpitämien erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja sosiaalipalvelujärjestelmän tuottamien palvelujen järjestämisen tarkoituksenmukaisuutta. Painopisteenä ovat vanhuksat, kehitysvammaiset ja psykiatrinen hoitoa tarvitsevat, joille tuotettavien palvelujen kehittämiseen liittyy olennaisesti laitoshoidon tarvetta synnyttävien asumisongelmien ratkaiseminen. Näille ryhmille tarjottavien palvelujen järjestämisessä on työryhmä katsonut löytyvän nykyisen palvelurakenteen merkittävimmät puutteet ja epäkohdat. Vanhusväestön määrän lisääntyminen tulevina vuosikymmeninä ja siitä aiheutuvat paineet sosiaali- ja terveydenhuollolle perustelevat samoin huomion kohdistamista vanhuksiin, kehitysvammaisiin ja psykiatrinen hoitoa tarvitseviin.

Työryhmä on rajannut tarkastelunsa ulkopuolelle pienten lasten hoitoon kohdistuneet palvelut ja eräät muut sosiaali- ja terveystoimen tehtäväkokonaisuudet. Tarkastelun kohteena on siis sosiaali- ja terveydenhuollon lohko, jonka kustannukset vuonna 1990 olivat 70 % sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaismenoista (34,4 miljardia markkaa).

2 Toimenpideohjelma

2.1 Lähtökohdat

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteiden uudelleenarvioinnin yleisenä lähtökohdانا on ollut palvelurakenteiden ja toimintatapojen tarkastelu ja kehittäminen väestön ja palvelujentarvitsijan tarpeista lähtien.

Työryhmä korostaa ennalta ehkäisyä, avopalvelujen merkittävää lisäämistä ja sosiaali- ja terveydenhuollon koko henkilöstön osaamisen täyteen käyttöön ottamista, jolloin nykyisillä voimavaroilla toimintoja ja rakenteita kehittäen kyetään tarjoamaan laadukkaita palveluja ja vastaamaan mahdollisimman pitkään ensi vuosituhannen lisääntyviin palvelutarpeisiin.

Työryhmä korostaa kuntien merkitystä nykyistä toimivamman, taloudellisemman ja silti laadukkaan palvelurakenteen kehittämisessä. Perusehto palvelu- ja henkilöstörakenteen muuttumiselle on henkilöstön sitoutuminen uusiin tehtäviin johdon tukemana. Kustannustietoisena ja taloudellisen palvelurakenteen kehittämisen työryhmä ei näe olevan ristiriidassa asiakkaiden palvelutarpeiden tyydyttämisen kanssa. Tämä kuitenkin edellyttää huolellista ennakkointia ja seurantaa muualla tapahtuvista mahdollisista ja todennäköisistä kustannusvaikutuksista. Ennakointiin tulisi sisältyä asiakkaiden palvelu- ja asumistarpeiden analyysi, toimenpiteen kustannusarvio, arvio muualla saatavista mahdollisista ja todennäköisistä säästöistä sekä arvio toimenpiteen vaikutuksista asiakkaiden hyvinvointiin. Seurannan tulee kattaa myös edellä mainitut neljä seikkaa.

Monet palvelurakenteen kehittämishankkeet vaativat useiden tahojen joustavaa yhdessätekemistä, jotta tavoiteltu tilanne olisi *kokonaisuudessaan* lähtötilannetta toimivampi, laadukkaampi ja taloudellisempi. Esimerkiksi, jos kuntainliitot kehittävät omaa avohuoltoaan ottamatta huomioon kuntien kehittämissuunnitelmia, voi syntyä päällekkäistä palvelurakennetta. Viitteitä tällaisesta vinoutumasta on nähtävissä esim. erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välisessä työnjaossa.

Palvelurakenteeseen voidaan vaikuttaa muun muassa *määräaikaisilla ja alueellisilla yhteistyöhankkeilla (projekteilla) ja pysyvällä yhteistyöllä*. Pysyvät yhteistyöryhmät ovat tarpeen esimerkiksi aluevastuuseen pohjautuvien perustason palvelujärjestelmien kehittämisessä sekä asiakkaiden ohjaamisessa tarkoituksenmukaisiin ja taloudellisiin palvelumuotoihin. Määräaikaiset yhteistyöryhmät ovat tehokkaita silloin, kun suunnitellaan ja toimeenpannaan merkittäviä rakenteellisia muutoksia palvelurakenteen perusteissa; esimerkiksi, jos lopetetaan vanhainkoti ja luodaan korvaava avohuollon tukijärjestelmä, yhdistetään terveyskeskuksen vuodeosastohoito ja vanhain-

kotihoito, käynnistetään suunnitelmallinen hanke kuntainliittojen järjestämien palvelujen vähentämiseksi ja korvaamiseksi kunnan omilla palveluilla.

2.2 Toimenpideohjelman tavoitteet

2.2.1 Avohuoltoa ja ns. välimuotoisia palveluja lisätään vastaamaan paikallista ja alueellista tarvetta siten, että niiden avulla voidaan ehkäistä vanhusväestön, mielenterveyspotilaiden ja kehitysvammaisten tarpeeton sijoittuminen laitoksiin. Henkilöt, jotka eivät ole laitoshoidon tarpeessa siirretään laitoksista kotikunnan avohuollon palvelujen käyttäjiksi.

2.2.2. Edistetään ratkaisuja, jotka turvaavat asiakkaille tarkoituksen- ja tarpeenmukaisen hoitopaikan.

Työryhmä on kartoittanut yhdeksän kunnan palvelurakennetta ja sen mitoitusta kuntanäkökulmasta. Yksityiskohtaiset tulokset on esitetty liitteessä 2.

2.2.3. Asuntopolitiikalla on merkittävä vaikutus sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksiin. Asuntopolitiikassa tarvitaan laajaa sekä selkeää työn- ja vastuunjakoa. Asuntopolitiikkaa ja yhdyskuntasuunnittelua on määrätietoisesti toteutettava siten, että asunto-olojen tai toimintaympäristön puutteiden vuoksi ei jouduta turvautumaan raskaisiin ja merkittäviä kustannuksia tuottaviin sosiaali- ja terveydenhuollon ratkaisuihin.

Keväällä 1991 oli kuntien antamien tietojen mukaan erilaisissa laitoksissa asunnon puutteen takia noin 3.300 henkeä.

2.2.4 Erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja sosiaalitoimen laitospaikkoja vähennetään asteittain, siten että vuoteen 2000 mennessä on päästy työryhmän esittämiin seuraaviin suosituksiin:

-somaattiseen erikoissairaanhoidon käytetään vuodessa 1,1 – 1,2 hoitopäivää kunnan asukasta kohti.

Laskennallisiksi sairaansijoiksi muutettuna tämä merkitsee koko maassa 3,3 – 3,6 sairaansijaa tuhatta asukasta kohti (sairaansijojen 90%:n kuormituksella).

-psykiatriseen erikoissairaanhoidon käytetään vuodessa 0,5 hoitopäivää kunnan asukasta kohti.

Laskennallisina sairaansijoina tämä merkitsee koko maassa 1,5 sairaansijaa tuhatta asukasta kohti (sairaansijojen 90%:n kuormituksella).

-kehitysvammahoitoon käytetään 0,2 hoitopäivää kunnan asukasta kohti.

Laskennallisina hoitopaikkoina tämä merkitsee koko maassa 0,5 hoitopaikkaa tuhatta asukasta kohti (sadan prosentin kuormituksella).

– 75 vuotta täyttäneistä vanhuksista 90 % selviytyy kotona joko itsenäisesti tai lähiomaisten ja lähiympäristön tukena ja/tai sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämien koti- ja avohuollon palvelujen turvin

Työryhmän mielestä perusterveydenhuollon sairaansijamäärää ei ole tarvetta lisätä nykyisestä. Sairaanhoidon sekä kunta-, sairaanhoitopiiri että läänikohtaisia käyttöeroja tulee tasoittaa.

Vuonna 1991 olivat koko maan kuntien ja kuntainliitojen itse ylläpitämien sosiaalipalveluiden, kansanterveystyön ja erikoissairaanhoidon käyttötalouden nettomenot keskimäärin 8100 markkaa asukasta kohti. Työryhmä suosittaa, että sosiaali- ja terveydenhuollon asukaskohtaiset käyttömenot eivät missään kunnassa ylittäisi 20 prosentilla maan keskiarvoa.

Avohuollossa tulee kehittää erityisesti palveluasumista sen eri muodoissaan ja muita ns. välimuotoisia palveluita, kodinhoitoapua, kotisairaanhoidoa ja erilaisia tukipalveluja, päivätoimintaa ja lyhytaikaista kuntouttavaa hoitoa vanhainkodeissa, kehitysvammalaitoksissa sekä sairaaloissa.

Palvelurakenteen muutoksia toteutettaessa kunnioitetaan asiakkaiden ja heidän omaistensa valintoja. Jos esimerkiksi pitkään laitoksessa asunut henkilö ei missään tapauksessa halua siirtyä avohoitoon kotikuntaansa, häntä ei pakoteta siihen. Asiakasta tyydyttävä ratkaisu haetaan tällöin neuvottelemalla. Myös omaisten toiveet ja pelot tulisi kuulla.

Kapasiteettia lisäävien julkisten, yksityisten ja järjestöjen investointien tulee tukea laitoshoidon korvaavaa avohuoltoa ja asumista. Työryhmä pitää tärkeänä sitä, että eri rahoitustahojen (mm. valtionosuusrahoituksen ja RAY:n rahoituksen) investointipolitiikka toteuttaa tätä tavoitetta.

Avohuollon ja ns. välimuotoisten palvelujen lisääminen sekä tarkoituksenmukaiselle hoitopaikalle ohjaaminen tulee kunnissa aloittaa ennen laitoshoidon vähentämistä, jotta vältettäisiin epätoivottavilta väliinputoamisilta ja hoidon laiminlyönneiltä. Myös asumisen ongelmakohtien ja puutteiden korjausohjelmat tulisi kunnissa käynnistää toimenpiteiden varhaisessa vaiheessa.

Palvelurakenteen painopisteen muuttuessa nykyistä avopainotteisemmaksi vähenevät sairaala- ja laitoshoitopäivät. Tässä yhteydessä laitostyöstä vapautuvaa henkilöstöä on mahdollista ja välttämätöntä suunnata avohoidon ja ns. välimuotoisten palvelujen lisäämiseen kunnissa. Työryhmän tiedossa on, että sairaanhoitopiireissä jo vähennetty henkilökuntaa sekä jätetty sijaisia ja varallaolohenkilökuntaa palkkaamatta. Koska samanaikaisesti kunnat ovat vaikeassa taloudellisessa tilanteessa joutuneet tekemään vastaavia henkilöstön supistamistoimenpiteitä, ei palvelurakenteen muuttumiselle työryhmän esittämään avopainotteiseen suuntaan ole ollut mahdollisuuksia. Tavoitteeksi on kuitenkin asetettava, että kunnissa avohoitopalveluja hoitavaa henkilöstöä ei vähennetä, vaan pyritään lisäämään, jotta laitospainotteisuutta voidaan purkaa. Laitosten hoitopäivien määrän vähentyessä on edellytettävä vastaavien henkilöstö- ja muiden voimavarojen siirtämistä avopalvelujen tehostamiseen.

Modernin turva-, apuväline ja viestintätekniiikan käyttöönotolla voidaan helpottaa vanhusten ja vammaisten kotona selviytymistä sekä lisätä heidän kokemaansa turvallisuuden tunnetta ja oman elämän hallintaa. Näiden avulla voidaan lisäksi tehostaa ja järjestyttää avopalveluja antavan henkilöstön työtä. Työryhmä suosittaa edellä mainittujen tekniikoiden käyttöönottamista kunnissa.

2.3 TOIMINTAOHJELMA

Muutosprosessin tavoitteet, keinot ja sisältö määrittyvät paikallisten ja piirien olosuhteiden yleisten tavoitteiden mukaisesti ja ne tulisi kirjata kuntien, kuntainliitojen ja läänien toisiaan täydentäviksi muutosstrategioiksi eli kehittämissuunnitelmiksi. Muutostarpeet kunnissa voivat vaihdella suuresti ja hyvään lopputulokseen voidaan päätyä useilla eri tavoilla.

Muutosprosessin onnistunut läpivieminen edellyttää mahdollisimman suurta yksimielisyyttä muutoksen välttämättömyydestä ja samansuuntaista sitoutumista sekä paikallis- ja piiritasolla että myös aluehallinnossa ja valtakunnantason työskentelyssä. Sitoutumisen tulee ulottua mahdollisimman laajasti sekä poliittiseen päätöksentekoon että virkamiesvalmisteluun ja toimeenpanoon.

2.3.1 Työryhmä ehdottaa selvitysmiesorganisaation ja muiden palvelurakenteen kehittämiseen liittyvien toimien käynnistämistä

Työryhmä esittää, että sosiaali- ja terveysministeriö asettaa, neuvoteltuaan asiasta kuntien keskusjärjestöjen kanssa, selvitysmiesorganisaation palvelurakenteen muutoksen vauhdittamiseksi. Selvitysmiehet ovat kunnallisista sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioista nimitettyjä asiantuntijoita eri puolilta Suomea. Selvitysmiesten tehtävänä on pikaisesti selvittää alueellisesti ja kunnittain lähtökohtia, tavoitteita ja keinoja mahdollisten ja tarpeellisten muutosten aikaansaamiseksi sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteessa, toimintatavoissa ja hoitokäytännöissä. Selvitysmiesten tulisi osoittaa muutosten taloudellisia, toiminnallisia ja henkilöstövaikutuksia. Edelleen tulisi heidän arvioida toimenpiteiden edellyttämät hallinnollisia, koulutuksellisia tai taloudellisia tukitoimia. Muutostarpeita, niiden esteitä ja tukitoimia tulisi asettaa tärkeysjärjestykseen, mikä voi suurestikin vaihdella alueittain.

Sosiaali- ja terveysministeriön tulisi sitoutua siihen, että kyseessä on 90-luvun sosiaali- ja terveydenhuollon suurisuuntainen kehittämishanke, panostaa siihen johdon tuen ja tutkimus- ja kehittämisrahoituksen keinoin tämän mukaisesti. Tämä edellyttää ainakin 3–4 vuoden projektia, jossa ministeriön ja kuntien keskusjärjestöjen panos on keskeinen. Käytännössä tämä merkitsee sitä, että palvelurakennetyöryhmän ja selvitysmiesten raporttien jälkeen huolehditaan siitä, että maassa on toimiva kunnallinen, alueellinen ja valtakunnallinen "muutosagenttien" verkko ja sillä on jatkuva johdon tuki sekä tehokas tiedonvälitysjärjestelmä. Työhön kytketään erikseen sovittavan työnjaon mukaan tiiviisti kaikki ne tutkimus- ja kehittämisorganisaatiot,

koulutusjärjestelmät sekä kansalais- ja etujärjestöt, joiden myötävaikutus on tärkeä ohjelman onnistumiseksi.

Palvelurakenteen muutosprosessilla on oltava sisään rakennettuna nopea palaute, kriittinen seuranta ja arviointi. Näiden tulee kattaa sekä määrällisiä että laadullisia ulottuvuuksia järjestelmällisellä tavalla. Palvelurakennetyöryhmä on laatinut alustavia määrällisiä mittareita (muistion liite 1). Niitä tulisi edelleen kehittää siten, että ne ovat mahdollisimman relevantteja kuntakäyttäjille. Myös nopean palautteen systematisointi sekä muutosprosessin toiminnallisten ja laadullisten näkökohtien kuvaus ja erittely vaativat jatkotyötä. Sosiaali- ja terveysministeriön tulisi huolehtia siitä, että vähintään puolivuositain ministeriön johto saa raportin palvelurakennehankeen edistymisestä.

Työryhmä pitää tärkeänä että sosiaali- ja terveysministeriö ja STAKES varmistavat, että valtakunnallisen tilasto- ja rekisterijärjestelmien uudistamistyön tuloksena kunnille voidaan tuottaa tarpeellinen valtakunnallinen ja alueellinen tieto palvelurakenteen muutoksen edistymisen ja sen vaikutuksista. STM:n, STAKES:n, Tilastokeskuksen ja kunnallisten keskusjärjestöjen yhteistyönä ollaan kehittämässä tarkoitukseen sopivaa tietojärjestelmää (ns. kuntatieturi-hanke). Työryhmä pitää tärkeänä, että tieturihanke saadaan kuntien käyttöön vuoden 1994 alkuun mennessä.

Kuntien tehtävänä on kerätä ja ylläpitää oman toimintansa seurantaan tarvittavat tiedot. Työryhmä suosittelee, että kunnat ottaisivat käyttöön palvelurakenteen seurannan mittareita. Valtakunnan tasoa yksityiskohtaisempi palvelurakenteen, palvelujen kohdentumisen ja niissä tapahtuvien muutosten seuranta perustuu kuntien omiin intresseihin ja painotuksiin.

Muutosagenttien tehokkaan toiminnan mahdollistamiseksi esittää työryhmä seuraavia toimia:

-Tiedotetaan sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteen muutostarpeista, tavoitteista ja keinoista julkisuudessa erikseen laadittavan suunnitelman mukaan.

-Muutosprosessin toimijoille, "muutosagenteille" tarjotaan motivoivaa ja tiedollista koulusta samoin erillisen suunnitelman mukaan.

-Viritetään keskustelua ja välitetään tietoa kuntien onnistuneista palvelurakenteen ratkaisuista.

-Käynnistetään yhteistoiminta muun muassa neuvottelemalla eri intressiryhmien kanssa.

2.3.2 Työryhmä pitää tarkoituksenmukaisena, että kunnat käynnistäisivät omien erityisolosuhteidensa pohjalta sosiaali- ja terveydenhuollon yhteisen pienuelpohjaisen väestövastuutoiminnan. Tämän toiminnan ytimen muodostaa moniammatillinen aluetyöryhmä.

Alueellisessa väestövastuutoiminnassa voidaan nykyistä paremmin toteuttaa hoidon tarkoituksenmukainen porrastus ja ennalta ehkäistä raskaiden hoitojen ja palvelujen tarvetta hyödyntämällä sosiaali- ja terveydenhuollon moniammatillisen aluetyöryhmän laaja-alaista osaamista. Uudenlaisia mahdollisuuksia avautuu aluetyöryhmän tuntiensa väestönsä, sen voimavarat ja ongelmat sekä alueella julkisten palvelujen rinnalla toimivat ns. "epäviralliset voimavarat".

Aluetyöryhmä huolehtii alueensa väestön sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluista ja väestön tarkoituksenmukaisesta pääsemisestä vaativimpiin hoito- ja hoivapalveluihin.

2.3.3 Työryhmä ehdottaa, että sosiaali- ja terveysministeriö huolehtii siitä, että sen omat ja alaiset tutkimus- ja kehittämisorganisaatiot tukevat pienaluepohjaisen väestövastuutoiminnan toteutumista yhteistyössä perustettavan kuntaliiton ja Kunnallisen kehittämissäätiön kanssa 1–2 vuoden ajan.

2.3.5 Työryhmä esittää sosiaali- ja terveysministeriölle ryhtymistä toimiin kunnallislain muuttamiseksi, siten että on mahdollista luopua kuntien maksuosuuksien jälkilaskutusmahdollisuudesta.

Tämä on luonteva jatko sosiaali- ja terveysministeriön kuntakorvausprojektin työlle.

2.3.5 Työryhmä esittää, että henkilöille, jotka tällä hetkellä ovat asunnon puutteen vuoksi laitoshoidossa, hankitaan sopiva asunto.

Selvitysmiehet kartoittavat kunnittain asunnon puutteen vuoksi laitoshoidossa olevien henkilöiden määrän. Kunnille tehdään arvio kotiin sijoittamisen kustannusvaikutuksista.

2.3.6 Työryhmä pitää tärkeänä, että kunnat lisäävät asuntojen korjaustoimintaa ja -neuvontaa.

2.3.7 Työryhmä esittää, että kunnat ryhtyvät yhteistoiminnassa paikallisten asunto-osakeyhtiöiden kanssa pikaisiin toimiin liikuntaesteiden poistamiseksi ja hissien rakentamiseksi hissittömiin kolmekerroksisiin ja sitä korkeampiin taloihin.

2.3.8 Työryhmä esittää selvitettäväksi, tulisiko kansaneläkelaitoksen toimia aktiivisesti sairaalahoitopaikan hakemiseksi, kun todennäköinen pitkä sairauspäiväraha-kausi on alkamassa.

Asiaa voidaan alustavasti käsitellä sairausvakuutustoimikunnassa ja sopia jatkovalmisteluista.

2.3.9 Työryhmä ehdottaa, että palvelumaksujen määräytymisen perusteita muutetaan niin, että ne suosivat avohuoltoa ja ns. välimuotoisia palveluja pitkäaikaisen hoidon sijasta.

Tämän tulee ottaa huomioon STM:n maksupolitiikatoimikunnan työskentelyssä.

2.3.10 Työryhmä esittää WHO:n Terveyttä kaikille vuoteen 2000-maa-arviointiraportin mukaisesti, että sosiaali- ja terveysministeriön asettamassa sairaanhoito- vakuutustoimikunnassa selvitetään sairausvakuutusjärjestelmän kautta tapahtuvan yksityislääkäritoiminnan rahoittamisen suhde terveyskeskusmaksuun.

2.2.11 Työryhmä pitää yhtenä rakennemuutoksen onnistumisen edellytyksenä, että perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välistä yhteistoimintaa ja konsultaatioiden määrää lisätään.

2.2.14 Työryhmä ehdottaa, että sosiaali- ja terveysministeriö käynnistää kustannuslaskentaan liittyvän koulutusohjelman.

Koulutusohjelman tavoitteena on lisätä kustannustietoisuutta ja kykyä kustannuslaskentaan. Koulutusohjelma kattaa kaikki sosiaali- ja terveydenhuollon hallinnon tasot, sosiaali- ja terveysministeriöstä kuntiin. Koulutus on hyvä järjestää yhteistyössä kustannuslaskentaan perehtyneiden alan tutkimus- ja koulutuslaitosten kanssa sekä kunnallisen laskentatoimen uudistustoimikunnassa (KULAUS).

Taloudellisuusarvioinnin edellytyksenä on, että kustannuslaskennan yleiset perusteet otetaan käyttöön, erityisesti varsinaista palvelutuotantoa harjoittavissa toimintayksiköissä tai tulosityksiköissä. Tulosityksiköiden tulee pyrkiä tuotteistamaan toimintaansa. Tämä edellyttää muun muassa päätöstä tai sopimusta tavasta, jolla tuotteiden määrä ja laatu) mitataan.

Suuremmat sairaalat tai sairaanhoitopiirit ovat jo siirtymässä palvelujensa tuotteistamiseen. Sen sijaan muualla sosiaali- ja terveydenhuollossa on vielä varsin yleistä, että tulosityksiköt eivät tunnista tuotteitaan, eivät laske niiden hintoja ja eivät ole riittävän tarkasti selvillä niiden kustannuksiin vaikuttavista tekijöistä.

2.3.15 Työryhmä suosittaa, että kunnat varaavat sosiaali- ja terveydenhuollon käyttöbudjeteissaan vähintään 1% palvelurakennetta, toimintatapoja ja hoitokäytäntöjä kehittävään ja uudistavaan selvitys- ja tutkimustyöhön sekä tietojärjestelmien rahoittamiseen.

Tässä muistiossa on monin tiedoin ja tavoin osoitettu, että suomalainen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenne vaatii edelleen monipuolista kehittämistä, joka puolestaan edellyttää varoja. Mikäli kunnat eivät uhraa tähän tarkoitukseen riittävästi käyttökustannusmenoistaan, saattavat hyvät tarkoitukset valua hukkaan. Toimivan, asiakkaiden ja potilaiden palvelua sekä oikealle hoitoportaalille sijoittelua edistävän tietojärjestelmän olemassaolo, ajantasalla pito ja uuden oppiminen on perusedellytys kunnan asukkaita nykyistä paremmin palvelevan rakenteen aikaansaamiselle.

Toiminnan ennakkointia ja seuranta varten – samoin kuin asiakas- ja potilasvirtojen jokapäiväisen hallintaan kehitettyjen ohjelmistojen tarjonta on varsin suppeaa. Vanhustenhuoltoon on atk-työvälineitä kuitenkin tarjolla. Tällaisia ovat mm. STH:n yhteistyössä 11 läänin ja 37 kunnan kanssa kehittämä vanhustenhuollon suunnittelujärjestelmä, johon liittyy ennustemalli (Evergreen). Esimerkiksi Turussa ja Kotkassa on käytössä vanhustenhuollon asiakastason tietojärjestelmä VAPA, jota voidaan käyttää apuna järjestettäessä asiakkaille kulloistakin tarvetta vastaavaa palvelua.

2.3.16 Työryhmä ehdottaa, että STAKES, Kunnallinen kehittämissäätiö ja perustettava Kuntaliitto käynnistävät sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennetta ja kustannuskehitystä sekä toiminnan järjestämismuotoja tukevaa ja arvioivaa tutkimus- ja kehitystoimintaa. Kehittämistyön kohteeksi tulee ottaa myös asumista kehittäviä ja asumisedellytyksiä lisääviä hankkeita.

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmää ja sen toteuttamisvaihtoehtoja tulisi arvioida paitsi toimivuuden ja taloudellisuuden myös järjestelmän asiakkaan näkökulmasta. Arvioinneissa olisi hyvä verrata suomalaisen ja kansainvälisten järjestelmien ratkaisuvaihtoehtoja. Keinot tuloksellisen palvelurakenteen kehittämiseksi vaihtelevat kunnan olosuhteiden mukaan. Toiminnan tuloksellisuutta kuvaavat tietojärjestelmät ja mittarit tulee kytkeä kunnan valitsemaan palvelujen organisointimalliin sekä tulosbudjetointimalliin.

2.3.17 Työryhmä ehdottaa, että STAKES selkeyttää yhdessä asiantuntijoiden kanssa sosiaali- ja terveydenhuollon ja siihen kytkeytyvän asumisen käsitteistön.

Yhtenäisellä käsitteistöllä helpotetaan sosiaalihuollon, terveydenhuollon ja asuntoimen yhteistyötä.

Lähdeluettelo

Helsingin terveystoimisto Uuteen johtamisjärjestelmään Helsingin terveystoimistossa JOKE-projekti, Helsingin kaupungin terveystoimiston raportteja ,Sarja A, Raportti 61/1992

Häkkinen U. Terveyspalvelujen käyttö, terveydentila ja sosio-ekonominen tasa-arvo Suomessa, Sosiaali- ja terveyshallitus, tutkimuksia 20/1992

Hämeen lääninhallitus, Hämeen läänin kuntien ja kuntainliittojen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenne ja toimintatietoja v. 1990, Hämeen lääninhallituksen julkaisusarja 1992 :19

Iivari A. ja Jämsen R., Sosiaali- ja terveydenhuollon kunnittainen kustannusvertailu vuonna 1989, STM kehittämissosaston julkaisuja 1992:1.

Laiho U., Hurnasti T., Laiho K., Ojala K., Sundström L. Vanhusten asumisen vaihtoehdot, Suomen Kaupunkiliitto* Sairaalaliitto* Suomen kunnallisliitto 1991

NOMESCO Health Trends in Nordic Countries Annus Medicus 1990, NOMESCO no 33, NORD 1990:99 E

NOMESCO Health Statistics in the Nordic Countries 1966–1991, Nordic Medico-Statistical Committee 36:1991

Nässi S., Vaissi E., Koski T., Niininen O., Vannes A., Paatonen P. Turun kaupungin vanhustenhuollon suunnitelma 1991–2000, Turun kaupungin terveydenhuollon julkaisuja N:O 9:1991

Oulun Lääninhallitus Sosiaali- ja terveydenhuollon läänikatsaus Oulun lääni 1992, Oulun lääninhallitus sosiaali- ja terveysosasto 1992

Paronen O., Kuusilinna P., Lauslahti K., Vuori I. Tampereen terveysprofiili 1989–1990 Osa 1 Aikuisväestön terveyskysely, Tampereen terveystoimisto ja UKK-instituutti, Tampere 1991

Pohjois-Karjalan Seutukaavaliitto Asuntojen perusparannus kannattaa, painossa

Pohjois-Karjalan Lääninhallitus Vanhuspolittinen pitkän aikavälin toimintaohjelma, projekti 1989–2030, julkaisu 5/92

Rissanen V., Niskanen T., Hokkanen E. Terveydenhuollon alue- ja palvelualakohtainen sairaansijarakente v. 1991, Dialogi no 1992.

Ruotsalainen P. Menetelmä alueellisen sairaanhoidon tarjonnan määrittämiseksi, Sosiaali- ja terveyshallitus, tutkimuksia 13/1991

Sairaalaliitto Suomen sairaalatilasto 1989, Tilastojulkaisu 1990

Sairaalaliitto Suomen sairaalatilasto 1990, Tilastojulkaisu 1991

Salmela R. Yleissairaaloiden vuodeosastohoidon käyttö Suomessa 1980–85, Sosiaali- ja terveyshallitus, tutkimuksia 10/1991

Segerholm R. Kanta-Hämeen keskussairaala Erikoisalojen koko vuonna 1997, Suomen terveydenhuollon konsultit 1990

Sosiaali- ja terveysministeriö Mielenterveystyön porrastustyöryhmän muistio, työryhmämuistio 1992:10

Sosiaali- ja terveysministeriö Yhteenveto sosiaali- ja terveydenhuollon kertomuksesta 1991 koko maa, Sosiaali- ja terveysministeriön monisteita 1992:21

Sosiaali- ja terveyshallitus Sosiaali- ja terveydenhuollon KETI-tietoja vuodelta 1989, Sosiaali- ja terveyshallitus tietopalveluosasto 1991

Sosiaali- ja terveyshallitus Sosiaali- ja terveydenhuollon KETI-tietoja vuodelta 1990, Sosiaali- ja terveyshallitus tietopalveluosasto 1991

Sosiaali- ja terveysministeriö Terveyttä kaikille vuoteen 2000, Suomen terveystiikan pitkän aikavälin tavoite- ja toimintaohjelma, Sosiaali- ja terveysministeriö 1986

Sosiaali- ja terveysministeriö Valtakunnallinen suunnitelma sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä vuosien 1993–1996,

Törmä S. Menot, palvelut, vaikuttavuus, sosiaalihuollon menot ja palvelujen vaikuttavuus Hämeen läänissä, Sosiaali- ja terveyshallitus, Raportteja 37/1992

Uudenmaan lääninhallitus Uudenmaan läänin kuntaprofiili, Uudenmaan lääninhallituksen julkaisusarja 1992:7

Vaarama M., Vanhustenhuollon palvelujen tavoitteet ja todellisuus, Sosiaali- ja terveyshallitus, Raportteja 48, 1992

Vaarama M., Hurskainen R., Hyvään vanhuuteen 1990- ja 2000-luvuilla, Sosiaali- ja terveyshallitus, painossa.

PALVELURAKENNETYÖRYHMÄN MUISTION LIITE 1

NYKYINEN PALVELURAKENNE, SEN ONGELMAT JA MITTARIT

Sisällysluettelo

1. Nykyinen palvelurakenne	1
1.1 Palvelujen tarjonta ja tuotanto	1
1.2 Kustannukset	3
2. Palvelurakenteen ongelmia	6
2.1 Palvelujärjestelmän laitospainotteisuus ja hoitopaikkojen epätarkoituksenmukainen käyttö	7
2.2 Erot kuntien ja kuntainliittojen palvelurakenteessa, palvelujen käytössä ja kustannuksissa	10
2.3 Päätöksenteon ja toimintatavan ongelmat	11
2.4 Asumisen ongelmat	14
2.5 Investointisuunnitelmien laitospainotteisuus sekä investointien rahoituksen koordinoimattomuus	16
2.6 Kuntien rahoitusvastuu erikoisairaanhoidossa	18
3.0 Palvelurakenteen mittarit	19
3.1 Valtakunnan- ja aluetason palvelurakenteen mittarit	19
Käsitteitä	22

TAULUT

Taulu 1 Tietoja sosiaali- ja terveydenhuollosta

Taulu 2 Terveydenhuollon menot vuoden 1990 hinnoin

Taulu 3 Sosiaali- ja terveydenhuollon menot ja kansantuoteosuus vuosina 1975 – 1992

Taulu 4 Terveydenhuollon avohoidon rakennemuutos

Taulu 5 Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilökunta kunnissa ja kuntainliitoissa vuosina 1980, 1985 ja 1990

Taulu 6 Sosiaalihuollon avo- ja laitoshuollon kehitys –vanhustenhuolto

Taulu 7 Kehitysvammahuollon kehitys

Taulu 8 Vanhainkotien asukkaiden tarkoituksenmukainen hoitopaikka vuoden 1991 asiakaslas-
kennan mukaan

Taulu 9 Tietoja Vaasan läänin sosiaali- ja terveydenhuollosta

1. Nykyinen palvelurakenne

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmää ja sen rakennetta tarkastellaan seuraavassa tarjonnan (hoitopaikat ja sairaansijat), tuotannon (käynnit, kontaktit ja hoitopäivät) ja kustannusten näkökulmista. Palvelurakennetta kuvataan toisaalta tilastoilla, toisaalta asiantuntijoiden näkemyksillä ja tutkimustiedolla. Työryhmä piti sairaansijojen määrää epätyydyttävänä mittarina, mutta pitäytyi sen käytössä, jotta olisi mahdollista tehdä vertailuja kansallisten ja kansainvälisten tilastojen perusteella.

Kunnalla on monta tapaa järjestää sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut kuntalaisille. Se voi ylläpitää omaa terveystieteistä tai olla jäsenenä kansanterveystyön kuntainliitoissa. Oman sosiaalitoimen/sosiaalikeskuksen lisäksi se voi omistaa vanhainkoteja itse tai yhdessä muiden kuntien kanssa. Kunnan on lisäksi kuuluttava sekä erikoissairaanhoidon että kehitysvammahuollon kuntainliittoihin. Osan palveluista kunta voi järjestää myös ostopalveluina.

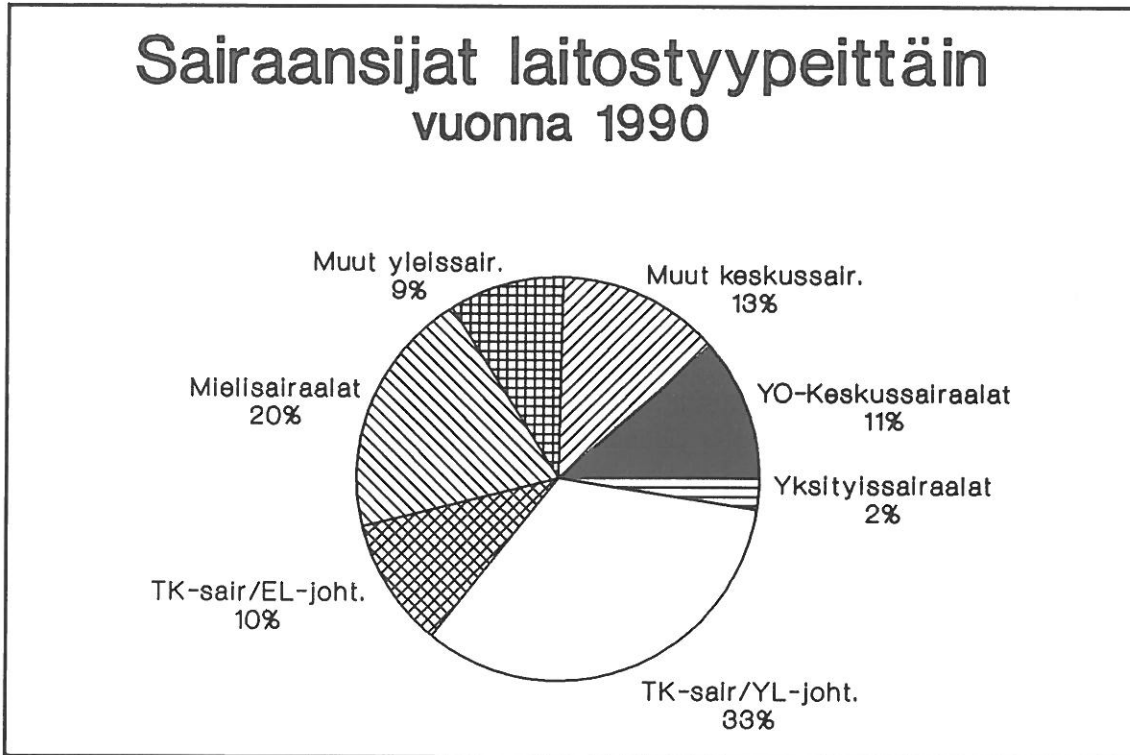
Palvelurakennetta muotouttavat merkittävästi tehdyt uudis- ja korvaavat investoinnit. Valtio on rahoittanut sosiaali- ja terveydenhuollon investointeja pääosin suunnittelu- ja valtiosuusjärjestelmän avulla. Raha-automaattivastuuksilla tuetaan järjestöjen investointeja. Asuntotuotantomäärärahoja käytetään myös jossain määrin tukemaan sosiaali- ja terveydenhuollon avoavopalvelujen kehittämistä.

Sosiaali- ja terveydenhuollon julkiset investoinnit ovat kasvaneet reaalisesti koko 1980-luvun. Vuonna 1990 ne olivat 1,9 miljardia markkaa. Summassa on reaalista kasvua vuoteen 1980 verrattuna 58 prosenttia. Vuosina 1993–1996 on sosiaali- ja terveydenhuollon perustamishankkeita suunniteltu rahoitettavaksi 1,2 miljardilla markalla vuodessa. Sosiaali- ja terveydenhuoltoa, sen rakennetta ja menoja vuonna 1990 on tarkasteltu yksityiskohtaisesti taulussa 1.

1.1 Palvelujen tarjonta ja tuotanto

Laitoshoidon paikkoja ja sairaansijoja on kuluvaan vuonna yhteensä noin 85.700 eli 1,7 prosentille väestöstä. Näistä on vanhainkotipaikkoja lähes 30.000, kansanterveystyön sairaansijoja 25.000 (joista erikoislääkärijohtoisia sairaansijoja noin 5.000), muita erikoissairaanhoidon sairaansijoja on noin 18.000 yleissairaaloissa ja 7.500 psykiatrisissa sairaaloissa. Kehitysvammaisten laitospaikkoja on noin 5.100. Laitospaikoista vajaa kaksi kolmannesta on pitkäaikaishoitoa vaativien asiakkaiden käytössä. Näistä merkittävin ryhmä ovat vanhukset, joita on pitkäaikaishoitopaikoilla vajaa 50 000.

Vuonna 1990 oli koko maassa sairaansijoja tuhatta asukasta kohti erikoissairaanhoidossa 5,5 ja terveystieteissä 3,5. Tuhatta yli 75-vuotiasta kohti oli vanhainkotipaikkoja 96. Sairaansijojen jakautuma vuonna 1990 laitostyypeittäin on esitetty kuvassa 1.



Kuva 1 Sairaansijat laitostyypeittäin vuonna 1990

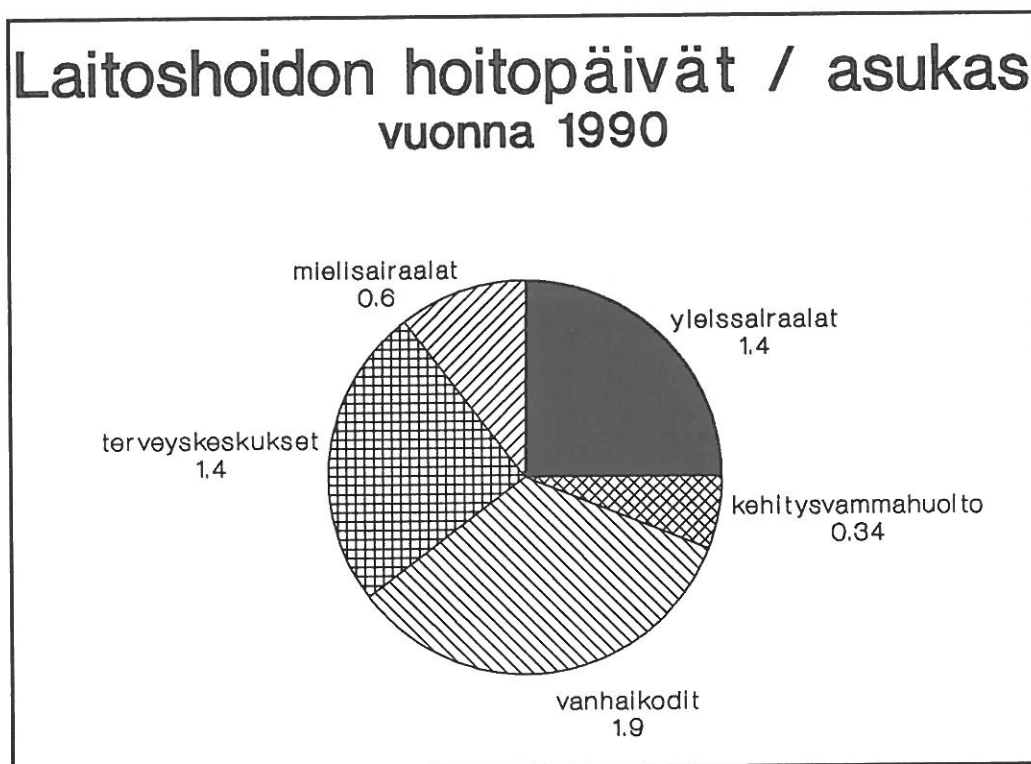
Laitoshoidossa tuotettiin vuonna 1990 yhteensä noin 29 miljoonaa hoitopäivää, taulukko 1. Hoitojaksojen keskimääräiset pituudet ovat yleissairaaloissa lyhentyneet 1980-luvulla vuoden 1985 7,7 päivästä vuoden 1990 5,9 päivään. Mielisairaaloissa keskimääräinen hoitoaika lyhentyi samassa ajassa 156 päivästä 82 päivään.

LAITOSHOIDON HOITOPÄIVÄT (tuhansia hoitopäiviä)								
VUOSI	erikoissairaanhoito			pitkäaikaishoito				Kaikk- ki yht.
	yleissai- raalat	mielissai- raalat	yht.	terveys- keskus- set	vanha- inko- dit	yht.	kehitys- vamma- huolto	
1980	8 200	6 600	14 800	3 500	9 900	13 400	2 000	30 200
1990	7 000	3 400	10 400	7 000	9 400	16 400	1 700	28 500

Taulukko 1 Laitoshoidon hoitopäivät vuosina 1980 ja 1990

Maassamme tuotettiin vuonna 1990 yhteensä eri laitoksissa keskimäärin 5,6 hoitopäivää tuhatta asukasta kohti, kuva 2. *Kuntakohtaiset vaihtelut asukasta kohti lasketuissa hoitopäivissä läänin tai sairaanhoitopiirin sisällä ovat suuret, jopa kolminkertaiset.* Vuonna 1990 kävi erikoissairaanhoidon avovastaanotolla jokainen

suomalainen noin kerran ja terveyskeskuksiin tehtiin keskimäärin 6,3 käyntiä asukasta kohti.



Kuva 2 Laitoshoidon keskimääräiset hoitopäivät asukasta kohden vuonna 1990

Maamme nykyinen asuntokanta käsittää noin 2,2 miljoonaa asuntoa. Uustuotanto on ollut vuosittain keskimäärin noin 50.000 asuntoa ja se on vähenemässä suuruusluokkaan 1 prosenttia asuntokannasta. Uudisrakentaminen tulee siten olemaan jatkossa vähäistä pääkaupunkiseutua ja maakunnallisia kasvukeskuksia lukuunottamatta.

Vanhusten ja vammaisten palveluasunnoiksi tilastoituja asuntoja oli vuonna 1990 noin 8100. Tämän lisäksi palveluasunnoiksi katsottavia asuntoja on jonkin verran psykiatrista hoitoa vaativille. Eräissä kunnissa (esimerkiksi Turussa) on viime vuosina kehitetty "raskashoitoisia" asiakkaita – lähinnä vanhuksia – varten tarkoitettuja "hoivakoteja", jotka eivät vähälukuisuutensa vuoksi näy valtakunnallisissa tilastoissa.

1.2 Kustannukset

Vuonna 1991 olivat kuntien sosiaalitoimen ja terveydenhuollon käyttökustannukset 53,6 miljardia markkaa ja vuoden 1992 arvio on 57,6 miljardia. Sosiaali- ja terveydenhuollon käyttökustannusten yhteismäärän arvioidaan olevan vuonna 1993 57,8

miljardia markkaa, joista valtionosuutta on 20,8 miljardia. On mahdollista, että todellisuudessa vuoden 1992 kustannukset jäävät vuoden 1991 tasalle, koska monissa kunnissa ja kuntainliitoissa on jouduttu tekemään kulujen leikkauksia, jotka eivät vielä näy tilastoista.

Kuntien ja kuntainliittojen ylläpitämän sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnan nettokäyttömenot olivat vuonna 1991 yhteensä noin 45 miljardia, mikä merkitsee keskimäärin 9 000 mk jokaista maan asukasta kohti. Menot jakautuivat siten, että sosiaalihuollon osuus oli 45 prosenttia. Suurin menoerä oli sosiaalipalvelut, jonka osuu kaikista nettokäyttömenoista oli 36 prosenttia, taulukko 2. Sosiaalipalveluihin kuuluvat muun muassa vanhusten avo- ja laitospalvelut sekä lasten päivähoito.

SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON NETTOKÄYTTÖMENOJEN JAKAUTUMA VUONNA 1991		
	menot miljardia markkaa	osuus %
sosiaalipalvelut	16,2	36
erikoissairaanhoido	13,6	30
kansanterveystyö	9,8	22
lasten kotihoidon tuki	2,3	5
toimeentuloturva	1,8	4
terveyskeskusten erik.lääk.joht sairaalat	1,0	2
muut	0,5	1
Yhteensä	45,2	100

Taulukko 2 Sosiaali- ja terveydenhuollon nettokäyttömenot vuonna 1990

Terveydenhuollon menojen muutosta 1980-luvulla on tarkasteltu taulussa 2. Menot ovat kasvaneet vuodesta 1980 vuoteen 1990 yhteensä 106 prosenttia (vuoden 1990 hinnoin elinkustannusindeksillä deflatoituna).

Sosiaalipalveluissa on laitoshuollon osuus menoista dominoiva. Vuoden 1990 tilastojen (KETI 1990 tilastot) perusteella käytettiin vanhusten sosiaalipalveluihin (vanhainkotihoidon ja kotipalveluihin) kolmannes sosiaalipalvelujen bruttokäyttömenoista. Lähes 70% vanhusten sosiaalipalvelujen menoista käytettiin vanhainkotihoidon. Arvio perusterveydenhuollon menojakautumasta on samanlainen.

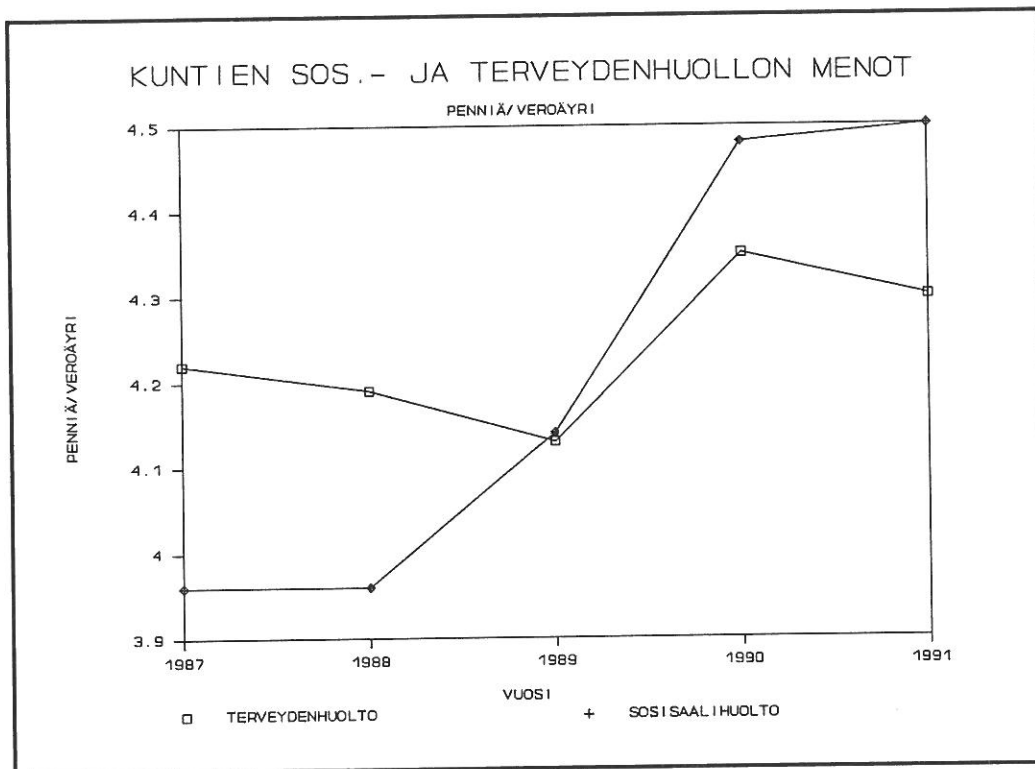
Sosiaalihuollossa merkittävin avohuollon toimintamuoto on kodinhoitoapu, josta noin kaksi kolmannesta kohdistuu vanhuksiin. Tukipalvelut ja välimuotoiset palvelujärjestelmät (palveluasuminen sen eri muodoissa) muodostavat vielä varsin vaatimattoman osan palveluista, joskin viime vuosina tällaisia toimintamuotoja on kehitetty.

Koko terveydenhuollon menot olivat vuonna 1990 noin 32 miljardia markkaa. Sairaaloitten vuodeosasto- ja avohoidon osuus oli summasta 83%. Terveydenhuollon kokonaiskäyttömenot ovat nousseet 1980-luvulla reaalisesti varsin nopeasti. Nousu oli kyseisenä vuosikymmenenä 72 prosenttia, vuodeosastohoidossa 57 prosenttia ja avohuollossa 114 prosenttia.

Terveydenhuollon avohoidon menot olivat vuonna 1990 noin 14 miljardia markkaa sairaaloitten osuuden ollessa tästä noin 3 miljardia, taulu 2. Avohoidon käyttömenojen suhteellista jakautumista eri osatoiminnoille vuonna 1990 on kuvattu taulussa 4. Terveyskeskusten avohoidon osuus oli 39%, sairaaloitten 22%, hammashuollon 17% ja yksityislääkäreiden 13 prosenttia. Kotisairaanhoidon ja lääkärin

kotikäyntien osuus perusterveydenhuollon menoista on vaatimaton. Terveyskeskusten antaman avohoidon osuus kaikista avohoidon menoista on noussut vuosikymmenessä kahdella ja sairaaloiden avohoidon neljällä prosenttiyksiköllä.

Sosiaalitoimen ja terveydenhuollon menot rasittavat kuntien veroäyriä vuonna 1991 keskimäärin 8,8 pennillä (ennakkotieto). Terveydenhuollon osuus tästä oli 4,3 penniä ja sosiaalitoimen 4,5 penniä. Tällä tapaa mitattu sosiaalitoimen rasite ylitti terveydenhuollon lukeman vuonna 1989 (kuva 3). Kuntien välinen vaihtelu on huomattava: vuonna 1991 sosiaalitoimen ja terveydenhuollon veroäyrirasite vaihteli 5,4 pennistä 11,2 penniin (sosiaalitoimessa 2,2 – 6,1 penniä ja terveydenhuollossa 2,3 – 6,5 penniä).



Lähteet: Kantokykyluokitustiedosto 1993. Tilastokeskus
Kuntien taloustilastot

Kuva 3 Kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon menot vuosina 1987–1991 veroäyriä kohti

Sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksista noin 70 % on henkilöstökustannuksia. Vuonna 1990 oli kunnissa ja kuntainliitoissa yhteensä 220.000 sosiaali- ja terveydenhuollon virkaa. Voidaan arvioida, että niissä työskentelevistä henkilöistä toimi laitoshoidossa noin 85.000, joista 65.000 työskenteli sairaaloissa.

Valtionosuuden määrittämisen perusteena olevan sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön kokonaismäärä vuonna 1993 on 236.000 henkilöä. Virkojen määrä on

kasvanut kymmenessä vuodessa noin 53.000 eli kolmanneksella. Henkilöstön määrän kasvu on ollut sosiaalipalveluissa nopeampaa kuin terveydenhuollossa, joskin terveydenhuoltohenkilöstöä on vieläkin hieman enemmän kuin sosiaalipalveluhenkilöstöä. Sosiaalipalveluissa on henkilöstön määrän kasvu ollut voimakkainta lasten päivähoitossa sekä vanhusten ja vammaisten avohuollossa. Terveydenhuollossa on henkilöstömäärän kasvua tapahtunut kansanterveystyössä, mutta myös 1980-luvun jälkipuoliskolla on erikoissairaanhoidon henkilöstö kasvanut (taulu 5).

2. Palvelurakenteen ongelmia

Kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen määrä ja rakenne on seurausta eri aikoina valittujen toimintastrategioiden perusteella tehdyistä investoinneista ja voimavarapannostuksista. Toisiinsa niveltymättömien osaratkaisujen tuloksena on syntynyt nykyinen laitospainotteinen ja sektoroitunut palvelurakenne. Tämä on suhteellisen korkeasta laadustaan ja kohtuullisista kustannuksistaan huolimatta osin heikosti toimiva ja epätarkoituksenmukainen järjestelmä. Valtionosuusuudistuksen toivotaan selkeyttävän palvelujen järjestäjien ja tuottajien välisiä suhteita ja siten parantavan toimintojen koordinaatiota.

Terveyden tasa-arvo on kansalaisten kannalta toteutunut Suomessa puutteellisesti. Tutkimusten mukaan on pitkäaikaissairaista 58% viidessä alimmassa tuloluokassa. Erityisen huonosti on tasa-arvo toteutunut verenkiertoelin ja tuki- ja liikuntaelinten sairauksissa sekä tapaturmissa. Kuitenkin näyttää terveystalouden kokonaiskäyttö Suomessa määräytyvän pikemmin tarpeen kuin maksukyvyn mukaan.

Sosiaali- ja terveystalouden palvelujärjestelmän ongelmia ovat *asiakasnäkökulmasta*

- Palvelujen tarjonnan riittämättömyys kysyntään nähden. Tämä ilmenee pitkinä jonotusaikoina hoitoon ja tutkimuksiin.
- Potilaan "makuuttaminen" sairaalassa silloin kun hän selviäisi avohoidossa. Tämä merkitsee hänelle usein tarpeetonta elämän laadun laskua ja laitostumista.
- Erikoislääkäripalveluiden tarjonta keskittyy tiheään asuttuihin kaupunkikeskuksiin ja sairaaloiden sijaintipaikkakunnille. Näiden ulkopuolella asuvat kansalaiset pystyvät käyttämään palveluja vähemmän ja kalliimmilla kustannuksilla kuin muut.
- Kokonaishoidon ja kokonaisvaltaisten palvelujen puute. Hoidetaan peräkkäisiä osaongelmia kokonaisuuden sijasta. Asiakkaalle ei tehdä kaikkia tarpeellisia tutkimuksia ja hoitoja kerralla.
- Byrokraattinen ja viranomaisvaltainen palvelukulttuuri.

Työryhmä on katsonut, että *sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteen keskeisimmät ongelmat ovat*

- palvelujärjestelmän laitospainotteisuus
- hoitopaikkojen epätarkoituksenmukainen käyttö
- avohoidon ja muiden laitoshoidolle vaihtoehtoisten palvelumuotojen kehittymätömyys
- palvelutarpeella selittymättömät suuret kuntien ja kuntainliittojen väliset erot palvelurakenteessa, palvelujen käytössä ja palvelujen kustannuksissa

Näitä ongelmakohtia käsitellään yksityiskohtaisemmin jäljempänä.

Tekijöinä, jotka ovat olleet vaikuttamassa palvelurakenteen muotoutumiseen nykyisenkaltaiseksi ja jotka samalla ovat esteinä palvelurakenteen muutoksille, pitää työryhmä seuraavia

- päätöksenteon ja toiminnan ongelmia
- asuntopolitiikkaa, joka ei tue sosiaali- ja terveystalouden järjestämistä avohuollossa
- investointiratkaisuja, joiden painopiste on ollut laitoshoidon yksiköiden rakentamisessa, sekä koordinoimattomuutta investointien rahoituksessa
- erikoissairaanhoidon kuntalaskutusjärjestelmää, joka mahdollistaa sen, ettei tuotanto-organisaation volyymin ja kustannusten tarvitse alentua tuotannon laskiessa
- asenteita, joiden takia yhteistyö asuntopolitiikassa ja sosiaali- ja terveydenhuollossa ei toteudu riittävästi kunnissa eikä valtionhallinnon eri tasoilla
- kustannustietoisuuden puutetta

Työryhmä korostaa sitä, että palvelurakenteen ongelmat vaihtelevat paikallisesti ja alueellisesti ja niitä tulisi arvioida kunta- ja tuottajaorganisaatiokohtaisesti.

2.1 Palvelujärjestelmän laitospainotteisuus ja hoitopaikkojen epätarkoituksen mukainen käyttö

Sairaala- ja laitospainotteisuus ilmenee Suomen palvelurakenteessa kahdella päätavalla. Ensinnäkin ihmisiä hoidetaan ylipäättään liikaa laitoksissa. Toisaalta osa laitoksissa hoidetuista on epätarkoituksenmukaisessa hoitopaikassa. Tämä on usein on myös kunnan kannalta kallis hoitoratkaisu.

Somaattisen sairaalahoidon tarjonta on maassamme kansainvälisesti katsoen runsasta. Somaattisen erikoissairaanhoidon sairaansijojen määrä oli vuonna 1990 kaikkiaan 5,6 sairaansijaa tuhatta asukasta kohti. Terveystalouden 2000-ohjelman mukainen pitkän aikavälin tavoite on 3,5– 3,9 sairaansijaa/1000 asukasta. Eräissä Euroopan maissa on tarjonta noin 3 sairaansijaa/1000 asukasta. Suomen ylikapasiteetti on vielä esitettyjä numeroeroja suurempi, kun otetaan huomioon, että Suomessa vanhusten väestöosuus on pienempi kuin monissa muissa Euroopan maissa.

Erikoissairaanhoidon sairaansijojen määrä on vähentynyt 1980-luvun lopulla runsaalla 2000 sairaansijalla. Terveystalouden sairaansijojen määrä on sensijaan kaksinkertaistunut 1980-luvulla. Kehitysvammaisten laitospaikkojen määrä on pudonnut lievästi 1980-luvun jälkimmäisellä puoliskolla.

Tilastojen valossa terveydenhuollon kokonaisrakenne on muuttunut 1980-luvulla lievästi aikaisempaa avohoitopainotteisemmaksi. Avohoidon osuus on kasvanut vuoden 1980 29 prosentista vuoden 1990 36 prosenttiin. Keskeinen syy tähän on psykiatrisen laitoshoidon supistuminen 1980-luvulla. Lievää kasvua on tapahtunut myös sairaaloiden avohoidossa. Avohoidossa näyttää kuitenkin erikoissairaanhoidon suhteellinen osuus lisääntyneen.

Jos nykyiset laitospaikkaluvut suhteutetaan kohdeväestöön, tullaan johtopäätökseen, että suomalainen sosiaali- ja terveydenhuolto on nykyään lähes yhtä laitospainotteinen kuin 1970-luvun alussa, vaikkakin laitospaikkojen määrä 1980-luvun huippuluvuista onkin pienentynyt.

Psykiatrisia sairaansijojen oli vuonna 1990 2,3 sairaansijaa tuhatta asukasta kohti. Näistä kolme neljäsosa sijaitsi mielisairaaloissa, loput yleissairaaloissa ja erikoislääkärijohtoisissa terveyskeskuksissa. Psykiatrista avohuoltoa on kehitetty määrätietoisesti viimeisten vuosien aikana. 1980-luvulla psykiatrisia laitospaikkoja on vähenetty 41 prosenttia. *Purku ei ole kuitenkaan tapahtunut alueittain tasaisesti ja sen edelleen jatkaminen on työryhmän näkemyksen mukaan perusteltua.*

Mielisairaaloissa on historiallisesti ollut eri henkilökuntamitoitus kuin somaattisessa erikoissairaanhoidossa johtuen suurelta osin niiden aikaisemmasta säilyttävästä hoitoideologiasta. 1980-luvulla on siirrytty kuntouttavaan hoitoon sekä avohoidon kehittämiseen. Laitoshoitopaikkojen vähenemisen yhdessä hoitoideologiassa tapahtuneiden muutosten kanssa on aiheuttanut sen, että hoitopaikkaa kohti lasketut vuotuiset kustannukset ovat vuodesta 1980 vuoteen 1990 kasvaneet noin 100 prosenttia. Kasvu on lähes kaksinkertainen verrattuna somaattisen erikoissairaanhoidon hoitopaikkaa kohti lasketujen käyttömenojen kasvuun. Osin tämä kasvu johtuu siitä, etteivät laitoshoidon voimavarat ole vähentyneet samassa suhteessa hoidettavien ja hoitotarpeiden muutosten kanssa.

Sairaala- ja laitospainotteisuus ilmenee selvästi myös *vanhustenhuollossa*. Kaikista vuonna 1990 kunnallisissa sairaaloissa tuotetuista hoitopäivistä käyttivät vanhusikäluokat yhteensä 61 prosenttia. Vanhuksille suunnattujen sosiaali- ja terveyspalvelujen kustannuksista 68 prosenttia käytettiin vuonna 1988 laitoshoitoon ja laitoshoido dominoi edelleen vanhustenhuoltoa. Vanhustenhuollon kehitystä on kuvattu tarkemmin taulussa 6.

Kehitysvammaisuus on yksilölle elinikäistä ja hänen elinkaarensa eri vaiheissa tarvitaan erilaisia tukimuotoja. Kehitysvammaisia arvioidaan olevan noin 28.000. Erot kehitysvammaisten määrissä maan eri osien välillä ovat suuret. Kehitysvammaisuuden piirissä on runsas 19.000 kehitysvammaista. Vaikeasti tai syvästi kehitysvammaisia on noin 31 prosenttia kehitysvammahuoltoa saaneista. Työkyvyttömyyseläkettä saavien kehitysvammaisten osuus 16–64 vuotiaista vaihteli vuonna 1990 lääneittäin kolmesta 11 promilleen, koko maan keskiarvon ollessa 6,1 promillea. Kehitysvammahuollon kehitystä on kuvattu taulussa 7.

Kehitysvammahuollon päätavoitteena on 1970-luvulta lähtien ollut laitoshuollon järjestäminen mahdollisimman monelle kehitysvammaiselle. 1980-luvulla kehitysvammahuollon tavoitteiksi muodostui Suomessakin periaate, jonka mukaan vammaisten tulisi voida elää niinkuin muutkin ihmiset. Lisäksi pyritään edistämään

vammaisten ja ei-vammaisten henkilöiden kanssakäymistä ja osallistumista. Muutokset ovat kuitenkin olleet hitaita ja kehitysvammahuolto on edelleen hyvin laitospainotteista. Kolmannes huollon piiriin kuuluvista asuu laitoksissa.

Kehitysvammaisten palveluissa ei ilmene pyrkimystä samanlaiseen hoidon porrastamiseen kuin erikoissairaanhoidossa vaan palvelut pyritään antamaan hänelle oikeana ajankohtana. Vuonna 1986 oli vanhempien luona asuvia kehitysvammaisia 8.800 eli 45% kehitysvammahuollon piirissä olevista. Heistä arviolta 4.000 asuu ikääntyvien vanhempien luona. Tästä aiheutuu lähivuosina *tarve lisätä asumispalveluja*. Ennen kaikkea aikuiset kehitysvammaiset tarvitsevat asumispalveluja, joihin he voivat saada tarpeelliset tukipalvelut. Kehitysvammaiset elävät lähes poikkeuksetta kansaneläkkeen varassa eivätkä kykene siten hankkimaan itselleen asuntoa ilman yhteyskunnan apua.

Kehitysvammahuollon laitospainotteisuuden purkautuminen on alkanut hitaasti 1980-luvun lopulla. Asuntolapaikkoja on lisätty neljänneksellä vuosina 1988 -1990. Myös perhehoito- ja päivähoitopaikkoja on lisätty. Rakennemuutos kehitysvammahuollossa on tapahtunut ensisijassa siten, että avohoitoa on kehitetty ilman, että laitoshuoltoa on merkittävästi vähennetty. Oikeansuuntaisesta kehitystrendistä huolimatta on vieläkin kehitysvammaisia epätarkoituksenmukaisesti sijoitettuna laitoksiin.

Asiantuntijoiden mukaan kehitysvammaisten laitoshoidon nykyistä radikaalimpi purkaminen edellyttäisi kehitysvammaisten erityishuollosta annetun lain säädöksiä muuttamista siten, että keskuslaitos ei olisi (kuten se on nyt) pakollinen. Jos tähän mennään, tulee huolehtia siitä, ettei laitoksista avohoitoon siirtyviltä henkilöiltä viedä kuntien säästötoimien myötä mahdollisuutta saada tarpeellista kuntoutusta, apuvälineitä ja lääkitystä maksutta.

Potilaiden epätarkoituksenmukainen hoitopaikka ilmenee selvästi sosiaali- ja terveyshallituksen ja sairaanhoitopiirien "Poistoprojektin" tuloksista vuodelta 1989. Sen mukaan oli sairaalahoidosta poistettujen pitkäaikaispotilaiden (yli puoli vuotta kestäneiden hoitajaksojen) keskimääräinen kesto 3,3 vuotta ja hoidon keskimääräinen kustannus noin 635.000 mk. Tutkimus arvioi, että jos puolet pitkistä hoitajaksoista olisi toteutettu asianmukaisemmalla hoitopaikalla, olisi näiden hoitojen kuluista voitu säästää yhteensä noin 1,5 miljardia markkaa eli noin 0,5 miljardia vuodessa. Sama tutkimus arvioi, että erikoissairaanhoidon on käytetty korvaamaan perushoitoa ja hoivapalveluja. Projektin laskelmat vuosilta 1989 ja 1990 osoittavat saman *epätarkoituksenmukaisen hoitotavan jatkuvan*.

Sosiaali- ja terveyshallituksen vuonna 1988 toteuttamassa pitkäaikaishoidon asiakaslaskennassa henkilökunta arvioi, että ainakin joka kolmas vanhainkotipaikka ja joka viides terveyskeskusten pitkäaikaishoitopaikka on väärin kohdennettu. Henkilökunnan mielestä joka viides laitoksessa oleva vanhus selviäisi avopalvelujen turvin kotomaan, jos näitä palveluja olisi.

Vuoden 1991 vastaavassa laskennassa oli vanhainkotien 23.000 asiakkaasta pitkäaikaisessa hoidossa 92 prosenttia. Heistä lähes puolet oli tullut hoitoon kotoa ja kolmasosa terveyskeskuksesta. Asiakkaista itsenäisesti suoriutuvia oli 6% ja satunnaisesti apua tarvitsevia 20%. Henkilökunnan arvion mukaan *17 prosentille asiakkaista (noin 4.000 vanhukselle) vanhainkoti ei ollut tarkoituksenmukainen hoitopaikka*. Puolelle heistä katsottiin tarkoituksenmukaiseksi hoitopaikaksi vanhusten palvelutalo ja 14 prosentille kotihoito tai päivähoito ja kotihoidon yhdistelmän, taulu 8. Kol-

masosa epätarkoituksenmukaisella hoitopaikalla olevista olisi tarvinnut muuta laitoshoidoa kuin vanhainkotihoitoa.

Näyttää ilmeiseltä, että kunnat käyttävät sairaalahoitoa korvamaan sosiaalihuollon laitospalveluja. Pitkäaikaishoito sairaaloissa saattaakin vähentää kunnan sosiaalihuollon laitoshoidon menoja, mutta kun samalla terveydenhuollon laitoshoidon kustannusten kasvavat huomattavasti, tulee tällainen korvaaminen kunnalle kalliiksi.

Sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisessä näyttää pyrkimyksenä olleen maksimoida valtionosuusjärjestelmän investointirahan käyttö, mikä on osaltaan vaikuttanut suomalaisen palvelujärjestelmän muotoutumiseen laitospainotteiseksi. Nykyinen maksuasetus, joka mahdollistaa sen että pitkäaikaishoitopaikalle sijoittaminen tulee asiakkaalle taloudellisesti edullisemmaksi kuin lyhytaikainen hoito, on osaltaan ohjannut asiakkaiden sijoittamista pitkäaikaishoitoon.

2.2 Erot kuntien ja kuntainliittojen palvelurakenteessa, palvelujen käytössä ja kustannuksissa

Tutkimusten mukaan esiintyy *sosiaali- ja terveystarjojen tarjonnassa ja käytössä suuria eroja kuntien, läänien ja sairaanhoitopiirien välillä*. Näiden erojen on voitu selittää johtuvan vain osaksi väestön palvelujen tarpeen vaihteluihin vaikuttavista tekijöissä (niitä ovat esimerkiksi väestörakenne, sairastavuus ja työttömyys). Eroja selittävät enemmän muun muassa palvelujen tarjonnan määrä ja rakenne, laitospalvelujen maantieteellinen läheisyys, kunnan varallisuus ja koko sekä omaksuttu palvelukulttuuri ja toimintapolitiikka. Usea näistä tekijöistä on kunnan päätäntävällän ulottuvissa.

Hoidon porrasteisessa käytössä (sairaala-, laitos- ja lääkäripalvelut) ilmenee tutkimusten mukaan eroja kunnan varallisuuden suhteen. Vauraimmat kunnat käyttävät suuremman osan hoitopäivistään ylemmillä ja yksikkökustannuksiltaan kalliimmilla porrastustasoilla kuin köyhemmät kunnat. Sosiaalihuollon kustannukset ovat taas sitä suuremmat mitä pienempään kantokykyluokkaan kunta kuuluu ja mitä enemmän on laitospaikkoja. Pienen kantokykyluokan kunnalla on myös muita korkeampi palvelujen kustannustaso. Suuren äyrimäärän ja suuren valtionavun kunnissa ovat asukas-kohtaiset sosiaali- ja terveydenhuollon menot keskimääräistä suuremmat. Tämä selittyy toisaalta vauraudella ja toisaalta köyhille kunnille osoitetulla suurella valtionosuudella.

Tutkimusten mukaan kunnan asukaskohtaiset sosiaali- ja terveydenhuollon menot ovat sitä suuremmat mitä suurempi kunta pinta-alaltaan on. Pinta-alaltaan suurissa kunnissa ovat kansanterveystyön menot suurimmat. Siten suurissa kunnissa palvelujen järjestäminen tulee kalliimmaksi kuin pienissä.

Kuntien väliset erot yleissairaaloiden käytössä ja hoidon peittävydessä ovat suuria ikävakioiden huolimatta. Erot ovat suurempia kuin sairastavuuden erot ja ilmentävät kunnissa vallitsevaa terveystarjojen tarpeen ja tarjonnan välistä epätasapainoa.

Keskussairaalan läheisyys lisää poliklinikoiden ja vuodeosastojen käyttöön. Etenkin kaupungeissa ovat asukasta kohden lasketut terveydenhuollon kustannukset selvästi suuremmat kuin maaseudulla. Sosiaalihuollon asukasta kohden lasketut kustannukset ovat sitä suuremmat mitä tiheämmin asuttu kunta on ja mitä korkeampi on sen taajama-aste.

Vanhustenhuolto on eri kunnissa järjestetty eri tavoin ja palvelutarjonta vaihtelee kuntien välillä suuresti. Vanhusväestön määrään suhteutettujen pitkäaikaishoidon laitospaikkojen määrän kasvaessa kasvavat myös asukaskohtaiset menot. Vanhushuollon palvelurakenne on usein yksipuolinen ja avohuollon palveluista on eniten pulaa. *Kuntien väliset erot vanhustenhuollon tuotantokustannuksissa ovat suuret (jopa kymmenkertaiset) eikä asiakkaiden hoitoisuudella näytä olevan merkitystä kustannuksiin.*

Tutkimusten tuloksista voidaan tehdä seuraavat johtopäätökset:

Sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttö ja kustannukset vaihtelevat huomattavasti eri alueiden ja yksikköjen välillä ja vain osa tästä vaihtelusta pystytään selittämään väestön palvelutarpeen erilaisuudella (esimerkiksi ikärakenteella ja sairastavuudella). Sen sijaan tekijät, kuten pitkien hoitajaksojen yleisyys, sairaaloiden runsas käyttö ja kunnan taloudellinen kantokyky, selittävät asiakaskohtaisia menoeroja.

2.3 Päätöksenteon ja toimintatavan ongelmat

Voimavarojen mitoitus- ja käyttöpäätökset tehdään kunnissa, kuntainliitoissa, sairaanhoito- ja kehitysvammapiireissä ja valtionhallinnossa. Päätöksenteossa ei ilmeisesti ole onnistuttu parhaalla tavalla sovittamaan yhteen erilaisia tarpeita. Osittain siihen on vaikuttanut tavoitteiden täsmentymättömyys ja tietojen riittämättömyys, mutta myös yhteistyökäytäntöjen kehittymättömyys. Yhteistyö on monissa kunnissa sosiaali- ja terveystoimen sekä perus- ja erikoistason hoidon että näiden ja sosiaali-toimen kesken on ollut riittämätöntä niin suunnittelussa kuin suunnitelmien toimeenpanossa. Myöskään yhteistyö sosiaali- ja terveydenhuollon edustajien ja kunnan kushallinnon kesken ei toimi parhaalla tavalla.

Strategisten suunnittelun puute tai riittämättömyys sekä perus- ja erikoishoidossa että sosiaalitoimessa on ilmeinen. *Toiminnan painopiste on ollut yleensä laitoksissa annettavassa korjaavassa hoidossa ennaltaehkäisevien sosiaali- ja terveyspalvelujen sijasta.*

Yleisesti käytetty palvelujen järjestämisen suunnittelustrategia on ollut olemassa olevan palvelurakenteen laajentaminen. Näin on siirretty usein epätarkoituksenmukaiset ja epätaloudellisesti toimivat rakenteet muuttumattomana tulevaisuuteen. Tutkimusten mukaan on sosiaali- ja terveyspalvelujen kysyntä vahvasti tarjontajohdteinen. Vallitsevan palvelurakenteen säilyttämiseen ja volyymin kasvattamiseen pe-

rustuvasta suunnittelusta on ollut seurauksena *tarpeeseen heikosti perustuva palvelujen mitoitus ja vaikeasti uudelleenkehennettävä palveluvarustus.*

Tyypillinen toimintatavan ongelma on, ettei toiminnalle laadita pitemmän aikavälin suunnitelmia ja että voimavarojen kohdentaminen on epäsystemaattista ja jäykkää. Organisaatiot kunnissa ovat useasti hajanaisia, sektoroituneita, yhteistyötä tekemättömiä, heikkotehoisia ja jäykkiä.

Kustannustietoisuus on riittämätöntä niin toiminnan yksikkötasolla kuin sosiaali- ja terveydenhuollon ja asumisen järjestämisen kokonaisuudessa. Puutteelliset ja kehittyvät johtamisen ja taloushallinnon tietojärjestelmät ovat osaltaan tähän syynä. *Terveys- ja sosiaalipalvelujen ja sosiaalivakuutusjärjestelmän kustannuksia ei tarkastella kokonaisuutena vaan erillään toisistaan.* Tämä aiheuttaa tarpeetonta laistostumista ja eläkkeellesiirtymistä. Esimerkiksi vanhuksen nivelrikon leikkaamattomuus aiheuttaa laitoshoidon jäämisen, vaikka leikatut selviytyisivät omatoimisesti kotona. Asiantuntijoiden mukaan lähes 90% henkilöistä, joilla on ollut vähintään kuuden kuukauden sairausloma, joutuu eläkkeelle. Siten esimerkiksi perheellinen 50-vuotias mies, joka on ollut yli kuusi kuukautta sairauslomalla ennen sydänvaltimoiden ahtautuman ohitusleikkausta, päätyy hyvin todennäköisesti eläkkeelle. Jos leikkaus kuitenkin tehdään ajoissa, kykenee hän hyvin todennäköisesti palaamaan työhön 2–3 kuukauden sairausloman jälkeen. Tämän esimerkitapauksen kokonaiskustannustarkastelu osoittaa selvästi, että miehen odotettavissa olevat 2,5 miljoonan markan eläkemenot ja 80.000 mk:n ohitustusleikkauskustannukset pitäisi ottaa päätöksenteossa samanaikaiseen tarkasteluun.

Palvelujärjestelmän toiminnan ja sen yksikkökustannusten seurannan tietojärjestelmät ja suunnitteluvälineistöt ovat puutteellisia sekä sosiaali- että terveydenhuollossa. *Se, ettei toimintaa ja siitä aiheutuvien kustannusten kohdistumista väestölle kyetä kunnissa seuraamaan, on osaltaan ollut vaikuttamassa siihen, että toiminnan tuotavuus ja taloudellisuus vaihtelevat kunnittain suuresti.*

Kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden *toimintatapa on usein järjestelmä- ja viranomaiskeskeinen, resurssipainotteinen, fyysisiä puitteita korostava ja sektoroitunut.* Tämän seurauksena muun muassa erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välinen yhteistyö ja *konsultaatiojärjestelmä ei ole riittävän toimiva.* Osassa kuntia esiintyy sama ongelma myös sosiaali- ja terveystointien sekä asuntotoimen yhteistyössä.

Avopalvelujen tehokas ja turvallinen järjestäminen vaatii yhteistyötä ja sen koordinoitua palvelujen tuottajien kesken. Monesti on ollut helpompaa ja yksinkertaisempaa sijoittaa vanhukset laitoksiin ja pitäytyä laitoshoidon korostavassa toimintatavassa, kuin koordinoita hallinnollisesti erillisten yksiköiden yhteistyötä. Tämä näkyy esimerkiksi siinä, että kehitysvammahuollolla on oma muusta terveydenhuollosta erillään oleva järjestelmänsä ja sen toimintojen sovittaminen muun sosiaali- ja terveydenhuollon kanssa on ollut heikkoa.

Johtamisen ongelmina ovat sektoroitunut suunnittelu ja työskentely, jolloin kokonaisnäkemys ja -vastuu jää määrittelemättä. Vastuujaon täsmentymättömyydestä johtuu, että usein jää määrittelemättä se taho, jolla olisi käytännön edellytykset kantaa vastuu asiakkaan hoidon kokonaisuuden kannalta tarkoituksenmukaisista sijoituksista ja

hoitoonohjauksista (mikä sopisi esimerkiksi pienalueen moniammatillinen työryhmälle).

Kuntien terveydenhuollon järjestämistä kannalta on ongelmallista on se, että merkittävä osa terveydenhuollon potilaista ohjautuu suoraan erikoissairaanhoidon kunnallisen perusterveydenhuoltojärjestelmän ohitse, vaikka hoito voitaisiin toteuttaa perusterveydenhuollon toimenpitein. Potilaan hoitoonohjaus ei toimi parhaalla mahdollisella tavalla päinvastaisessakaan suunnassa: eli silloin kun erikoissairaanhoidon asianmukaisesti siirretty potilas tulisi kotiuttaa tai siirtää perusterveydenhuoltoon. Nämä ongelmat voisi ratkaista sopimalla alueellisesta yhteistoiminnasta palvelujen tuottajien kesken. Yhteistoiminta voisi tapahtua esimerkiksi pienalueen moniammatillisen työryhmän toimintana.

Puutteellinen yhteistyö samoin kuin tietojen puute potilaan koko elämäntilanteesta ja sosiaalisen selviytymisen tekijöistä aiheuttavat sen, että hoito monesti toteutetaan etsimällä sosiaaliin ongelmiin kalliita sairaanhoidollisia ratkaisuja. Tämä ongelma on ilmeinen sairaaloiden päivystystoiminnassa. Usein oikeampi ratkaisu olisi löydettävissä sosiaalityön tai sosiaalihuollon pienimuotoisin keinoin.

Vanhusväestölle tyypillisiä ongelmia ovat turvattomuus ja epävarmuus, avun riittämättömyys raskaimmissa kotitöissä sekä lääkäriin ja sairaalaan tai vanhainkotiin pääsyn epävarmuus. Myös alentunut toimintakyky, puutteellinen asuminen, huonot liikenneyhteydet, asunnon huono sijainti ja palvelujen sijainti kaukana asunnosta ovat vanhusten kokemia ongelmia. Näihin ja muihin vanhusten ongelmien arviointiin ja määrittelyyn tulee sosiaali- ja terveydenhuollossa kiinnittää nykyistä selvästi enemmän huomiota.

Vanhustenhuollossa näyttää useissa kunnissa puuttuvan selkeä tavoitteenasettelu. Toiminnan toteuttaminen tapahtuu ilman selkeää suunnitelmaa ja palvelujen tuotanto painottuu laitospalveluihin. Ongelmallista on, että palvelujen saatavuus vaihtelee kunnittain suuresti ja vanhuksat näyttävät olevan alueellisesti eriarvoisessa asemassa. Kuitenkin näyttää vanhusten sosiaalipalvelujen suunnittelu olevan kunnissa kehittyneempää kuin terveystalvelujen. Kaikkiaan on esimerkiksi sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyössä suuria kuntakohtaisia eroja. Yhteistyötä voidaan lisätä tekemällä kokonaisnäkemykseen perustuvat vanhustenhuollon "suunnitelmat" sektorikohtaisten suunnitelmien sijaan.

Sosiaali- ja terveydenhuollon onnistumisen ehtona on yhteinen tavoite ja toiminta niin vanhuksia kuin muita asiakkaita hoidettaessa. Yhteistyötä vaikeuttaa osaltaan terveydenhoidon ja sosiaalihuollon erilaiset sisäiset kulttuurit, puuttuva yhteinen kieli ja käsitteiden vakiintumattomuus. Käsitelmäärittelyä kaipaavia termejä ovat esimerkiksi vanhustenhuollossa hoivakoti, palveluasuminen, päivätoiminta ja ryhmäasuminen. Kulttuurien ja kielen erojen tunnistaminen on tärkeää, kun kehitetään alueellista yhteistyötä.

Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakas on monesti joko julkisen palvelujärjestelmän "laitostama", "ylihoidettu" tai "ylipalveltu" tai sitten lähes kokonaan julkisten palvelujen ulkopuolella. Hänelle annettujen palvelujen kohdentaminen ei välttämättä tapahdu monipuoliseen arviointiin perustuvan hoito- palvelusuunnitelman pohjalta. Asiakkaan omia samoin kuin omaisten, lähiympäristön ja muun epävirallisen avun voimavaroja ei yleensä oteta osaksi hoidon kokonaisuutta eikä niitä tueta riittävästi.

Kuitenkin omaisten tekemä hoitotyö on yhteiskunnalle suuriarvoista ja tutkimusten mukaan on esimerkiksi vanhuksille annettu epävirallinen apu rahassa mitattuna vanhainkotihoidon kustannusten luokkaa.

Monesti myös omaisten ja hoitohenkilökunnan asenteet estävät avohuoltoratkaisujen toteuttamisen vanhusten kohdalla. Palvelujärjestelmä tuntuu kuuntelevan enemmän omaisten kuin vanhuksen itsensä mielipidettä silloin, kun nämä mielipiteet menevät keskenään ristiin.

2.4 Asumisen ongelmat

Asuntopolitiikkaa on maassamme traditionaalisesti ohjailtu laein, säädöksiin, hallintotraditioon ja epävirallisiin verkoin. *Rakentaminen ja sen rahoitus on ollut dominoiva näkökulma asumiseen.* Rakentajat ovat tuottaneet asuntoja tavallisille ihmisille ja perheille. Asunto-olojen on yleisesti katsottu olevan tyydyttävällä tasolla ja merkittäviä ongelmia olevan vain pienillä erityisryhmillä. Koska Suomessa väestö on ollut melko nuorta, ei sosiaali- ja terveydenhuollon tarpeita ole omaksuttu osaksi asuntorakentamisen tavoitteita. Vanhukset ja vammaiset on asuntopolitiikassa katsottu marginaaliryhmäksi.

Asenteista johtunee, että noudatettu asuntopolitiikka ei toiminut riittävästi *yhteistyössä* sosiaali- ja terveydenhuollon kanssa kunnan eikä valtionhallinnon eri tasoilla. Kunnissa asuminen ja palvelut käsitellään erillään toisistaan ja kokonaisnäkemys puuttuu useasti. Ei katsota rinnakkain *kokonaisuutta asuinympäristön rakentaminen – palvelut ja toiminta – korjaaminen.*

Asenneongelma on myös se, että asukkailla on puutteelliset mahdollisuudet vaikuttaa asuinympäristön ja sen palvelujen muotoutumiseen.

Valtiovallan toimenpiteistä (mm. lainsäädäntö ja asuntomäärärahat) huolimatta jää käytännössä pitkälle kuntien päätettäväksi, mitkä asuntopoliittiset seikat nähdään tärkeiksi ja mitkä toteutetaan. *Kunnilla onkin keskeinen rooli asuntopolitiikassa.* Monet asumiseen vaikuttavat päätökset tehdään suunnitelma- ja yleiskaavatasolla sekä kaavoitusvaiheessa. Näitä tehtäessä jää usein sosiaalisten olojen kartoitus puutteellisesti samoin kuin kaavoitusviranomaisten ja sosiaali- ja terveystoimien yhteistyö ohueksi. Kaikkiaan on maankäytön suunnittelu hyvän ja turvallisen elämisen ja liikkumisen perusta ja kaavoitusratkaisuilla voidaan varmistaa lähipalvelujen järjestäminen.

Kuntaorganisaatioissa ei myöskään monesti välity tietoa siitä, mikä on vanhuksille ja vammaisille hyvä ja toimiva ympäristö eikä yhteistyö toimi systemaattisesti sosiaali- ja terveystoimen, asuntotoimen, kunnan rakennuttajien ja kunnan rahan käytöstä päättävien kesken.

Väärien asenteiden, yhteistyön ja kokonaisnäkemysten puuttumisen ja tiedonvälityksessä ilmenevien ongelmien seurauksena varoja ei suunnata riittävästi kotona asumiseen ja asumisen palveluihin. Siten asumiseen ja asuinympäristöön liittyvät puutteet

aiheuttavat asiakkaan kannalta epätarkoituksenmukaisia ja kunnan sekä valtion kannalta kallista laitoksiin sijoittamista.

Keväällä 1991 oli maassamme kuntien antamien tietojen mukaan noin 14.000 yksinäistä *asunnotonta* ja 700 *asunnotonta* perhettä. Näistä oli erilaisissa laitoksissa asunnon puutteen takia noin 3.300 henkeä.

Kohtuuhintaisten vuokra-asuntojen puute on yksi asunnottomuuden syitä. Vuosittain on rakentamalla noin 10.000 arava-rahoitettua vuokra-asuntoa pyritty lisäämään tarjolla olevien asuntojen määrää. Arava-uudistuotannolla ei ole kuitenkaan kyetty estämään vuokra-asuntokannan absoluuttista pienenemistä ja suhteellista romahdusta. Kaikkiaan Suomessa puuttuvat ammattimaiset vuokranantajat ja vuokranantaja vuokralainen suhde on jäänyt perin kehittymättömäksi.

Monesti kunnat ovat suosineet laitossijoitusvaihtoehtoa, koska se *sektorikohtaisissa laskelmissa* näyttänyt taloudellisesti edulliselta. Kun valtionosuus on ohjautunut suoraan tuottajille eikä kunnille, eivät ne ole katsoneet sitä "omaksi rahakseen". Näin esimerkiksi kunnassa näkyvät erikoissairaanhoidon kustannukset ovat olleet valtionosuuden (keskimäärin noin 48 %) verran todellisia alhaisemmat. Laitosten sijaintipaikkakunnat ovat vielä saattaneet laskea laitosten henkilökunnan verotulot pääosin omiksi tuloikseen ja päätyä siihen, että laitoksen ylläpitäminen on kunnan kokonaistalouden kannalta edullista.

Asuntoihin ja asumiseen liittyy sosiaali- ja terveydenhuollon kannalta kaksi keskeistä palvelutarvetta synnyttävää tekijää. Ensinnäkin monet *vanhusten asunnot ovat niin huonokuntoisia*, että ne aiheuttavat laitoshoidon ja muiden sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen tarvetta. Toisaalta osa asunnoista, varsinkin kaupungeissa, on *liikuntaesteisille henkilöille soveltumattomia*. Kotona asuvien vanhusten ja liikuntaesteisten elämisen kannalta välttämättömät palvelut tulee turvata joko lähiympäristön normaalein tai sosiaalihuollon tuottamin palveluin.

Asunto on aina jossain ympäristössä. Vasta sekä asunnon että asuinympäristön korjaaminen luo edellytykset itsenäisesti selviämiseksi. Tämä ei kuitenkaan riitä, ellei samalla hoideta myös asumiseen liittyvien palvelujen ja lähipalvelujen kehittämistä. Vanhusten ja vammaisten liikkuminen asuntojen ulkopuolella mahdollistuu asuntojen ulkopuolella lähiympäristön *liikuntaesteiden poistamisella*. Tämä *esteettömän asumisen ajatus toteutuu käytännössä huonosti*.

Yli 65-vuotiaille – heitähän on lähes kolmannes väestöstä – asumisen ongelmat ovat sekä yleisiä että merkittäviä. Esimerkiksi Tilastokeskuksen selvityksen mukaan Pohjois-Karjalan seutukaavaliiton kuntien vanhuksista 13,7 % asui puutteellisesti. Asumisen ongelmista keskeisin on *ahtaus ja puutteellinen asumistaso*. Selvityksen mukaan vanhusväestö muodostaa puutteellisesti asuvien suurimman ryhmän. Puutteellisesti asuvista ruokakunnista oli vuonna 1988 yli kolmannes vanhusruokakuntia.

Suomessa on noin 45.000 hissitöntä porraskäytävää kolmikerroksisissa ja sitä korkeammassa asuintaloissa. Tämä merkitsee lähes *puolta miljoonaa asuntoa ilman hissiä*. Hissin rakentamisesta olemassaolevaan asuinkerrostaloon on hyötyä kaikille, mutta erityisesti lapsiperheille, vanhuksille ja vammaisille. Liikuntaesteisille ja vanhuksille voi hissien puuttuminen olla se seikka, joka johtaa kalliiseen laitossijoi-

tukseen. *Hissin rakentaminen on kansantaloudellisesti edullinen ratkaisu, jos se mahdollistaa kotona asumisen laitoshoidon vaihtoehtona.*

Nykyhintatasolla hissien rakentamisen kustannukset olemassa olevaan kolmikerroksiseen asuintaloon vastaavat kolmen vanhainkotipaikan tai yhden aluesairaala-paikan vuosikustannuksia. Vanhoissa taloissa – etenkin osaketaloissa – ei hissien rakentamista pidetä useinkaan kiinteistötaloudellisesti kannattavan investointina ja hissihankkeet tarvitsevatkin julkista tukea toteutuakseen. Tämän lisäksi tarvitaan kuluttajavalistusta, opastusta ja koordinoitua rakennuttajatoimintaa.

Vanhusten ja vammaisten asuntojen korjaustoiminnan tukijärjestelmät ovat kirjavia ja tukea ei aina edes osata hakea. Sosiaalihuoltolain perusteella maksetut avustukset ovat olleet yleensä tarveharkinnan varaista osittaisrahoitusta. Vammaispalvelulain perusteella maksetaan yleensä täysimääräiset kohtuulliset avustukset. Vuosittain käytetään Suomessa sosiaali- ja terveydenhuollossa asuntojen korjaus- ja muutostöihin vain noin 30 miljoonaa markkaa julkisen sektorin varoja.

Kunnittainen asuntojen perusparannuskokeilu Pohjois-Karjalassa (korjattiin 355 asuntoa, joiden asukkaiden keski-ikä oli 62 vuotta) vuosina 1990–1991 osoitti, että asunnoista 5% oli sellaisia, joiden korjauksilla tai varustetason nostamisella on ollut asukkaiden laitoshoidon tarvetta vähentävä vaikutus. Korjauksilla oli myös lievä avopalvelujen kysyntää pienentävä vaikutus.

Oikealla tavalla järjestetty asuminen on välttämätön joskaan ei riittävä edellytys pitkäaikaista laitoshoidon korvaavan vaihtoehdon luomiselle. Keskeistä on riittävien avopalvelujen turvaaminen sekä tarpeentullen nopea laitokseen tai sairaalaan-pääseminen. Unohtaa ei sovi myöskään sitä, että ikäihmiset (erityisesti yksinasuvat) tarvitsevat asumiseen turvallisuuden tunnetta, jota tulisi saada aikaan asumisen ratkaisuilla.

Mielenterveyspotilaiden asumisen ja avopalvelujen järjestäminen on yksi ongelmallinen osa-alue. Näyttää, että laitosasumista vähennettäessä ei ole aina samanaikaisesti huolehdittu riittävien avohuollon asumispalvelujen järjestämisestä, huolimatta siitä, että asuminen on näissä tapauksissa katsottava tukiasumisen luonteiseksi. Kun tuki- ja asumispalvelujen saaminen jää liiaksi mielenterveysongelmista kärsivien asukkaiden oman aktiviteetin varaan on vaarana muun muassa säännöllisen lääkityksen laiminlyönti ja sitä seuraava laitoshoidokierre.

2.5 Investointisuunnitelmien laitospainotteisuus sekä investointien rahoituksen koordinoimattomuus

Investointisuunnitelmat ovat olleet toisaalta *laitosrakentamista suosivia* ja toisaalta *heikosti koordinoituja* eri rahoitusratkaisujen osalta. SVOL-investointeja, asuntoinvestointeja ja Raha-automaattiyhdistyksen (Ray) avustuksien rahoitettuja inves-

tointeja ei ole juurikaan koordinoitu. Investointeja ei ole myöskään yhteensovitettu sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen kanssa. Investointien kustannuslaskennassa paino on ollut yksipuolisesti rakentamisen kustannuksissa tulevien vuosien käyttö-kustannusten jäädessä taka-alalle. Kuitenkin rakennusajan kustannukset ovat vain noin 5% rakennuksen käyttöiän kokonaiskustannuksista. Investointien koordinoimat-tomuus sosiaali- ja terveydenhuollon eri sektoreiden, asuntotoimen ja Ray-inves-tointien välillä on myös johtanut usein päällekkäisiin investointeihin.

Taulukossa 3 on esitetty vuosien 1993-96 sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnal-lisen suunnitelman mukaan valtionosuutta saavien suurten ja pienten perustamishank-keiden enimmäiskustannukset miljoonissa markoissa. Kyseisinä vuosina on kunnille suunniteltu aloittamisvaltuuksia kaikkiaan 4,8 miljardia mk. Suurten hankkeiden osuus on 1,3 ja pienten 3,5 miljardia. Sosiaalipalveluihin kohdistuu suurista hank-keista 280 miljoonaa, kansanterveystyöhön 390 ja erikoissairaanhoidon 620 mil-joonaa.

vuosi	suuret hankkeet	pienet hankkeet	yhteensä
1993	275	925	1200
1994	335	865	1200
1995	345	855	1200
1996	350	850	1200
Yhteensä	1305	4395	4800

Kokonaiskustannuksiltaan vähintään 2-25 miljoonan markan määräisiksi arvioidut hankkeet ovat pieniä hankkeita ja yli 25 miljoonan hankkeet suuria hankkeita.

Taulukko 3 Valtionosuutta saavien perustamishankkeiden arvioidut kustannukset vuosina 1993 - 1996

Raha-automaattiyhdistys avustaa yleishyödyllisiä yhteisöjä ja säätiöitä tukemalla avopalvelutoimintaan liittyviä investointeja (tuen suuruus 60% investoinnista), huonokuntoisten vanhusten ja muiden palveluja tarvitsevien erityisryhmien palvelu-asuntojen rakentamista ja peruskorjaamista (tuki on 30% ja asuntolainaa voi saada lisäksi 70%). Lisäksi yhdistys avustaa tukiasuntoinvestointeja, Y-säätiön asuntojen hankintaa (tuen suuruus 30%) ja itsenäistyvien nuorten asuntoinvestointeja (tuki 5% ja asuntolainaa voi saada 95 %). Yhteisöjen on itse rahoitettava asiakkaiden tarvitsema asumista tukeva palvelutoiminta. Lisäksi avustaa Raha-automaattiyhdistys projekti-luontoisesti toiminnallisia kokeiluja ja kotipalvelutoimintaa.

RAY-avustuksista on päätetty ja suunniteltu kohdistettavan investointeihin vuosina 1992-95 noin 2,4 miljardia markkaa (eli 600 miljoonaa markkaa vuodessa). Kaikkiaan RAY-avusten määrä on kyseisenä aikana noin 4,5 miljardia markkaa, taulukko 4. Vuonna 1993 suunnitellaan annettavan kansanterveyden, vanhustenhuollon sekä invalidihuollon tukemiseen investointiavustuksia kaikkiaan 0,5 miljardia. Erityisesti vanhustenhuollon investointiavustuksissa (290 miljoonaa mk) painottuvat palvelutalot ja näihin verrattavat kohteet.

	1 %	2	3	4	5 milj.mk
	sisältää myös muut kuin investointiavustukset				
1992	21,7	31,5	17,1	29,7	1077
1993	27,2	30,4	12,2	30,2	1109
1994	29,8	29,5	11,3	29,4	1143
1995	28,5	28,2	11,7	31,6	1199
yht.milj.mk 1992-95	1218	1352	589	1370	4528
1 = kansanterveyden edistäminen					
2 = vanhustenhuollon tukeminen					
3 = invalidihuollon tukeminen					
4 = muut lohkot					
5 = jaettava avustus yhteensä					

Taulukko 4 Raha-automaattiyhdistyksen määrärahojen suunniteltu kohdistus vuosina 1992 - 1995

Suunnitellussa RAY-avustusten kohdistamisessa vanhustenhuollon ja invalidihuollon suhteelliset osuudet pienenevät yhdistyksen oman ilmoituksen mukaan vuoteen 1995. Sen sijaan kansanterveyden osuus kasvaa ja on suunnitelmien mukaan vuonna 1995 suurempi kuin vanhustenhuollon osuus, joka vuonna 1992 on suurin painoalue.

Epävarmaa on, missä määrin kunnat ja kuntainliitot voivat käyttää valtakunnallisen suunnitelman mukaisia investointivaltuuksia samoinkuin järjestöt RAY-investointiavustuksia kiristyneen taloudellisen tilanteen takia. Ilmeisesti osa suunnitelluista hankkeista on pantu jäihin. Toisaalta on myös vireillä hankkeita, joissa pyritään uudenaikaistamaan olemassa olevaa sairaalakapasiteettia. Kaikki tällaiset hankkeet eivät ole laitosvaltaisuuden vähentämispyrkimysten mukaisia.

2.6 Kuntien rahoitusvastuu erikoissairaanhoidossa

Erikoissairaanhoidon kuntalaskutus on tähän saakka perustunut koko sairaalan keskimääräisiin hoitopäivä- ja poliklinikkakustannuksiin. Keskimääräinen hinta on tasannut eri hoitomuotojen kustannuksia. Väestöltään pienille kunnille toimii keskimääräinen hinta tasausmekanismina, joka tasoittaa tilastollisesti harvinaisten mutta kalliiden hoitojen kustannukset sairaanhoitopiirin kunnille ja useammalle vuodelle.

Keskimääräisten hintojen laskeminen on ollut teknisesti varsin helppoa. Se ei ole edellyttänyt sairaaloilta tietoa tuotettujen palveluiden todellisista yksikkökustannuksista. Koska *yksikkökustannuksien seuraamiseen ei ole ollut tarvetta*, ovat sairaalat vasta 1980-luvun lopulla ryhtyneet - osaksi tulosjohtamiseen siirtymisen seurauksena - selvittämään annetun hoidon todellisia kustannuksia. Samalla on ryhdytty kehittämään sairaaloiden johtamisen tarvitsemia tietojärjestelmiä ja keskimääräistä hintaa todellisempiin kustannuksiin perustuvia kuntalaskutusratkaisuja.

Osa kunnista on kehittänyt voimakkaasti 1980-luvun puolivälin jälkeen avopalveluja ja muita laitoshoidoa korvaavia hoitomuotoja ja palveluja. Tämä on osaltaan ollut vaikuttamassa tilastoissa näkyvään erikoissairaanhoidon hoitopäivätuotannon laskuun.

Sairaalat eivät ole kuitenkaan riittävästi sopeuttaneet tuotantokustannuksia alenevaan käyttöön ja seurauksena on ollut hoitokustannusten nousu. Siis kun kunnat ovat muuttaneet omaa palvelurakennettaan avohoidon suuntaan on tuloksena ollut niille ei-toivottu erikoissairaanhoidon kustannusten nousu. Jos kuntien lakisääteinen velvollisuus osallistua sairaaloiden mahdollisiin tappioihin poistettaisiin, paranisivat kuntien edellytykset toteuttaa työryhmän suosittamaan palvelurakenteen kokonaisuutosta.

3.0 Palvelurakenteen mittarit

Sekä valtakunnallisella, alueellisella että kuntatasolla tarvitaan mittareita, joiden avulla voidaan tarkastella sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennetta ja sen kehittymistä kunnissa. Meneillään oleva sosiaali- ja terveydenhuollon tilastouudistus rationalisoi ja uudistaa valtakunnallisen tilastotiedon keruun seuraaviin rekistereihin:

- kuntien toiminta- ja taloustilasto
- tuottajatilastot
- asiakastilastot
- sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön keskusrekisteri

Näiden rekistereiden ja eräiden muiden Tilastokeskuksen ja KELA:n rekistereiden varaan ollaan STM:n, STH:n ja Tilastokeskuksen yhteistyönä rakentamassa kuntatieturijärjestelmää. Kuntatieturin tavoitteena on olemassa olevien tietovarantoja hyödyntämällä tuottaa kuntakohtaista vertailutietoa sosiaali- ja terveyspalvelujen tarpeesta, käytöstä ja kustannuksista.

Työryhmän mielestä kuntien palvelurakenteen kehittyneisyyttä ja sen muutoksia voidaan seurata valtakunnan ja alueellisella tasolla suppealla joukolla mittareita. Mit-tareiksi ehdottaa ryhmä jäljempänä lueteltuja.

Mittareita tulisi kehittää edelleen siten, että ne ovat mahdollisimman tarkoituksenmu-kaisia ja käyttökelpoisia kuntakäyttäjille. Muistion liitteessä 6 on esitetty esimerkki-luettelona palvelurakenteen tunnuslukuja kunnissa tapahtuvan jatkokehittelyn pohjaksi.

3.1 Valtakunnan- ja aluetason palvelurakenteen mittarit

Valtakunnan tason mittareiden tehtävänä on mahdollistaa kunnan palvelurakenteen kehittyneisyys vertaaminen muihin kuntiin ja alueisiin. Mittareiden avulla voidaan myös seurata palvelurakenteessa tapahtuneita kunta ja aluekohtaisia muutoksia.

Ilmiöalue

Mittari

Investoinnit

Kunnan tai alueen viiden vuoden sosiaali- ja terveydenhuol-lon keskimääräiset investoinnit markkaa per asukas suhteessa

Kunnan tai alueen sosiaali- ja terveydenhuollon rakennuskanta markka per asukas tai m² per asukas.

Panokset

Kunnan tai alueen sosiaali- ja terveydenhuollon käyttötalouden ikävakioidut bruttomenot markka per asukas suhteessa maan keskiarvoon (tai väestön ja taajama-asteen osalta kaltaistettujen kuntien keskiarvoon).

Kunnan tai alueen sosiaali- terveydenhuoltomenojen osuus veroäyrin hinnasta ja se suhteutettuna kaltaistettuihin kuntiin sekä maan keskiarvoon (sekä sosiaali-, että terveysmenot erikseen ja yhteenlaskettuna).

Kunnan tai alueen sosiaali- terveydenhuoltomenot penniä per veroäyri ja se suhteutettuna kaltaistettuihin kuntiin sekä maan keskiarvoon (sekä sosiaali-, että terveysmenot erikseen ja yhteenlaskettuna).

Kunnan tai alueen sosiaali- ja terveydenhuollon menojen viiden vuoden keskimääräisen kasvuprosentin suhde maan keskiarvoon ja kaltaistettujen kuntien keskiarvoon.

Kunnan tai alueen sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön määrä per 1000 asukasta. Kaikki yhteensä ja erikseen avo- ja laitoshenkilöstö (ostopalveluhenkilöstön määrä voidaan laskea vuoden 1992 tasolla jakamalla ostopalvelujen markkamäärä 230.000 markalla).

Kunnan tai alueen sairaanhoidon ikä- ja sukupuolivakioitujen menojen osuus markkaa per asukas kunnan sosiaali- ja terveydenhuollon ikä- ja sukupuolivakioidusta menoista.

Kunnan tai alueen vanhainkotihoitoon menot markkaa per 65-vuotta täyttäneet asukkaat.

Palvelujen käyttö

Kunnan tai alueen asukkaiden ikä- ja sukupuolivakioitujen käyntien määrä päivystyspoliklinikoilla (kokonaiskäynnit ja ikäryhmät 0-64 ja yli 64-vuotiaat).

Kunnan tai alueen väestön laitoshoidon vakioitu peittävyys laitostyypeittäin sekä ikäryhmittäin 0-64 ja yli 65-vuotiaat.

Kunnan tai alueen vanhuspotilaiden käyntien lukumäärä sairaaloissa (erikseen ikäluokat 64-vuotiaat ja 75-vuotiaat).

Kunnan tai alueen yli 65-vuotiaiden palveluasumiseen piiriin kuuluvien prosenttiosuus kaikista yli 65-vuotiaista.

Kunnan tai alueen kodinhoitoavun käynnit yli 65-vuotiasta kohti.

Kunnan tai alueen asukkaiden lääkärisäkäyntien määrä per asukas (kaikki ikäryhmät ja 0–64 ja yli 64– vuotiaat).

Palvelujen rakenne

Kunnan tai alueen pitkäaikaispotilaiden (hoitoaika >30 päivää) määrä vuoden aikana akuuttisairaalassa verrattuna kaikkien pitkäaikaispotilaiden määrään.

Kunnan tai alueen psykiatrisilla sairaansijoilla olevien vanhuspotilaiden osuus kaikista potilaista.

Kunnan tai alueen pitkäaikaispotilaiden hoitokustannukset markkaa per asukas.

Kunnan tai alueen laitospalvelujen ja avopalvelujen kustannusosuudet kaikkien palveluiden kustannuksista.

Vaikuttavuus

Kunnan tai alueen ikävakioitu kokonaiskuolleisuus (kaikki ikäluokat ja erikseen yli 65–vuotiaat).

Kunnassa tai alueella menetettyjen potentiaalisten elinvuosien määrä tuhatta asukasta kohden (menetetyt henkilövuodet= niiden vuosien määrä, jotka henkilö on kuollut ennen 75 vuoden ikää tuhatta asukasta kohden).

Kunnan tai alueen väestön keskimääräisen hoitoajan pituus terveyskeskussairaaloissa ja vanhainkodeissa.

Esimerkkinä palvelurakenteen aluetason mittareista on tauluun 9 laskettu joukko Vaasan läänin kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon menorakenteen ja palveluiden käytön mittareita kunnittain.

KÄSITTEITÄ

Laitoshoidtoa on somaattinen- ja psykiatrinen erikoissairaanhoidto, terveyskeskusten erikoislääkärijohtoinen hoito, vaativa kuntoutus, yleislääkärijohtoinen terveyskeskushoito, hoivakoti- ja vanhainkotihoito.

Vanhainkoti on kunnan tai yksityisen ylläpitämä laitos, jossa vanhuksille tarjotaan hoitomaksua vastaan asunto ja tarpeelliset hoitopalvelut.

Välimuotoinen hoito käsittää pienryhmäkotiasumisen, hoiva-asuminen ja palveluasuminen.

Palveluasuminen on vanhuksille ja muille henkilöille, jotka toimintakykynsä tai puutteellisen asumisturvallisuutensa takia tarvitseva päivittäistä tuke ja apua, tarkoitettu asumismuoto.

Kotihoito käsittää satunnaisen, tuetun, valvotun ja tehostetun kotihoidon.

Tukipalveluita ovat ateriapalvelut, kuljetus, saunotus ja kylvytys, vaatehuolto, turvapalvelut).

Tietoja sosiaali- ja terveydenhuollosta 1990
 Liite6/vaiirap6.xls

	Paikkoja Saajia 1000	Henkiö- kuntaa 1000	Hoito- päiviä milj.	Käynti- kertoja milj.	Käyttömenot, miljardia, mk			Käyttömenot, mk	
					Yhteensä	Siitä Laitos- hoito	Avo- huolto	Hoito- päivää kohhti	Käynti- kerta kohhti
Erikoissairaanhoido									
Yleissairaalat	21	50	5,3	3,6	12,3	8,1	2,4	1 521	671
Mielisairaalat	11	12	3,4	0,7	2,6	2,2	0,3	651	446
Terveykesk. erikoisl.joht.	5	8	1,7	0,3	1,9	1,8	0,1	1 061	363
Perusterveydenhuolto									
terv. kesk. yleisl. joht.	20	34	6,9	35,8	10,5	3,4	7,1	490	198
Terveydenhuolto yhteensä	57	104	17,3	40,4	27,3	15,5	9,9	895	246
Vanhusten erityispalvelut									
Vanhainkodit	28	15	9,9		3,2	3,2	0,1	323	
Palvelutalot, ym.	6	0,3			0,1		0,0		
Päivähoito ja päiväkeskustoiminta	0,1				0,0		0,0		
Kehitysvammaisten erityispalvelut									
Kehitysvammalaitokset	5	5	1,7		1,0	1,0	0,2	598	
Asunolat, erit.huollona järj.	2	1			0,2		0,6		
Suojatyö, päivähoito ja opetus	11	2			0,6		0,1		
Perhehoito	2				0,1		0,1		
Kohderyhmään rajaamattomat									
Kodinhoitoapu	200	13		7,6	1,5		1,5		191
Tukipalvelut	100				0,2		0,2		
Vanhusten ym. koitoitoiden tuki	21				0,3		0,3		
KAIKKIAAN					140	34,4			
LAITOSHUOLTO					90	87		19,7	750
AVOHUOLTO						53		12,8	

Lähteet: Sairaala-luettelo, Kell, Kuntien talousluettelo
 Huom. Erikoissairaanhoidossa käyttömenot sisältävät myös muita menoja kuin laitoshoidon ja avohuollon menoja.
 Laitoshoidon ja avohuollon menot esitetty erikoissairaanhoidossa nettomääräisinä. Nettomenot on saatu vähentämällä käyttömenoista toiminnasta aiheutuvat palvelusten myyntitulot ja henkilöstötulot.

Taulu 1 Tietoja sosiaali- ja terveydenhuollosta

Taulu 2 Terveydenhuollon menot vuoden 1990 hinnoin

Terveydenhuollon menot vuoden 1990 hinnoin, miljardia mk

Menoerä	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990
SAIRAALAOHOITO	11,7	11,8	12,3	12,6	12,5	14,2	14,8	15,3	16,1	17,1	18,4
Yleis- ja tuberkuloosisairaalat	8,0	8,0	8,5	8,7	9,6	10,5	11,0	11,5	12,0	13,1	14,1
Mielisairaalat	1,9	1,9	1,9	1,9	2,0	2,1	2,2	2,2	2,2	2,1	2,2
Kehitysvammaissairaalat	0,6	0,6	0,7	0,7	0,7	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,9
Muut sairaalat	1,3	1,4	1,2	1,2	0,7	0,7	0,8	0,9	1,0	1,1	1,2
AVOHOITO	6,5	7,0	7,5	8,0	8,9	9,9	10,6	11,7	12,2	12,9	13,9
Avohoito (pl.hammashuolto)	5,0	5,5	6,0	6,4	7,1	8,0	8,7	9,6	10,0	10,6	11,5
Terveyskeskusten avohoito	2,4	2,6	2,8	2,9	3,2	3,8	4,0	4,6	4,7	5,0	5,4
Työterv.h ja opisk.th.	0,7	0,7	0,7	0,8	0,9	0,9	1,0	1,0	1,1	1,2	1,2
Sairaaloiden avohoito	1,2	1,4	1,5	1,6	1,9	2,1	2,2	2,4	2,5	2,8	3,1
Yksityinen avohoito	0,8	0,8	0,9	1,1	1,2	1,3	1,4	1,6	1,6	1,7	1,8
Hammashuolto	1,4	1,5	1,5	1,6	1,7	1,8	1,9	2,1	2,2	2,3	2,4
JULKISET INVESTOINNIT	1,2	1,3	1,5	1,7	1,6	1,4	1,4	1,4	1,5	1,6	1,9
KÄYTTÖMENOT YHTEENSÄ	22,7	23,4	24,4	25,5	26,9	29,4	31,0	32,9	34,6	36,5	39,1
TERVEYDENHUOLLON KOKONAIS- MENOT YHTEENSÄ	23,9	24,7	26,0	27,2	28,5	30,8	32,4	34,4	36,1	38,1	41,0
BKT-osuus (%)	6,5	6,6	6,7	6,9	6,9	7,2	7,4	7,4	7,2	7,2	7,8

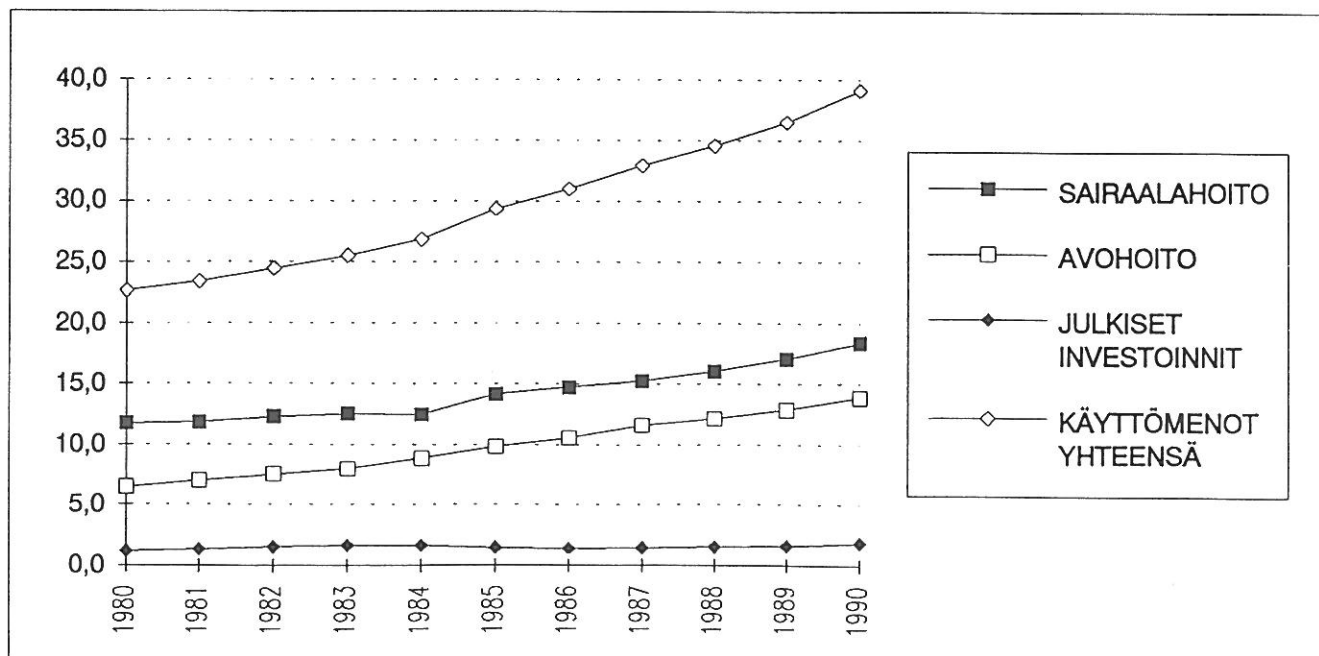
Lähde: Kelan tilasto: Terveyspalvelujen kustannukset ja rahoitus Suomessa 1960–90

Liite6/tekela3

Terveydenhuollon rakennemuutos

SAIRAALAOHOITO	52%	51%	50%	49%	47%	48%	48%	46%	46%	47%	47%
AVOHOITO	29%	30%	31%	31%	33%	34%	34%	35%	35%	35%	36%
MUU	20%	20%	19%	19%	20%	18%	18%	18%	18%	18%	17%
KÄYTTÖMENOT YHTEENSÄ	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Terveydenhuollon menot 1990 hinnoin



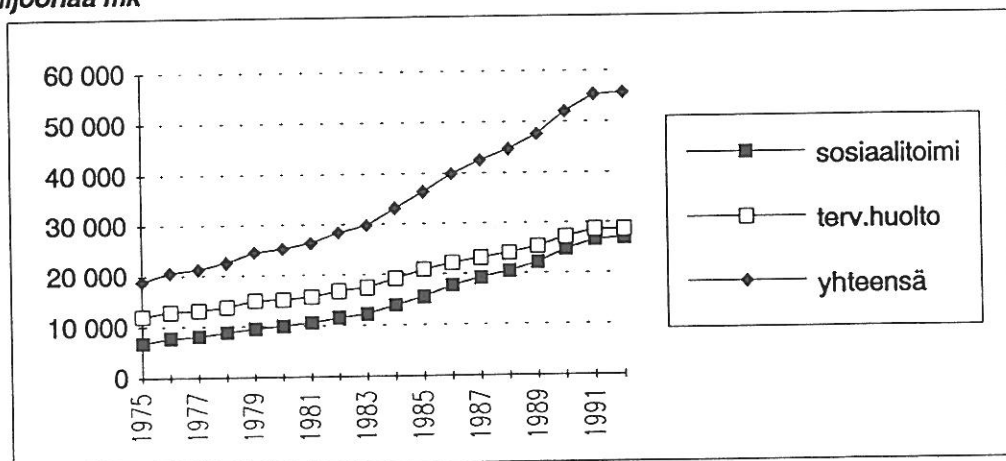
Taulu 3 Sosiaali- ja terveydenhuollon menot ja kansantuoteosuus vuosina 1975 - 1992

Sosiaali- ja terveydenhuollon menot ja kansantuote vuoden 1990 hinnoin
 Sisältää myös svol:n ulkopuolista toimintaa sosiaalitoimessa
 deflatoitu elinkustannusindeksillä

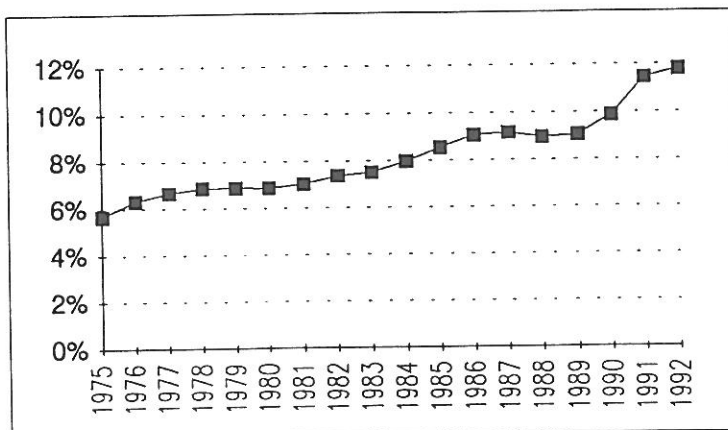
	sosiaalitoimi milj. mk	terveydenhuolto yhteensä	bkt	bkt- osuus	
1975	6 823	12 012	18 835	331 767	6%
1976	7 752	12 928	20 680	326 990	6%
1977	8 124	13 143	21 268	320 114	7%
1978	8 796	13 735	22 531	328 921	7%
1979	9 479	15 081	24 560	357 258	7%
1980	10 013	15 210	25 223	369 234	7%
1981	10 643	15 683	26 326	374 018	7%
1982	11 519	16 844	28 363	384 760	7%
1983	12 255	17 476	29 731	396 254	8%
1984	13 974	19 134	33 108	416 032	8%
1985	15 513	20 914	36 428	426 594	9%
1986	17 703	22 114	39 817	439 648	9%
1987	19 267	23 243	42 510	464 556	9%
1988	20 537	24 143	44 679	499 131	9%
1989	22 149	25 377	47 526	526 912	9%
1990	24 648	27 289	51 937	525 900	10%
1991	26 672	28 682	55 354	483 044	11%
1992	27 033	28 652	55 685	470 839	12%

Lähde: kuntien taloustilasto, sisältää myös svol:n ulkopuolista toimintaa

Miljoonaa mk



Sosiaali- ja terveydenhuollon menojen kansantuoteosuus

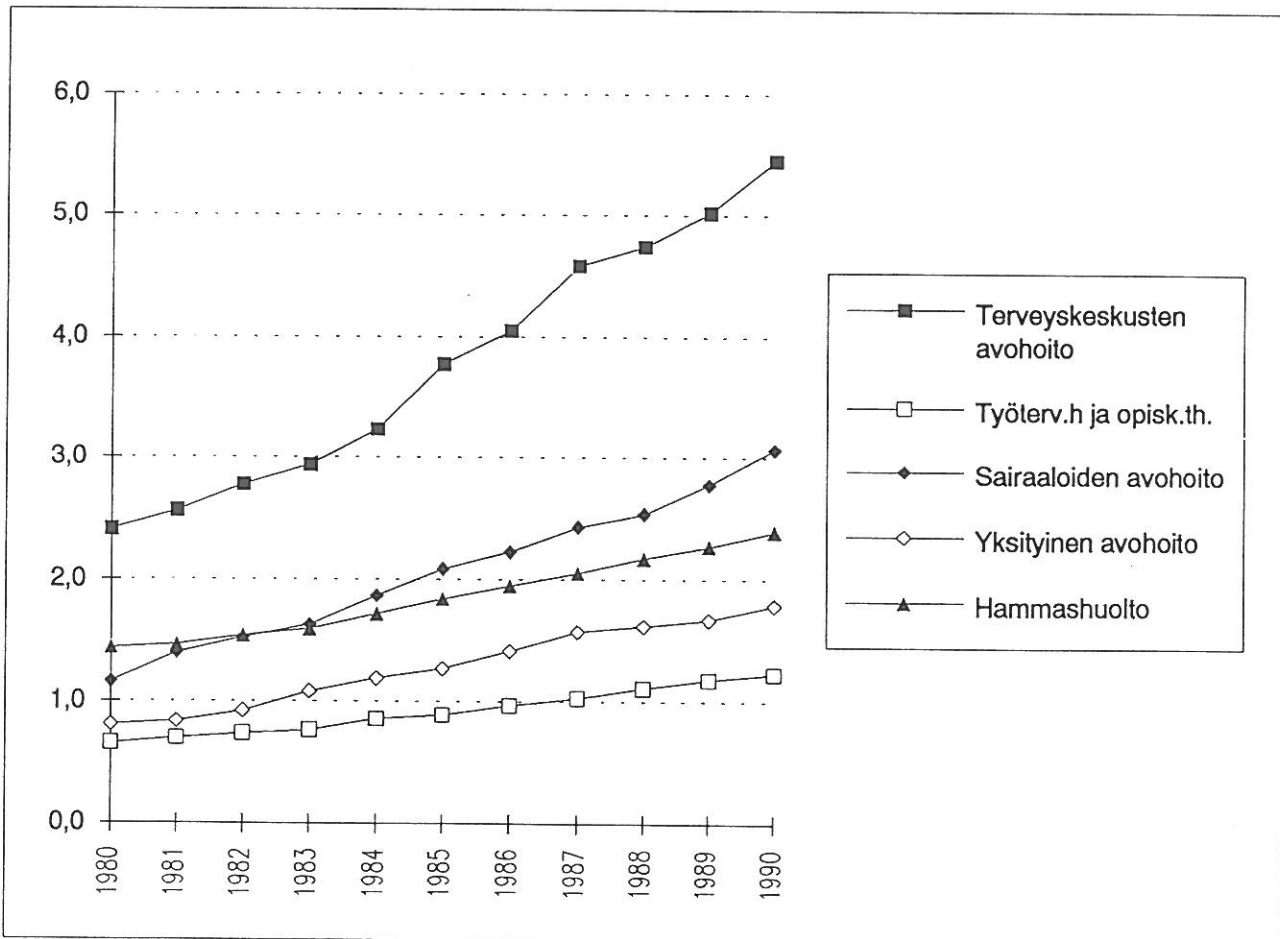


Taulu 4 Terveydenhuollon avohoidon rakennemuutos

Avohoidon rakennemuutos

	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990
AVOHOITO yhteensä	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
AVOHOITO (pl.hammashuolto)	78%	79%	79%	80%	81%	81%	82%	82%	82%	82%	83%
Terveyskeskusten avohoito	37%	37%	37%	37%	36%	38%	38%	39%	39%	39%	39%
Työterv.h ja opisk.th.	10%	10%	10%	10%	10%	9%	9%	9%	9%	9%	9%
Sairaaloiden avohoito	18%	20%	20%	20%	21%	21%	21%	21%	21%	21%	22%
Yksityinen avohoito	13%	12%	12%	14%	13%	13%	13%	13%	13%	13%	13%
Hammashuolto	22%	21%	21%	20%	19%	19%	18%	18%	18%	18%	17%

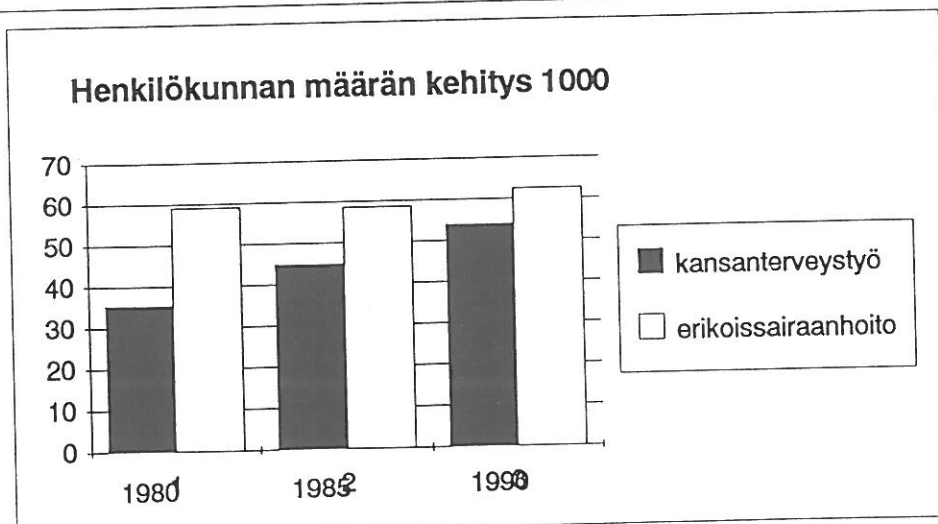
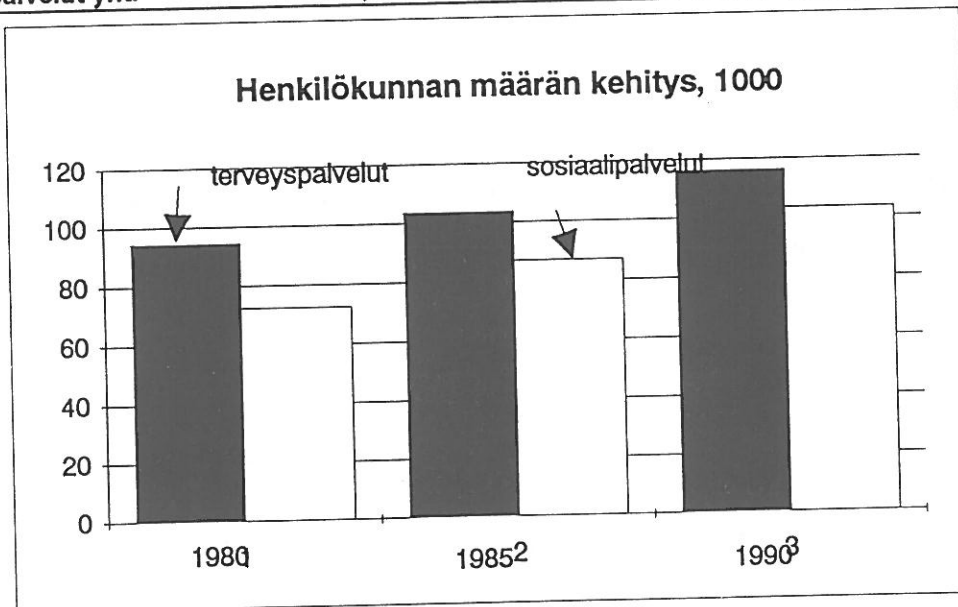
Avohuollon rakenne, miljardia mk, 1990 hinnoin



Taulu 5 Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilökunta kunnissa ja kuntainliitoissa vuosina 1980, 1985 ja 1990

Sosiaali- ja terveyspalvelujen henkilökunta kunnissa ja kuntainliitoissa vuosina 1980, 1985 ja 1990, tuhatta virkaa

	1980	1985	1990	Lisäys v. 80/90		Virkoja / 100 yli 65- vuotiaita	
				lkm	%	1980	1990
Kansanterveystyö	35,3	44,8	53,9	18,6	53%	6,1	8
Erikoissairaanhoito	59,2	58,7	62,5	3,3	6%	10,3	9,3
Terveyspalvelut yht.	94,5	103,5	116,3	21,8	23%	16,4	17,3
Sosiaalipalvelut yht.	72,3	87	103,3	31	43%	12,5	15,4
siintä							
- vanhainkodit	13,7	14	15,2	1,5	11%	2,4	2,3
- kodinhoitoapu	8,1	10,2	13	4,9	60%	1,4	1,9
Sosiaali- ja terveys- palvelut yht.	166,8	190,5	219,6	52,8	32%	28,9	32,7



Taulu 6 Sosiaalihuollon avo- ja laitoshuollon kehitys - vanhustenhuolto

Sosiaalihuollon avo - ja laitoshuollon kehitys - vanhustenhuolto

liite6/loprap3.xls

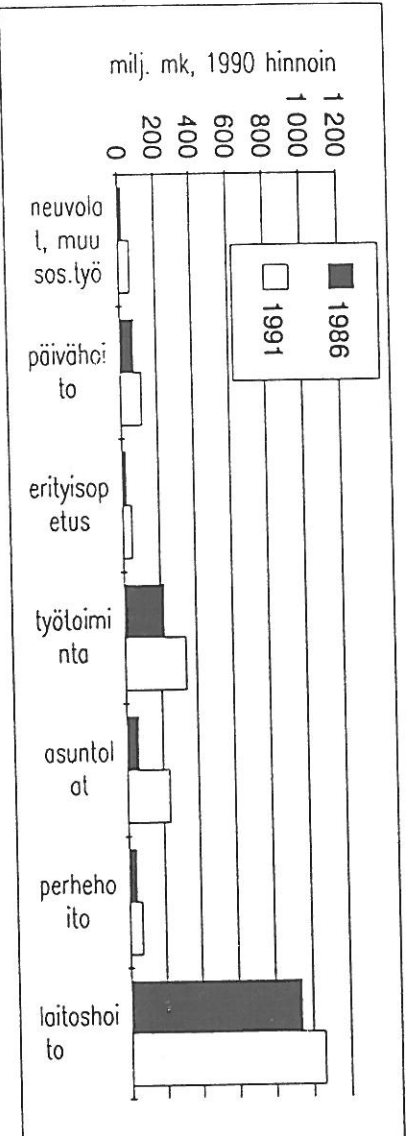
Kaikki markkamäärät on esitetty vuoden 1990 hinnoin

	1 986	1 990	Muutos	
<i>Vanhainkodit</i>				
Hoitopaikkoja	30 426	29 791	-635	-2%
Hoitopäivät, 1000	9 846	9 396	-450	-5%
Käyttömenot, milj. mk	2 875	3 242	367	13%
Käyttömenot /hoitopäivä, mk,	292	345	53	18%
<i>Palvelutalot</i>				
Asuntoja/hoitopaikkoja	3 931	5 579	1 648	42%
Käyttömenot, milj. mk	36	110	74	202%
<i>Muut avohuollon tukimuodot</i>				
<i>Vanhusten kodinhoitoapu</i>				
Kotitalouksia, 1000	119	127	8	7%
Työtunteja, 1000	9 387	9 664	277	3%
Käyttömenot, milj. mk	743	1 064	321	43%
Käyttömenot työtuntia kohti, mk	79	110	31	39%
Käyttömenot kotitaloutta kohti, mk vuodessa	5 411	7 429	2 018	37%
<i>Tukipalvelut</i>				
Sisältää myös vammaiset, joiden osuus tuen saajista vuonna 1990 oli 12 %.				
Kotitalouksia palvelujen piirissä, 1000	37	68	31	84%
Näistä ateriapalvelujen piirissä	22	34	12	55%
Käyttömenot, milj. mk	99	198	99	100%
Käyttömenot kotitaloutta kohti, mk vuodessa	2 703	2 924	221	8%
<i>Vanhusten, vammaisten ja pitkäaikaissairaiden kotihoidon tuki</i>				
Vuonna 1990 yli 64-vuotiaita tuen saajia oli 13 150 eli 63 %.				
Tuen saajia vuoden aikana, 1000	14	21	7	50%
Käyttömenot, milj. mk	156	288	132	85%
<i>Muuta, 1986 arvioita</i>				
Päivätoiminnan käyttömenot, milj. mk	5	10	5	100%
Sosiaalinen lomatoiminta, milj. mk	10	13	3	30%
<i>Käyttömenot yhteensä, milj. mk</i>				
<i>Siiitä, avohuolto</i>	1 049	1 683	634	60%
<i>laitoshuolto</i>	2 875	3 242	367	13%
<i>Kustannusrakenne</i>				
<i>avohuolto</i>	27%	34%		
<i>laitoshuolto</i>	73%	66%		

Taulu 7 Kehitysvammahuollon kehitys

Kehitysvammahuollon kehitystä

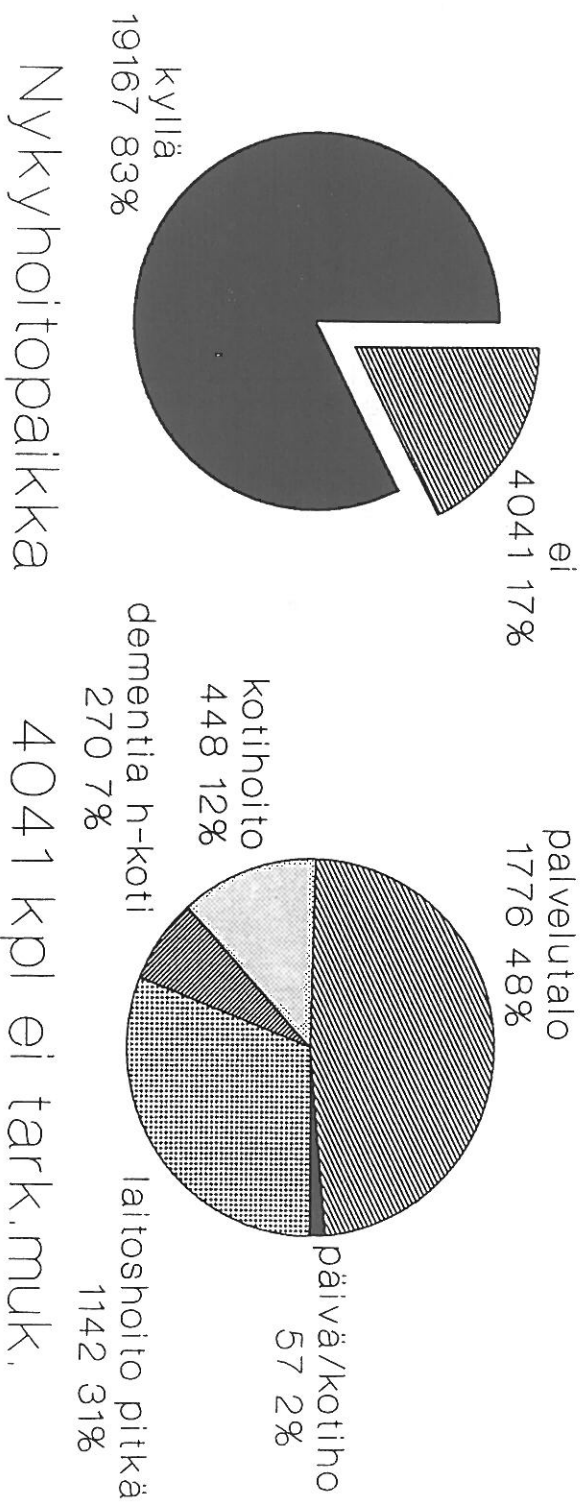
	Milj. mk, 1990 hinnoin		Muutos	Rakenne	
	1986	1991		1986	1991
Erytishuoltolain mukainen toiminta					
<i>Pääosin kuntainliittojen järjestämää</i>					
neuvolat, muu sos.työ	21	58	37	178%	2%
päivähoito	77	114	37	48%	6%
erityisopetus	23	50	27	115%	2%
työtoiminta	222	340	118	53%	16%
asuntolat	67	238	171	255%	5%
perhehoito	44	70	26	59%	3%
laitoshoido	941	1 061	120	13%	67%
YHTEENSÄ	1 396	1 931	535	38%	100%
Muu kehitysvammaisten tuki					
Kodinhoitoapu	Pääosin peruskunnan jäh. sos.huollon palveluja ja muiden terr. huoltopalveluja				
Tukipalvelut	Järjestetään usein muiden väestöryhmien palvelujen yhteydessä. Ei tietoa määrästä.				
Terveystuoltopalvelut					
Ym.					



Kehitysvammaisten erityishuoltolain mukaisen toiminnan menot

Lähde: Kelti
Liite6/oprap4.xls

Taroituksensemukainen hoitopaikka henkilökunnan arvio



Taulu 8 Vanhainkotien asukkaiden taroituksenmukainen hoitopaikka vuoden 1991 asiakaslaskennan mukaan

Taulu 9 Tietoja Vaasan läänin sosiaali- ja terveydenhuollosta: väestörakenne, sosiaali- ja terveydenhuollon menorakenne, palveluiden käyttö ja VOS-laskelma

Taulukko 9 alkaa seuraavalta sivulta

TIETOJA VAASAN LÄÄNIN SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLOSTA

VÄESTÖRAKENNE

	Alttika	Alttika	Alttika	Alttika	Työministeriö	Laskennak-
	Asukas-	Yli 75 v.	Alle 6 v.	Työttömyys-		
	luku	osuus %	osuus %	aste		
	1.1.1992	1990	1990	1991		
ALAHÄRMÄ	5429	7.7	9.0	6.9	0.933	
ALAJÄRVI	9646	5.4	11.3	12.2	0.973	
ALAVUS	10593	6.0	9.6	7.9	0.959	
EVIJÄRVI	3324	5.8	9.3	11.7	1.160	
HALSUA	1644	5.4	10.4	9.0	1.087	
HIMANKA	3364	6.0	10.5	11.1	0.992	
ILMAJOKI	12127	5.9	9.3	9.5	0.992	
ISOJOKI	2861	11.0	6.7	9.6	1.065	
ISOKYRÖ	5377	8.2	8.8	7.2	0.971	
JALASJÄRVI	9840	7.4	8.1	9.1	1.052	
JURVA	5318	5.8	7.5	9.0	1.032	
KANNUS	6168	6.0	11.8	8.4	0.890	
KARIJOKI	1945	10.6	8.0	7.5	0.887	
KASKINEN	1745	5.6	8.9	6.9	1.020	
KAUHAJOKI	15704	6.6	9.2	11.7	0.997	
KAUHAVA	8633	6.5	9.2	6.9	0.967	
KAUSTINEN	4518	5.1	11.3	7.4	0.920	
KOKKOLA	34746	4.3	9.2	11.4	0.898	
KORSNÄS	2319	8.6	7.7	7.0	0.805	
KORTESJÄRVI	2793	7.9	8.8	9.5	1.063	
KRISTIINANKAUPUNKI	8867	8.1	8.0	7.3	0.866	
KRUUNUPYYPY	7081	8.4	9.1	5.9	0.837	
KUORTANE	4922	8.2	8.1	6.1	0.890	
KURIKKA	11289	6.2	9.1	11.4	0.982	
KÄRVIÄ	4627	6.2	10.8	9.9	0.762	
LAIHIA	7622	6.2	10.2	7.9	0.920	

LAPPAJÄRVI	4478	7.2	9.4	12.7	0.892
LAPUA	14576	7.1	8.4	8.0	0.955
LEHTIMÄKI	2335	8.1	9.4	10.2	0.906
LESTIJÄRVI	1099	5.7	11.8	10.5	0.745
LOHTAJA	3028	5.3	11.7	11.6	1.043
LUOTO	3739	4.4	14.7	7.8	0.928
MAALAHTI	5929	9.5	8.5	5.9	0.738
MAKSAMAA	1161	9.4	9.9	8.3	0.837
MUSTASAARI	16139	5.8	9.9	5.1	0.836
NURMO	9316	3.3	11.2	6.5	1.010
NÄRPIÖ	10425	10.5	7.1	5.7	0.815
ORVAINEN	2475	9.2	9.3	6.8	1.008
PERHO	3405	4.3	13.5	8.7	1.065
PERÄSEINÄJOKI	4129	7.2	8.2	10.7	1.106
PIETARSAARI	19955	6.4	8.4	9.4	0.869
PEDERSÖRE	10003	5.5	12.3	5.8	0.913
SEINÄJOKI	28104	3.9	9.1	8.2	0.917
SOINI	3027	6.8	10.8	14.0	0.995
TEUVA	7382	6.7	8.7	7.9	0.983
TOHOLAMPI	4078	5.9	10.5	6.5	1.022
TÖYSÄ	3194	7.1	10.4	10.5	0.973
ULLAVA	1133	5.7	12.4	7.7	0.918
UUSIKAARLEPYY	7721	8.9	9.7	8.6	0.788
VAASA	53761	6.3	8.4	7.0	0.844
VETELI	4059	6.0	10.4	7.8	0.892
VIMPELI	3837	6.6	8.1	11.0	0.958
VÄHÄKYRÖ	4999	6.2	9.2	9.2	0.908
VÖYRI	3845	11.1	8.3	3.9	0.877
YLIHÄRMÄ	3297	8.0	9.2	6.1	0.927
YLISTARO	6093	8.7	8.9	9.1	0.942
ÄHTÄRI	7780	7.4	9.6	9.8	0.999
Vaasan lääni		6.4	9.3		
Koko maa		5.7	8.8	8.6	1.000

TIETOJA VAASAN LÄÄNIN SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLOSTA

SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON MENORAKENNE

	SVOL-menot				Kunnallistilastot		
	Kuntien taloustilasto		VOS-rekisteri		ESH-menojen osuus terv.h. menoista % 1990	Päivähoidon osuus sos.h. menoista % 1990	Vanhainkotien osuus sos.h. menoista % 1990
	Terv.h. p/äyri 1989	Sos.h. p/äyri 1989	Terv.h. mk/as. 1990	Sos.h. mk/as. 1990			
ALAHÄRMÄ	5.06	4.78	4988	3652	57.6	25.2	20.1
ALAJÄRVI	4.62	4.77	4676	3470	56.3	21.9	11.7
ALAVUS	4.64	4.53	4458	3415	55.7	19.9	18.5
EVIJÄRVI	5.38	3.80	5377	3251	51.2	17.1	18.0
HALSUA	4.45	5.48	4376	4286	50.9	21.6	2.6 kl
HIMANKA	5.43	5.27	5196	4325	50.8	22.5	21.9
ILMAJOKI	4.33	3.49	4469	2747	58.9	27.1	11.1
ISOJOKI	6.56	4.28	6010	3200	60.4	12.8	16.6
ISOKYRÖ	5.05	3.16	5350	2661	56.9	19.0	22.5
JALASJÄRVI	5.02	4.27	4671	3209	51.6	23.5	0.0
JURVA	4.82	4.65	5135	2968	51.0	28.0	15.2
KANNUS	3.61	3.94	4305	3446	47.5	30.6	13.5
KARJOKI	6.00	4.29	5848	3215	63.7	14.3	30.2
KASKINEN	4.52	4.35	4708	3551	60.2	33.9	33.0
KAUHAJOKI	4.44	3.89	4743	2861	61.0	24.4	8.3
KAUHAVA	4.61	4.47	5068	3403	50.1	24.8	18.9
KAUSTINEN	4.45	4.46	4260	3286	46.5	28.3	4.1 kl
KOKKOLA	3.90	4.27	3979	3401	60.9	33.5	9.4
KORSNÄS	5.16	4.93	4545	4162	57.2	26.4	31.1
KORTESJÄRVI	5.23	4.99	5236	3415	60.0	13.2	27.4
KRISTIINANKAUP	5.39	3.55	5798	3093	63.7	30.9	16.6
KRUUNUPYÛ	5.69	4.04	5399	3307	62.8	22.2	19.7
KUORTANE	4.21	3.85	4487	3391	60.2	20.6	17.7
KURIKKA	3.54	3.62	3942	2878	54.4	27.8	15.2
KÄRVIÄ	3.67	4.36	3771	3226	55.1	27.3	4.5 kl

LAIHIA	5.00	3.98	4507	3240	7746	55.8	31.1	25.1
LAPPAJÄRVI	5.94	4.24	5252	3182	8434	47.8	23.2	13.8
LAPUA	4.31	3.46	4537	2661	7199	58.2	24.6	19.4
LEHTIMÄKI	6.04	4.99	5370	3590	8960	61.4	17.1	23.8
LESTIJÄRVI	5.82	7.07	6413	5536	11949	49.4	15.2	24.8
LOHTAJA	4.42	4.98	4044	3534	7578	62.3	20.9	5.6 kl
LUOTO	4.78	5.11	4365	3911	8276	61.3	26.3	27.4
MAALAHTI	4.91	4.51	4813	3561	8375	53.6	24.8	22.9
MAKSAMAA	6.76	6.41	5230	4790	10020	48.9	29.3	31.6
MUSTASAARI	4.16	4.17	4123	3430	7553	60.4	34.7	17.3
NURMO	3.61	4.07	3579	3140	6720	63.9	36.3	17.2
NÄRPIÖ	5.86	4.45	5578	3001	8579	52.0	23.4	17.8
ORVAINEN	6.08	4.18	5794	2984	8778	52.1	19.9	25.5
PERHO	5.06	6.44	4348	4351	8698	57.6	24.4	17.4
PERÄSEINÄJOKI	5.05	4.00	5269	3147	8417	64.6	18.9	24.8
PIETARSAARI	4.48	4.11	4674	3440	8114	62.4	37.7	12.9
PEDERSÖRE	4.64	4.54	4405	3406	7811	61.0	27.7	14.3
SEINÄJOKI	3.25	4.22	3645	3466	7111	68.8	34.7	15.2
SOINI	5.61	4.73	5283	2942	8225	60.6	20.7	17.8
TEUVA	4.84	3.12	4990	2941	7931	53.1	23.1	19.4
TOHOLAMPI	4.32	4.52	4574	3418	7992	52.8	15.6	15.7
TÖYSÄ	4.86	5.27	4900	4778	9678	63.6	19.9	22.9
ULLAVA	6.04	5.48	4937	3616	8553	63.1	19.6	2.3 kl
UUSIKAARLEPYY	5.48	4.22	4861	3090	7951	57.3	19.3	19.1
VAASA	4.69	4.38	5173	3980	9153	64.9	36.4	8.0
VETELI	4.45	4.41	4691	3457	8147	44.1	26.2	3.6 kl
VIMPELI	4.08	3.68	5971	2950	8922	50.1	22.9	11.5
VÄHÄKYRÖ	4.30	3.69	4942	2879	7820	47.9	28.9	24.4
VÖYRI	5.50	4.06	5354	2973	8327	49.6	15.4	29.5
YLIHÄRMÄ	5.28	4.45	5513	3527	9040	62.9	26.2	16.8
YLISTARO	5.32	4.53	5014	3237	8251	62.6	20.3	24.6
ÄHTÄRI	5.11	4.17	5944	3362	9306	61.9	31.2	17.4
Vaasan lääni	4.53	4.21	4709	3370	8080	58.9	27.9	14.9
Koko maa	4.15	4.16	4709	3695	8404	51.0	28.9	13.7

TIETOJA VAASAN LÄÄNIN SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLOSTA

PALVELUIDEN KÄYTTÖ

Kysely läänin-
hallituksille
Pitäkäik.h.
paikat yli
75 v. kohti %
1989

Poistoilmoitusrekisteri 1989

Sairaaloiden
hoitopäivät
yht./1000 as.
1989

Yli 30 p.
hoitajaks.
osuus %
1989

Hoidetut
potilaat
yht./1000 as.
1989

Yliopisto- ja
keskussair.
hoitopäivien
osuus %

Yht. VOS
muutos
mk/as.
1989

STM VOS
muutos
mk/as.
1989

ALAHÄRMÄ

ALAJÄRVI

ALAVUS

EVIJÄRVI

HALSUA

HIMANKA

ILMAJOKI

ISOJOKI

ISOKYRÖ

JALASJÄRVI

JURVA

KANNUS

KARJOKI

KASKINEN

KAUHAJOKI

KAUHAVA

KAUSTINEN

KOKKOLA

KORSNÄS

KORTESJÄRVI

KRISTIINANKAUPUNKI

KRUUNUPYY

KUORTANE

KURIKKA

KÄLVÄ

14.3	5836	5.52	152	29.2	-1435	-63
15.7	7600	4.30	153	13.5	-1066	298
19.0	6258	3.60	162	14.6	-974	281
15.2	4413	4.21	189	32.8	-1581	-207
6.6	3206	3.75	168	47.7	-1728	-317
17.5	10393	3.96	153	11.4	-1937	-530
15.7	4019	4.77	151	26.9	-436	671
10.6	7044	5.96	182	11.2	-2045	-70
15.8	8395	6.50	146	16.6	-820	442
14.1	7028	4.36	161	16.5	-818	485
20.0	2780	4.06	148	38.4	-2324	-843
13.8	5452	3.42	162	17.0	-643	410
13.8	2738	5.02	171	20.0	-1785	-205
21.2	1651	2.99	152	37.8	-385	-22
12.7	4774	5.13	148	22.4	-524	805
15.3	4060	4.66	159	29.5	-1104	-146
8.9	2673	4.45	141	39.5	-985	273
12.7	3393	3.78	141	28.9	-57	330
16.5	3040	4.33	121	31.8	-1239	-542
14.1	8048	4.49	177	17.8	-1224	286
14.4	6560	5.82	154	7.3	-1364	-598
15.8	7206	4.28	161	28.3	-1357	-105
15.1	5716	3.78	171	18.0	-886	591
15.2	5893	3.95	152	16.7	-351	941
8.9	5100	3.56	135	17.2	-408	719

VOS-KOELASKELMA

LAIHIA	19.3	4817	5.56	131	21.1	-975	230
LAPPAJÄRVI	19.4	5200	4.12	172	22.2	-1648	-343
LAPUA	14.2	6866	5.68	156	17.1	-495	587
LEHTIMÄKI	16.7	4335	4.08	175	18.4	-2097	-713
LESTIJÄRVI	25.6	2474	1.50	175	44.3	-2413	-291
LOHTAJA	12.1	5722	3.70	147	19.2	-570	620
LUOTO	11.9	4086	3.65	143	19.4	-1076	-48
MAALAHTI	13.0	2616	5.14	126	38.2	-1115	-106
MAKSAMAA	12.7	1656	1.63	135	61.1	-1527	-31
MUSTASAARI	13.4	1895	3.59	110	50.6	-217	51
NURMO	20.2	1806	3.32	133	54.0	239	726
NÄRPIÖ	11.1	5954	4.69	135	10.1	-706	-27
ORAVAINEN	13.7	7632	2.79	162	13.1	-1138	-24
PERHO	15.7	3179	3.15	154	36.6	-1248	-91
PERÄSEINÄJOKI	22.3	4449	6.05	166	30.7	-1551	26598
PIETARSAARI	15.9	3877	4.07	170	20.0	-329	-5
PEDERSÖRE	15.0	7911	3.56	155	9.7	-688	512
SEINÄJOKI	21.0	2587	3.82	149	42.1	61	182
SOINI	18.1	4448	4.35	190	16.4	-1412	57
TEUVA	12.7	5589	4.33	156	16.2	-1213	11
TOHOLAMPI	15.1	5544	4.45	149	19.5	-1155	65
TÖYSÄ	20.1	6409	5.91	183	13.4	-2107	-699
ULLAVA	14.8	7021	5.15	157	19.9	-1505	-239
UUSIKAARLEPYÄ	15.1	5137	4.54	152	10.7	-520	48
VAASA	13.5	4153	3.96	134	27.8	-775	-675
VETELI	18.4	4641	4.45	149	25.0	-1527	-253
VIMPELI	20.8	5558	3.99	177	20.7	-1766	-377
VÄHÄKYRÖ	17.7	3888	6.73	132	29.9	-1346	-208
VÖYRI	13.0	5885	4.02	144	18.8	-443	331
YLIHÄRMÄ	18.9	2683	3.73	169	69.0	-1385	-457
YLISTARO	15.9	8281	5.65	159	15.6	-753	413
ÄHTÄRI	15.1	5209	3.74	176	11.3	-2006	-831
Vaasan lääni	15.0	4756		150	21.8		
Koko maa	16.8	4281		141	17.7		

PALVELURAKENNETYÖRYHMÄN MUISTION LIITE 2

**ESIMERKKIKUNTIEN VANHUSTENHUOLLON,
KEHITYSVAMMAHUOLLON JA PSYKIATRISEN
ERIKOISHOIDON PALVELURAKENNETARKASTELU**

Silja-Riitta Sinisalo

TIIVISTELMÄ

Sosiaali- ja terveysministeriö asetti 18.12.1991 työryhmän

- selvittämään sosiaali- ja terveydenhuollon toimivuutta, taloudellisuutta ja muutostarpeita,
- tekemään ehdotukset toimenpideohjelmaksi, jolla valtakunnallista sekä lääni- ja kuntakohtaista palvelurakennetta ja mitoitusperusteita voitaisiin parantaa, sekä
- arvioimaan ehdotusten kustannusvaikutukset, koulutustarpeet ja muut toteuttamisedellytykset.

Tämän selvittämiseksi työryhmä päätyi lähestymään asiaa 'building up' ja 'breaking down' menetelmää käyttäen. Päätyö oli valtakuntatasaisten päätelmien tekeminen käytettävissä olevien asiantuntijoiden ja toimintaa kuvaavien tiedostojen avulla (breaking down-menetelmä). Building up -menetelmässä puolestaan lähdettiin tarkastelemaan palvelurakennetta kuntanäkökulmasta eli tarvittava tietoaineisto kerättiin suoraan kunnista kolmelta sosiaali- ja terveydenhuollon lohkolta eli

- vanhustenhuollosta
- kehitysvammahuollosta ja
- psykiatrisesta erikoishoidosta.

Kuntakartoitukset toteutettiin Hämeenkyröstä, Jalasjärveltä, Karjalohjalta, Koski TL:stä, Kotkasta, Liedosta, Marttilasta, Tarvasjoelta ja Turusta. Kattavin aineisto saatiin vanhustenhuollosta ja kehitysvammahuollosta, vähiten kattava psykiatrisesta erikoishoidosta.

Kerätyn aineiston perusteella selvitettiin mikä tilanne kunnassa vallitsi kartoitushetkellä ja mikä olisi ollut palvelujen tavoitetilanne. Nyky- ja tavoitetilannetta tarkasteltiin sekä kuluttajien että väestön kannalta siten, että hoitoon osallistuva henkilökunta suoritti potilas/asiakaskartoitukset. Palvelujen tuotantokustannukset laskettiin vuonna 1991 toteutuneen toiminnan mukaan.

Vanhustenhuollon kartoituksessa nyky- ja tavoitetila poikkesivat toisistaan mm. seuraavasti:

- Kartoitetuista vanhuksista 13.7 %:lla oli selviä hoidon puutteita (joko epätarkoituksenmukainen sijoittuminen/riittämätön kotihoitoon taso tai asumista tukevien palvelujen puutteita).
- Puutteista puolestaan 31.0 % kuvaa tarkoituksenmukaisen sijoituspaikan/hoidon tason puuttumista.
- Kotona asuvista 5.7 % tarvitsisi lisää kotipalvelun/kotisairaanhoidon käyntejä.
- Myös asumista tukevia palveluja tarvittaisiin lisää, erityisesti turvapalvelun turvapuhelimia.

Erityishuoltopiirien tekemä kehitysvammahuollon kartoitus osoittaa, että

- Kaikista kartoitetusta oli epätarkoituksenmukaisella sijoituspaikalla 36 %.

- Kartoitetuista laitoshoidossa olevista potilaista 32 % oli epätarkoituksenmukaisella hoitopaikalla.
- Asumista tukeviin palveluihin ei ilmennyt mainittavasti lisätarvetta.

Kunnissa tehty kehitysvammahuollon kartoitus osoittaa puolestaan, että

- kehitysvammaisista oli 14,5 % alihoidossa.

Psykiatrisen erikoishoidon kartoitus osoittaa, että

- 12,5 % kartoitetusta oli väärällä sijoituspaikalla. Heistä väärin sijoittuneena laitoksissa oli 25,5 %. Laitoksissa väärin sijoittuneet olivat pääasiassa ylihuollossa.
- Uuden hoitopaikan tueksi olisi tarvittu erilaisia asumista tukevia palveluja. Eniten tarvetta oli terapeuttisiin ja yleisiin suojatyöpaikkoihin ja muuhun sosiaaliseen toimintaan.
- Myös psykiatristen potilaiden asumisolot jättivät paljon toivomisen varaa. Kotona asumisen tueksi tarvittaisiin ensisijaisesti lisää työtoimintapaikkoja ja sosiaalista kerhotoimintaa sekä ammattikoulutusta/kursseja.

Tässä tutkimuksessa käytetyllä menetelmällä voidaan tarkastella palvelurakennetta yksilöllisesti ja ottaa huomioon kunnan todellinen tilanne. Näin vältetään ylhäältä päin asetettujen suhdelukujen ohjaama standardipalvelurakenteen ansa.

Kuntien palvelurakenne (nyky- ja tavoitetilanne) hinnoiteltiin ja kustannukset laskettiin koko väestön ja 65-vuotta täyttäneen väestön suhteessa. Tuloksena oli, että vanhustenhuollon nykytila maksoi näissä kunnissa yhteensä 735 milj. mk, kehitysvammahuolto 97 milj. mk ja psykiatrisen erikoishoito 246 milj. mk vuodessa.

Kustannuksia valtakuntatasolle peilattaessa havaitaan, että uudelleensijoittumisten myötä myös säästettäisiin. Säästöt vanhustenhuollossa olisivat n. 1 miljardi mk vuositasolla (oletuksena erimerkkikuntien kokemuksiin pohjautuen, että samalla erikoissairaanhoidon käyttö vähenisi n. 10 %). Kehitysvammahuollossa optimisijoittumiset aiheuttaisivat päinvastaisen vaikutuksen eli n. 0,4 miljardin mk:n lisätarpeen. Puutteet asumista tukevista palveluista sekä erityisesti asuntola- ja hoitoasuntolatyyppeiden hoitomuotojen lisätarve (hoitopäivän hinnat tukipalveluineen keskuslaitosten hoitopäivän hintoja kalliimmat) ovat suurimmat syyt kehitysvammahuollon lisärahoitustarpeeseen. Psykiatrisessa erikoishoidossa avohoitoon pitäisi panostaa n. 280 milj. mk ja laitoshoidosta voitaisiin optimisijoittumisten myötä säästää n. 450 milj. mk vuodessa. Kuntien väliset kustannusvaihtelut olivat suuret, suurimmillaan 2,5-kertaiset.

Tässä selvityksessä käytetty menetelmä osoitti, että viimeistään nyt valtionosuuskäytännön uudistuessa kuntien olisi kehitettävä laskentatointaan ja palvelurakennettaan. Toisaalta myös valtion olisi syytä testata uusia tavoitemallejaan peruskuntien tasolla.

Kartoitusta toteutettaessa aikataulu oli liian tiukka ja esimerkkikuntien lukumäärä liian suppea. Esimerkkikunnat valittiin kuitenkin toisistaan poikkeavien palveluprofiiliensa vuoksi, joten ne edustavat toiminnallisesti tarkasteltuna laajempaa otantaa. Tarkasteluun valittujen kolmen palvelusektorin kustannuskuorma on suuri, mutta vasta sitten tutkimus on hyvä, kun se toteutetaan vastaavalla mallilla suuremmalla kuntaotannalla koko sosiaali- ja terveystoimen kirjon kattavana.

Tutkimus olisi onnistunut erittäin hyvin, jos sitä olisi voitu tarkentaa huomattavasti kevyemmällä kaikkiin kuntiin kattavasti ulottuvalla vastaavasisältöisellä selvityksellä. Sellaisen selvityksen toteuttamista harkittiin tässä työryhmässä, mutta tällä kertaa siitä luovuttiin.

Koko Suomea käsittelevät kustannuslaskelmat perustuvat esimerkkikuntien palvelujen tuottamiskustannuksiin ja ovat näin ollen laskennallisia ja vain suuntaa antavia. Lisäksi on todettava, että palvelujen tuottamisen kustannuslaskennassa on useissa kunnissa vielä paljon parantamisen varaa. Kokoavana johtopäätöksenä voidaan kuitenkin todeta, että koko Suomea ajatellen ei näyttäisi mahdolltomalta päästä palvelujen kokonaiskustannusten pienentämiseen samalla kun hoidon taso optimisijoittumisten myötä paranisi.

Tutkimuksen onnistumista haittasi alituisesti esille noussut tietosuojakysymys. Onko nykyinen tietosuojalaki ja sen tulkinta onnistunut, jos STM ei voi suorittaa tällaista kartoitusta vaikeuksitta. Huoli kartoitettavien tietosuojasta esti nimittäin tietyiltä osin tämänkin tutkimuksen toteuttamisen.

Esimerkkikuntien innostus oman palvelurakenteensa edelleen kehittämiseen herättää ajatuksen, miten vastaava kartoitus saataisiin toteutetuksi kaikissa Suomen kunnissa. Palvelurakennehan voi kehittyä vasta, kun tiedetään missä ollaan ja minne pitäisi mennä.

Tutkimuksesta saatujen kokemusten mukaan tässä kehitetyn building up menetelmän käyttö ylhäältä alas suuntautuvan breaking down menetelmän rinnalla on välttämätöntä. Ei tunnu turhalta pystyä saman aikaisesti tarjoamaan väestölle parempia oloja ja saavuttamaan kustannussäästöjä.

Tällaisten kartoitusten laatiminen ja optimoinnin ajantasalla pitäminen ei kuitenkaan ole mahdollista, jos kuntien vastuuhenkilöillä ei ole riittävää osaamisen tasoa eikä kunnissa ole käytössä ajanmukaisia tietojärjestelmiä tiedonhallinnan apuvälineenä. Työntekijöiden aikabudjetteja ja kunnan rahabudjettia on siis käytettävä em. valmiuksien saavuttamiseksi.

Osaamisen tason nostamiseen ja tietohuoltoon ja siihen tarvittaviin laitteisiin tulisi investoida esimerkkikunnista saatujen investointikokemusten perusteella vähintään 2 - 3 % kehitettävän sosiaali- ja terveystoimen kokonaiskäyttökustannuksista. Kuntaesimerkit osoittavat, että panos tulee ajan myötä monin verroin säästetyksi palvelujen kustannusten alenemisena ja palvelujen saajien parantuneena hoitona.

Työryhmää asetettaessa esitetyt muutostarpeet näyttävät tämänkin selvityksen perusteella todellisilta. Muutokset alentavat oikein toteutettuna kustannuksia ja niille on hyvät toteuttamisedellytykset, kunhan kunnat saattavat osaamisensa tason ja tietohallintonsa ajantasalle.

TIIVISTELMÄ

1	JOHDANTO.....	1
2	VANHUSTENHUOLLON, KEHITYSVAMMAHUOLLON JA PSYKIATRISEN ERIKOIS- HOIDON KARTOITUKSET	
2.1	Vanhustenhuollon kartoitus.....	2
2.2	Kehitysvammahuollon kartoitus.....	3
2.3	Psykiatrisen erikoishoidon kartoitus.....	3
2.4	Kartoitusten toteuttamisen lähtökohdat.....	3
3	VANHUSTENHUOLLON POTILAS/ASIAKASKARTOITUS	
3.1	Kuntien palvelutarjonta ja palvelujen puutteet/lisätarpeet.....	4
3.2	Kuntien palvelujen tavoitetilamalli.....	7
3.3	Hoitopaikkaoptimointi ja sen aiheuttamat kustannusvaikutukset..	7
3.4	Yhteenveto eri hoitomuotojen nyky-/tavoitetilasta ja kustannuk- sista esimerkkikunnissa.....	8
3.5	Vanhustenhuollon hoitoisuusindeksit.....	9
3.6	Kartoituksen diagnoosijakauma.....	9
3.7	Kuntien vanhustenhuollon kustannusten rahoitus.....	10
3.8	Muut huomiot vanhustenhuollon kartoituksesta.....	11
4	KEHITYSVAMMAHUOLLON ASIAKASKARTOITUS.....	11
4.1	Kuntien ja erityishuoltopiirien yhteistyö.....	11
4.2	Kehitysvammaisten palvelutarjonta ja palveluissa havaitut puut- teet ja lisätarpeet.....	12
4.3	Palvelujen tavoitetilamalli.....	14
4.4	Hoitopaikkaoptimointi ja sen aiheuttamat kustannusvaiku- tukset.....	14
4.5	Kartoituksen diagnoosijakauma.....	15
4.6	Toimintakykyjakauma eri hoitomuodoissa.....	15
4.7	Muut huomiot kehitysvammahuollon kartoituksessa.....	16

1 JOHDANTO

Sosiaali- ja terveysministeriö asetti 18.12.1991 työryhmän

- selvittämään sosiaali- ja terveydenhuollon toimivuutta, taloudellisuutta ja muutostarpeita,
- tekemään ehdotukset toimenpideohjelmaksi, jolla valtakunnallista sekä lääni- ja kunta-kohtaista palvelurakennetta ja mitoitusperusteita voitaisiin parantaa, sekä
- arvioimaan ehdotusten kustannusvaikutukset, koulutustarpeet ja muut toteuttamisedellytykset.

Työryhmä nimesi itsensä palvelurakennetyöryhmäksi.

Työryhmän tuli antaa väliraportti 15.4.1992 mennessä (Työryhmämuistio 1992:7, Palvelurakennetyöryhmän väliraportti) sekä loppuraportti 31.12.1992 mennessä.

Palvelurakennetyöryhmän työ jakaantui valtakuntatasoiseen ja kuntakohtaiseen tarkasteluun. Kuntakohtaista tarkastelua on väliraportin liitteessä 2, missä kerrotaan seitsemän kunnan, yhden terveyskeskuskuntainliiton ja yhden sairaanhoitopiirin toimenpiteistä palvelurakenteensa kehittämiseksi. Tarkastelun kohteena ovat Hämeenkyrö, Jalasjärvi, Karjalohja, Kotka, Pietarsaari, Turku, Virolahti, Härkätien kansanterveysystyön kuntainliitto sekä Keski-Suomen sairaanhoitopiiri.

Tässä palvelurakennetyöryhmän loppuraportin kuntakohtaiseen tarkasteluun keskittyvässä liitteessä kuvataan

- Hämeenkyrön, Jalasjärven, Karjalohjan, Koski TL:n, Kotkan, Liedon, Marttilan, Tarvasjoen sekä Turun vanhustenhuollon ja kehitysvammahuollon palvelu- ja kustannusrakennetta sekä
- psykiatrisen erikoishoidon rakennetta Hämeenkyrön, Jalasjärven, Kotkan ja Turun osalta.

Palvelu- ja kustannusmallit pohjautuvat kunnissa, sairaanhoitopiireissä ja erityishuoltopiireissä tehtyihin palvelujen tuottamista koskeviin kustannuslaskelmiin ja potilas/asiakaskartoituksiin.

Esimerkkikuntien erilaisista toimintamalleista muodostuvan keskiarvomallin avulla tarkastellaan lisäksi kaikkien Suomen kuntien vanhustenhuollon kustannusrakennetta.

2 VANHUSTENHUOLLON, KEHITYSVAMMAHUOLLON JA PSYKIATRISEN ERIKOISHOIDON KARTOITUKSET

2.1 Vanhustenhuollon kartoitus

Hämeenkyrössä, Jalasjärvellä, Karjalohjalla, Koski TL:ssä, Kotkassa, Liedossa, Marttilassa, Tarvasjoella sekä Turussa suoritettiin vanhustenhuollon potilas/asiakaskartoitus liitteen 1 kartoituslomakkeen mukaisesti. Kartoituksen kohteena olivat kunnan 65-vuotta täyttäneet palvelujen piirissä olevat sekä ne ko. ikäryhmään kuuluvat henkilöt, joilla tiedettiin olevan palvelupuutteita tai palvelujen lisätarpeita.

Kartoituksessa tutkittiin kunnan vanhustenhuollon palvelujen käyttöä avopalvelujen osalta kokonaisuutena ja laitoshoidon käyttöä yhden päivän otannalla. Kireän aikataulun johdosta kaikki kunnat eivät tehneet kokonaiskartoitusta, vaan kartoittivat ikäryhmittäin edustavat tasaväliotannot. Lopputuloksia tarkasteltaessa oletetaan otannan ulkopuolelle jääneen ryhmän käyttäytyvän otoksen mukaisesti.

Kustannuslaskennan pohjaksi kunnat täyttivät vanhustenhuollon vuoden 1991 kokonaispalvelutarjontaa ja kustannusrakennetta kartoittavan loma-kesarjan (liite 2). Palvelu- ja kustannusrakennetarkastelu toteutettiin eri hoitomuotojen (kotiin annettava hoito, palvelutaloissa, pienryhmäkodeissa, vanhainkodeissa, hoivakodeissa/-osastoilla ja terveystieteiden keskuksen vuodeosastoilla annettava hoito) ja asumista tukevien palvelujen ryhmittäin.

Yrityksessä kartoittaa yhden päivän otantana esimerkkikuntien yli 65-vuotiaat keskus/alue- ja sairaalahoitossa olevat potilaat epäonnistuttiin. Sairaalat vetosivat potilaiden tietosuojaan, eivätkä lähteneet yhteistyöhön. Yhteistyöyritykset kariutuivat varsinkin kuntien edustajien toimiessa yhteyshenkilöinä kartoitusten toteuttamiseksi ministeriön työryhmän asettamis- ja yhteistyötä pyytävistä kirjeistä huolimatta.

2.2 Kehitysvammahuollon kartoitus

Kehitysvammahuollon palvelurakenne kartoitettiin vanhustenhuoltoa vastaavalla menetelmällä (liite 3 asiakaskartoituslomake, liite 4 palvelujen kokonaistarjonta/kustannusrakenne-lomakkeisto).

Kartoitus suoritettiin Hämeenkyrön, Jalasjärven, Karjalohjan, Koski TL:n, Kotkan, Liedon, Marttilan, Tarvasjoen ja Turun kehitysvammaisista. Kartoituksen suorittivat pääsääntöisesti erityäin yhteistyöhaluisina Uudenmaan erityishuolto-piirin kl, Pirkanmaan erityishuolto-piirin kl, Kymen erityishuolto-piirin kl, Etelä-Pohjanmaan erityishuolto-piirin kl sekä Varsinais-Suomen erityishuolto-piirin kl. Hämeenkyrö, Jalasjärvi, Kotka ja Turku kartoittivat lisäksi omien palvelujensa piirissä olevat kehitysvammaiset (pääsääntöisesti otantana).

2.3 Psykiatrisen erikoishoidon kartoitus

Kartoituksen toteuttamismalli on sama kuin vanhustenhuollon ja kehitysvammahuollon kartoituksissa (liite 5 psykiatrisen erikoishoidon potilaskartoituslomake, liite 6 palvelujen kokonaistarjonta/kustannusrakenne-lomakkeisto).

Psykiatrisen kartoituksessa törmättiin samoihin vaikeuksiin kuin keskus/aluesairaalatason vanhustenhuollon kartoituksessa eli tietosuoja koettiin ongelmana. Joidenkin sairaanhoitopiirien edustajien pelkona oli, että kunnan tietoon menee yksilötasoista tietoa psykiatrasta erikoishoitoa käyttävistä kuntalaisista.

Psykiatrisen kartoitus toteutettiin Turussa, Kotkassa ja Jalasjärvellä (avo- ja laitoshoidon kartoitus, Jalasjärvellä myös kunnan tarjoamien palvelujen kartoitus) sekä tietyiltä osin Hämeenkyrössä (avohoidon osittainen kartoitus ja laitoshoidon). Paitsi kartoituksessa koetut tietosuojaongelmat, niin myös kireä aikataulu estivät kartoittamisen laajemman toteutuksen.

2.4 Kartoitusten toteuttamisen lähtökohdat

Palvelujen kokonaiskartoitukset kustannuslaskelmineen pyydettiin tekemään vuoden 1991 toteutuneen toiminnan mukaan (liitteet 2, 4 ja 6). Karjalohja, jossa ehdittiin toimia uuden toimintamallin mukaan vuonna 1991 vain kaksi kuukautta (palvelutaloissa palvelut, vanhainkotipaikoista luopuminen), kartoitti vuoden 1992 yhdeksän ensimmäisen kuukauden toiminnan.

Kustannuksia tarkastellaan bruttokustannuksina, ja kuntia pyydettiin vyöryttämään pääoma-, hallinnon, huoltotoimintojen ja yhteisten palvelutoimintojen kustannukset täysimääräisinä eri hoitoa tarjoaville yksiköille. Henkilökuntamäärää tarkasteltiin eri hoitomuotojen kokonaishenkilökuntana, johon pyydettiin vyöryttämään kustannusten vyörytyssuhteessa hallinnon, huoltotoimintojen ja yhteisten palvelutoimintojen henkilökuntaa.

Ongelmaksi muodostuivat kunnissa käytössä olevat erilaiset toimintojen tilastointikäytännöt, yksikkökustannusten laskenta lomakkeiden pyytämällä tasolla sekä kustannusten ja henkilöstön vyörytykset, joihin kunnissa ei pääsääntöisesti oltu aiemmin totuttu. Edellä kuvatuista ongelmista johtuen kuntien potilas/asiakaskartoitusten antamia palvelutarjonnan ja palvelun tavoitetarjonnan kustannusmalleja voidaan pitää suuntaa antavina, eikä kuntien keskenäinen vertailu ole mahdollista erityyppisistä perustietojen kirjauskäytännöistä johtuen (yksi kunnista vyöryttänyt kaikki kustannukset, useimmat jättäneet joka kustannuksesta jonkun osan vyöryttämättä).

3 VANHUSTENHUOLLON POTILAS/ASIAKASKARTOITUS

3.1 Kuntien palvelutarjonta ja palvelujen puutteet/lisätarpeet

65-vuotta täyttäneistä palvelujen piirissä olevista kuntalaisista sekä niistä, joilla tiedettiin olevan palvelutarpeita tehtiin liitteen 1 mukainen potilas/asiakaskartoitus. Kartoituksen kuntakohtainen nykypalvelu/palvelujen puute/lisätarve-jakauma on nähtävissä liitteessä 7. Hämeenkyrön vanhustenhuollon kartoitus tehtiin äärimmäisen kireäksi muodostuneen aikataulun johdosta n. 50 %:n avopalveluotantana (laitos- ja välimuotoinen hoito kartoitettiin kokonaisuutena), muissa kunnissa pyrittiin kartoittamaan kotiin, palvelutaloihin ja pienryhmäkoteihin annettava kokonaispalvelutarjonta ja laitoshoidon yhden päivän tilanne.

Suunnitellusta keskus/aluesairaالاتason kartoituksesta jouduttiin luopumaan kappaleessa 2.1 kuvatuista vaikeuksista johtuen. Kokonaiskustannuksia laskettaessa käytetään Sairaaliiton vuoden 1991 tilastoa Erikoissairaanhoidon kunnittaisesta käytöstä oletuksella, että 65-vuotta täyttäneet käyttävät erikoissairaanhoidoa koko väestön suhteessa. Erikoissairaanhoidon kustannuksiin ei ole otettu poliklinikkakäynneistä aiheutuvia kustannuksia (ainoastaan hoitopäiväkustannukset). Vanhustenhuollon kunnan tarjoamien

palvelujen kustannuksissa ei ole myöskään otettu huomioon 65-vuotta täyttäneiden vastaanottokäynteistä aiheutuvia kustannuksia.

Vanhustenhuollon potilas/asiakaskartoitukset tehtiin ryhmittelemällä hoitomuodot seuraavasti:

kotisa	satunnainen kotihoito, kotiin annettuja palveluja (kodinhoito- ja kotisairaanhoidopalvelut) < 1 käyntiä viikossa
kotitu	tuettu kotihoito, kotiin annettuja palveluja 1-6 käyntiä viikossa
kotiva	valvottu kotihoito, kotiin annettuja palveluja 7-14 käyntiä viikossa
kotite	tehostettu kotihoito, kotiin annettuja palveluja vähintään 15 käyntiä viikossa
pt1	kevyen palvelun palvelutalo
pt2	tehostetun palvelun palvelutalo
prk	pienryhmäkoti
vk	vanhainkoti
hk	hoivakoti/-osasto
tkk	terveyskeskuksen sairaala
psyk	psykiatrinen sairaala
ks	keskus/aluesairaala
tyks	keskus/aluesairaala (lyhenne käytössä Turussa).

Turun ja Kotkan potilas/asiakaskartoitusaineistossa on myös keskus/aluesairaalahoidossa olevien pitkäaikaipotilaiden tietoja, joskaan ne eivät ole täysin ajantasalla.

Liitteen 7 kuntakohtaisista raporteista voidaan nähdä eri palvelujen nykyinen saanti ja niissä ilmenneet tarpeet. Kartoituksen perusteella voidaan todeta, että 9028:sta kartoitetusta vanhuksesta 1239:llä eli 13.7 %:lla oli puutteita (joko epätarkoituksenmukainen sijoittuminen/riittämätön kotihoidon taso tai asumista tukevien palvelujen puutteita).

Puutteista 384 eli 31.0 % kuvaa tarkoituksenmukaisen sijoituspaikan/hoidon tason (kotihoito taso satunnainen, tuettu, valvottu tai tehostettu kotihoito liian alhainen) puuttumista. Kotona hoidettavista 5324:stä 302 (5.7 %) tarvitsisi lisää kotipalvelun/kotisairaanhoidon käyntejä. Heistä 67 on yllä luetellun kotona asumista ku-

vaavan asteikon mukaan väärällä kotona asumisen tasolla (17,4 % sijoituspaikan/hoidon tason puutteista), ja varsinainen tarkoituksenmukainen sijoituspaikka puuttui 317:lta (82,6 % sijoituspaikan/hoidon tason puutteista, 25,6 % kaikista kartoituksessa ilmenneistä puutteista). Ylihoitossa epätarkoituksenmukaisesti sijoittuneesta 317:sta kartoitetusta oli 175 (55 %) ja alihoidossa 142 (45 %). Liitteen 8 taulokuissa nähdään kuntakohtaisesti sijoittuminen eri hoitomuodoille yli- ja alisijoittuvuusprosentteineen. Kartoituksen 9:n kunnan sijoittuvuusyhteenvedo on liitteessä 9 (tulostustaulukoissa havaitaan talennusvirheistä johtuva 4:n potilaan epätarkkuus).

Kunnissa käydyissä keskusteluissa ilmeni, että joukunen ylisijoittuminen esim. vanhainkotiin tai terveyskeskuksen osastolle johtui vanhuksen ja/tai omaisten voimakkaista siirtoa vastustavista asenteista, eikä siitä, etteikö kunnalla olisi ollut halua ja valmiuksia tarkoituksenmukaisen hoitopaikan järjestämiseen.

Sijoittumisista aiheutuviin taloudellisiin vaikutuksiin palataan kappaleessa 3.3 Hoitopaikkaoptimointi ja sen aiheuttamat kustannusvaikutukset.

Nykyisellä palvelutarjonnalla potilas/asiakas-kartoituksen pohjalta lasketut, kuntien antamiin kustannustietoihin pohjautuvat hoitopäivien hinnat eri hoitomuotojen sisäisinä keskiarvoina (esim. kunnassa monta vanhainkotiä, joiden painotettuna keskiarvona laskettu keskihinta käytössä) ovat nähtävissä liitteen 10 tulostaulukossa 1. Eri vyörytys- ja laskentatapojen johdosta kunnat eivät ole kustannustensa suhteen keskenään vertailukelpoisia (yksi kunnista vyöryttänyt kaikki kustannukset, muut jättäneet useimmista kustannuksista osan vyöryttämättä, toiset eivät vyöryttäneet mitään). Kaikki kunnat eivät ole myöskään tuottaneet asumista tukevien palvelujen yksikkökustannuslaskentaan tarvittavia tunnuslukuja. Näissä tapauksissa käytetään muiden kuntien yksikkökustannusten painotettua keskiarvoa.

Kotihoidon (hoitomuodoille kotisa, kotitu, kotiva ja kotite) sekä useimmissa kunnissa palvelutalojen ja pienryhmäkotien (toimivat ilman vakiuista henkilökuntaa, kotipalvelu ja kotisairaanhoido tekevät kotikäyntejä) hoitopäivän hinnat saadaan laskemalla yhteen kotipalvelun, kotisairaanhoidon ja asumista tukevien palvelujen päiväkustannukset. Päiväkustannukset lasketaan seuraavasti:

1) kotipalvelun päiväkustannus = keskimääräiset viikkokäynnit jaetaan 7:llä (saadaan käynnit päivää kohti), kerrotaan niiden asiakkaiden

lkm:llä, joiden luona kotipalvelu käy ja jaetaan laskettavan ryhmän (esim. kotisa) asukasmäärällä (saadaan käyntien keskimääräinen lkm. yhtä ryhmän asukasta kohti) ja kerrotaan kotipalvelukäynnin hinnalla (saadaan esim. satunnaisen kotihoiton asukasta kohti kertyvä kotipalvelun päiväkustannus),

2) kotisairaanhoidon hinta = edellä kuvattu laskutoimitus kotisairaanhoidon käynneistä,

3) asumista tukevat palvelut = esim. ateriapalvelun saajien lukumäärä kerrotaan vuoden 1991 kustannustiedoista lasketulla ateriapalvelun yhden palvelun saajan päivittäisellä kustannuksella (esim. aterioita tuotettu v. 1991 1000 kpl, ateriapalvelun piirissä ollut 16 henkilöä ja yhden aterian tuottamisen keskimääräinen hinta ollut 35 mk ==> päivittäinen yksikköhinta on $1000/16 * 35 \text{ mk}/365$:llä) ja jaetaan sen hoitomuodon, jonka päiväkustannusta ollaan laskemassa (esim. kotisa) koko asukasmäärällä.

Kustannuksiin ei oteta mukaan ystäväpalvelua, muita tukipalveluja (kirjaamiskäytäntö hyvin vaihteleva), uuden asunnon tarvetta, asunnon muutostöitä ja muita palveluja, joiden soveltaminen edellä kuvattuun päiväkustannusten laskentamalliin olisi erittäin vaikeaa.

3.2 Kuntien palvelujen tavoitetilamalli

Kunnan tämänhetkiseen palvelutarjontaan lisätessä kartoituksessa ilmenneet palvelujen puutteet ja lisätarpeet sekä sijoittuminen tarkoituksenmukaiselle hoitomuodolle saadaan liitteen 11 kuntakohtainen tavoitetilamalli. Tavoitetilamalliin pohjautuvat kuntakohtaiset hoitopäivän hinnat ovat nähtävissä liitteen 10 tulostaulukossa 2 (hoitopäivän hinnat on laskettu kappaleessa 3.1 kuvatulla menetelmällä tavoitetilan mukaan).

3.3 Hoitopaikkaoptimointi ja sen aiheuttamat kustannusvaikutukset

Nykyinen ja tarkoituksenmukainen hoitopaikkasijoittelu sekä yli-/alisijoittumisen %-osuudet näkyvät liitteessä 8. Yli-, ali- ja tarkoituksenmukaisesta sijoittumisesta aiheutuvat päiväkustannukset on nähtävissä kunnittain liitteen 12 tulomatriiseissa (kunnan tuottamat palvelut). Tulomatriisin alariveiltä nähdään kunnan eri hoitomuotojen päivittäiset kokonaiskustannukset sekä aihoitosta aiheutuvat kustannussäästöt ja ylihoitosta aiheutuvat ylimääräiset kus-

tannukset (samoin päivätasolla). Alihoito voi olla ylihoitoa kalliimpaa ja päinvastoin, mistä johtuen säästöt voivat olla myös positiivisia ja ylimääräiset kustannukset negatiivisia. Yleisesti optimisijoittelulla saatavat säästöt kuvataan tässä matriisissa negatiivisina lukuina ja ylihoidosta aiheutuvat ylimääräiset kulut positiivisina lukuina.

Mikäli esimerkkikunnissa saataisiin optimisijoittelu toteutetuksi, aiheuttaisi se esim. Turun kohdalla n. 23000.00 mk:n päivä- ja n. 8,4 milj. mk:n vuositasoisen säästön. Mikäli kunnat vyöryttävät hoitopäivän hintoihin myös pääomakustannukset (Turussa tehty), nähdään optimisijoittelun avulla lähes todelliset (osa asumista tukevista palveluista jätetty kotihoidon päivä-kustannusten ulkopuolelle), senhetkistä sijoituvuustilannetta vastaavat hoitopäiväkohtaiset kustannussäästöt/ylimääräiset kustannukset.

3.4 Yhteenveto eri hoitomuotojen nyky-/tavoitetilasta ja kustannuksista esimerkkikunnissa

Liitteen 13 pylväsdiagrammissa Asumismuodot esimerkkikunnissa, Nykytila, nähdään kuinka suuri osa esimerkkikuntien 65-vuotta täyttäneestä väestöstä asuu kotona ilman tiedossa olevia palveluja, kotona palvelujen turvin, palvelutaloissa, pienryhmäkodeissa, vanhainkodeissa, hoivakodeissa ja terveyskeskuksen vuodeosastoilla. Saman liitteen pylväsdiagrammi Tavoitetila näyttää tilanteen optimisijoittumisen jälkeen.

Palvelujen piirissä olevien sijoittuminen nähdään liitteen 14 pylväsdiagrammeissa (nykytila ja tavoitetila). Molemmissa pylväsdiagrammi-liitteissä (13 ja 14) nähdään Mini-Suomi-pylväs, esimerkkikuntien painotettuna keskiarvona laskevat sijoittumiset eri hoitomuodoille.

Liitteestä 15 nähdään nyky- ja tavoitetilamallein kunnan 65-vuotta täyttäneiden lukumääräinen sijoittuminen eri hoitomuodoille sekä eri hoitomuotojen päiväkohtaiset kustannukset ja kuntien vanhustenhuollon päivittäiset kokonaiskustannukset. Tässä tulomatriisissa on otettu kustannuksiin mukaan erikoissairaanhoidon kustannukset (Sairaalaliiton v. 1991 tilasto) olettaen, että 65-vuotta täyttänyt väestö käyttää erikoissairaanhoidon palveluja koko väestön suhteessa.

Kunnan nykytila -rivillä nähdään lukumäärätietoa eri hoitomuodoissa olevista kuntalaisista. Nykyiset kustannukset kertovat hoitomuodoittain hoitopäivän hinnan (hoitomuodon kokonaiskustannukset/vrk). Kotona ilman palveluja on myös hinnoiteltu, johtuen erikoissairaanhoidosta aiheu-

tuvista kustannuksista (ESH KUST kertoo vuoden 1991 kunnan asukaskohtaisen erikoissairaanhoidon päiväkustannuksen, Sairaalaliiton tilasto). Tavoitetilasta nähdään optimisijoittelulla aikaansaatujen palvelujen piirissä olevien jakauma eri hoitomuodoille. Tavoitetilan kustannukset näyttävät hoitomuotojen kokonaiskustannukset hoitopäivältä optimisijoittumisen jälkeen. Oletuksena on, että hoitopaikkaoptimoinnilla saavutetaan kunnissa erikoissairaanhoidon kustannuksissa n. 10 %:n säästö (perustuu esimerkkikuntien kokemuksiin).

Vanhustenhuollosta aiheutuvat hoitopäiväkustannukset jokaista kunnan 65-vuotta täyttänyttä ja koko väestöä kohden nähdään tulomatriisin viimeisissä sarakkeissa. Esimerkkikuntien keskenäinen vertailu ei ole mahdollista, johtuen edellä kuvatuista tilastointikäytäntöjen kirjavuudesta sekä kustannusten vyörytysten eri asteista. Esimerkkikuntien painotettuna keskiarvona laskettu Mini-Suomi -malli nähdään tulomatriisin viimeisillä riveillä.

3.5 Vanhustenhuollon hoitoisuusindeksit

Turussa varianssi/kovarianssi- ja multiregressioanalyysillä kehitetyn hoitoisuusindeksin (Vanhusten päivittäisen toiminnan arvioinnin ja kuntoisuusindeksin kehittäminen, Eero Vaissi, Tapio Rajala, Leif Sourander; tulossa julkaisuun) avulla saadaan potilas/asiakaskartoituksissa täytettyjä toimintakykyluokituksia vastaamaan liitteen 16 hoitoisuusindeksit. Hoitoisuusindeksit kertovat, kuinka raskashoitaisia potilaita milläkin hoitomuodolla hoidetaan (mitä suurempi indeksi, sitä raskashoitoisempi hoitomuoto).

Indeksejä on kehitetty Turussa henkilökunnan potilaista tekemän hoitoisuusarvion ja tehtyjen toimintakykyluokitusten vertailuna 2000 potilaan testiaineistolla. Indeksien laskentaa tullaan edelleen tarkentamaan tilastollisella Logit-mallilla, mikä soveltuu tähän tarkoitukseen vielä paremmin.

3.6 Kartoituksen diagnoosijakauma

Liitteen 17 taulukoista nähdään eri hoitomuotojen päädiagnoosijakaumat. Diagnoosijakauma nähdään kansainvälisen tautiluokituksen 17:n pääluokan ryhmittelyllä. Pääluokka VI, Hermoston ja aistimien sairaudet, on jaettu ryhmiin dementia (sarake 06A tulostaulukossa, johon laskettu pääluo-

kan VI koodit 3310A ja 3311A sekä pääluokan V koodit 2900A ja 2941A ja pääluokan VII koodi 4378A; pääluokkaan VI varsinaisesti kuulumattomat koodit 2900A, 2941A ja 4378A vähennetään omien pääluokkiensa lukumäärästä) ja muut hermoston ja aistinelimien sairaudet (06B tulostaulukossa). Pääluokan VII Verenkiertoelinten sairaudet on ryhmitelty seuraavasti: 07A sydänsairaudet (diagnoosikoodit 393-429), 07B aivoverenkiertosairaudet (diagnoosikoodit 430-438) ja 07C muut verenkiertoelinten sairaudet.

Tämän kartoituksen kolmeksi suurimmaksi pääluokaksi nousivat VII Verenkiertoelinten sairaudet (1242 potilasta), V Mielenterveyden häiriöt (808 potilasta) ja VI Hermoston ja aistimien sairaudet (481 potilasta). Diagnooseihin ei olla otettu kantaa 57 %:ssa (5143:ssa) tehdyssä vanhustehuollon kartoituksessa.

3.7 Kuntien vanhustehuollon kustannusten rahoitus

Liitteeseen 18 on laskettu kaikkien Suomen kuntien vanhustehuollon hypoteettiset kustannukset. Kustannukset lasketaan käyttämällä liitteen 15 esimerkkikuntien painotetulla keskiarvolla saatua hoitopäivän tavoitehintaa (asukasta ja kunnan 65-vuotta täyttäneitä kohti) eli ns. Mini-Suomi-mallin tavoitetilaa. Liitteestä 18 näkyvät myös kunnittain arvioidut valtionosuudet. Oletuksena on käytetty 10 %:n tulo-osuutta nettomenojen laskemiseksi.

Tällä vanhustehuollon kustannusten laskentamallilla saadaan Suomen kaikkien kuntien yhteisiksi vanhustehuollon bruttokustannuksiksi (painotettu keskiarvo esimerkkikuntien hoitopäivän hinnasta optimisijoittelun jälkeen) 11,3 miljardia mk, josta valtion osuus on 5,6 miljardia mk. Nykysijoittelulla lasketut valtakuntatasoiset vanhustehuollon kustannukset edellä kuvatulla laskentamallilla laskettuna ovat 12,2 miljardia mk. Voidaan siis todeta, että esimerkkikunnissa tehtyjen potilas/asiakaskartoitusten lopputuloksia valtakuntatasolle ekstrapoloitaessa saadaan karkeasti ottaen n. 1 miljardin mk:n säästö optimisijoittelujen, toisin sanoen laadukkaamman hoidon järjestämisen myötä.

Laskelma on hyvin karkea, sillä kuntaotanta oli suppea, eivätkä kunnat ole vyöryttäneet kustannuksia täysimääräisinä. Valtionsuuslaskennassa oletetaan (kunnista saamiin tietoihin pohjautuen), että bruttomenoista vähennettävien tulojen osuus on n. 10 %, mikä sekin on hyvin karkea arvio. Korvoja ja poistoja ei ole huomioitu (sisältyivät vain harvoihin kuntien antamiin hoitopäivän hintoihin).

3.8 Muut huomiot vanhustenhuollon kartoituksesta

Vanhustenhuollon hoitotilojen saneeraustarvetta esiintyi erityisesti vanhainkodeissa (9:stä kysymykseen kantaa ottaneesta 7:ssä saneeraustarvetta). Palvelutaloissa, pienryhmäkodeissa, hoivakodeissa ja terveyskeskusten osastolla saneeraustarve oli vanhainkoteihin verrattuna hieman vähäisempää (palvelutaloissa/pienryhmäkodeissa 22:sta vastanneesta 7 ilmoitti saneeraustarvetta, hoivatasoisessa hoidossa viidessä kahdeksasta vastanneesta saneeraustarvetta, terveyskeskuksen osastolista yhdessä kahdeksasta kysymykseen kantaa ottaneesta saneeraustarvetta).

Asumista tukevista palveluista (ateria, sauna, pyykki, kuljetus, siivous, iltahoito, yöhoito, intervalli-, päiväsaairaala- ja päivä- ja yöhoitopaikat, turvapalvelu, uudet asunnot ja asunnon muutostyöt) oli eniten lisätarvetta turvapalveluun, yhteensä 268:n turvapuhelimen lisätarve esimerkkikunnissa. Ystäväpalvelua tarvittaisiin 203:lle, siivouspalvelua 109:lle ja saunapalvelua 101:lle 65-vuotta täyttäneelle. Vastaavasti tarvetta uuteen asuntoon oli 25:n kartoitetun kohdalla ja asuntojen muutostöihin 63:n kohdalla. Kaikkiin asumista tukeviin palveluihin ilmeni kartoituksessa lisätarvetta.

4 KEHITYSVAMMAHUOLLON ASIAKASKARTOITUS

Kehitysvammahuollon asiakaskartoitus toteutettiin (pääsääntöisesti otantana) niissä erityishuoltopiireissä, joissa hoidetaan esimerkkikuntien kehitysvammisia. Hämeenkyröstä, Kotkasta, Turusta, Karjalohjalta ja Jalasjärveltä kartoitettiin lisäksi kunnan palvelujen piirissä olevat kehitysvammaiset (pääsääntöisesti otantana). Kaiken kaikkiaan kartoitettiin 727 kehitysvammaista (kunnat ja erityishuoltopiirit yhteensä). Kehitysvammaisten kartoituksia kuvaavissa liitteissä havaittava 8:n asiakkaan epätarkkuus johtuu tallennusvirheistä (8:lla kartoitetulla nykyinen tai tarkoituksenmukainen sijoituspaikka jäänyt tyhjäksi).

4.1 Kuntien ja erityishuoltopiirien yhteistyö

Pääsääntöisesti yhteistyö koettiin ongelmattomaksi. Useinmiten kehitysvammaisten asiakkaiden hoidon suunnittelua ja seurantaa tehdään kunnan ja erityishuoltopiirin yhteistyönä kuitenkin

liian vähän, jolloin kunta ja erityishuoltopiiri toimivat useimmiten omien palvelujensa tuottajina osittain tai lähes täysin toisistaan tietämättä. Ongelmasta ollaan tietoisia, ja tehdyissä haastatteluissa tuli ilmi yhteiskäyttöisten tietojärjestelmien tarpeellisuus.

Kehitysvammaisen yksilön kokonaisuuden hallinta on kunnan sisäinen ongelma, mikä kasvaa kunnan koon kasvaessa. Kartoitusta tehtäessä sama potilas saatettiin kartoittaa useiden hoitoon osallistuvien henkilöiden toimesta.

Esimerkkikuntien kokemukset pitkään erityishuoltopiirin laitoshoidossa olleiden kehitysvammaisten kotiuttamisesta kunnan palveluasumisen piiriin vaihtelivat suuresti. Kuntien kokemissa karkeimmissa esimerkeissä kotiutettavaa hoitanut henkilökunta oli vastustanut siirtoa kehitysvammaisen läsnä ollessa dramatisointiin asti. Erityishuoltopiireissä vastaavasti koettiin huolta hyvän hoidon tason säilyttämisestä kotiutusten jälkeen.

4.2 Kehitysvammaisten palvelutarjonta ja palveluissa havaitut puutteet ja lisätarpeet

Liitteen 3 asiakaskartoituksella kartoitettiin kehitysvammaisten palveluja ja niissä havaittuja tarpeita. Erityishuoltopiirien tekemien kartoitusten tulokset ovat kuntakohtaisesti nähtävissä liitteessä 19 (viimeisillä sivuilla kunnittainen yhteenveto). Kuntien omien palvelujen piirissä olevista kehitysvammaisista tekemät palvelujen nykytila/puute -kartoitukset näkyvät kunnittain liitteessä 20 (yhteenveto viimeisillä sivuilla).

Turun osalta Varsinais-Suomen erityishuoltopiiri kartoitti laitoksissa ja kotona asuvista palvelujen piirissä olevista kehitysvammaisista joka kolmannen, ja asuntoloista ja hoitoasuntoloista kaikki asukkaat. Kotkalaisten kehitysvammaisten kartoitus toteutettiin kunnan ja erityishuoltopiirin yhteistyönä, ja otantaan otettiin eri hoitomuodoilta joka toinen asukas. Karjalohjan kartoitus toteutettiin myös erityishuoltopiirin ja kunnan yhteistyönä. Hämeenkyröstä, Jalasjärveltä, Liedosta, Marttilasta, Tarvasjoelta ja Koski TL:stä kartoitettiin kaikki erityishuoltopiirien palvelujen piirissä olevat kehitysvammaiset. Lisäksi Hämeenkyröstä, Jalasjärveltä ja Turusta kartoitettiin kunnan tuottamia palveluja.

Kehitysvammaisten asiakaskartoitukset tehtiin käyttämällä eri hoitomuodoista seuraavia lyhenteitä:

koti/koti2	kotihoito (oma koti tai vanhempien luona)
perhe	perhehoito
pt	palvelutalo
as	asuntola ilman ympärivuorokautista henkilökuntaa
has	hoitoasuntola, jossa ympärivuorokautinen henkilökunta
mmla	muu laitoshoido
psyk	psykiatrinen erikoishoito
kla	keskuslaitoshoido.

Erityishuoltopiirien kartoituksista voidaan todeta, että 121:stä kartoitetusta laitoshoidossa olevasta potilaasta 39 (32 %) oli epätarkoituksenmukaisella hoitopaikalla. Tarkoituksenmukainen hoitopaikka laitoksen sijaan olisi 18:lla hoitoasuntola (46 %), 8:lla asuntola (21 %), ja 10:llä koti-/perhehoito (26 %). Yksi potilas oli alihoitossa, ja muun laitoshoidon sijaan olisi vaatinut keskuslaitossijoittamista. Kahden keskuslaitoksessa asuvan kehitysvammaisen tarkoituksenmukainen sijoituspaikka olisi ollut muu laitos.

Kaiken kaikkiaan 402:sta kartoitetusta 144 oli epätarkoituksenmukaisella sijoituspaikalla (36 %). Kotona asuvasta 186:sta oli alihoitossa 98 (53 %). Heidän kohdallaan tarkoituksenmukainen sijoituspaikka olisi ollut oma koti (pois vanhempien luota) 7:n, palvelutalo 1:n, asuntola 45:n, hoitoasuntola 42:n, muu laitos 1:n ja keskuslaitos 2:n kohdalla. Perhehoidossa olevista 28,6 % oli alihoitossa (kaksi seitsemästä). Asuntoloissa ja hoitoasuntoloissa sijoittuminen oli 94 %:sti tarkoituksenmukaista.

Asumista tukeviin palveluihin ei ilmennyt mainittavasti lisätarvetta (eniten puutetta kerho- ja paikoista eli 39 kartoitetulla).

Kunnan palvelujen piirissä olevista tehty kartoitus osoittaa (yhteensä 325 kartoitettua), että 47 kartoitettua kehitysvammaista (14,5 %) oli alihoitossa (heistä 35 alihoitossa kotona ja 7 alihoitossa sijoitusperheessä, 3 asuntolassa, 1 hoitoasuntolassa ja 1 muussa laitoksessa) ja 7 ylihoitossa (2 %) (3 ylihoitossa asuntolassa, 1 hoitoasuntolassa ja 3 muussa laitoksessa).

Kuntien palvelutarjonta ja siinä ilmenneet puutteet/palvelujen lisätarpeet on nähtävissä kuntain liitteessä 20. Palveluista suurimpia

ryhmiä ovat taloudellinen apu, työtoimintapaikat, kerhopaikat ja opetuspaikat. Puutetta ilmeni eniten ryhmissä lyhytaikaishoitopaikat ja tukihenkilökäynnit. Kuntien kartoituksessa kävi ilmi, että 325:stä kartoitetusta 30,5 %:lla oli puutteita (99:llä), josta tarkoituksenmukaisen sijoituspaikan puuttuminen edustaa 47,5 %:ia.

4.3 Palvelujen tavoitetilamalli

Palvelujen tavoitetilamallissa (liite 21 erityishuoltopiirit, liite 22 kunnat) on kehitysvammahuollon kartoituksessa havaitut epätarkoituksenmukaiset sijoittumiset korjattu ja palvelujen puutteet ja lisätarpeet lisätty nykypalvelutarjontaan.

4.4 Hoitopaikkaoptimointi ja sen aiheuttamat kustannusvaikutukset

Erityishuoltopiirien tekemien kehitysvammaisten otantaan perustuvien kartoitusten oikein/väärin sijoittuminen yli-/alisijoittuvuus %:neen nähden liitteestä 23.

Erityishuoltopiireissä (387 kartoitettua) yli-/alihoidosta aiheutuvat kustannussäästöt/ylihoidosta aiheutuneet ylimääräiset kustannukset ovat nähtävissä kuntien yhteenvedona liitteestä 24 (tulomatriisi 1). Voidaan havaita, että kartoitettujen potilaiden päiväkustannus on n. 113000 mk, ja jotta hoito voitaisiin toteuttaa optimaalisesti tarvittaisiin päivässä n. 29000 mk:n lisärahoitus (kustannukset laskettu nykytilan päiväkustannusten mukaan). Kuntien kartoituksessa (321 kartoitettua) vastaavasti päiväkustannus olisi n. 62800 mk, ja optimitilanteessa lisärahoitustarve 13800 mk/vrk (liite 24, tulomatriisi 2).

Erityishuoltopiirien ja kuntien painotettuna keskiarvona laskettu vuosittainen lisärahoitustarve koko Suomen palvelujen piirissä olevien kehitysvammaisten osalta (19300 kehitysvammaista) on tällöin n. 0,4 miljardia mk. Lisärahoitustarve syntyy asumista tukevien palvelujen lisätarpeesta (yksikköhinnat korkeat) sekä erityisesti asuntola- ja hoitoasuntolatyyppisten hoitomuotojen lisätarpeesta (hoitopäivän hinnat tukipalveluineen ovat keskuslaitosten hintoja korkeammat).

Eri sijoituspaikkojen hinnoissa on mukana hoitopäivän hinnat sekä asumista tukevista palveluista työtoiminta, aikuisten ja lasten päivähoitopaikat, kerhot, lyhytaikaishoitopaikat ja ope-

tuspaikat. Sensijaan taloudellinen apu (saanti ja siinä ilmenneet puutteet) ja uusi asunto on jätetty tarkastelun ulkopuolelle samoin kuin kehitysvammaaneuvolakäynneistä ja kotihoidonohjaajien käynneistä aiheutuneet kulut (kirjaaminen kartoituksessa epätarkkaa).

4.5 Kartoituksen diagnoosijakauma

Kansainvälisen tautiluokituksen pääluokan XIV, Synnynnäiset epämuodostumat, diagnoosijakauma on nähtävissä hoitomuodoittain erityishuoltopiirin kartoituksen osalta liitteestä 25 ja kuntien osalta liitteestä 26.

Tieto päädiagnoosista puuttui 194:stä eli 59,5 %:sta kuntien ja 16:sta erityishuoltopiirin kartoituksesta (4 %). Synnynnäisten epämuodostumien pääluokkaan kirjattiin kaikkiaan vain 22 päädiagnoosia, muihin pääluokkiin kaikkiaan 496. Diagnoosit jakautuivat eniten pääluokkaan V eli Mielenterveyden häiriöt (yhteensä 430 diagnoosia). Hermoston ja aistimien sairaudet on kirjattu päädiagnoosiksi 25:llä kehitysvammaisella.

4.6 Toimintakykyjakauma eri hoitomuodoissa

Kartoitettujen kehitysvammaisten toimintakykyä mitattiin asiakaskartoitus-lomakkeen mukaisella luokituksella (liite 3).

Turun kehitysvammaisten (erityishuoltopiirin kartoitus) toimintakyky-yhteenveto hoitomuodoittain näkyy liitteessä 27.

Eri hoitomuodoissa asuvien kehitysvammaisten toimintakykyä verrattaessa havaitaan kuulon ja näön pisteytysjakauman käyttäytyvän samansuuntaisesti hoitomuodosta riippumatta. Laitoshoidossa olevista potilaista puhumattomien osuus on selvästi muita hoitomuotoja suurempi samoin kuin virtsaamisen ja ulostamisen omatoimisuus on laitoshoidossa vähäisempää kuin asuntoloissa ja kotona asuvilla. Pyörätuolipotilaiden ja vuodepotilaiden määrä kasvaa merkittävästi laitoshoidossa olevia koti- ja asuntolahoidossa oleviin verrattuna. Syötettävien, pestävien, puettavien ja niiden, joille lääkkeen otto on valvottava määrä on laitoksissa jonkin verran suurempi kuin kotona tai asuntoloissa asuvien keskuudessa.

Tässä tutkimuksessa ei ollut käytössä kehitysvammahuollon toimintakykyluokituksista saatavaa hoitoisuusindeksiä (vastaavaa kuin vanhutenhuol-

lossa). Kuntien kehitysvammahuollon edustajat kokivat tarvetta indeksin kehittämiseksi.

4.7 Muut huomiot kehitysvammahuollon kartoituksessa

Kehitysvammahuollon palveluja tarjotaan asianmukaisissa tiloissa, joissa saneeraustarvetta ei juurikaan esiintynyt.

Kunnissa on selvästi havaittavissa palvelurakenteen uudistamistarvetta myös kehitysvammahuollon osalta, ja kunnan omia palvelutalo/asuntola-tyyppejä hoitomuotoja mietitään vaihtoehtoksi erityishuoltopiirin laitoshoidolle. Kehitysvammaisten kotiuttamista kunnan palvelujen piiriin on jo toteutettu esim. Hämeenkyrössä, Jalasjärvellä, Karjalohjalla ja Kotkassa. Kuntien kokemukset kehitysvammaisen kotiutumisesta uuteen ympäristöön ovat myönteisiä.

5 PSYKIATRISEN ERIKOISHOIDON POTILASKARTOITUS

Psykiatrisen erikoishoidon potilaskartoitus suoritettiin Hämeenkyrössä, Kotkassa, Turussa ja Jalasjärvellä. Turussa ja Kotkassa kartoitettiin avohoidossa (lähinnä mielenterveystoimistojen palvelujen käyttäjiä) olevista potilaista 10 %:n tasaväliotanta sekä asuntola- ja kuntoutumiskotipotilaat sekä laitoshoidossa olevat potilaat kokonaisuudessaan (yhden päivän otanta). Hämeenkyrössä kartoitettujen tulosteissa näkyvien potilaiden lisäksi kartoitettiin psykiatrisen laitoshoidon potilaat (yhden päivän otanta, yhteensä 3, kaikki tarkoituksenmukaisesti laitoksessa) eivät näy liitteiden tulostaulukoissa, sillä kartoituslomakkeet palautettiin liian myöhään. Jalasjärvi kartoitti lisäksi kunnan tarjoamat palvelut.

Talletetuissa potilaskartoituslomakkeista 12:ssa on virheitä sijoitustiedoissa, mistä aiheutuvat psykiatrisen kartoituksen tilastoissa havaittavat epätarkkuudet.

5.1 Psykiatrisen erikoishoidon seurannassa havaitut muutokset

Sosiaali- ja terveyshallituksen kaikista kunkin vuoden viimeisenä päivänä sairaalassa sisäänkirjoitettuna olleista potilaista tekemiin kartoituksiin perustuva julkaisu SVT Terveys 1992:7, Psykiatristen sairaansijojen potilaslaskenta 1984 - 1991 (Katriina Kuusi, Anne Lounamaa) osoittaa sekä sairaansijojen että psykiatristen

potilaiden määrissä selvää laskua. Vuonna 1980 saavutettu psykiatristen sairaansijojen huippumäärä, 4.2 sairaansijan tuhatta asukasta kohti, on laskenut vuonna 1991 2.1:een sairaansijaan. Vastaavasti psykiatristen potilaiden määrä 1000:tta asukasta kohti on laskenut 3.6:sta 1.7:ään (ei kuitenkaan kerro tilannetta vuoden jokaisena päivänä laskentapäivästä, 31.12, joh-tuen).

Psykiatristen potilaiden määrä on vähentynyt kaikissa ikäryhmissä. Suurinta muutos on ollut 65-vuotta täyttäneiden kohdalla. Vuonna 1983 65-vuotta täyttäneiden psykiatristen potilaiden määrä oli 56563, vuonna 1991 vastaavasti 2521. Suhteellinen muutos vuodesta 1983 vuoteen 1991 on -55 %.

5.2 Psykiatrisen erikoishoidon muodot ja niissä havaitut puutteet ja lisätarpeet

Tässä tutkimuksessa kartoitettiin kaikkiaan 1002 psykiatrisen erikoishoidon potilasta. Lisäksi Jalasjärvi kartoitti kunnan palvelujen piirissä olevat 28 potilasta.

Psykiatrisissa potilaskartoituksissa käytettiin seuraavia hoitomuoto-lyhenteitä:

koti/koti2	kotihoito (oma koti tai vanhempien luona)
pt	palvelutalo
as	asuntola
pk	pienkoti
kkoti	kuntoutumiskoti
m1a	muu laitoshoido
ps/koti	päiväsairaala/päiväosastopotilas (osa vuorokaudesta/viikosta sairaalassa, loppuaika kotona)
kos	sairaalan kuntoutumisosasto
aos	sairaalan akuuttiosasto.

Tehdystä potilaskartoituksesta nähdään, että 125 (12,5 %) kartoitetusta 1002 potilaasta oli väärällä sijoituspaikalla. Heistä väärin sijoittuneena laitoksessa oli 76 (25,5 %) kartoiteesta 296:sta laitoshoidossa olevasta potilaasta. Laitoshoidossa alihoitossa oli 5 potilasta (muu

laitoshoito), loput 71 olivat ylihoidossa. Tarkoituksenmukainen hoito olisi 12:lla psykiatrisen hoidon sijaan ollut muussa laitoksessa, 16:lla akuutin osaston sijaan kuntoutusosastolla, koti olisi ollut tarkoituksenmukainen sijoituspaikka 13:llä ja palvelutalo/asuntola/kuntoutumiskoti yhteensä 15:llä. Loput väärin sijoituneet olivat muussa laitoshoidossa ylihoidettavia psykiatrisia potilaita.

Uuden hoitopaikan tueksi tarvittiin erilaisia asumista tukevia palveluja. Eniten tarvetta oli terapeuttisiin- ja yleisiin suojatyöpaikkoihin ja muuhun sosiaaliseen toimintaan. Uusi asunto puuttui kaikkiaan 64:ltä kartoitetulta psykiatriselta potilaalta.

Kotihoidossa olevista 559:stä kartoitetusta 3.7 % oli alihoidossa. Kotona asumisen tueksi tarvittaisiin ensisijaisesti lisää työtoimintapaikkoja ja sosiaalista kerhotoimintaa sekä ammattikoulutusta/kursseja.

Psykiatrisen kartoituksen nykypalvelut ja palvelujen puutteiden/lisätarpeiden jakautumat nähdään liitteestä 28.

5.3 Hoidon ja palvelujen tavoitetilamalli

Liitteestä 29 nähdään kunnittain (viimeisellä sivulla kuntien yhteenveto) hoidon ja palvelujen ideaalitilanne.

5.4 Hoitopaikkaoptimointi ja sen aiheuttamat kustannusvaikutukset

Kuntakohtainen psykiatristen potilaiden sijoittuminen eri hoitomuodoille yli/alisijoittuvuusprosentteineen nähdään liitteen 30 tulostaulukoissa.

Yli/alihoidosta aiheutuvia kustannusvaikutuksia tullaan tarkastelemaan tässä raportissa pelkästään hoitopäivän hintoina, jolloin asumista tukevista palveluista esim. terapeuttisesta suojatyöpaikasta, toimintakeskuspaikasta, ammattikoulutuksesta, yleisestä suojatyöpaikasta ja sosiaalisen kerhotoiminnasta aiheutuvia kustannuksia ei oteta huomioon (asumista tukevien palvelujen yksikkökustannukset olivat saatavissa vain yhden kunnan osalta, tällöinkin vain osasta palveluja).

Liitteen 31 tulostaulukosta nähdään kartoituksen nykytilanteen yli-/alihoidosta aiheutuvat päivittäiset kustannussäästöt/ylimääräiset kustannukset (kunnat yhteensä). Havaitaan, että laitoshoidon optimoimalla saavutettaisiin n. 38000

mk:n päiväsäästö (yht. 296 potilasta), mikä valtakuntatasolle peilattaessa tarkoittaa n. 450 milj. mk:n vuositasoista säästöä (oletuksena, että psykiatrisista sairaansijat 2.1/1000 asukasta ovat täynnä 90 %:sti). Avohuollon kartoituksessa päinvastoin tarvittaisiin n. 280 milj. mk:n lisärahoitus hoidon optimoimiseksi (laskettu 100000:n avohoitopotilaan mukaan). Koska tässä tutkimuksessa kustannuslaskentaa tehdään ilman asumista tukevien palvelujen kustannuksia, ovat lopputulokset karkeasti suuntaa antavia.

5.5 Kartoituksen diagnoosijakautuma

Päädiagnoosit jakoutuivat tautiluokituksen pääluokkaan V Mielenterveyden häiriöt liiteen 32 mukaisesti (viimeisenä kunnittainen yhteenveto). Kolme suurinta pääluokan alaluokkaa olivat 295** eli skitsofreeniset häiriöt (408 potilasta), 296** eli vakavat mielialahäiriöt (137 potilasta) ja 300** eli neuroosit (107 potilasta). Muut alaluokat yhteensä 255 potilasta, tietoa ei ilmoitettu 73:n potilaan kodalla ja muu kuin psykiatrinen päädiagnoosi havaittiin 26:lla potilaalla.

5.6 Psykiatrisen erikoishoidon tarkastelua

Psykiatrista laitoshoidoa kartoitettiin yhden päivän laitoshoitopotilaiden poikkileikkauksena. Tuloksia tarkasteltaessa kävi ilmi, että kartoituksen toteuttajat olivat useilla osastoilla arvioineet tarkoituksenmukaisen sijoituspaikan pitkällä aikavälillä. Asia varmistettiin, koska näytti siltä, että yhdessä kunnassa lähes kaikki laitoshoitoon sijoittuneet psykiatriset potilaat olivat laitoksessa väärin perustein. Kun tulkin-tavirhe oli tullut esille, oli Jalasjärven laitoshoidon potilaiden tiedot jo talletettu, eikä niissä käytettyä tulkintaa ole jälkikäteenkään varmistettu (kartoituspäivästä oli kulunut jo yli kuukausi, joten se ei olisi kenties edes ollut enää muistissa).

Turun ja Kotkan osalta tietojen oikeellisuus pyrittiin tarkistamaan puhelimitse osastoittain. Ongelmana olivat käytössä olevat sijoituspaikkalyhenteet (AOS, KOS), sekä tietojen kirjaaminen pelkän syntymäajan perusteella. Vaikeuksista huolimatta syntyi tuntuma, että kaikkien potilaiden sijoituspaikkatiedot saatiin varmistettua, joskin jokunen ylisijoittuminen on saattanut jäädä korjaamatta.

Osastoihin tehdyissä yhteydenotoissa kävi ilmi, että potilaat, jotka oli kirjattu väärin laitoshoidossa oleviksi (tarkoituksenmukaisen sijoituspaikan olisi pitänyt olla koti), olivat kotiutuneet heti kartoituksen suorittamisajankohdan jälkeen. Myös tämänkaltaiset potilaat kirjautuivat tässä raportissa väärälle hoitopaikalle.

POTILAS/ASIAKASKARTOITUS

1. Kuntanro | | | | |2. Sukupuoli 1 mies 3. Henkilötunnus: | | | | | | | | | | | | | | | | |
(ympyröi) 2 nainen

Nimi: _____

Diagnoosit (kansainvälisen tautiluokituksen mukaan, lääkäri täyttää):

4. | | | | | | päädiagnoosi
5. | | | | | | 2. diagnoosi
6. | | | | | | 3. diagnoosi

TOIMINTAKYKY:

7. Näkö 1=norm 2=heikkon 3=sokea
8. Kuulo 1=norm 2=huonok 3=kuuro
9. Puhe 1=norm 2=epäselv 3=afasia
10. Liike 1=norm 2=epävarm 3=kaatuilu 4=teline 5=talutet 6=itse pyörä-
7=nostettava pyörätuoliin 8=vuode tuoliin
11. Virtsa 1=norm 2=kastelu 3=katetri
12. Uloste 1=norm 2=alle 3=tuhriva 4=toimitettava
13. Syönti 1=itse 2=autett 3=syötett 4=letku
14. Lääke 1=itse 2=jaettav 3=valvott
15. Pukem. 1=itse 2=autett
16. Pesem. 1=itse 2=autett
17. Muisti 1=norm 2=alentun 3=muistamat
18. Psyyke 1=norm 2=masent 3=agress 4=sekava 5=häiritsevä 6=harhailu
7=kontaktkyvytön 8=muu: _____
19. Yht.om 1=päiv 2=viikot 3=kuukausit 4=ei kont 5=eristäytyvä

SIJOITUSTIEDOT:

20. Nykyinen sijoituspaikka..: _____
21. Potilaan sijoitusp.toive.: _____
22. Omaisten sijoitusp.toive.: _____
23. Tarkoituksenmukainen si-
joituspaikka (hoitohenk.): _____

NYKYPALVELUT:

24. KOTIPALVELU KÄY: (kirjataan numerolla 1, 2, 3 ...) (1 tarkoittaa, että kotipalvelu käy viikottain, 2 joka toinen viikko, 3 joka kolmas jne)

KOTIPALVELUN KÄYNTTEJÄ SEURAAVASTI (käyntien yhteenlaskettu lkm arkipäivinä ja viikonloppuna päivällä, illalla, yöllä):

		MA - PE	LA - SU
kello	8-16	25. _____	28. _____
	16-22	26. _____	29. _____
	yö	27. _____	30. _____

31. KOTISAIRAANHOITO KÄY: (kirjataan numerolla 1, 2, 3 ...) (1 tarkoittaa, että kotisairaanhoito käy viikottain, 2 joka toinen viikko jne)

KOTISAIRAANHOIDON KÄYNTTEJÄ SEURAAVASTI (käyntien yhteenlaskettu lkm arkipäivinä ja viikonloppuna päivällä, illalla, yöllä):

		MA - PE	LA - SU
kello	8-16	32. _____	35. _____
	16-22	33. _____	36. _____
	yö	34. _____	37. _____

TUKIPALVELUJEN SAANTI (1=saa palvelua, 0=ei saa):

38. ateriapalvelu _____ 39. saunapalvelu _____ 40. pyykkipalvelu _____
 41. kuljetuspalvelu _____ 42. siivouspalvelu _____ 43. muita tukipalv _____
 mitä muita tukipalveluja? _____
-

MUUT NYKYPALVELUT (1=saa palvelua, 0=ei saa):

44. INTERVALLIPAIKKA.: _____ 45. PÄIVÄSAIRPAIKKA: _____ 46. YÖHOITOPAIK.: _____
 47. PÄIVÄHOITOPAIKKA.: _____ 48. YSTÄVÄPALVELU..: _____ 49. TURVAPUHELIN: _____
 50. TALOUDEL. APU.....: _____ mk/kk
 51. SAANUT UUDEN AS...: _____ 1=taval.asunto 2=palveluasunto 3=vammaisasunto
 52. TEHTY AS. MUUTOST: _____
 mitä muutostöitä?: _____
-
53. SAA MUITA PALV...: _____
 mitä palveluja?...: _____
-

PUUTTEET:

54. KOTIPALVELUA PUUTTUU: _____ (kirjataan numerolla 1, 2, 3...) (1 tarkoittaa että kotipalvelua puuttuu viikottain, 2 joka toinen viikko jne.)

KOTIPALVELUN KÄYNTEJÄ PUUTTUU SEURAAVASTI (käyntien yhteenlaskettu lkm arkipäivinä ja viikonloppuna päivällä, illalla, yöllä):

		MA - PE	LA - SU
kello	8-16	55. _____	58. _____
	16-22	56. _____	59. _____
	yö	57. _____	60. _____

61. KOTISAIRAANHOITOA PUUTTUU: _____ (kirjataan numerolla 1, 2, 3...) (1 tarkoittaa, että kotis.hoitoa puuttuu viikottain, 2 joka toinen viikko jne.)

KOTISAIRAANHOIDON KÄYNTEJÄ PUUTTUU SEURAAVASTI (käyntien yhteenlaskettu lkm arkipäivinä ja viikonloppuna päivällä, illalla, yöllä):

		MA - PE	LA - SU
kello	8-16	62. _____	65. _____
	16-22	63. _____	66. _____
	yö	64. _____	67. _____

TUKIPALVELUJEN PUUTE (1=puuttuu palvelua, 0=ei puutu):

68. ateriapalvelu _____ 69. saunapalvelu _____ 70. pyykkipalvelu _____
 71. kuljetuspalvelu _____ 72. siivouspalvelu _____ 73. muita tukipalv _____
 mitä muita tukipalveluja? _____
-

MUUT PUUTTEET (1=puuttuu palvelua, 0=ei puutu):

74. INTERVALLIPAIKKA...: _____ 75. PÄIVÄSAIRPAIK.: _____ 76. YÖHOITOPAIK.: _____
 77. PÄIVÄHOITOPAIKKA...: _____ 78. YSTÄVÄPALVELU.: _____ 79. TURVAPUHELIN: _____
 80. TALOUDEL. APU.....: _____ mk/kk
 81. PUUTTUU UUSI AS...: _____ 1=taval.asunto 2=palveluasunto 3=vammaisasunto
 82. PUUTTUU AS.MUUTOST: _____
 mitä muutostöitä?..: _____
-
83. PUUTTUU MUITA PALV: _____
 mitä palveluja?...: _____
-

VANHUSTENHUOLLON PALVELURAKENNE

Kunnassa käytössä olevat hoitomuodot

1. KOTIHOITO

	vanhustenhuollon kotikäyntien lkm -91	vanhustenhuollon henkilökuntaa -91	vanhustenhuollon asiakkaita -91	vanhustenhuollon kustannuks. yht. -91
kotipalvelu				
kotisairaanhoido				

Sisältyykö kokonaiskustannuksiin hallinnon, huoltotoimintojen tai yhteisten palvelutoimintojen kustannuksia?

1 KYLLÄ 2 EI

Jos, niin missä laajuudessa?

Kotipalvelujen vanhustenhuollon kustannuksista avustusten osuus on mk.

VANHUSTENHUOLLON PALVELURAKENNE

Kunnassa käytössä olevat hoitomuodot

6. TERVEYSKESKUKSEN OSASTO/OSASTOJA

Osaston nimi	Hoitosija- määrä -91	Henkilök. yht. -91	Kokonais- kust. -91	Hoitopv. yht. -91	Hoitopv:n hinta -91	Vyörytys K/E 1)	Hoitosij. sulj. -91 2)	Kun. hoit.- päiviä 3)	Omistus 4)	Saneera- ustarv K/E

1) Sisältyykö kokonaiskustannuksiin a) pääoma-,
b) hallinnon, c) huoltotoimintojen tai d) yhteisten palvelu-
toimintojen kustannuksia? (täyttö esim. K a+b)

2) Yhteenlaskettu
vuorokausimäärä

3) Tutkittavan kunnan v. 1991
käyttämät hoitopäivät yht.
4) a) kunta
b) kuntainliitto

VANHUSTENHUOLLON PALVELURAKENNE

Kunnassa käytössä olevat hoitomuodot

8. KESKUSSAIRAALAN/ALUESAIRAALAN ERIKOISLÄÄKÄRITASOINEN HOITO

HUOM! KIRJATAAN TUTKITTAVAN KUNNAN KESKUSSAIRAALAN/ALUESAIRAALAN KÄYTTÖ!

Sair/os. nimi	hoitojaksojen määrä yhteensä - 91	hoitopvien määrä hoi tojaksoissa yht. - 91	hoitojaks. hoidettuja asiakkaita yht. - 91	kustannukset yhteensä - 91	hoitopäivän hinta -91
<= 30 pv:n hoitojaks, kaikki ikäryh					
<=30 pv:n hoitojaks., 65-74 vuot.					
<=30 pv:n hoitojaks., 75-84 vuot.					
<=30 pv:n hoitojaks., 85 tai yli v.					

Sair/os. nimi	hoitojaksojen määrä yhteensä - 91	hoitopvien määrä hoi tojaksoissa yht. - 91	hoitojaks. hoidettuja asiakkaita yht. - 91	kustannukset yhteensä - 91	hoitopäivän hinta -91
yli30 pv:n hoitojaks, kaikki ikäryh					
yli30 pv:n hoitojaks., 65-74 vuot.					
yli30 pv:n hoitojaks., 75-84 vuot.					
yli30 pv:n hoitojaks., 85 tai yli v.					

VANHUSTENHUOLLON PALVELURAKENNE

Kunnassa käytössä olevat asumista tukevat palvelut

PALVELU	Tuotetaan K/E	Palvelua tuotettu -91 yhteensä kpl	Palvelun piiriin kuulunut -91 yht. as.	Palveluja tuottaa 1)	Lisätarvetta K/E	Monelleko asiakkaalle palvelun lisätarve?	Palvelun tuottamisen yksikkö tai kok.kust.
Ateriapalvelu							
Pyykkipalvelu							
Sosiaalihuollon mukainen kuljetuspalvelu							
Vammaispalvelulain mukainen kuljetuspalvelu							
Siivouspalvelu							
Saunapalvelu							
Yöhoito							
Iltahoito							

1) a1= kunta/sos. a2=kunta/terv. a3=kunta/sos.+terv. b1=kl./sos. b2=kl./terv. b3= kl./sos.+terv. c=yhd./säätö/yksityinen
d=kunta ostaa ostopalveluna e=kuntainliitto ostaa ostopalveluna

PALVELU	Tuotetaan K/E	Yhteensä kpl	Toiminta keskim. päivänä viikossa	Käyttöaste %:na	Lisätarvetta K/E	Monelleko paikalle lisätarvetta?	Palvelua tuotet. yht	Palvelun piir as yht	Yksikkökustannus
Päiväsairaalaipaikkoja									
Päivähoitopaikkoja									
Intervalli/lyhytaikaishoitopaik.									
Yöhoitopaikkoja									
Päivä/palvelukeskuspaikkoja									

Turvapalvelun piirissä
Vanhuksille hankittuja asuntoja
Tehty asunnon muutostöitä

asiakasta, lisätarve kpl, lisätarve asuntoon, lisätarve

asiakkaalle asuntoa asunnon muutostyöille

VANHUSTENHUOLLON PALVELURAKENNE

Kunnassa käytössä olevat asumista tukevat palvelut

MAKSETTAVAN KOTIHOIDON TUEN MARKKAMÄÄRÄT JA MONELLEKO NIITÄ MAKSETAAN

	I luokka		II luokka		III luokka	
	MK	KPL	MK	KPL	MK	KPL
Kotihoidon tuki yhteensä						
ei valtionosuut. oikeuttavaa						
valtionosuuteen oikeuttavaa						

MUUT NYKYPALVELUT (1=saa palvelua 0=ei saa):

38. TYÖTOIMINTAPAIKKA...: ___ 39. KERHOPAIKKA: ___ 40. LYHYTAIKAISHOITOPAIK: ___
 41. ERITYISPÄIVÄKOTIP...: ___ 42. OPETUSPAIK.: ___ 43. PÄIVÄHOITOPAIKKA.....: ___
 44. TALOUDEL. APU.....: _____ mk/kk 45. MUUT SAADUT PALVELUT: ___
 mitä muita palveluja: _____
-
-

PUUTTEET:

46. KOTIPALVELUKÄYNTEJÄ ASIAKKAAN LUO PUUTTUU: _____ (kirjataan numerolla 1, 2, 3 ...) (1 tarkoittaa, että puuttuu käyntejä viikottain, 2, että joka toinen viikko, 3, että joka kolmas viikko jne.)

KOTIPALVELUKÄYNTEJÄ PUUTTUU SEURAAVASTI (käyntien yhteenlaskettu lkm arkipäivinä ja viikonloppuna päivällä, illalla, yöllä):

		MA - PE		LA - SU
kello	8-16	47. _____		50. _____
	16-22	48. _____		51. _____
	yö	49. _____		52. _____

53. TUKIHENKILÖKÄYNTEJÄ ASIAKKAAN LUO PUUTTUU: _____ (kirjataan numerolla 1, 2, 3 ...) (1 tarkoittaa, että puuttuu käyntejä viikottain, 2, että joka toinen viikko, 3, että joka kolmas viikko jne.)

TUKIHENKILÖKÄYNTEJÄ PUUTTUU SEURAAVASTI (käyntien yhteenlaskettu lkm arkipäivinä ja viikonloppuna päivällä, illalla, yöllä):

		MA - PE		LA - SU
kello	8-16	54. _____		57. _____
	16-22	55. _____		58. _____
	yö	56. _____		59. _____

MUUT PUUTTEET (1=puuttuu palvelu 0=ei tarvetta palveluun):

60. TYÖTOIMINTAPAIKKA...: ___ 61. KERHOPAIKKA: ___ 62. LYHYTAIKAISHOITOPAIK: ___
 63. ERITYISPÄIVÄKOTIP...: ___ 64. OPETUSPAIK.: ___ 65. PÄIVÄHOITOPAIKKA.....: ___
 66. TALOUDEL. APU.....: _____ mk/kk 67. VUOKRA/TUKIASUNTO....: ___
 68. MUUT PALVELUPUUTTEET: ___ mitä palvelupuutteita: _____
-
-

KEHITYSVAMMAHUOLLON PALVELURAKENNE

Kunnassa/erityishuoltopiirissä käytössä olevat hoitomuodot

1. KOTIHOITO

Kotona asumisen muoto	Kehitysvammaisia asiakkaita -91	Asiakkaista kunnan ja erityishp:n yht. as.	Kehitysvammaist. luo tehtyjä kotikäynt. -91	Kehitysvammahuoll. kotihoidon kust. -91
oma koti				
tukiasunto (kunnan/kl:n)				
perhehoito				

Kotikäyntejä tekevät

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____
- 5) _____

Kunnalla kehitysvammaisille tarkoitettuja tukiasunt: _____
 Kl:lla kunnan käytössä olevia kehitysvammah. as...: _____

Kehitysvammahuollon avohuollon henkilökuntaa yhteensä v. 1991: _____
 Keh.vammah. muut avohuollon käynnit kuin kotikäynnit yht. -91...: _____
 (esim. neuvolakäynnit ja sos.toimen käynnit)

Sisältyykö kokonaiskustannuksiin hallinnon, huoltotoimintojen tai yhteisten palvelutoimintojen kustannuksia? 1 KYLLÄ 2 EI

Jos, niin missä laajuudessa?

Avohuollon kustannukset yhteensä -91: _____
 Avohuollon kustannuksista avustusten osuus -91: _____

KEHITYSVAMMAHUOLLON PALVELURAKENNE

Kunnassa/erityishuoltopiirissä käytössä olevat hoitomuodot

3. HOITOASUNTOLA-/ASUNTOLAT (HUOM! Ympäri vuorokautista henkilökuuntaa!)

Hoitosijamäärä -91	Hoitoasuntolan nimi	Henkilök. yht. -91	Kokonaiskust. -91	Hoitopv. yht. -91	Hoitopv:n hinta -91	Vyörytys K/E 1)	Hoitosij. sulj. -91 2)	Kun. hoit. -päiviä 3)	Palveluja antaa 4)	Omistus 5)	Saneeraustarv K/E

- 1) Sisältykö kokonaiskustannuksiin
a) pääoma-, b) hallinnon, c) huoltotoimintojen tai
d) yhteisten palvelutoimintojen kustannuksia?
(täyttesim. K a + c)
- 2) Yhteenlaskettu vuoro-
kausi määrä
- 3) Tutkittavan kunnan v. 1991
käyttämät hoitopäivät yht.
- 4) a) kunta/sos.
b) kunta/terv.
c) erityishuoltopiiri
d) yhdistys/säätiö tms.
e) kunta osataa ostopalveluna
(muulta kuin erityishp:itä)
- 5) a) omistus asuntoja
b) kunnan omistamia asuntoja
c) erityishp:n omistamia as.
d) yhd./säätiön tms. omist. as.

KEHITYSVAMMAHUOLLON PALVELURAKENNE

Kunnassa/erityishuoltopiirissä käytössä olevat asumista tukevat palvelut

PALVELU	Toiminnassa -91 lkm	Käyttöaste %:na	Olisi lisätarvetta lkm	Palvelun piiriin kuu- lunut -91 yht. as.	Palveluja tuottaa 1)	V. -91 tuotettuja hoito/palvelupäiviä	Yksikkö- kustannus
Työtoimintapaikkoja							
Päivähoitoaikoja (lapsille)							
Päivähoitoaikoja (aikuisille)							
Kerhoja							
Opetuspaikkoja							

Lyhytaikaishoitoasiakkaita vuonna -91 yht.: _____ leiritoiminta: _____ leiriä järjestetty v. -91, joihin yht. _____ osallistujaa,
 Tuotettuja lyhytaik.hoitopäiviä v. -91 yht.....: _____ leirien yhteenlaskettu vuorokausimäärä: _____

1) a1=kunta/sos a2=kunta/terv. a3=kunta/sos.+terv. b=erityishuoltopiiri c=yhdistys/säätiö/yksityinen d=kunta ostaa ostopalveluna

MAKSETTAVAN KOTIHOIDON TUEN MARKKAMÄÄRÄT JA MONELLEKO TUKEA MAKSETAAN

< 16-VUOTIAAT

I luokka	II luokka
MK	MK
KPL	KPL

16 VUOTTA TÄYTTÄNEET

I luokka	II luokka	III luokka
MK	MK	MK
KPL	KPL	KPL

POTILASKARTOITUS

1. Kuntanro | | | | |

2. Sukupuoli 1 mies
(ympyräsi) 2 nainen

3. Henkilötunnus: | | | | | | | | | | | | | | | |

Nimi: _____

Diagnoosit (kansainvälisen tautiluokituksen mukaan, lääkäri täyttää):

4. | | | | | | | päädiagnoosi

5. | | | | | | | 2. diagnoosi

6. | | | | | | | 3. diagnoosi

SIJOITUSTIEDOT:

7. Nykyinen sijoituspaikka...: _____
8. Potilaan sijoitusp.toive.: _____
9. Omaisten sijoitusp.toive.: _____
10. Tarkoituksenmukainen sijoituspaikka (hoitohenk.): _____

NYKYPALVELUT:

11. KOTIKÄYNTJÄ TEHDÄÄN: _____ (kirjataan numerolla 1, 2, 3 ...) (1 tarkoittaa, että kotona käydään viikottain, 2 joka toinen viikko, 3 joka kolmas jne.)

KOTIKÄYNTJÄ SEURAAVASTI (käyntien yhteenlaskettu lkm arkipäivinä ja viikonloppuna päivällä, illalla, yöllä):

	MA - PE	LA - SU
kello 8-16	12. _____	15. _____
16-22	13. _____	16. _____
yö	14. _____	17. _____

KOTIKÄYNTJÄ TEKEVÄT.....:

18. _____ psykiatrisen erikoishoidon työntekijät

19. _____ perusterveydenhuollon työntekijät

20. _____ sosiaalitoimen työntekijät

MUUT NYKYPALVELUT (1=saa palvelua, 0=eisaa):

21. PÄIVÄSAIRAALAPAikka.....: _____
22. PÄIVÄPAikka (VUODEOS.): _____
23. TERAPEUTTINEN SUOJATYÖPAikka: _____
24. YLEINEN SUOJATYÖPAikka: _____
25. AMMATTIKOULUTUS/KURSSIT.....: _____
26. TOIMINTAKESKUSTOIMINTA: _____
27. SOSIAALINEN KERHOTOIMINTA...: _____
28. SAA MUITA PALVELUJA...: _____
- mitä muita palveluja.....: _____
-
-

PUUTTEET:

29. KOTIKÄYNTTEJÄ PUUTTUU: _____ (kirjataan numerolla 1, 2, 3 ...) (1 tarkoittaa, että kotona pitäisi vielä käydä viikottain, 2 joka toinen viikko, 3 joka kolmas jne.)

KOTIKÄYNTTEJÄ PUUTTUU SEURAAVASTI (käyntien yhteenlaskettu lkm arkipäivin ja viikonloppuna päivällä, illalla, yöllä):

		MA - PE	LA - SU
kello	8-16	30. _____	33. _____
	16-22	31. _____	34. _____
	yö	32. _____	35. _____

KOTIKÄYNTI-TARVETTA...:

36. _____ psykiatrisen erikoishoidon suorittamaa

37. _____ perusterveydenhuollon suorittamaa

38. _____ sosiaalitoimen suorittamaa

MUUT PUUTTEET (1= puuttuu palvelua, 0=ei puutu):

- | | | | |
|-----------------------------------|-------|-----------------------------|-------|
| 39. PÄIVÄSAIRAALAPAIKKA.....: | _____ | 40. PÄIVÄPAIKKA (VUODEOS.): | _____ |
| 41. TERAPEUTTINEN SUOJATYÖPAIKKA: | _____ | 42. YLEINEN SUOJATYÖPAIKKA: | _____ |
| 43. AMMATTIKOULUTUS/KURSSIT.....: | _____ | 44. TOIMINTAKESKUSTOIMINTA: | _____ |
| 45. SOSIAALINEN KERHOTOIMINTA...: | _____ | 46. ASUNTO (VUOKRA/TUETTU): | _____ |
| 47. MUITA PALVELUPUUTTEITA: _____ | | | |
| mitä palvelupuutteita?.....: | _____ | | |
| | _____ | | |
| | _____ | | |

PSYKIATRISEN ERIKOISHOIDON PALVELURAKENNE

Kunnassa/kuntainliitossa käytössä olevat hoitomuodot

1. KOTIHOITO

Kotona asumisen muoto	Psykiatrisen erik.- hoidon potilaita-91	Potilaista kunnan ja kl:n yht. as -91	Psykiatrisen erik.- hoidon kotikäynt. -91	Psykiatrisen erik.h:n kotihoit. kust.yht.-91
omistus/vuokra-asunto				
kunnan/kl:n vuokra-asunto				
tuettu asunto (kunnan/kl:n)				

Kotikäyntejä tekevät

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____
- 5) _____

Kunnalla psyk. erikoish. käytössä olevia asuntoja: _____
 Kl:lla kunnan käytössä olevia psyk. erikoish. as.: _____

Psykiatrisen erikoishoidon avohuollon henkilökuntaa yhteensä: _____
 Muiden avohuollon käyntien kuin kotikäyntien määrä yhteensä -91: _____

Sisältyykö kokonaiskustannuksiin hallinnon, huoltotoimintojen tai
 yhteisten palvelutoimintojen kustannuksia? 1 KYLLÄ 2 EI

Jos, niin missä laajuudessa? _____

Avohuollon kustannukset yhteensä -91: _____
 Avohuollon kustannuksista avustusten osuus - 91: _____

PSYKIATRISEN ERIKOISHOIDON PALVELURAKENNE

Kunnassa/kuntainliitossa käytössä olevat hoitomuodot

4. KUNTOUTUMISKOTI/KUNTOUTUMISKOTEJA

Kuntoutumiskodin nimi	Hoitosija- määrä -91	Henkilök. yht. -91 1)	Kokonais- kust. -91	Hoitopv. yht. -91	Hoitopv:n hinta -91	Vyörytys K/E 2)	Hoitosij. sulj. -91 3)	Kun. hoit.- päiviä 4)	Palveluja antaa 5)	Omistus 6)	Saneera- ustarv K/E

1) Mikäli palvelut hoidetaan ilman vakituista henkilökuntaa, kirjataan ko. sarakkeeseen viikottainen palvelunsaanti tunteina (työntekijöiden yhteenlaskettu työtuntimäärä yhden viikon ajalta). Mikäli sekä vakituista kirjataan esim. 3 + 15 t eli 3 vakituista työntekijää, minkä lisäksi 15 tuntia viikossa osa-aikaisten toimesta.

2) Sisältykö kokonaiskustannuksiin

- a) pääoma-, b) hallinnon, c) huoltotoimintojen tai
d) yhteisten palvelutoimintojen kustannuksia?
(täytlöesim. K a + c)

3) Yhteenlaskettu vuoro-
kausimäärä

- 5) a) kunta/sos.
b) kunta/terv.
c) kunta/psyk. erikois.h.
d) kl/psyk. erikois.h
e) yhdistys/säätiö tms.
f) kunta ostaa ostopalveluna
(muulta kuin ki:ita)

6) a) omistusasuntoja

- b) kunnan omistamia asuntoja
c) kuntainliiton omistamia as.
d) yhd./säätiön tms. omist. as.

PSYKIATRISEN ERIKOISHOIDON PALVELURAKENNE

Kunnassa/kuntainiitossa käytössä olevat hoitomuodot

5. SAIRAALAN PSYKIATRINEN KUNTOUTUSOSASTO/OSASTOJA

Kuntoutusosaston nimi	Hoitosija- määrä -91	Henkilök. yht. -91 1)	Kokonais- kust. -91	Hoitopv. yht. -91	Hoitopv:n hinta -91	Vyörytys K/E 2)	Hoitosij. suj. -91 3)	Kun. hoit.- päiviä 4)	Palveluja antaa 5)	Omistus 6)	Saneera- ustarv K/E

1) Mikäli palvelut hoidetaan ilman vakituista henkilökuntaa, kirjataan ko. sarakkeeseen viikottainen palvelunsaanti tunteina (työntekijöiden yhteenlaskettu työtuntimäärä yhden viikon ajalta). Mikäli sekä vakituista että osa-aikaista kirjataan esim. 3 + 15 t eli 3 vakituista työntekijää, minkä lisäksi 15 tuntia viikossa osa-aikaisten toimesta.

- 2) Sisältyykö kokonaiskustannuksiin
 a) pääoma-, b) hallinnon, c) huoltotoimintojen tai
 d) yhteisten palvelutoimintojen kustannuksia?
 (täyttesim. K a + c)
- 3) Yhteenlaskettu vuoro-
 kausimäärä
- 4) Tutkittavan kunnan v. 1991
 käyttämät hoitopäivät yht.
- 5) a) kunta/sos.
 b) kunta/terv.
 c) kunta/psyk. erikois.h.
 d) kl/psyk. erikois.h
 e) yhdistys/säätiö tms.
 f) kunta ostaa ostopalveluna
 (muulta kuin kl:ita)
- 6) a) kunta
 b) kuntainiitto
 c) yhdistys/säätiö/tms.

PSYKIATRISEN ERIKOISHOIDON PALVELURAKENNE

Kunnassa/kuntainiitossa käytössä olevat hoitomuodot

6. SAIRAALAN PSYKIATRINEN AKUUTTIOSASTO/OSASTOJA

Akuuttiosaston nimi	Hoitosija- määrä -91	Henkilök. yht. -91 1)	Kokonais- kust. -91	Hoitopv. yht. -91	Hoitopv:n hintaa -91	Vyörytys K/E 2)	Hoitosij. sulj. -91 3)	Kun. hoit.- päiviä 4)	Palveluja antaa 5)	Omistus 6)	Saneera- ustarv K/E

1) Mikäli palvelut hoidetaan ilman vakituista henkilökuntaa, kirjataan ko. sarakkeeseen viikottainen palvelunsaanti tunteina (työntekijöiden yhteenlaskettu työtuntimäärä yhden viikon ajalta). Mikäli sekä vakituista että osa-aikaista kirjataan esim. 3 + 15 t eli 3 vakituista työntekijää, minkä lisäksi 15 tuntia viikossa osa-aikaisten toimesta.

- 2) Sisältykö kokonaiskustannuksiin
a) pääoma-, b) hallinnon, c) huoltotoimintojen tai
d) yhteisten palvelutoimintojen kustannuksia?
(täyttesim. K a + c)
- 3) Yhteenlaskettu vuoro-
kausimäärä
- 4) Tutkittavan kunnan v. 1991
käyttämät hoitopäivät yht.
- 5) a) kunta/sos.
b) kunta/terv.
c) kunta/psyk. erikois.h.
d) kl/psyk. erikois.h
e) yhdistys/säätiö tms.
f) kunta ostaa ostopalveluna
(muulta kuin kl:ita)
- 6) a) kunta
b) kuntainiitto
c) yhdistys/säätiö/tms.

PSYKIATRISEN ERIKOISHOIDON PALVELURAKENNE

Kunnassa/kuntainliitossa käytössä olevat hoitomuodot

7. MUU LAITOSHOITO (esim. sairaala- tai vanhainkotihoito)

Laitoksen/osaston nimi	Hoitosija- määrä -91	Henkilök. yht. -91 1)	Kokonais- kust. -91	Hoitopv. yht. -91	Hoitopv:n hintaa -91	Vyörytys K/E 2)	Hoitosij. sulj. -91 3)	Kun. hoit.- päiviä 4)	Palveluja antaa 5)	Omistus 6)	Saneera- ustarv K/E

- 1) Mikäli palvelut hoidetaan ilman vakituista henkilöä, kirjataan ko. sarakkeeseen viikottainen palvelunsaanti tunteina (työntekijöiden yhteenlaskettu työtuntimäärä yhden viikon ajalta). Mikäli sekä vakituista että osa-aikaista kirjataan esim. 3 + 15 t eli 3 vakituista työntekijää, minkä lisäksi 15 tuntia viikossa osa-aikaisten toimesta.
- 2) Sisältykö kokonaiskustannuksiin
 a) pääoma-, b) hallinnon, c) huoltotoimintojen tai
 d) yhteisten palvelutoimintojen kustannuksia?
 (täyttesim. K a + c)
- 3) Yhteenlaskettu vuoro-
 kausimäärä
- 4) Tutkittavan kunnan v. 1991
 käyttämät hoitopäivät yht.
- 5) a) kunta/sos.
 b) kunta/terv.
 c) kunta/psyk. erikois.h.
 d) kl/psyk. erikois.h.
 e) yhdistys/säätiö tms.
 f) kunta ostaa ostopalveluna
 (muulta kuin kl:ita)
- 6) a) kunta
 b) kuntainliitto
 c) yhdistys/säätiö/tms.

PSYKIATRISEN ERIKOISHOIDON PALVELURAKENNE

Kunnassa käytössä olevat hoitomuodot

SAIRAALAHOIDON IKÄRYHMÄJAOTTELU

	hoitajaksojen määrä yhteensä - 91	hoitopvien määrä hoi tojaksossa yht. - 91	hoitajaks. hoidettuja asiakkaita yht. - 91
<= 30 pv:n hoitajaks, kaikki ikäryh			
<=30 pv:n hoitajaks., 0-15vuot.			
<=30 pv:n hoitajaks., 16-44 vuot.			
<=30 pv:n hoitajaks., 45-64 vuot.			
<=30 pv:n hoitajaks., 65-74 vuot.			
<=30 pv:n hoitajaks., 75-84 vuot.			
<=30 pv:n hoitajaks., 85 tai yli v.			

	hoitajaksojen määrä yhteensä - 91	hoitopvien määrä hoi tojaksossa yht. - 91	hoitajaks. hoidettuja asiakkaita yht. - 91
yli30 pv:n hoitajaks, kaikki ikäryh			
yli30 pv:n hoitajaks., 0-15vuot.			
yli30 pv:n hoitajaks., 16-44 vuot.			
yli30 pv:n hoitajaks., 45-64 vuot.			
yli30 pv:n hoitajaks., 65-74 vuot.			
yli30 pv:n hoitajaks., 75-84 vuot.			
yli30 pv:n hoitajaks., 85 tai yli v.			

NYKYPALVELUJEN JA PALVELUJEN PUUTTEIDEN JA LISÄTARPEIDEN JAKAUMA

KUNTA=108 HÄMEENKYRÖ

PALVELUT JA PUUTTEET/LISÄTARPEET	SIJOITUSPAIKKA								YHTEENSÄ
	KOTISAIR.	KOTITU	KOTIVA	PT1	PRK	VK	TKS	NSÄ	
asukkaita	29	63	21	45	61	41	37	223	
PALVELUT									
kotipalvelun									
piirissä	9	49	21	41	21			103	
kotipalv. käyntejä /vko	0.4	1.7	6.0	5.9	11.0			3.5	
kotisair. hoidon									
piirissä	5	37	21	25	6			75	
kotish käyntejä /vko	0.4	1.1	3.0	1.8	1.7			1.4	
ateria	7	12		19	1			39	
sauna	14	4		7				25	
pyykki	12	5		8				25	
kuljetus	1	3		8				12	
siivous	3	6		7				16	
muu tukipalv.	1	4						5	
interv.paikka	5	5		2				12	
päiväsair. paikka	17	10		5				32	
yöhoitopaikka									
päivähoitopaik.				6				6	
ystäväpalvelu									
turvapuhelin		4	1	1	6			12	
taloud. apua		2		1				3	
määrä keskim. mk				1				1	
määrä ei ilm.		2						2	
uusi asunto		2	1	1	1			5	
asunnon muutostyöt		3		11				14	
saatavia palv.	3	3		1				7	
PUUTTEET									
monellako									
puutteita	15	47	1	23	1	9	8	104	
väärällä									
sijoitusp.	5	17		2	1	9	8	42	
kotipalvelua	5	13		4				22	
kotipalv.käyntejä /vko	1.0	1.3		0.9				1.2	
kotisairaanhoidoa	1	19		4				24	
kotish käyntejä /vko	0.5	0.8		1.2				0.8	
ateria	2	8		5				15	
sauna	3	10		2				15	
pyykki	3	10		1				14	
kuljetus	5	15		4				24	
siivous	6	17		3				26	
muu tukipalv.	3	6		1				10	
intervallipaik.	1	7		5				13	
päiväsair.paikka	2	9		4				15	
yöhoitopaikka	2	3	1	1				7	
päivähoitopaik.	1	4						5	
ystäväpalvelu	13	20		12	1			46	
turvapuhelin	2	8		2				12	
taloud. apu		2						2	
määrä keskim. mk		1						1	
määrä ei ilm.		1						1	
uusi asunto	2	3		1				6	
asunnon muutostyöt	2	5						7	
muita palv.	1	6						7	

NYKYPALVELUJEN JA PALVELUJEN PUUTTEIDEN JA LISÄTARPEIDEN JAKAUMA

KUNTA=223 KARJALOHJA

PALVELUT JA PUUTTEET/LISÄTARPEET	SIJOITUSPAIKKA						YHTEENSÄ
	KOTISAIR.	KOTIPALV.	KOTISH.	PT	TKS	NSÄ	
asukkaita	29	22	8	20	1	80	
PALVELUT							
kotipalvelun							
piirissä	13	18	8	20		59	
kotipalv. käyntejä /vko	0.4	1.6	26.4	46.6		20.0	
kotisair. hoidon							
piirissä	7	11	1			19	
kotish käyntejä /vko	0.3	0.8	3.0			0.7	
ateria	3	5	6	18		32	
sauna	3	6	3	16		28	
pyykki	6	7	5	18		36	
kuljetus	2			15		17	
siivous	1			1		2	
muu tukipalv.	1					1	
interv.paikka	1	2	4			7	
päiväsair. paikka							
yöhoitopaikka							
päivähoitopaik.	2	2	2	6		12	
ystäväpalvelu							
turvapuhelin	1	2	2	18		23	
taloud. apua	6	1				7	
määrä keskim. mk	1	1				1	
määrä ei ilm.							
uusi asunto	1	4	3	18		26	
asunnon muutostyöt	1			2		3	
isaa muita palv.	11	11	4	16		42	
PUUTTEET							
monellako							
puutteita	13	11	4	1		29	
väärällä							
sijoitusp.	3	1	2			6	
kotipalvelua	1	2				3	
kotipalv.käyntejä /vko	1.0	1.0				1.0	
kotisairaanhoidoa		2	1			3	
kotish käyntejä /vko		3.2	0.3			2.2	
ateria		1	1			2	
sauna	1			1		2	
pyykki			1			1	
kuljetus	2	2				4	
siivous							
muu tukipalv.	1	1				2	
intervallipaik.	4	5				9	
päiväsair.paikka							
yöhoitopaikka							
päivähoitopaik.							
ystäväpalvelu		1	1			2	
turvapuhelin	1	3	1			5	
taloud. apu							
määrä keskim. mk							
määrä ei ilm.							
uusi asunto	2	1	1			4	
asunnon muutostyöt	1		1			2	
muita palv.							

NYKYPALVELUJEN JA PALVELUJEN PUUTTEIDEN JA LISÄTARPEIDEN JAKAUMA

KUNTA=423 LIETO

PALVELUT JA PUUTTEET/LISÄTARPEET	SIJOITUSPAIKKA								
	KOTISA	KOTTU	KOTIVA	KOTITE	KOTTV	VK	HK	TKS	YHTEENSÄ
asukkaita	138	84	12	3	7	41	20	11	316
PALVELUT									
kotipalvelun									
piirissä	77	63	11	3	7			2	163
kotipalv. käyntejä /vko	0.3	1.4	7.6	8.3	8.3			2.5	1.7
kotisair. hoidon									
piirissä	64	72	12	3	6			2	159
kotish käyntejä /vko	0.4	1.3	3.0	11.3	1.3			1.0	1.2
ateria	41	26	5	2	6			2	82
sauna	8	12	4		6				30
pyykki	15	12	4		7				38
kuljetus	6	9	2	2	1				20
siivous	46	4	1		7			2	60
muu tukipalv.	1	3							4
interv.paikka	7	14	3	2				1	27
päiväsair. paikka	1	6							7
yöhoitopaikka									
päivähoitopaik.		6	2						8
ystäväpalvelu					1				1
turvapuhelin		9	2	2	5				18
taloud. apua	12	4							16
määrä keskim. mk	1	1							1
määrä ei ilm.	1								1
uusi asunto	1	1			3				5
asunnon muutostyöt		1							1
saa muita palv.	24	20	8	2		14			68
PUUTTEET									
monellako									
putteita	23	26	4	2	6	3	3	2	69
väärällä									
sijoitusp.	7	1	1			3	3	2	17
kotipalvelua	9	5	1	2					17
kotipalv.käyntejä /vko	0.7	1.4	1.0	8.0					1.8
kotisairaanhoidoa	2	1	1						4
kotish käyntejä /vko	0.3	0.3	5.0						1.5
ateria	3								3
sauna	6								6
pyykki	2								2
kuljetus	2	1							3
siivous	1	1							2
muu tukipalv.									
intervallipaik.	1	4							5
päiväsair.paikka	2	4							6
yöhoitopaikka									
päivähoitopaik.	3	1							4
ystäväpalvelu	8	11	1		5				25
turvapuhelin	1	3	1		4				11
taloud. apu									
määrä keskim. mk									
määrä ei ilm.									
uusi asunto									
asunnon muutostyöt	2	2							4
muita palv.	2	1					2		5

NYKYPALVELUJEN JA PALVELUJEN PUUTEIDEN JA LISÄTARPEIDEN JAKAUMA
KUNNAT YHTEENSÄ

		koti-		sair.		muu		inter-		päivä-		yö-		päivä-		ystä-	
		! koti-!		! sair.!		! muu!		! inter-!		! päivä-!		! yö-!		! päivä-!		! ystä-!	
		! palv.!		! hoidon!		! kulje-!		! sii-!		! tuki-!		! valli-!		! sair-!		! hoito-!	
		! pii-!		! koti-!		! pii-!		! kulje-!		! sii-!		! tuki-!		! valli-!		! sair-!	
		! rissä!		! palv.!		! rissä!		! kotish!		! aterial!		! sauna!		! pyyky!		! tus!	
		! lasukk-!		! käynt-!		! käynt-!		! lkm!		! lkm!		! lkm!		! lkm!		! lkm!	
		! /vko!		! lkm!		! /vko!		! lkm!		! lkm!		! lkm!		! lkm!		! lkm!	
!SIJOITU-	!IKÄLUOKAT!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!
!SPAikka	!YHTEENSÄ!	2246!	1102!	0.3!	599!	0.3!	371!	120!	98!	62!	114!	19!	47!	72!	1!	51!	24!
!KOTISA	!65-74!	607!	325!	0.3!	129!	0.3!	86!	30!	36!	17!	34!	3!	8!	19!	!	7!	7!
	!75-84!	1215!	593!	0.3!	341!	0.3!	194!	59!	46!	34!	58!	12!	26!	38!	1!	27!	12!
	!yli 85!	424!	184!	0.3!	129!	0.3!	91!	31!	16!	11!	22!	4!	13!	15!	!	17!	5!
!KOTTITU	!IKÄLUOKAT!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!
	!YHTEENSÄ!	2571!	2328!	2.2!	1131!	1.0!	570!	214!	165!	112!	83!	19!	69!	83!	!	75!	53!
	!65-74!	556!	496!	2.0!	227!	1.1!	108!	34!	33!	28!	17!	1!	13!	15!	!	20!	9!
	!75-84!	1365!	1230!	2.1!	586!	0.9!	302!	118!	84!	66!	43!	12!	39!	44!	!	39!	28!
	!yli 85!	650!	602!	2.4!	318!	0.9!	160!	62!	48!	18!	23!	6!	17!	24!	!	16!	16!
!KOTIVA	!IKÄLUOKAT!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!
	!YHTEENSÄ!	302!	277!	7.9!	219!	3.4!	106!	51!	30!	14!	12!	1!	8!	15!	!	8!	8!
	!65-74!	48!	42!	7.3!	33!	4.7!	17!	6!	6!	3!	1!	!	2!	2!	!	4!	2!
	!75-84!	136!	120!	7.8!	99!	3.6!	46!	25!	10!	6!	4!	1!	4!	6!	!	4!	2!
	!yli 85!	118!	115!	8.3!	87!	2.7!	43!	20!	14!	5!	7!	!	2!	7!	!	!	4!
!KOTITE	!IKÄLUOKAT!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!
	!YHTEENSÄ!	205!	205!	18.1!	178!	4.6!	84!	45!	38!	13!	12!	3!	19!	17!	!	8!	11!
	!65-74!	26!	26!	17.2!	24!	5.2!	10!	4!	5!	1!	2!	!	1!	3!	!	!	4!
	!75-84!	94!	94!	18.6!	85!	4.9!	36!	12!	18!	8!	2!	2!	8!	11!	!	3!	5!
	!yli 85!	85!	85!	17.7!	69!	3.9!	38!	29!	15!	4!	8!	1!	10!	3!	!	5!	2!
!PT	!IKÄLUOKAT!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!
	!YHTEENSÄ!	20!	20!	46.6!	!	!	18!	16!	18!	15!	1!	!	!	!	!	6!	!
	!65-74!	4!	4!	26.3!	!	!	4!	4!	4!	4!	1!	!	!	!	!	1!	!
	!75-84!	6!	6!	43.7!	!	!	6!	5!	5!	4!	!	!	!	!	!	2!	!
	!yli 85!	10!	10!	56.5!	!	!	8!	7!	9!	7!	!	!	!	!	!	3!	!
!PT1	!IKÄLUOKAT!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!
	!YHTEENSÄ!	980!	310!	21.1!	213!	1.2!	223!	126!	139!	21!	12!	40!	7!	12!	!	39!	24!
	!65-74!	207!	63!	22.1!	46!	1.3!	48!	31!	38!	6!	3!	12!	1!	3!	!	6!	5!
	!75-84!	492!	155!	21.9!	110!	1.2!	109!	67!	73!	12!	9!	23!	4!	7!	!	26!	13!
	!yli 85!	281!	92!	19.1!	57!	1.2!	66!	28!	28!	3!	!	5!	2!	2!	!	7!	6!
!PT2	!IKÄLUOKAT!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!
	!YHTEENSÄ!	103!	91!	11.3!	48!	5.1!	41!	24!	15!	4!	!	!	!	2!	!	!	!
	!65-74!	25!	21!	14.9!	15!	8.6!	8!	2!	2!	2!	!	!	!	!	!	!	!
	!75-84!	45!	40!	10.2!	18!	2.6!	20!	14!	9!	1!	!	!	!	2!	!	!	!
	!yli 85!	33!	30!	10.3!	15!	4.7!	13!	8!	4!	1!	!	!	!	!	!	!	!
!PRK	!IKÄLUOKAT!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!
	!YHTEENSÄ!	32!	16!	8.2!	20!	4.6!	2!	!	1!	!	!	!	3!	!	!	!	!
	!65-74!	4!	3!	2.2!	4!	0.6!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!
	!75-84!	14!	6!	7.0!	8!	2.6!	1!	!	!	!	!	!	2!	!	!	!	!
	!yli 85!	14!	7!	11.9!	8!	8.4!	1!	!	1!	!	!	!	1!	!	!	!	!
!KOTTIVK	!IKÄLUOKAT!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!
	!YHTEENSÄ!	7!	7!	8.3!	6!	1.3!	6!	6!	7!	1!	7!	!	!	!	!	!	!
	!65-74!	1!	1!	3.0!	1!	0.0!	1!	1!	1!	1!	1!	!	!	!	!	!	!
	!75-84!	3!	3!	7.3!	2!	1.0!	2!	2!	3!	!	3!	!	!	!	!	!	!
	!yli 85!	3!	3!	11.0!	3!	2.0!	3!	3!	3!	!	3!	!	!	!	!	!	!
!KOTI/LA	!IKÄLUOKAT!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!
	!YHTEENSÄ!	1!	1!	3.0!	1!	0.5!	1!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!
	!65-74!	1!	1!	3.0!	1!	0.5!	1!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!
!VK	!IKÄLUOKAT!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!
	!YHTEENSÄ!	1141!	40!	7.8!	30!	1.9!	22!	8!	4!	2!	!	3!	15!	3!	!	8!	1!
	!65-74!	120!	1!	5.0!	!	!	2!	1!	!	!	!	!	!	!	!	!	!
	!75-84!	506!	25!	7.4!	19!	1.8!	11!	2!	2!	!	!	!	5!	1!	!	4!	!
	!yli 85!	515!	14!	8.8!	11!	2.1!	9!	5!	2!	2!	!	2!	10!	2!	!	4!	!
!HK	!IKÄLUOKAT!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!
	!YHTEENSÄ!	483!	25!	12.4!	18!	2.9!	5!	3!	3!	!	!	!	7!	2!	!	3!	!
	!65-74!	48!	3!	14.1!	!	!	2!	!	1!	!	!	!	1!	1!	!	!	!
	!75-84!	206!	16!	11.6!	13!	3.1!	2!	3!	1!	!	!	!	1!	1!	!	!	!
	!yli 85!	229!	6!	13.5!	5!	2.3!	1!	!	1!	!	!	!	5!	!	!	2!	!
!TKS	!IKÄLUOKAT!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!
	!YHTEENSÄ!	841!	170!	9.8!	111!	2.4!	58!	28!	21!	12!	5!	4!	15!	5!	!	21!	10!
	!65-74!	170!	34!	5.2!	19!	2.6!	10!	5!	2!	1!	!	!	!	!	!	3!	!
	!75-84!	363!	81!	10.0!	59!	2.6!	31!	13!	13!	6!	5!	2!	9!	4!	!	8!	6!
	!yli 85!	308!	55!	12.4!	33!	1.9!	17!	10!	6!	5!	!	2!	6!	1!	!	10!	3!
!PSYK	!IKÄLUOKAT!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!
	!YHTEENSÄ!	68!	4!	10.1!	4!	1.8!	2!	!	!	!	!	!	2!	3!	!	!	!
	!65-74!	19!	1!	21.0!	2!	2.0!	1!	!	!	!	!	!	2!	2!	!	!	!
	!75-84!	34!	2!	9.5!	1!	2.0!	1!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!
	!yli 85!	15!	1!	0.3!	1!	1.0!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!
!KS	!IKÄLUOKAT!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!
	!YHTEENSÄ!	19!	3!	4.3!	3!	2.2!	1!	!	!	!	!	!	!	2!	!	!	!

NYKYPALVELUJEN JA PALVELUJEN PUUTTEIDEN JA LISÄTARPEIDEN JAKALMA
 KUNNAT YHTEENSÄ

2

		! koti-!		! sair.!		! hoidon!		! muu!		! inter-päivä-!		! yö-!		! päivä-!		! ystä-!																					
! PALVELUJEN SAAJAT !		! koti-!		! sair.!		! hoidon!		! muu!		! inter-päivä-!		! yö-!		! päivä-!		! ystä-!																					
! PALVELUITTAIN !		! koti-!		! sair.!		! hoidon!		! muu!		! inter-päivä-!		! yö-!		! päivä-!		! ystä-!																					
		! pii-!		! koti-!		! pii-!		! kulje-!		! sii-!		! tuki-!		! valli-!		! sair.-!		! hoito-!		! hoito-!		! vä-!															
		! rissä!		! palv.!		! rissä!		! kotish!		! ateria!		! sauna!		! pyykki!		! tus!		! vovus!		! palv.!		! paikka!		! paikka!		! paikka!		! paikka!		! palv.!							
		! asukk-!		! käynt.!		! käynt.!																															
		! aita!		! lkm!		! /vko!		! lkm!		! /vko!		! lkm!		! lkm!		! lkm!		! lkm!		! lkm!		! lkm!		! lkm!		! lkm!		! lkm!									
! SIJOITU-		!		!		!		!		!		!		!		!		!		!		!		!		!		!									
! SPAIKKA		!		!		!		!		!		!		!		!		!		!		!		!		!		!									
! IKS		65-74		!		6!		.!		.!		.!		.!		.!		.!		.!		.!		.!		.!		.!		.!							
		75-84		!		9!		3!		4.3!		3!		2.2!		1!		.!		.!		.!		.!		.!		.!		.!							
		yli 85		!		4!		.!		.!		.!		.!		.!		.!		.!		.!		.!		.!		.!		.!							
! TYKS		IKÄLUOKAT!		!		!		!		!		!		!		!		!		!		!		!		!		!		!							
		YHTEENSÄ		!		9!		4!		3.3!		3!		2.6!		.!		.!		.!		.!		.!		.!		.!		.!							
		65-74		!		5!		3!		4.0!		1!		7.0!		.!		.!		.!		.!		.!		.!		.!		.!							
		75-84		!		2!		.!		.!		2!		0.4!		.!		.!		.!		.!		.!		.!		.!		.!							
		yli 85		!		2!		1!		1.0!		.!		.!		.!		.!		.!		.!		.!		.!		.!		.!							
! YHTEENSÄ		IKÄLUOKAT!		!		!		!		!		!		!		!		!		!		!		!		!		!		!							
		YHTEENSÄ		!		9028!		4603!		4.8!		2584!		1.5!		1510!		641!		539!		257!		247!		89!		192!		218!		2!		219!		133!	
		65-74		!		1847!		1024!		3.8!		502!		1.7!		298!		118!		128!		63!		60!		16!		28!		46!		.!		41!		28!	
		75-84		!		4490!		2374!		4.5!		1346!		1.4!		762!		320!		264!		137!		124!		53!		98!		118!		1!		114!		68!	
		yli 85		!		2691!		1205!		6.3!		736!		1.5!		450!		203!		147!		57!		63!		20!		66!		54!		1!		64!		37!	

(CONTINUED)

NYKYPALVELUJEN JA PALVELUJEN PUUTTEIDEN JA LISÄTARPEIDEN JAKAUMA
KUNNAT YHTEENSÄ

PALVELUJEN SAAJAT	PALVELUJEN SAAMINEN	Talou-		Määrä		uusi		lasunnon		saa	
		turva-	d.	ei	lasun-	muutos-	muuta	työt	palv.		
		puhel.	apua	määrä	ilm.	to	työt	palv.			
		kes-									
		lkm	lkm	kim.	lkm	lkm	lkm	lkm	lkm	lkm	lkm
SIJOITU-	IKÄLUOKAT										
SPAIKKA	YHTEENSÄ	46	35	11	15	23	21	64			
KOTISA	65-74	10	8	1	1	6	7	21			
	75-84	22	16	1	8	16	9	32			
	yli 85	14	11	1	6	1	5	11			
KOTTU	IKÄLUOKAT										
	YHTEENSÄ	199	24	1	16	40	36	71			
	65-74	26	7	1	4	4	11	14			
	75-84	95	11	1	7	24	21	40			
	yli 85	78	6	1	5	12	4	17			
KOTTIVA	IKÄLUOKAT										
	YHTEENSÄ	72	1	1	1	3	5	15			
	65-74	10	1	1	1	1	3	2			
	75-84	26	1	1	1	1	1	10			
	yli 85	36	1	1	1	1	1	3			
KOTTITE	IKÄLUOKAT										
	YHTEENSÄ	81	1	1	1	5	13	12			
	65-74	7	1	1	1	1	4	1			
	75-84	41	1	1	1	1	5	5			
	yli 85	33	1	1	1	4	4	7			
PT	IKÄLUOKAT										
	YHTEENSÄ	18	1	1	1	1	1	16			
	65-74	4	1	1	1	1	1	3			
	75-84	6	1	1	1	1	1	5			
	yli 85	8	1	1	1	1	1	8			
PT1	IKÄLUOKAT										
	YHTEENSÄ	96	3	1	2	1	12	1			
	65-74	17	1	1	1	1	2	1			
	75-84	53	2	1	1	1	8	1			
	yli 85	26	1	1	1	1	2	1			
PT2	IKÄLUOKAT										
	YHTEENSÄ	4	1	1	1	1	1	1			
	65-74	2	1	1	1	1	1	1			
	75-84	1	1	1	1	1	1	1			
	yli 85	1	1	1	1	1	1	1			
PRK	IKÄLUOKAT										
	YHTEENSÄ	18	1	1	1	8	1	1			
	65-74	4	1	1	1	3	1	1			
	75-84	8	1	1	1	3	1	1			
	yli 85	6	1	1	1	2	1	1			
KOTTIVK	IKÄLUOKAT										
	YHTEENSÄ	5	1	1	1	3	1	1			
	65-74	1	1	1	1	1	1	1			
	75-84	2	1	1	1	1	1	1			
	yli 85	2	1	1	1	2	1	1			
KOTTI/LA	IKÄLUOKAT										
	YHTEENSÄ	1	1	1	1	1	1	1			
	65-74	1	1	1	1	1	1	1			
VK	IKÄLUOKAT										
	YHTEENSÄ	4	1	1	1	1	1	14			
	65-74	1	1	1	1	1	1	1			
	75-84	2	1	1	1	1	1	6			
	yli 85	2	1	1	1	1	1	7			
HK	IKÄLUOKAT										
	YHTEENSÄ	2	1	1	1	1	3	1			
	65-74	1	1	1	1	1	1	1			
	75-84	1	1	1	1	1	3	1			
	yli 85	1	1	1	1	1	1	1			
TKS	IKÄLUOKAT										
	YHTEENSÄ	33	2	1	2	3	5	1			
	65-74	3	1	1	1	1	1	1			
	75-84	14	2	1	2	2	3	1			
	yli 85	16	1	1	1	1	2	1			
PSYK	IKÄLUOKAT										
	YHTEENSÄ	1	1	1	1	1	1	1			
	65-74	1	1	1	1	1	1	1			
	75-84	1	1	1	1	1	1	1			
	yli 85	1	1	1	1	1	1	1			
KS	IKÄLUOKAT										
	YHTEENSÄ	1	1	1	1	1	1	1			
	65-74	1	1	1	1	1	1	1			
	75-84	1	1	1	1	1	1	1			

(CONTINUED)

NYKYPALVELUJEN JA PALVELUJEN PUUTTEIDEN JA LISÄTARPEIDEN JAKAUMA
KUNNAT YHTEENSÄ

PALVELUJEN SAAJAT	talou-		määrä		uusi asunnon		saa	
	turva-	d.	ei	asun-	muutos-	muuta		
PALVELUITTAIN	puhel.	apua	määrä	ilm.	to	työt	palv.	
	lkm	lkm	kim.	lkm	lkm	lkm	lkm	lkm
SIJOITU-								
SPAIKKA								
KS	yli 85							
TYKS	IKÄLUOKAT							
	YHTEENSÄ							
	65-74							
	75-84							
	yli 85							
	YHTEENSÄ							
	YHTEENSÄ	579	66	11	371	851	971	1931
	65-74	86	17	11	71	141	271	421
	75-84	271	32	11	191	481	521	981
	yli 85	222	17	11	111	231	181	531

NYKYPALVELUJEN JA PALVELUJEN PUUTEIDEN JA LISÄTARPEIDEN JAKAUMA
KUNNAT YHTEENSÄ

PALVELUJEN PUUTEET / LISÄTARPEET	monel- lako	vää- rällä	koti- koti-	koti- isair.	muu inter-	päivä- yö-	asuk- kaita	lkm	lkm	lkm	/vko	lkm	/vko	lkm	lkm	lkm	lkm	lkm	lkm	lkm	lkm	lkm	lkm	lkm	lkm																						
																										l		l		l		l		l		l		l		l		l		l		l	
																										l	l	l	l	l	l	l	l	l	l	l	l	l	l	l	l	l	l	l	l	l	l
SIJOITU- SPAIKKA	YHTEENSÄ	2246	450	98	182	2.5	16	0.4	50	66	57	40	79	39	17	7	2																														
KOTISA	65-74	607	122	23	49	1.4	8	0.5	9	8	11	12	36	11	6	2	1																														
	75-84	1215	235	48	97	2.7	5	0.3	28	35	30	21	33	19	7	4	1																														
	yli 85	424	93	27	36	3.3	3	0.4	13	23	16	7	10	9	4	1																															
KOTTU	YHTEENSÄ	2571	361	60	58	1.0	30	1.3	23	25	22	36	26	9	31	19	4																														
	65-74	556	58	12	10	1.7	7	2.6	1	6	7	10	7	2	5	7	1																														
	75-84	1365	201	23	32	0.9	17	0.7	14	10	11	17	14	6	21	8	1																														
	yli 85	650	102	25	16	0.8	6	1.4	8	9	4	9	5	1	5	4	2																														
KOTIVA	YHTEENSÄ	302	50	11	7	2.6	2	3.0		1																																					
	65-74	48	4		2	0.7	1	1.0																																							
	75-84	136	20	6	2	1.1																																									
	yli 85	118	26	5	3	4.8	1	5.0		1																																					
KOTITE	YHTEENSÄ	205	50	21	5	5.8	2	0.6	2		2	1		1	3	1																															
	65-74	26	4				1	1.0																																							
	75-84	94	24	9	4	6.8			1		2				1	1																															
	yli 85	85	22	11	1	2.0	1	0.3	1			1		1	2																																
PT	YHTEENSÄ	20	1							1																																					
	65-74	4																																													
	75-84	6																																													
	yli 85	10	1							1																																					
PT1	YHTEENSÄ	980	80	16	22	2.9	9	1.7	7	5	3	13	3	2	6	4	1																														
	65-74	207	18	3	6	0.4	1	7.0	2	2		4	1	1	3																																
	75-84	492	39	7	8	6.6	5	1.3	4	3	3	8	2	1	3	2	1																														
	yli 85	281	23	6	8	1.2	3	0.6	1			1			2																																
PT2	YHTEENSÄ	103	3																																												
	65-74	25	1																																												
	75-84	45	1																																												
	yli 85	33	1																																												
PRK	YHTEENSÄ	32	7	1	2	0.5																																									
	65-74	4	2		1	1.0																																									
	75-84	14	1																																												
	yli 85	14	4	1	1	0.0																																									
KOTIVK	YHTEENSÄ	7	6																																												
	65-74	1	1																																												
	75-84	3	3																																												
	yli 85	3	2																																												
KOTI/LA	YHTEENSÄ	1																																													
	65-74	1																																													
IVK	YHTEENSÄ	1141	47	39	4	10.7			1																																						
	65-74	120	5	4	1	21.0																																									
	75-84	506	25	22	1	21.0			1																																						
	yli 85	515	17	13	2	0.3																																									
IHK	YHTEENSÄ	483	21	17	1	7.0																																									
	65-74	48	2	2																																											
	75-84	206	9	7	1	7.0																																									
	yli 85	229	10	8																																											
TKS	YHTEENSÄ	841	109	76	14	1.2	5	0.8	2	3	2	1		1	1																																
	65-74	170	17	14																																											
	75-84	363	52	34	8	0.7	4	0.8	1	2	1				1	1																															
	yli 85	308	40	28	6	1.9	1	1.0	1	1	1																																				
PSYK	YHTEENSÄ	68	45	45																																											
	65-74	19	10	10																																											
	75-84	34	21	21																																											
	yli 85	15	14	14																																											
KS	YHTEENSÄ	19	1	1																																											
	65-74	6	1	1																																											

(CONTINUED)

NYKYPALVELUJEN JA PALVELUJEN PUUTTEIDEN JA LISÄTARPEIDEN JAKAUMA
KUNNAT YHTEENSÄ

	! asuk- !kaita	!monel-! vää- !		! koti-! koti-!sair. !		! ! ! ! !		! ! ! ! !		! ! ! ! !		! ! ! ! !		! ! ! ! !		! ! ! ! !	
		! lkm	! lkm	! lkm	! /vko	! lkm	! /vko	! lkm	! lkm	! lkm	! lkm	! lkm	! lkm	! lkm	! lkm	! lkm	! lkm	! lkm
!PALVELUJEN	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!
!PUUTTEET /	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!
!LISÄTARPEET	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!
!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!
!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!
!SIJOITU-	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!
!SPAIKKA	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!
!KS 75-84	!	9!	.!	.!	.!	.!	.!	.!	.!	.!	.!	.!	.!	.!	.!	.!	.!
! yli 85	!	4!	.!	.!	.!	.!	.!	.!	.!	.!	.!	.!	.!	.!	.!	.!	.!
!TYKS IKÄLUOKAT	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!
! YHTEENSÄ	!	9!	2!	2!	.!	.!	.!	.!	.!	.!	.!	.!	.!	.!	.!	.!	.!
! 65-74	!	5!	.!	.!	.!	.!	.!	.!	.!	.!	.!	.!	.!	.!	.!	.!	.!
! 75-84	!	2!	1!	1!	.!	.!	.!	.!	.!	.!	.!	.!	.!	.!	.!	.!	.!
! yli 85	!	2!	1!	1!	.!	.!	.!	.!	.!	.!	.!	.!	.!	.!	.!	.!	.!
! YHTEENSÄ IKÄLUOKAT	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!
! YHTEENSÄ	!	9028!	1233!	388!	295!	2.3!	64!	1.1!	85!	101!	86!	90!	109!	52!	61!	33!	10!
! 65-74	!	1847!	245!	70!	69!	1.6!	18!	1.7!	12!	16!	18!	26!	44!	14!	14!	9!	2!
! 75-84	!	4490!	632!	179!	153!	2.7!	31!	0.8!	49!	50!	47!	46!	49!	26!	33!	16!	4!
! yli 85	!	2691!	356!	139!	73!	2.3!	15!	1.2!	24!	35!	21!	18!	16!	12!	14!	8!	4!

(CONTINUED)

NYKYPALVELUJEN JA PALVELUJEN PUUTTEIDEN JA LISÄTARPEIDEN JAKAJA
KUNNAT YHTEENSÄ

PALVELUJEN PUUTTEET / LISÄTARPEET	päivä-työ-		hoito- ja -turva-		talous-		määrä-		uusi asunnon-		
	hoito- ja -turva-		apu		ilm.		to		työt		
	lkm	lkm	lkm	lkm	lkm	lkm	lkm	lkm	lkm	lkm	
SIJOITUS- IKÄLUOKAT											
SPAIKKA YHTEENSÄ	12	82	79	23	23	11	30	31			
KOTISA 65-74	3	17	16	4	4	4	9				
75-84	8	47	47	13	13	4	14	2			
yli 85	1	18	16	6	6	3	7	1			
KOTTITU IKÄLUOKAT											
YHTEENSÄ	15	75	132	11	10	13	25	7			
65-74	5	9	21	3	3	4	3	1			
75-84	8	49	66	3	3	6	17	3			
yli 85	2	17	45	5	4	3	5	3			
KOTTIVA IKÄLUOKAT											
YHTEENSÄ	1	7	18	1	1		2				
65-74			1								
75-84		4	8								
yli 85	1	3	9	1	1		2				
KOTTITE IKÄLUOKAT											
YHTEENSÄ	4	7	10	1	1	1	5				
65-74	2	2	1								
75-84		2	5			1	4				
yli 85	2	3	4	1	1		1				
PT IKÄLUOKAT											
YHTEENSÄ											
65-74											
75-84											
yli 85											
PT1 IKÄLUOKAT											
YHTEENSÄ	1	19	6	5	5						
65-74		5	1	2	2						
75-84	1	10	4	1	1						
yli 85		4	1	2	2						
PT2 IKÄLUOKAT											
YHTEENSÄ		1	1								
65-74											
75-84											
yli 85			1								
PRK IKÄLUOKAT											
YHTEENSÄ		5	1								
65-74		1									
75-84		1									
yli 85		3	1								
KOTTIVK IKÄLUOKAT											
YHTEENSÄ		5	4								
65-74		1									
75-84		2	2								
yli 85		2	2								
KOTTI/LA IKÄLUOKAT											
YHTEENSÄ											
65-74											
VK IKÄLUOKAT											
YHTEENSÄ			2	1	1						
65-74											
75-84			2								
yli 85				1	1						
HK IKÄLUOKAT											
YHTEENSÄ			3					2			
65-74											
75-84			1								
yli 85			2								
TKS IKÄLUOKAT											
YHTEENSÄ	1	2	12	7	7		1				
65-74			2	2	2						
75-84	1	1	5	3	3		1				
yli 85		1	5	2	2						
PSYK IKÄLUOKAT											
YHTEENSÄ											
65-74											
75-84											
yli 85											
KS IKÄLUOKAT											
YHTEENSÄ											
65-74											
75-84											

(CONTINUED)

NYKYPALVELUJEN JA PALVELUJEN PUUTTEIDEN JA LISÄTARPEIDEN JAKAUMA
KUNNAT YHTEENSÄ

PALVELUJEN PUUTTEET / LISÄTARPEET	päivä-lystä-		hoito- vä- turva- taloud-		määrä- uusi		asunnon-			
	lkm	lkm	lkm	lkm	kes-	lkm	lkm	lkm	lkm	lkm
SIJOITU-										
SPAIKKA										
KS yli 85										
TYKS IKÄLUOKAT										
YHTEENSÄ										
65-74										
75-84										
yli 85										
YHTEENSÄ IKÄLUOKAT										
YHTEENSÄ	34	203	268	49	11	48	25	63	12	
65-74	10	36	42	11		11	8	12	1	
75-84	18	116	140	20		20	11	36	7	
yli 85	6	51	86	18	1	17	6	15	4	

SIJOITUSPAIKKAJAKALMA

KUNTA=108 HÄMEENKYRÖ

!TARKOITUKSENLUK. !SIJOITUSPAIKKA	NYKYINEN SIJOITUSPAIKKA							
	!KOTISA	!KOTTITU	!KOTTIVA	!PT1	!PRK	!VK	!TKS	!YHT.
!KOTISA	24					1		25
!KOTTITU	3	46						49
!KOTTIVA		1	2					3
!PT1	1	5		43				49
!PT2				1				1
!PRK	1	2			5	5	1	14
!VK		6			1	32	7	46
!HK						1		1
!TKS		2				2	29	33
!PSYK				1				1
!YHT.	29	62	2	45	6	41	37	222

VANHUSTEN SIJOITTUMINEN ERI HOITOMUODOILLE

1

KUNTA=108 HÄMEENKYRÖ

!SIJOITUSPAIKKA	!ALIHOITO	!TARKMUK	!YLIHOITO	!YHT	!sij.-%
!KOTISA	5	24		29	82.8
!KOTTITU	16	47		63	74.6
!KOTTIVA		2		2	100.0
!PT1	2	43		45	95.6
!PRK	1	5		6	83.3
!VK	3	32	6	41	78.0
!TKS		2	8	37	78.4
!YHTEENSÄ	27	182	14	223	84.7

SIJOITUSPAIKKAJAKALMA

2

KUNTA=164 JALASJÄRVI

!TARKOITUKSENLUK. !SIJOITUSPAIKKA	NYKYINEN SIJOITUSPAIKKA							
	!KOTISA	!KOTTITU	!KOTTIVA	!KOTTITE	!PT1	!PRK	!TKS	!YHT.
!KOTISA	232						1	233
!KOTTITU	9	103						112
!KOTTIVA			9					9
!KOTTITE				1				1
!PT1	3				9			12
!PT2	2	3						5
!PRK						8	1	9
!TKS	1						62	63
!YHT.	247	106	9	1	9	8	64	444

VANHUSTEN SIJOITTUMINEN ERI HOITOMUODOILLE

2

KUNTA=164 JALASJÄRVI

!SIJOITUSPAIKKA	!ALIHOITO	!TARKMUK	!YLIHOITO	!YHT	!sij.-%
!KOTISA	15	232		247	93.9
!KOTTITU	3	103		106	97.2
!KOTTIVA		9		9	100.0
!KOTTITE		1		1	100.0
!PT1		9		9	100.0
!PRK		8		8	100.0
!TKS		62	2	64	96.9
!YHTEENSÄ	18	424	2	444	98.3

SIJOITUSPAIKKAJAKALMA

KUNTA=223 KARJALOHJA

TARKOITUKSENLUK.	NYKYINEN SIJOITUSPAIKKA						YHT.
	KOTISA	KOTTU	KOTIVA	KOTITE	PT	TKS	
KOTISA	26	1	1	1	1	1	26
KOTTU	1	21	1	1	1	1	22
KOTIVA	1	1	1	1	1	1	1
KOTITE	1	1	1	6	1	1	6
PT	1	1	1	2	20	1	22
TKS	1	1	1	1	1	1	1
YHT.	27	22	8	20	1	1	78

VANHUSTEN SIJOITTUMINEN ERI HOITOMUODOILLE

3

KUNTA=223 KARJALOHJA

	ALIHOITO	TARKMUK	YLIHOITO	YHT	sij.-%
KOTISA	1	28	1	29	96.6
KOTTU	1	21	1	22	95.5
KOTITE	1	6	1	8	75.0
PT	1	20	1	20	100.0
TKS	1	1	1	1	100.0
YHTEENSÄ	4	76	1	80	93.4

SIJOITUSPAIKKAJAKALMA

4

KUNTA=284 KOSKI T

TARKOITUKSENLUK.	NYKYINEN SIJOITUSPAIKKA								YHT.
	KOTISA	KOTTU	KOTIVA	KOTITE	VK	HK	TKS	YHT.	
KOTISA	62	1	1	1	1	1	1	1	63
KOTTU	3	45	1	1	1	1	1	1	48
KOTIVA	1	1	2	1	1	1	1	1	2
KOTITE	1	1	1	3	1	1	1	1	3
VK	1	1	1	1	28	1	1	1	29
HK	1	1	1	1	1	3	1	1	3
TKS	1	1	1	1	1	1	4	1	4
YHT.	65	45	2	4	28	4	4	1	152

VANHUSTEN SIJOITTUMINEN ERI HOITOMUODOILLE

4

KUNTA=284 KOSKI T

	ALIHOITO	TARKMUK	YLIHOITO	YHT	sij.-%
KOTISA	3	62	1	65	95.4
KOTTU	1	45	1	45	100.0
KOTIVA	1	2	1	2	100.0
KOTITE	1	3	1	4	75.0
VK	1	28	1	28	100.0
HK	1	3	1	4	75.0
TKS	1	4	1	4	100.0
YHTEENSÄ	4	147	1	152	92.2

KUNTA=285 KOTKA

!TARKOITUKSENLUK. !SIJOITUSPAIKKA	NYKYINEN SIJOITUSPAIKKA											!YHT.
	!KOTISA	!KOTTU	!KOTIVA	!KOTTI	!PTI	!PRK	!VK	!HK	!TKS	!PSYK	!KS	
!KOTISA	388	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	388
!KOTTU	51	442	..	..	..	..	..	..	..	..	..	447
!KOTIVA	10	..	47	..	..	..	..	..	..	..	..	57
!KOTTI	81	..	..	39	..	..	..	..	..	..	..	47
!PTI	13	9	1	7	517	..	..	2	5	..	..	554
!PRK	..	..	..	..	..	9	..	..	1	..	..	10
!VK	3	1	..	..	11	..	184	7	8	..	1	205
!HK	..	..	..	..	..	..	..	16	..	..	..	16
!TKS	..	..	..	..	..	..	..	..	440	..	..	440
!PSYK	..	..	..	..	..	..	..	..	..	10	..	10
!KS	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	18	18
!YHT.	427	452	48	46	518	9	184	25	454	10	19	2192

VANHUSTEN SIJOITTUMINEN ERI HOITOMUODOILLE

5

KUNTA=285 KOTKA

!SIJOITUSPAIKKA	!ALIHOITO	!TARKMUK	!YLIHOITO	!YHT	!sij.-%
!KOTISA	39	388	..	427	90.9
!KOTTU	10	442	..	452	97.8
!KOTIVA	1	47	..	48	97.9
!KOTTI	7	39	..	46	84.8
!PTI	1	517	..	518	99.8
!PRK	..	9	..	9	100.0
!VK	..	184	..	184	100.0
!HK	..	16	9	25	64.0
!TKS	..	440	14	454	96.9
!PSYK	..	10	..	10	100.0
!KS	..	18	1	19	94.7
!YHTEENSÄ	58	2110	24	2192	93.3

SIJOITUSPAIKKAJAKALMA

6

KUNTA=423 LIETO

!TARKOITUKSENLUK. !SIJOITUSPAIKKA	NYKYINEN SIJOITUSPAIKKA										!YHT.
	!KOTISA	!KOTTU	!KOTIVA	!KOTTI	!KOTIVK	!VK	!HK	!TKS	!PSYK	!KS	
!KOTISA	131	..	..	..	..	1	..	..	..	..	132
!KOTTU	71	83	..	..	..	..	..	..	..	..	90
!KOTIVA	..	1	11	..	..	..	..	..	..	..	12
!KOTTI	..	..	11	3	..	..	..	..	..	..	4
!PRK	..	..	..	..	..	2	2	..	..	..	4
!KOTIVK	..	..	..	..	7	..	..	..	..	..	7
!VK	..	..	..	..	..	38	..	1	..	..	39
!HK	..	..	..	..	..	..	17	1	..	..	18
!TKS	..	..	..	..	..	..	..	9	..	..	9
!YHT.	138	84	12	3	7	41	19	11	..	..	315

VANHUSTEN SIJOITTUMINEN ERI HOITOMUODOILLE

6

KUNTA=423 LIETO

!SIJOITUSPAIKKA	!ALIHOITO	!TARKMUK	!YLIHOITO	!YHT	!sij.-%
!KOTISA	71	131	..	138	94.9
!KOTTU	1	83	..	84	98.8
!KOTIVA	1	11	..	12	91.7
!KOTTI	..	3	..	3	100.0
!KOTIVK	..	7	..	7	100.0
!VK	..	38	3	41	92.7
!HK	..	18	2	20	90.0
!TKS	..	9	2	11	81.8
!YHTEENSÄ	9	300	7	316	93.7

SIJOITUSPAIKKAJAKALMA

KUNTA=480 MARTTILA

TARKOITUKSENLUK. SIJOITUSPAIKKA	NYKYINEN SIJOITUSPAIKKA							
	KOTISA	KOTTU	KOTIVA	KOTITE	VK	HK	TKS	YHT.
KOTISA	50							50
KOTTU	5	39						44
KOTIVA			1					1
KOTITE				4				4
PT1	1							1
PT2					4			4
PRK					6			6
VK					11			12
HK						1		1
TKS					2		3	5
YHT.	56	39	1	5	23	1	3	128

VANHUSTEN SIJOITTUMINEN ERI HOITOMUODOILLE

7

KUNTA=480 MARTTILA

SIJOITUSPAIKKA	ALIHOITO	TARKMUK	YLIHOITO	YHT	siij.-%
KOTISA		6	50	56	89.3
KOTTU			39	39	100.0
KOTIVA			1	1	100.0
KOTITE		1	4	5	80.0
VK		2	11	23	47.8
HK			1	1	100.0
TKS			3	3	100.0
YHTEENSÄ		9	109	128	88.2

SIJOITUSPAIKKAJAKALMA

KUNTA=838 TARVASJOKI

TARKOITUKSENLUK. SIJOITUSPAIKKA	NYKYINEN SIJOITUSPAIKKA								
	KOTISA	KOTTU	KOTIVA	KOTITE	KOTI/LA	VK	HK	TKS	YHT.
KOTISA	45								45
KOTTU		20							20
KOTIVA			6						6
KOTITE				7					7
KOTI/LA					1				1
VK						12			12
HK							1		1
TKS								4	4
YHT.	45	20	6	7	1	12	1	4	96

VANHUSTEN SIJOITTUMINEN ERI HOITOMUODOILLE

8

KUNTA=838 TARVASJOKI

SIJOITUSPAIKKA	ALIHOITO	TARKMUK	YLIHOITO	YHT	siij.-%
KOTISA		45		45	100.0
KOTTU		20		20	100.0
KOTIVA		6		6	100.0
KOTITE		7		7	100.0
KOTI/LA		1		1	100.0
VK		12		12	100.0
HK		1		1	100.0
TKS		4		4	100.0
YHTEENSÄ		96		96	100.0

SIJOITUSPAIKKAJAKALMA

9

KUNTA=853 TURKU

TARKOITUKSENLUOKKA SIJOITUSPAIKKA	NYKYINEN SIJOITUSPAIKKA												
	KOTISA	KOTTU	KOTIVA	KOTITE	PT1	PT2	PRK	VK	HK	TKS	PSYK	TYKS	YHT.
KOTISA	1190				11			6	1	3			1201
KOTTU	7	1712			11			6		3	1		1730
KOTIVA	1	3	213							3			220
KOTITE			11	121				3		1	1		127
PT1					395								395
PT2						102							103
PRK							9						9
VK	11	24	8	8	9	1		797	3	11	2	1	875
HK					2	2			428	27	41	1	502
TKS										213			214
PSYK											13		14
TYKS												7	7
YHT.	1210	1740	222	131	408	103	9	812	432	263	58	9	5397

VANHUSTEN SIJOITTUMINEN ERI HOITOMUODOILLE

9

KUNTA=853 TURKU

SIJOITUSPAIKKA	ALIHUOTO	TARKKUK	YLHUOTO	YHT	sij.-%
KOTISA	20	1190		1210	98.3
KOTTU	28	1712		1740	98.4
KOTIVA	9	213		222	95.9
KOTITE	10	121		131	92.4
PT1	11	395	2	408	96.8
PT2	1	102		103	99.0
PRK		9		9	100.0
VK		797	15	812	98.2
HK		428	4	432	99.1
TKS	1	213	49	263	81.0
PSYK		13	45	58	22.4
TYKS		7	2	9	77.8
YHTEENSÄ	80	5200	117	5397	88.3

SIJOITUSPAIKKAJAKAUMA
KUNNAT YHTEENSÄ

1

!TARKOITUKSENLUK. !SIJOITUSPAIKKA	NYKYINEN SIJOITUSPAIKKA															
	!KOTISA	!KOTTU	!KOTIVA	!KOTITE	!PT	!PT1	!PT2	!PRK	!KOTIVK	!KOTI/LA	!VK	!HK	!TKS	!PSYK	!KS	!TYKS
!KOTISA	2148	..	..	..	..	11	..	..	..	..	81	21	41	..	..	..
!KOTTU	40	2511	..	..	..	11	..	..	..	..	61	..	31	11	..	..
!KOTIVA	11	61	291	..	..	..	..	..	..	..	..	..	31	..	..	..
!KOTITE	8	..	21	184	..	..	..	..	..	..	31	..	11	11	..	..
!PT	..	..	..	21	20	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
!PT1	18	14	11	71	..	964	..	..	..	..	..	..	21	51	..	..
!PT2	2	31	..	..	..	11	102	..	..	..	41	..	11	..	..	..
!PRK	1	21	..	..	..	..	31	..	..	..	131	21	31	..	..	..
!KOTIVK	..	..	..	..	..	..	..	71	..	..	..	..	..	..	..	..
!KOTI/LA	..	..	..	..	..	..	..	..	11	..	..	..	..	..	..	..
!VK	14	31	81	101	..	101	11	11	..	1102	101	271	21	11	11	11
!HK	..	11	..	21	..	21	..	..	..	..	11	466	281	411	..	11
!TKS	21	21	..	..	..	..	..	..	..	..	41	..	765	..	..	..
!PSYK	..	..	..	..	..	11	..	..	..	..	..	..	11	231	..	..
!KS	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	181	..
!TYKS	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	71
!YHT.	2244	2570	3021	2051	201	9801	1031	321	71	11	1141	4821	8411	681	191	91

(CONTINUED)

VANHUSTEN SIJOITTUMINEN ERI HOITOMUODOILLE
KUNNAT YHTEENSÄ

1

!	!ALIHOITO	!TARKMUK	!YLIHOITO	!YHT	! sij.-% !
!SIJOITUSPAIKKA	!	!	!	!	!
!KOTISA	96	2150	..	2246	93.61
!KOTTU	59	2512	..	2571	95.81
!KOTIVA	11	291	..	302	98.21
!KOTITE	21	184	..	205	88.41
!PT	..	20	..	20	100.01
!PT1	14	964	21	980	98.01
!PT2	1	102	..	103	99.01
!PRK	1	31	..	32	95.81
!KOTIVK	..	7	..	7	100.01
!KOTI/LA	..	1	..	1	100.01
!VK	5	1102	34	1141	88.11
!HK	..	467	16	483	88.01
!TKS	1	765	75	841	92.81
!PSYK	..	23	45	68	61.21
!KS	..	18	1	19	94.71
!TYKS	..	7	2	9	77.81
!YHTEENSÄ	209	8644	175	9028	92.31

HOITOPÄIVÄN KESKIHINNAT ERI HOITOMUODOISSA NYKYISELLÄ PALVELUTARJONNALLA LASKETTUNA

Kunta	kotisa	kotitu	kotiva	kotite	pt	prk	vk	hk	tk
Hämeenkyrö	27.50	51.70	186.79		135.92	114.95	397.00		542.12
Jalasjärvi	14.52	69.52	191.21	361.74	298.01	60.50			514.00
Karjalohja	16.91	31.85		211.30	339.20				616.05
Koski TL	11.99	57.78	351.35	497.50			306.61	625.54	625.54
Kotka	12.37	58.87	206.54	393.88	231.34	421.81	352.60	254.00	652.90
Lieto	21.71	62.77	222.36	423.55			325.70	625.54	625.54
Marttila	20.53	80.94	321.26	545.51			217.50	625.54	625.54
Tarvasjoki	17.69	89.77	205.36	440.42			314.23	625.54	625.54
Turku	5.63	54.61	215.96	497.36	135.92	510.00	378.00	548.00	847.00
painot. ka.	10.10	56.71	214.82	474.93	189.17	298.75	367.05	536.96	697.40

HOITOPÄIVÄN KESKIHINNAT ERI HOITOMUODOISSA TAVOITEPALVELUTARJONNALLA LASKETTUNA

Kunta	kotisa	kotitu	kotiva	kotite	pt	prk	vk	hk	tk
Hämeenkyrö	31.22	74.18	197.24		149.26	114.95	397.00	536.96	542.12
Jalasjärvi	18.85	71.54	195.46	381.04	301.83	60.50			514.00
Karjalohja	20.99	39.44	174.55	233.27	323.69				616.05
Koski TL	15.97	59.75	351.35	473.81			306.61	625.54	625.54
Kotka	15.97	59.75	200.43	431.60	225.39	452.22	352.60	254.00	652.90
Lieto	22.62	64.32	225.43	488.51		298.75	325.70	625.54	625.54
Marttila	26.91	98.64	400.81	527.64	189.17	298.75	217.50	625.54	625.54
Tarvasjoki	17.79	89.99	206.11	446.61			314.23	625.54	625.54
Turku	6.01	54.86	217.53	504.38	135.64	510.00	378.00	548.00	847.00
painot. ka.	11.68	58.13	214.96	476.05	185.93	274.11	368.86	542.59	689.76

VANHUSTENHUOLLON PALVELUJEN TAVOITETILAMALLI

KUNTA=108 HÄMEENKYRÖ

PALVELUT JA PUUTTEET/LISÄTARPEET	TARKOITUKSENLUKAINEN SIJOITUSPAIKKA										
	KOTISA	KOTTU	KOTIVA	PT1	PT2	PRK	VK	HK	TKS	PSYK	YHT.
asukkaita	25	49	31	49	1	14	46	1	33	1	222
kotipalvelun piirissä	7	43	31	46	1	4	7		2	1	114
kotipalv. käyntejä /vko	0.4	1.8	6.0	5.1	12.0	1.0	4.1		1.0	12.0	3.4
kotisair. hoidon piirissä	3	35	3	30	1	7	6		2	1	88
kotish käyntejä /vko	0.5	1.1	2.3	1.8	4.0	0.9	1.3		0.8	1.0	1.4
ateria	8	12	1	29			3			1	54
sauna	14	9		13		2			2		40
pyykki	11	12		11	1	2	1				38
kuljetus	3	11		17		2	1		1		35
siivous	4	16	1	14	1	1	1				39
muu tukipalv.	2	5	1	3	1	1	1		1		15
interv.paikka	4	8	1	9	1		1				24
päiväsair. paikka	16	14	1	11	1	2	2				47
yöhoitopaikka	2	1	1	3							7
päivähoitopaik.	1	1		7		1	1				11
ystäväpalvelu	10	14		15		2	4		1		46
turvapuhelin	2	7	1	5		6	2				23
taloud. apua		3		2							5
määrä keskim. mk		1									1
määrä ei ilm.				1100							1100
uusi asunto	1	3	1	3	1		2				11
asunnon muutostyöt	1	3		12			2		1		19
saa muita palv.	3	6		3					1		13

VANHUSTENHUOLLON PALVELUJEN TAVOITETILAMALLI

KUNTA=164 JALASJÄRVI

PALVELUT JA PUUTTEET/LISÄTARPEET	TARKOITUKSENLUKAINEN SIJOITUSPAIKKA										
	KOTISA	KOTTU	KOTIVA	KOTTU	PT1	PT2	PRK	TKS	YHT.		
asukkaita	233	112	9	1	12	5	9	63	444		
kotipalvelun piirissä	144	106	9	1	1	3	8	5	277		
kotipalv. käyntejä /vko	0.3	2.2	8.1	20.0	1.3	1.5	2.4	4.2	1.5		
kotisair. hoidon piirissä	136	111	9	1	12	5	8	5	287		
kotish käyntejä /vko	0.2	0.6	0.8	0.3	0.8	0.7	0.6	0.7	0.5		
ateria	60	58	8		10	4		2	142		
sauna	17	26	5		10				58		
pyykki	16	24	5		9				54		
kuljetus	26	21			8	2			57		
siivous	64	37	6		6	1		3	117		
muu tukipalv.	6	4							10		
interv.paikka	11	8	1		2	2		4	28		
päiväsair. paikka	1		1						2		
yöhoitopaikka	1		1	1					3		
päivähoitopaik.	3	7	1			1			12		
ystäväpalvelu	37	37	3		8	2	4	3	94		
turvapuhelin	21	39	6	1	1	5	8	2	83		
taloud. apua	12	6						3	21		
määrä keskim. mk	1	1						1	1		
määrä ei ilm.											
uusi asunto	18	3	2		3		7	3	64		
asunnon muutostyöt	21	13	1		1	1		1	38		
saa muita palv.	4	25	3			2			34		

VANHUSTENHUOLLON PALVELUJEN TAVOITETILAMALLI

KUNTA=223 KARJALOHJA

PALVELUT JA PUUTTEET/LISÄTARPEET	TARKOITUKSEN MUKAINEN SIJOITUSPAIKKA							YHT.
	KOTISA	KOTTITU	KOTIVA	KOTITE	PT	TKS	TKS	
asukkaita	26	22	1	6	22	1	78	
kotipalvelun								
piirissä	13	20		6	22		61	
kotipalv. käyntejä /vko	0.4	1.6		29.5	43.9		19.4	
kotisair. hoidon								
piirissä	5	10	1	1	1		18	
kotish käyntejä /vko	0.3	0.8	7.0	0.3	3.0		1.1	
ateria	2	7		6	19		34	
sauna	3	7		2	18		30	
pyykki	5	8		5	19		37	
kuljetus	4	2			15		21	
siivous					1		1	
muu tukipalv.	1	1					2	
interv.paikka	4	6		4			14	
päiväsair. paikka								
yöhoitopaikka								
päivähoitopaik.	2	2		1	7		12	
ystäväpalvelu		1			1		2	
turvapuhelin	2	5		2	18		27	
taloud. apua	6	1					7	
määrä keskim. mk								
määrä ei ilm.	32800	750					33550	
uusi asunto	2	6		4	18		30	
asunnon muutostyöt	1			1	1		3	
saa muita palv.	11	11		3	17		42	

VANHUSTENHUOLLON PALVELUJEN TAVOITETILAMALLI

KUNTA=284 KOSKI T

PALVELUT JA PUUTTEET/LISÄTARPEET	TARKOITUKSEN MUKAINEN SIJOITUSPAIKKA							YHT.
	KOTISA	KOTTITU	KOTIVA	KOTITE	VK	HK	TKS	
asukkaita	63	48	2	3	29	3	4	152
kotipalvelun								
piirissä	49	40	2	3	1		3	98
kotipalv. käyntejä /vko	0.3	1.4	10.5	16.0	21.0		7.2	1.9
kotisair. hoidon								
piirissä	10	36	2	3			2	53
kotish käyntejä /vko	0.3	1.1	2.8	3.3			1.5	1.2
ateria	26	27	1	3	1		1	59
sauna	10	11	1	1	1		1	25
pyykki	10	12	1	2	1		1	27
kuljetus	9	7	1	1				18
siivous	6	3						9
muu tukipalv.	13	7		2				22
interv.paikka		4	1	1	1			7
päiväsair. paikka		3						3
yöhoitopaikka								
päivähoitopaik.			1					1
ystäväpalvelu	2	5			1			8
turvapuhelin	1	2	1	1				5
taloud. apua	1							1
määrä keskim. mk								
määrä ei ilm.								
uusi asunto	1			1				2
asunnon muutostyöt		2		1				3
saa muita palv.		1						1

VANHUSTENHUOLLON PALVELUJEN TAVOITETILAMALLI

5

KUNTA=285 KOTKA

PALVELUT JA PUUTTEET/LISÄTARPEET	TARKOITUKSEN MUKAINEN SIJOITUSPAIKKA											
	KOTISA	KOTITU	KOTIVA	KOTITE	PTI	PRK	VK	HK	TKS	PSYK	KS	YHT.
asukkaita	388	447	57	47	554	10	205	16	440	10	18	2192
kotipalvelun												
piirissä	87	376	47	47	282	7	26	7	75	2	3	959
kotipalv. käyntejä /vko	0.4	2.3	9.7	21.3	23.0	18.0	14.5	9.6	15.4	9.5	4.3	11.0
kotisair. hoidon												
piirissä	77	172	26	29	181	7	19	2	53	2	3	571
kotish käyntejä /vko	0.3	1.3	4.1	2.4	1.2	11.1	2.0	1.5	2.1	2.0	2.2	1.5
ateria	114	120	29	23	199	1	16	3	31	1	1	538
sauna	24	37	14	14	110		6		16			221
pyykki	38	73	18	19	129	1	6	2	18			304
kuljetus	19	37	3	5	17		3		9			93
siivous												
muu tukipalv.	5	5	10	10	41		2		4			77
interv.paikka	11	8		1	6	3	5	5	11			50
päiväsair. paikka	36	33	5	4	7	1	5	1	5	2	2	101
yöhoitopaikka					1							1
päivähoitopaik.	33	49	4	4	37		10	2	21			160
ystäväpalvelu	12	25	5	6	25		2		9			84
turvapuhelin	30	48	7	9	105	6	3	2	21			231
taloud. apua	19	10	1		7		1		6			44
määrä keskim. mk	1	1	1		1		1		1			1
määrä ei ilm.												
uusi asunto												
asunnon muutostyöt	7	7			2	1	1		2			20
saa muita palv.												

VANHUSTENHUOLLON PALVELUJEN TAVOITETILAMALLI

6

KUNTA=423 LIETO

PALVELUT JA PUUTTEET/LISÄTARPEET	TARKOITUKSEN MUKAINEN SIJOITUSPAIKKA										
	KOTISA	KOTITU	KOTIVA	KOTITE	PRK	KOTIVK	VK	HK	TKS	YHT.	
asukkaita	132	90	12	4	4	7	39	18	9	315	
kotipalvelun											
piirissä	73	71	12	4		7			2	169	
kotipalv. käyntejä /vko	0.3	1.4	6.3	13.3		8.3			2.5	1.8	
kotisair. hoidon											
piirissä	58	78	12	4		6			2	160	
kotish käyntejä /vko	0.4	1.1	3.4	10.0		1.3			1.0	1.3	
ateria	41	29	5	2		6			2	85	
sauna	10	16	4			6				36	
pyykki	15	14	4			7				40	
kuljetus	8	10	2	2		1				23	
siivous	47	5		1		7			2	62	
muu tukipalv.	1	3								4	
interv.paikka	7	18	4	2		1			1	32	
päiväsair. paikka	3	10								13	
yöhoitopaikka											
päivähoitopaik.	2	8	2							12	
ystäväpalvelu	6	13	1			5				25	
turvapuhelin	2	12	4	2		7				27	
taloud. apua	11	4	1							16	
määrä keskim. mk	1									1	
määrä ei ilm.	16600	6500	1400							24500	
uusi asunto	1	1				3				5	
asunnon muutostyöt	1	4								5	
saa muita palv.	24	21	9	2	2		14			72	

VANHUSTENHUOLLON PALVELUJEN TAVOITETILAMALLI

KUNTA=480 MARITILA

PALVELUT JA PUUTEET/LISÄTARPEET	TARKOITUKSEN MUKAINEN SIJOITUSPAIKKA										
	KOTISA	KOTTU	KOTIVA	KOTITE	PT1	PT2	PRK	VK	HK	TKS	YHT.
asukkaita	50	44	1	4	1	4	6	12	1	5	128
kotipalvelun piirissä	25	43	1	4	1	1	1	1	1	1	75
kotipalv. käyntejä /vko	0.3	1.6	11.0	17.0	1.5	1	23.0	1	1	1	2.4
kotisair. hoidon piirissä	27	36	1	4	1	1	1	1	1	1	70
kotish käyntejä /vko	0.3	1.0	0.5	2.0	0.5	1	1.0	1	1	1	0.8
ateria	14	29	1	4	1	1	1	1	1	1	51
sauna	11	23	1	4	1	1	1	1	1	1	41
pyykki	9	31	1	4	1	1	1	1	1	1	47
kuljetus	8	13	1	4	1	1	1	1	1	1	21
siivous	24	40	1	4	1	1	1	1	1	1	71
muu tukipalv.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
interv.paikka	3	8	1	1	1	1	1	1	1	1	13
päiväsair. paikka	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
yöhoitopaikka	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
päivähoitopaik.	13	18	1	3	1	1	1	1	1	1	36
ystäväpalvelu	15	26	1	2	1	1	1	1	1	1	45
turvapuhelin	3	11	1	1	1	1	1	1	1	1	14
taloud. apua	3	3	1	1	1	1	1	1	1	1	6
määrä keskim. mk	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
määrä ei ilm.	3600	3600	1	1	1	1	1	1	1	1	7200
uusi asunto	5	10	1	1	1	1	1	1	1	1	17
asunnon muutostyöt	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	2
saa muita palv.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

VANHUSTENHUOLLON PALVELUJEN TAVOITETILAMALLI

KUNTA=838 TARVASJOKI

PALVELUT JA PUUTEET/LISÄTARPEET	TARKOITUKSEN MUKAINEN SIJOITUSPAIKKA										
	KOTISA	KOTTU	KOTIVA	KOTITE	KOTTI/-LA	VK	HK	TKS	YHT.		
asukkaita	45	20	6	7	1	12	1	4	96		
kotipalvelun piirissä	18	14	6	7	1	1	1	2	48		
kotipalv. käyntejä /vko	0.3	2.7	6.5	15.7	3.0	1	1	1.0	4.1		
kotisair. hoidon piirissä	18	17	6	7	1	1	1	1	50		
kotish käyntejä /vko	0.4	1.0	1.3	1.2	0.5	1	1	1.0	0.8		
ateria	16	16	6	7	1	1	1	2	48		
sauna	4	7	3	7	1	1	1	2	23		
pyykki	2	4	3	5	1	1	1	2	16		
kuljetus	1	1	1	1	1	1	1	1	1		
siivous	20	13	4	7	1	1	1	1	46		
muu tukipalv.	5	2	2	1	1	1	1	1	9		
interv.paikka	2	4	1	1	1	1	1	1	6		
päiväsair. paikka	1	1	1	1	1	1	1	1	1		
yöhoitopaikka	1	1	1	1	1	1	1	1	1		
päivähoitopaik.	1	1	1	1	1	1	1	1	2		
ystäväpalvelu	5	1	3	2	1	1	1	1	10		
turvapuhelin	1	1	2	2	1	1	1	1	6		
taloud. apua	2	1	1	1	1	1	1	1	3		
määrä keskim. mk	1	1	1	1	1	1	1	1	1		
määrä ei ilm.	1	1	1	1	1	1	1	1	1		
uusi asunto	1	1	1	1	1	1	1	1	1		
asunnon muutostyöt	1	1	1	1	1	1	1	1	1		
saa muita palv.	21	9	4	6	1	1	1	1	40		

KUSTANNUSTEN JAKAUTUMINEN NYKYISILLE SIOJITUSPAIKOILLE

HÄMEENKYRÖ (satunnaisen, tuetun ja valvotun kotihoidon 50% otanta on huomioitu)

NYKYINEN SIOJITUSPAIKKA

TARKMUKSP	KOTISA	KOTITU	KOTIVA	PT	PRK	VK	HK	TKS	YHT.
KOTISA	1319.89					397.00 + 369.50			
KOTITU	164.99	4756.41							
KOTIVA	-145.20		747.15						
PT	27.50	258.50		5980.50					
PRK	-108.42	-421.10							
PRK	27.50	103.40			574.75	1985.00 + 1410.25		542.12 + 427.17	
VK	-87.45	-126.50			114.95 -282.05	12704.00		3794.84 + 1015.84	
HK						397.00 -139.96			
TKS		103.40				794.00 -290.24		15721.48	
PSYK									
YHT					135.92 -764.08				
YHT	1539.87	5635.31	747.15	6116.42	689.70	16277.00		20058.44	51063.90
SÄÄST. ALIH	-341.08	-3870.42		-764.08	-282.05	-430.20			-5687.82
KUST. YLIH.						1779.75		1443.01	3222.76
EROTUS	-341.08	-3870.42			-282.05	1349.55			-2465.07

KUSTANNUSTEN JAKAUTUMINEN NYKYISILLE SJOITUSPAIKOILLE

KOTKA		NYKYINEN SJOITUSPAIKKA									
TARKMUKSP	KOTISA	KOTITU	KOTIVA	KOTITE	PT	PRK	VK	HK	TKS	PSYK/KS	YHT
	4798.70										
KOTISA	61.84	26019.48									
KOTITU	-232.50										
KOTIVA	123.68		9707.43								
KOTITE	-1941.73			15361.27							
	98.94										
	-3052.09										
PT	160.78	529.81	206.54	2757.15	119601.22			508.00	3264.50		
	-2846.60	-1552.22	-24.80	1137.79				+45.33	+2107.82		
PRK						3796.29			652.90		
									+231.09		
VK	37.10				231.34		64878.40	1778.00	5223.20	1000.00	
	-1020.70				-121.26			-690.20	+2402.40	+647.40	
HK								4064.00			
TKS									287276.00		
PSYK/KS										28000.00	
YHT	5281.05	26549.29	9913.97	18118.43	119832.56	3796.29	64878.40	6350.00	296416.60	29000.00	580136.59
SÄÄST. ALIH	-9093.62	-1552.22	-24.80	1137.79	-121.26			-644.87	4741.30	647.40	-9654.11
KUST. YLIH.								-644.87	4741.30	647.40	4743.83
EROTUS	-9093.62	-1552.22	-24.80	1137.79	-121.26			-644.87	4741.30	647.40	-4910.28

KUSTANNUSTEN JAKAUTUMINEN NYKYISILLE SJOITUSPAIKOILLE

LIETO	TARKMUKSP	NYKYINEN SJOITUSPAIKKA														
		KOTISA	KOTITU	KOTIVA	KOTITE	PT	PRK	VK	HK	TKS	PSYK	YHT				
		2844.53						325.70 +303.99								
	KOTITU	152.00 -287.39	5209.86													
	KOTIVA		62.77 -159.59	2445.92												
	KOTITE			222.36 -201.20	4235.55											
	PT															
	PRK							651.40 +53.90	1251.08 +653.58							
	VK							12376.60			625.54 +299.84					
	HK								10634.18	625.54						
	TKS										5629.86					
	PSYK															
	YHT	2996.53 -287.39	5272.63 -159.59	2668.28 -201.20	4235.55			13353.70	11885.26	6880.94				47292.89 -648.17		1311.31
	SÄÄST. ALIH. KUST. YLIH. EROTUS	-287.39	-159.59	-201.20				357.89	653.58	299.84						299.84
		-287.39	-159.59	-201.20				357.89	653.58	299.84						663.13

KUSTANNUSTEN JAKAUTUMINEN NYKYISILLE SJOITUSPAIKOILLE

MARTTILA

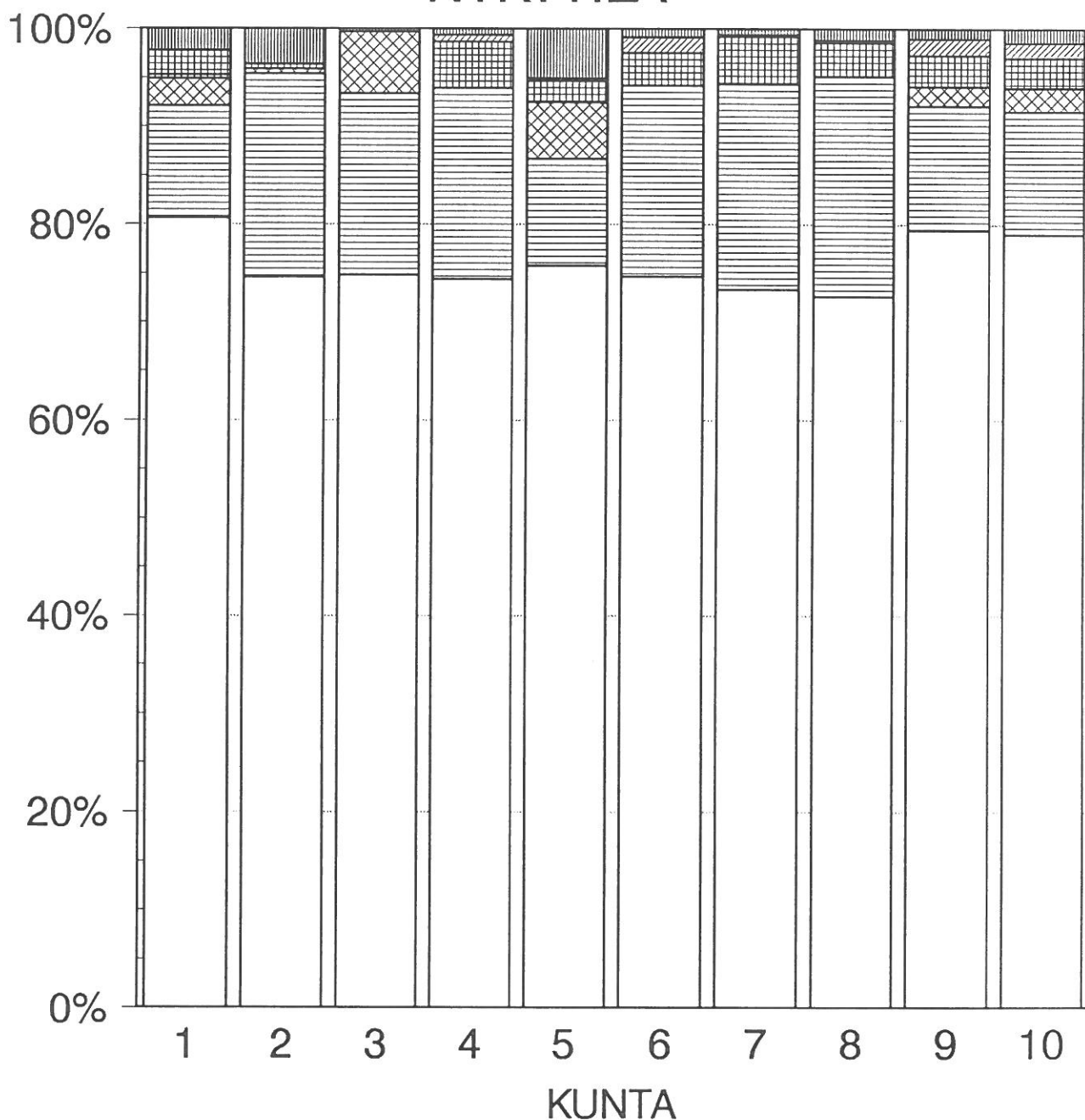
NYKYINEN SJOITUSPAIKKA

TARKMUKSP	KOTISA	KOTITU	KOTIVA	KOTITE	PT	PRK	VK	HK	TKS	PSYK	YHT
KOTISA	1026.51										
KOTTU	102.65	3156.64									
	-302.05										
KOTIVA			321.26								
KOTITE				2182.05							
PT	20.53						870.00				
	-168.64						+111.20				
PRK							1305.00				
							-487.50				
VK				545.51			2392.50				
				328.01							
HK								625.54			
TKS									1876.62		
PSYK											
YHT	1149.69	3156.64	321.26	2727.56			5002.50	625.54	1876.62		14859.81
SÄÄST. ALIH	-470.69			328.01			-816.08				-958.75
KUST. YLIH.							-376.30				-376.30
EROTUS	-470.69			328.01			-1192.38				-1335.05

KUSTANNUSTEN JAKAUTUMINEN NYKYISILLE SJOITUSPAIKOILLE

TURKU		NYKYINEN SJOITUSPAIKKA										
TARKMUKSP	KOTISA	KOTITU	KOTIVA	KOTITE	PT	PRK	VK	HK	TKS	PSYK/KS	YHT	
	6699.23					135.92 + 130.29	2268.00 + 2234.22	548.00 + 542.37	2541.00 + 2524.11			
KOTISA	39.41	93499.50				135.92 81.30	2268.00 + 1940.31		2541.00 + 2377.16	847.00 + 792.39		
KOTITU	-342.89											
KOTIVA	5.63	163.84	45999.21						2541.00 + 1893.12			
KOTITE	-210.33	-484.03					1134.00 -358.07		847.00 + 349.64	847.00 + 349.64		
PT			215.96 -281.40	60180.28		67551.47			847.00 + 711.08			
PRK							4590.00					
VK	61.93	1310.74	1727.67	3978.86	1359.18		301266.00	1644.00 + 510.00	9317.00 + 5159.00	2541.00 + 1407.00		
HK	-4096.07	-7761.26	-1296.33	954.86	-2420.82			234544.00	22869.00 + 8073.00	35574.00 + 12558.00		
TKS	5.63	54.61		994.72 -101.28	271.84 -824.16				180411.00			
PSYK/KS	-841.37	-493.39							847.00	16940.00		
YHT	6811.83	95028.70	47942.83	65153.86	69454.33	4590.00	306936.00	236736.00	222761.00	56749.00	1112163.54	
SÄÄST. ALIH	-5490.67	-8738.68	-1577.73	853.58	-3244.98				21087.12	15107.03	-18198.48	
KUST. YLIH.				853.58	211.59		3816.46	1052.37	21087.12	15107.03	41274.57	
EROTUS	-5490.67	-8738.68	-1577.73	853.58	-3033.39		3816.46	1052.37	21087.12	15107.03	23076.10	

ASUMISMUODOT ESIMERKKIKUNNISSA NYKYTILA

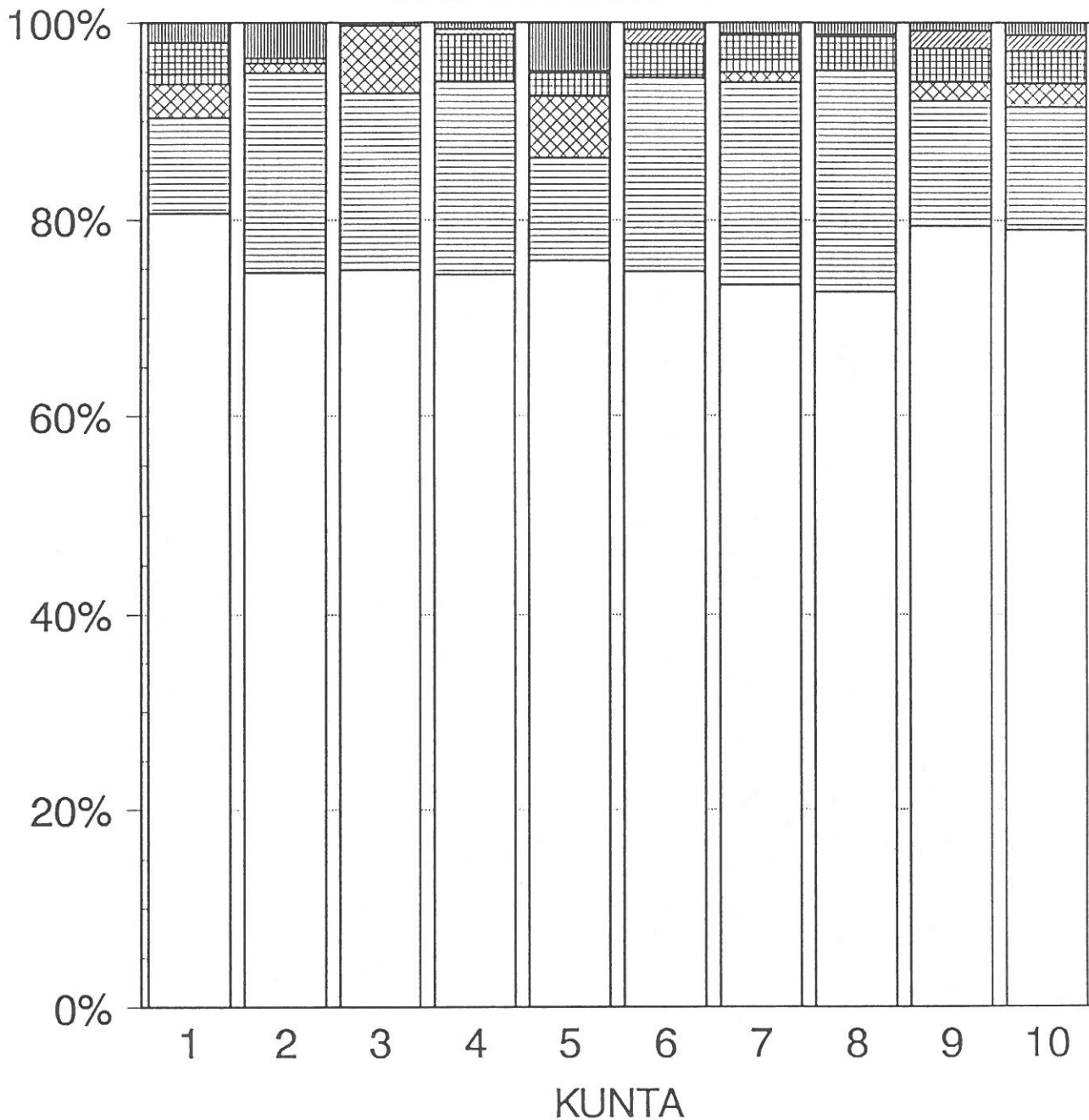


Sijituspaikka	
	Terveyskeskuksen osastoilla
	Hoivaosastoilla/-kodeissa
	Vanhainkocodeissa
	Pienryhmäkodeissa
	Palvelutaloissa
	Kotona palvelujen turvin
	Kotona ilman palveluja

- 1 = HÄMEENKYRÖ
- 2 = JALASJÄRVI
- 3 = KARJALOHJA
- 4 = KOSKI TL
- 5 = KOTKA
- 6 = LIETO
- 7 = MARTTILA
- 8 = TARVASJOKI
- 9 = TURKU
- 10 = 'MINI-SUOMI'

ASUMISMUODOT ESIMERKKIKUNNISSA

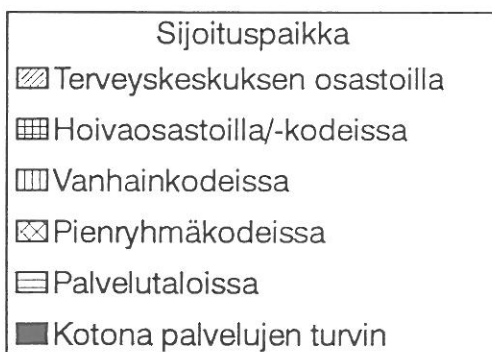
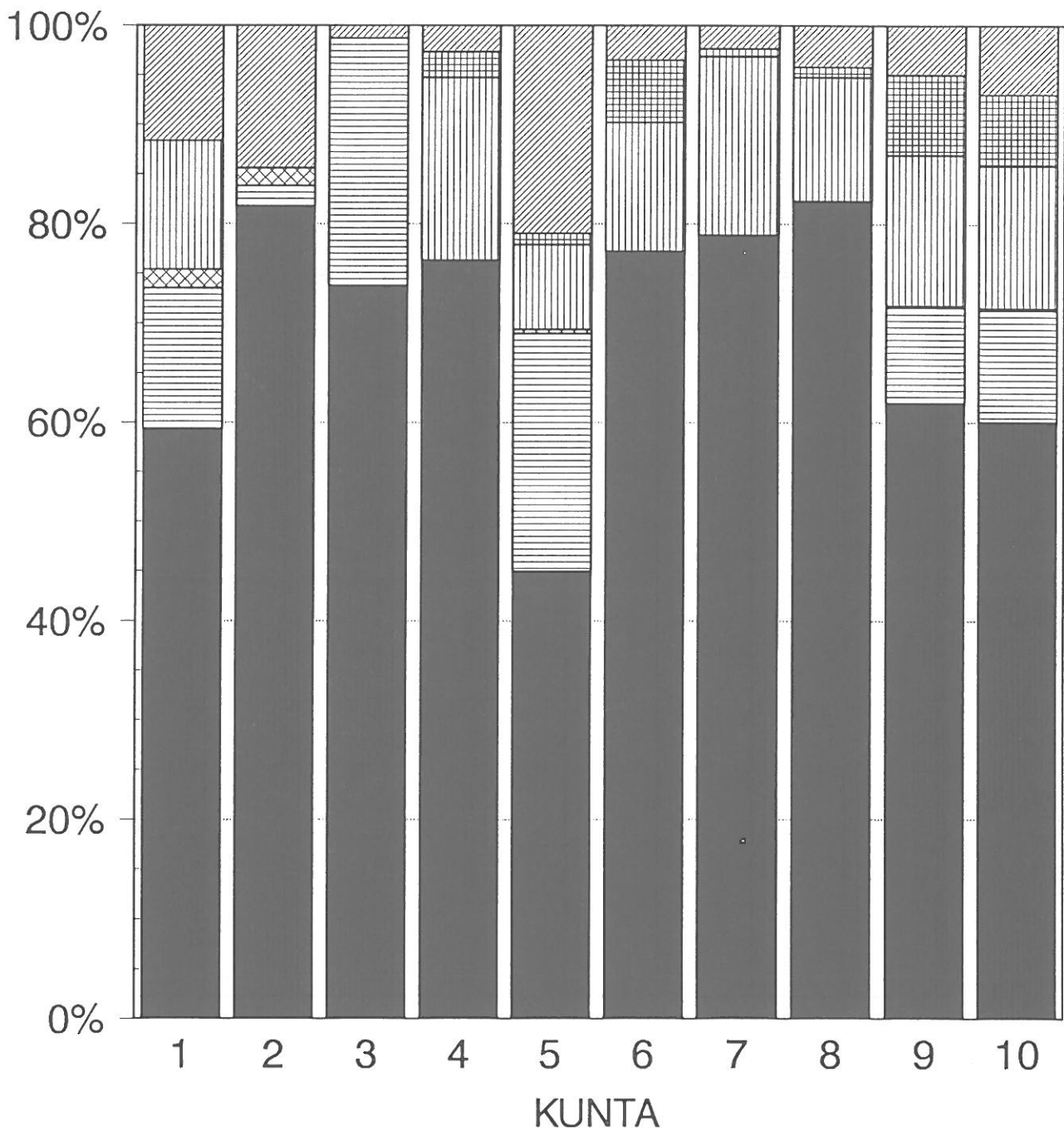
TAVOITETILA



Sijointipaikka	
	Terveyskeskuksen osastoilla
	Hoivaosastoilla/-kodeissa
	Vanhainkodeissa
	Pienryhmäkodeissa
	Palvelutaloissa
	Kotona palvelujen turvin
	Kotona ilman palveluja

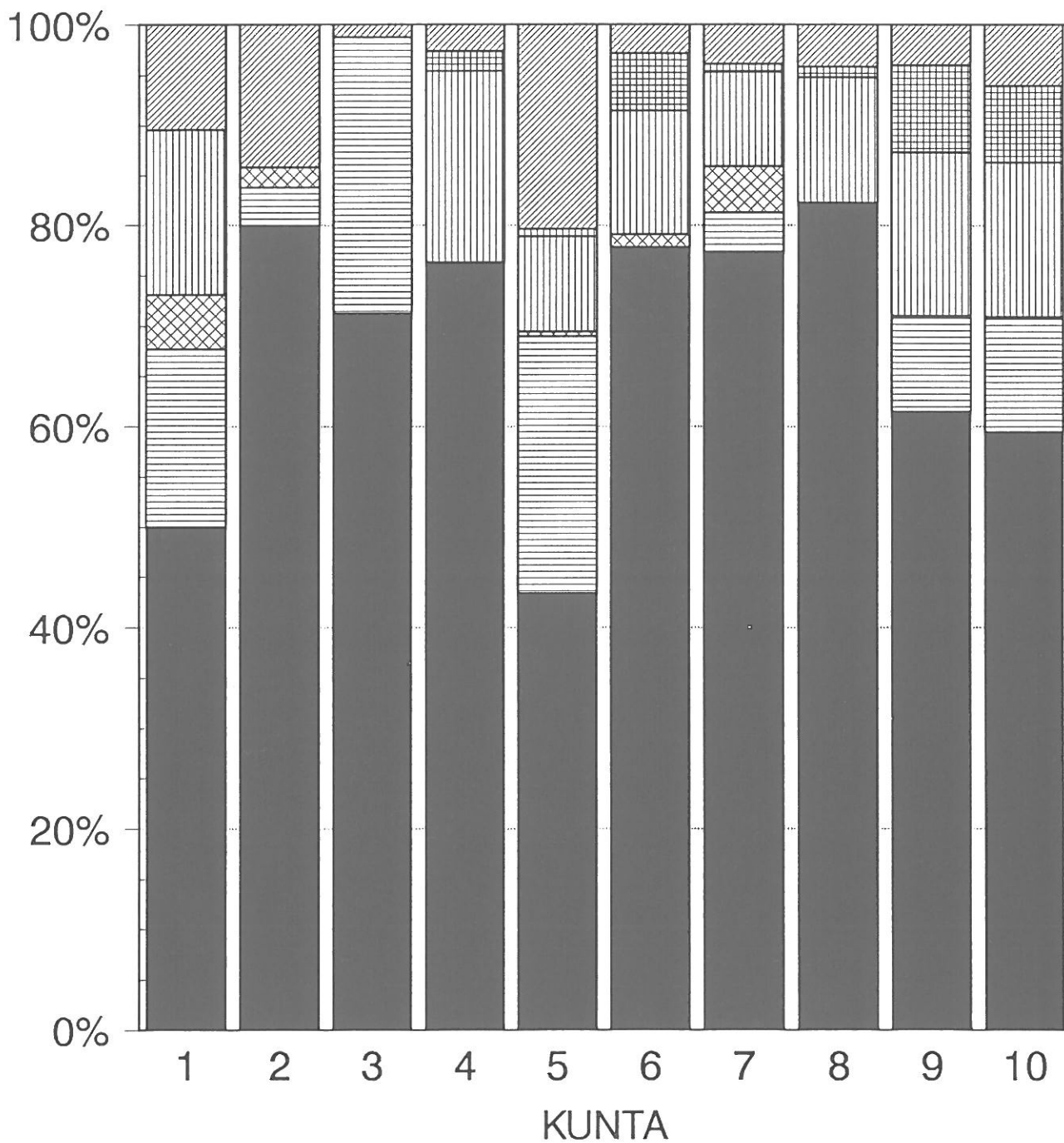
- 1 = HÄMEENKYRÖ
- 2 = JALASJÄRVI
- 3 = KARJALOHJA
- 4 = KOSKI TL
- 5 = KOTKA
- 6 = LIETO
- 7 = MARTTILA
- 8 = TARVASJOKI
- 9 = TURKU
- 10 = 'MINI-SUOMI'

HOITO PALVELUJEN TURVIN ESIMERKKIKUNNISSA, NYKYTILA



- 1=HÄMEENKYRÖ
- 2=JALASJÄRVI
- 3=KARJALOHJA
- 4=KOSKI TL
- 5=KOTKA
- 6=LIETO
- 7=MARTTILA
- 8=TARVASJOKI
- 9=TURKU
- 10='MINI-SUOMI'

HOITO PALVELUJEN TURVIN ESIMERKKIKUNNISSA, TAVOITETILA



Sijoituspaikka	
	Terveyskeskuksen osastoilla
	Hoivaosastoilla/-kodeissa
	Vanhainkodeissa
	Piennyhmäkodeissa
	Palvelutaloissa
	Kotona palvelujen turvin

- 1=HÄMEENKYRÖ
- 2=JALASJÄRVI
- 3=KARJALOHJA
- 4=KOSKI TL
- 5=KOTKA
- 6=LIETO
- 7=MARTTILA
- 8=TARVASJOKI
- 9=TURKU
- 10='MINI-SUOMI'

VANHUSTENHUOLLON KUSTANNUSPROFIILI

KUNTA	ESH KUSTI	KOTONA ILMAN PALVELUJA	KOTONA PALVELUJEN TURVIN	PALVELU- TALOISSA	PIENRYHMÄ- KODEISSA	VANHAIN- KODEISSA	HOIVA- OSASTOILLA	TERVEYS- KESKUK- SISSA	YHTEENSÄ TÄNEITÄ	65- V TÄYT- TÄNEITÄ	VÄESTÖ
HÄMEENKYRÖ nykytila nykyiset kustannukset tavoitetila tavoitetilan kustannukset	5.23	1319 6898.37 1319	188 9839.60 158 11100.53	45 6351.75 56 8651.44	6 721.08 17 2043.06	41 16491.43 52 20915.96		37 20251.95 33 18062.55	1636 60554.18 1636 61315.73	1636 37.01 1636 37.48	9505 6.37
JALASJÄRVI nykytila nykyiset kustannukset tavoitetila tavoitetilan kustannukset	5.12	1303 6671.36 1303	363 14896.75 355 16362.31	9 2728.17 17 5218.15	8 524.96 9 590.58			64 33223.68 63 32704.56	1747 58044.92 1747 54875.60	1747 33.23 1747 31.41	9841 5.90
KARJALOHJA nykytila nykyiset kustannukset tavoitetila tavoitetilan kustannukset	8.06	238 1918.28 238	59 3357.03 57 3555.65	20 6945.20 22 7298.50				1 624.11 1 624.11	318 12844.62 318 11478.26	318 40.39 318 36.10	1408 9.12
KOSKI TL nykytila nykyiset kustannukset tavoitetila tavoitetilan kustannukset	6.88	441 3034.08 441	116 6869.03 116 6796.32			28 17707.76 29 18340.18	4 1253.96 3 940.47	4 1253.96 4 1253.96	593 30118.79 593 27330.93	593 50.79 593 46.09	2788 10.80
KOTKA nykytila nykyiset kustannukset tavoitetila tavoitetilan kustannukset	5.35	6773 36235.55 6773	973 65129.18 938 69563.81	518 122605.42 554 127829.96	9 3844.44 10 4575.70	184 65862.80 205 73379.75	25 6483.75 16 4149.60	454 298845.50 440 289630.00	8936 599006.64 8936 569128.82	8936 67.03 8936 63.69	56515 10.60
LIELO nykytila nykyiset kustannukset tavoitetila tavoitetilan kustannukset	3.90	931 3630.90 931	244 13519.79 246 14844.80			41 13513.60 39 11803.35	20 12588.80 18 11329.92	11 6923.84 9 5664.96	1247 50176.93 1247 43643.03	1247 40.24 1247 35.00	12356 4.06
MARTTILA nykytila nykyiset kustannukset tavoitetila tavoitetilan kustannukset	6.71	352 2361.92 352	101 8032.86 99 8861.32			23 5156.83 12 2690.52	1 632.25 1 632.25	3 1896.75 5 3161.25	480 18080.61 480 18157.50	480 37.67 480 37.83	2289 7.90
TARVASJOKI nykytila nykyiset kustannukset tavoitetila tavoitetilan kustannukset	4.21	255 1073.55 255	79 7328.91 79 7476.29			12 3821.28 12 3821.28	1 629.75 1 625.54	4 2519.00 4 2519.00	351 15372.49 351 14442	351 43.80 351 41.15	1864 8.25
TURKU nykytila nykyiset kustannukset tavoitetila tavoitetilan kustannukset	4.38	20574 90114.12 20574	3303 229398.12 3278 228396.31	511 71693.30 498 69720.00	9 4629.42 9 4629.42	812 310492.56 871 333052.98	432 238628.16 460 254094.80	263 223912.94 214 182195.32	25904 1168868.62 25904 1072089	25904 45.12 25904 41.39	159403 7.33
MINI-SUOMI nykytila nykyiset kustannukset tavoitetila tavoitetilan kustannukset	4.53	14551 75122.40 14551	2321 174090.19 2296 176593.52	436 81149.79 436 84700.86	8 4825.19 9 6988.06	554 234430.34 596 257056.93	278 151808.43 293 161787.99	268 236981.39 234 205832.82	41212 2013068 41212 1872461	41212 48.85 41212 45.43	255969 7.86

TOIMINTAKYKYINDEKSI

1

V1=108 HÄMEENKYRÖ

	IKÄ							
	65-74		75-84		yli 85		YHTEENSÄ	
	LKM	TOIMKYKY	LKM	TOIMKYKY	LKM	TOIMKYKY	LKM	TOIMKYKY
SIJOITUSPAIKKA								
KOTISA	10	1.697	15	1.607	4	1.523	29	1.627
KOTITU	12	1.427	37	1.514	14	1.417	63	1.476
KOTIVA	.	.	1	1.350	1	1.612	2	1.481
PT1	7	1.642	29	1.722	9	1.628	45	1.694
PRK	1	1.106	3	2.261	2	2.163	6	2.036
VK	8	2.441	10	2.610	23	2.561	41	2.549
TKS	6	2.499	20	3.430	11	3.378	37	3.263
YHTEENSÄ	44	1.856	115	2.030	64	2.247	223	2.057

TOIMINTAKYKYINDEKSI

2

V1=164 JALASJÄRVI

	IKÄ							
	65-74		75-84		yli 85		YHTEENSÄ	
	LKM	TOIMKYKY	LKM	TOIMKYKY	LKM	TOIMKYKY	LKM	TOIMKYKY
SIJOITUSPAIKKA								
KOTISA	88	1.342	122	1.447	37	1.528	247	1.422
KOTITU	17	1.596	62	1.786	27	1.985	106	1.807
KOTIVA	2	1.922	3	1.929	4	2.589	9	2.221
KOTITE	.	.	1	1.993	.	.	1	1.993
PT1	2	2.787	7	3.055	.	.	9	2.988
PRK	3	2.046	3	2.559	2	2.246	8	2.283
TKS	21	2.768	23	2.810	20	3.167	64	2.907
YHTEENSÄ	133	1.648	221	1.747	90	2.094	444	1.789

TOIMINTAKYKYINDEKSI

3

V1=223 KARJALOHJA

	IKÄ							
	65-74		75-84		yli 85		YHTEENSÄ	
	LKM	TOIMKYKY	LKM	TOIMKYKY	LKM	TOIMKYKY	LKM	TOIMKYKY
SIJOITUSPAIKKA								
KOTISA	13	1.268	14	1.252	2	1.834	29	1.301
KOTITU	3	1.232	13	1.158	6	1.505	22	1.251
KOTITE	.	.	3	1.805	5	1.317	8	1.500
PT	4	1.485	6	1.853	10	1.936	20	1.813
TKS	.	.	1	3.979	.	.	1	3.979
YHTEENSÄ	20	1.306	37	1.428	23	1.676	80	1.465

TOIMINTAKYKYINDEKSI

V1=284 KOSKI T

	IKÄ							
	65-74		75-84		yli 85		YHTEENSÄ	
	LKM	TOIMKYKY	LKM	TOIMKYKY	LKM	TOIMKYKY	LKM	TOIMKYKY
!SIJOITUSPAIKKA								
!KOTISA	17!	1.193!	36!	1.156!	12!	1.169!	65!	1.168!
!KOTITU	11!	1.753!	21!	1.293!	13!	1.599!	45!	1.494!
!KOTIVA	1!	1.723!	1!	2.204!	!	!	2!	1.964!
!KOTITE	!	!	2!	2.190!	2!	2.818!	4!	2.399!
!VK	3!	2.815!	11!	3.217!	14!	3.093!	28!	3.113!
!HK	!	!	1!	3.953!	3!	2.697!	4!	3.011!
!TKS	1!	1.046!	1!	2.349!	2!	2.780!	4!	2.239!
!YHTEENSÄ	33!	1.561!	73!	1.609!	46!	2.077!	152!	1.735!

TOIMINTAKYKYINDEKSI

1

V1=285 KOTKA

	IKÄ							
	65-74		75-84		yli 85		YHTEENSÄ	
	LKM	TOIMKYKY	LKM	TOIMKYKY	LKM	TOIMKYKY	LKM	TOIMKYKY
!SIJOITUSPAIKKA								
!KOTISA	100!	1.355!	237!	1.429!	90!	1.536!	427!	1.433!
!KOTITU	109!	1.380!	240!	1.485!	103!	1.571!	452!	1.478!
!KOTIVA	11!	1.517!	23!	1.638!	14!	1.554!	48!	1.588!
!KOTITE	7!	1.678!	23!	2.119!	16!	2.370!	46!	2.123!
!PT1	130!	1.621!	256!	1.843!	132!	1.969!	518!	1.834!
!PRK	!	!	3!	1.634!	6!	2.123!	9!	1.960!
!VK	21!	2.811!	80!	2.760!	83!	2.783!	184!	2.776!
!HK	2!	2.715!	10!	2.032!	13!	1.970!	25!	2.058!
!TKS	65!	3.083!	189!	3.126!	200!	3.148!	454!	3.129!
!PSYK	5!	2.481!	5!	2.606!	!	!	10!	2.565!
!KS	6!	2.772!	9!	1.994!	4!	!	19!	2.189!
!YHTEENSÄ	456!	1.755!	1075!	1.939!	661!	2.240!	2192!	1.991!

V1=480 MARTTILA

	IKÄ							
	65-74		75-84		yli 85		YHTEENSÄ	
	LKM	TOIMKYKY	LKM	TOIMKYKY	LKM	TOIMKYKY	LKM	TOIMKYKY
SIJOITUSPAIKKA								
KOTISA	10	1.430	35	1.421	11	1.420	56	1.423
KOTITU	12	1.687	19	1.547	8	1.374	39	1.555
KOTIVA	.	.	.	.	1	1.758	1	1.758
KOTITE	2	1.491	.	.	3	1.889	5	1.730
VK	3	2.225	8	2.363	12	2.741	23	2.542
HK	.	.	1	3.963	.	.	1	3.963
TKS	1	3.566	2	2.432	.	.	3	2.810
YHTEENSÄ	28	1.706	65	1.655	35	1.927	128	1.741

TOIMINTAKYKYINDEKSI

6

V1=423 LIETO

	IKÄ							
	65-74		75-84		yli 85		YHTEENSÄ	
	LKM	TOIMKYKY	LKM	TOIMKYKY	LKM	TOIMKYKY	LKM	TOIMKYKY
SIJOITUSPAIKKA								
KOTISA	36	1.440	74	1.378	28	1.341	138	1.385
KOTITU	24	1.653	47	1.663	13	1.796	84	1.681
KOTIVA	2	2.020	6	2.332	4	2.355	12	2.288
KOTITE	1	1.049	2	3.343	.	.	3	2.579
KOTIVK	1	1.183	3	1.499	3	2.543	7	1.901
VK	5	3.297	19	2.801	17	2.836	41	2.876
HK	2	3.683	10	3.150	8	2.816	20	3.069
TKS	2	1.542	8	2.734	1	2.854	11	2.507
YHTEENSÄ	73	1.733	169	1.851	74	2.068	316	1.876

TOIMINTAKYKYINDEKSI

8

V1=838 TARVASJOKI

	IKÄ							
	65-74		75-84		yli 85		YHTEENSÄ	
	LKM	TOIMKYKY	LKM	TOIMKYKY	LKM	TOIMKYKY	LKM	TOIMKYKY
SIJOITUSPAIKKA								
KOTISA	11	1.806	22	1.593	12	1.821	45	1.710
KOTITU	3	1.553	10	2.451	7	1.732	20	2.049
KOTIVA	.	.	4	1.946	2	1.793	6	1.895
KOTITE	.	.	2	1.850	5	1.888	7	1.877
KOTI/LA	1	1.186	.	.	.	.	1	1.186
VK	.	.	6	2.061	6	3.323	12	2.749
HK	.	.	.	.	1	2.902	1	2.902
TKS	.	.	2	2.348	2	3.018	4	2.683
YHTEENSÄ	15	1.618	46	1.988	35	2.200	96	2.053

TOIMINTAKYKYINDEKSI

V1=853 TURKU

	IKÄ							
	65-74		75-84		yli 85		YHTEENSÄ	
	LKM	TOIMKYKY	LKM	TOIMKYKY	LKM	TOIMKYKY	LKM	TOIMKYKY
!SIJOITUSPAIKKA								
!KOTISA	322	1.402	660	1.317	228	1.541	1210	1.386
!KOTITU	365	1.582	916	1.469	459	1.556	1740	1.516
!KOTIVA	32	1.702	98	1.789	92	1.963	222	1.856
!KOTITE	16	2.480	61	2.522	54	2.294	131	2.425
!PT1	68	1.863	200	1.979	140	2.159	408	2.022
!PT2	25	1.719	45	1.698	33	1.671	103	1.694
!PRK	.	.	5	1.955	4	1.732	9	1.856
!VK	80	2.391	372	2.582	360	2.635	812	2.588
!HK	44	3.594	184	3.646	204	3.630	432	3.633
!TKS	74	2.085	117	2.512	72	2.893	263	2.501
!PSYK	14	2.997	29	3.827	15	3.897	58	3.630
!TYKS	5	1.622	2	3.153	2	1.645	9	2.140
!YHTEENSÄ	1045	1.878	2689	2.040	1663	2.326	5397	2.111

TOIMINTAKYKYINDEKSI
KUNNAT YHTEENSÄ

1

	IKÄ							
	65-74		75-84		yli 85		YHTEENSÄ	
	LKM	TOIMKYKY	LKM	TOIMKYKY	LKM	TOIMKYKY	LKM	TOIMKYKY
!SIJOITUSPAIKKA								
!KOTISA	607	1.382	1215	1.371	424	1.512	2246	1.402
!KOTITU	556	1.536	1365	1.504	650	1.584	2571	1.531
!KOTIVA	48	1.684	136	1.797	118	1.947	302	1.842
!KOTITE	26	2.133	94	2.387	85	2.208	205	2.282
!PT	4	1.485	6	1.853	10	1.936	20	1.813
!PT1	207	1.743	492	1.918	281	2.064	980	1.931
!PT2	25	1.719	45	1.698	33	1.671	103	1.694
!PRK	4	1.733	14	2.045	14	2.034	32	2.009
!KOTIVK	1	1.183	3	1.499	3	2.543	7	1.901
!KOTI/LA	1	1.186	.	.	.	.	1	1.186
!VK	120	2.518	506	2.623	515	2.681	1141	2.638
!HK	48	3.559	206	3.545	229	3.495	483	3.523
!TKS	170	2.494	363	2.871	308	3.076	841	2.860
!PSYK	19	2.950	34	3.716	15	3.897	68	3.554
!KS	6	2.772	9	1.994	4	.	19	2.189
!TYKS	5	1.622	2	3.153	2	1.645	9	2.140
!YHTEENSÄ	1847	1.797	4490	1.966	2691	2.268	9028	2.029

PÄÄDIAGNOOSIJAKALMA

KUNTA=108 HÄMEENKYRÖ

		DIAGNOOSIPÄÄLUOKKA																	
		02	03	04	05	06A	06B	07A	07B	07C	08	09	10	12	13	14	16	17	EI ILM.
!SIJOITUSPAIKKA	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!
!KOTISA	!	1!	2!	1!	1!	1!	1!	5!	1!	4!	1!	1!	1!	1!	1!	1!	1!	1!	9!
!KOTTU	!	1!	1!	1!	1!	1!	1!	1!	1!	1!	1!	1!	1!	1!	1!	1!	1!	1!	62!
!KOTIVA	!	1!	1!	1!	1!	1!	1!	1!	1!	1!	1!	1!	1!	1!	1!	1!	1!	1!	1!
!PT1	!	1!	1!	1!	1!	1!	1!	3!	1!	1!	1!	1!	1!	1!	1!	1!	1!	1!	40!
!PRK	!	1!	1!	1!	1!	1!	1!	1!	1!	1!	1!	1!	1!	1!	1!	1!	1!	1!	1!
!VK	!	1!	2!	2!	10!	4!	3!	5!	5!	4!	1!	1!	1!	1!	2!	1!	1!	1!	1!
!TKS	!	1!	2!	1!	1!	8!	3!	3!	3!	2!	1!	1!	1!	2!	7!	1!	1!	2!	1!
!YHTEENSÄ	!	4!	9!	3!	12!	13!	7!	16!	9!	10!	3!	2!	3!	2!	10!	1!	2!	4!	113!

PÄÄDIAGNOOSIJAKALMA

KUNTA=164 JALASJÄRVI

		DIAGNOOSIPÄÄLUOKKA																	
		02	03	05	06A	06B	07A	07B	07C	08	09	10	13	16	17	EI ILM.			
!SIJOITUSPAIKKA	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!
!KOTISA	!	1!	1!	1!	1!	1!	1!	1!	1!	1!	1!	1!	1!	1!	1!	1!	1!	1!	247!
!KOTTU	!	1!	1!	1!	2!	1!	1!	1!	1!	1!	1!	1!	1!	1!	1!	1!	1!	1!	104!
!KOTIVA	!	1!	1!	1!	1!	1!	1!	1!	1!	1!	1!	1!	1!	1!	1!	1!	1!	1!	8!
!KOTTITE	!	1!	1!	1!	1!	1!	1!	1!	1!	1!	1!	1!	1!	1!	1!	1!	1!	1!	1!
!PT1	!	1!	1!	1!	1!	1!	1!	1!	1!	1!	1!	1!	1!	1!	1!	1!	1!	1!	9!
!PRK	!	1!	1!	1!	1!	1!	1!	1!	1!	1!	1!	1!	1!	1!	1!	1!	1!	1!	8!
!TKS	!	2!	3!	2!	15!	1!	8!	8!	3!	4!	2!	3!	3!	1!	5!	4!	1!	1!	4!
!YHTEENSÄ	!	3!	3!	2!	17!	1!	8!	8!	3!	4!	2!	3!	3!	1!	5!	4!	1!	1!	381!

PÄÄDIAGNOOSIJAKALMA

KUNTA=223 KARJALOHJA

		DIAGNOOSIPÄÄLUOKKA							
		03	05	06A	06B	07A	07B	07C	EI ILM.
!SIJOITUSPAIKKA	!	!	!	!	!	!	!	!	!
!KOTISA	!	1!	1!	1!	1!	1!	1!	1!	28!
!KOTTU	!	1!	1!	1!	1!	1!	1!	1!	22!
!KOTTITE	!	1!	1!	1!	1!	1!	1!	1!	8!
!PT	!	1!	4!	1!	2!	5!	3!	1!	3!
!TKS	!	1!	1!	1!	1!	1!	1!	1!	1!
!YHTEENSÄ	!	1!	4!	1!	3!	6!	3!	1!	61!

PÄÄDIAGNOOSIJAKALMA

KUNTA=284 KOSKI T

		DIAGNOOSIPÄÄLUOKKA																	
		01	02	03	05	06A	06B	07A	07B	07C	08	09	10	13	17	EI ILM.			
!SIJOITUSPAIKKA	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!
!KOTISA	!	1!	1!	1!	1!	1!	1!	1!	1!	1!	1!	1!	1!	1!	1!	1!	1!	1!	61!
!KOTTU	!	1!	2!	4!	1!	1!	2!	2!	1!	1!	2!	1!	1!	3!	1!	1!	1!	1!	26!
!KOTIVA	!	1!	1!	1!	1!	1!	1!	1!	1!	1!	1!	1!	1!	1!	1!	1!	1!	1!	1!
!KOTTITE	!	1!	1!	1!	1!	1!	1!	1!	1!	1!	1!	1!	1!	1!	1!	1!	1!	1!	3!
!VK	!	1!	1!	2!	3!	3!	3!	4!	3!	1!	2!	1!	1!	1!	5!	1!	1!	1!	1!
!HK	!	1!	2!	1!	1!	2!	1!	1!	1!	1!	1!	1!	1!	1!	1!	1!	1!	1!	1!
!TKS	!	1!	1!	1!	1!	1!	1!	2!	1!	1!	1!	1!	1!	1!	1!	1!	1!	1!	1!
!YHTEENSÄ	!	1!	4!	6!	5!	6!	5!	9!	7!	1!	4!	2!	1!	9!	1!	1!	1!	1!	91!

KUNTA=285 KOTKA

	DIAGNOOSIPÄÄLUOKKA																	EI ILM.
	01	02	03	04	05	06A	06B	07A	07B	07C	08	09	10	12	13	16	17	
SIJOITUSPAIKKA																		
KOTISA			2			2		2	1									
KOTTU	1		3		4		2	1	3		1							420
KOTTIVA					1													436
KOTTITE						1												47
PT1			3		1	5	2	2	3		1							45
PRK							1	1	1									500
VK	1		11		15	46	16	15	17	2	5	4	3	1	11	1	3	33
HK								1										24
TKS		1	7	2	2	44	8	5	30		1	2			8	3	8	333
PSYK					1	1												8
KS																		19
YHTEENSÄ	2	1	26	2	24	98	30	27	55	2	8	6	3	11	21	4	11	1871

PÄÄDIAGNOOSIJAKALMA

6

KUNTA=423 LIETO

	DIAGNOOSIPÄÄLUOKKA																	EI ILM.
	01	02	03	04	05	06A	06B	07A	07B	07C	08	09	10	12	13	16	17	
SIJOITUSPAIKKA																		
KOTISA		5	5	2	2	1	5	20	3	1	1	3	1		13		1	74
KOTTU		2	9		4	3	2	18	4	4	3	1	1		11		3	150
KOTTIVA		1	1	1		1	1	2	2			1				1	1	
KOTTITE							1		1									
KOTTIVK					1		1	2				1	1					1
VK		2		2	12	10		4	4		1		1		2		3	
HK		1			2	3	4	1	7	1					1			
TKS			1			3		5	1		1							
YHTEENSÄ	1	11	16	5	21	21	14	52	22	6	7	8	4	1	28	1	8	90

PÄÄDIAGNOOSIJAKALMA

7

KUNTA=480 MARITILA

	DIAGNOOSIPÄÄLUOKKA																	EI ILM.
	01	02	03	04	05	06A	06B	07A	07B	07C	08	10	13	14	16	17		
SIJOITUSPAIKKA																		
KOTISA		2	2		1		3	9	5		1	2	4	1	1	1		24
KOTTU	2	4		2	1	2	1	6	5			3	4				8	
KOTTIVA								1										
KOTTITE				1	1	2			1									
VK			1		5	3	2	4	2		2		1				3	
HK								1										
TKS								1		1			1					
YHTEENSÄ	2	6	3	3	8	7	7	21	13	1	3	5	10	1	1	5	32	

PÄÄDIAGNOOSIJAKALMA

8

KUNTA=838 TARVASJOKI

	DIAGNOOSIPÄÄLUOKKA													EI ILM.			
	02	03	05	06A	06B	07A	07B	07C	08	09	10	13	14		17		
SIJOITUSPAIKKA																	
KOTISA	4	2	3	2	3	13	2	1	3	2		5		2	3		
KOTTU	2		1	2	2	4	3		1	1	1	2			1		
KOTTIVA			1			1	1			1				1	1		
KOTTITE	1		1	1	1	1					3						
KOTI/LA			1														
VK			3	4		1					2	1	1				
HK														1			
TKS		1		1		2											
YHTEENSÄ	7	3	10	10	5	22	6	1	4	4	1	12	1	5	5		

PÄÄDIAGNOOSIJAKALIMA
KUNTA=853 TURKU

		DIAGNOOSIPÄÄLUOKKA																	EI ILM.			
		01	02	03	04	05	06A	06B	07A	07B	07C	08	09	10	11	12	13	14	16	17		
!SIJOITUSPAIKKA																						
!KOTISA		2	10	28	6	18	1	12	51	33	6	6	2	2	6	4	22	4	4	71	992	
!KOTITU		11	30	47	13	39	3	31	133	56	13	10	13	9	1	1	4	59	1	13	30	1227
!KOTIVA		3	6	23	2	11	2	10	14	12	5	4	1	1	3	6	15	1	5	10	90	
!KOTITE		3	5	10	3	9	2	12	19	20	1	2	2	1	1	1	14	1	2	8	20	
!PT1		1	10	23	2	11	4	2	16	74	38	1	16	3	3	1	1	20	1	6	12	66
!PT2		2	1	10	1	4	1	5	9	8	4	2	2	1	1	1	9	1	1	5	40	
!PRK		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
!VK		3	18	28	9	25	2	73	97	132	13	16	8	3	1	3	59	1	10	53	29	
!HK		2	6	10	1	18	12	38	15	11	4	2	2	1	1	2	14	1	1	27	1	
!TKS		3	20	16	4	38	1	12	24	30	6	9	11	10	1	3	18	1	8	27	24	
!PSYK		1	1	1	1	4	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	5	
!TYKS		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
!YHTEENSÄ		31	106	196	40	72	26	210	437	444	52	67	44	37	1	23	232	1	50	179	2499	

(CONTINUED)

PÄÄDIAGNOOSIJAKALIMA
KUNNAT YHTEENSÄ

		DIAGNOOSIPÄÄLUOKKA																	EI ILM.			
		01	02	03	04	05	06A	06B	07A	07B	07C	08	09	10	11	12	13	14	16	17		
!SIJOITUSPAIKKA																						
!KOTISA		3	22	41	9	25	6	25	10	45	12	12	8	1	1	4	45	1	6	12	1858	
!KOTITU		15	41	63	15	50	9	40	164	72	17	18	18	14	1	5	80	1	13	34	1901	
!KOTIVA		3	8	25	3	14	3	11	18	15	5	4	3	3	1	6	15	1	6	12	148	
!KOTITE		3	6	10	4	11	5	14	20	23	1	2	2	1	1	1	18	1	2	8	77	
!PT		1	1	1	1	4	1	2	5	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	
!PT1		1	10	27	2	11	8	18	79	41	1	17	3	3	1	1	21	1	6	12	615	
!PT2		2	1	10	1	4	1	5	9	8	4	2	2	1	1	9	1	1	1	5	40	
!PRK		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
!KOTIVK		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
!KOTI/LA		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
!VK		4	21	44	13	30	7	97	130	163	20	26	13	8	1	4	82	1	12	65	62	
!HK		2	9	10	1	18	17	43	17	11	5	2	2	1	1	2	15	1	1	28	25	
!TKS		3	24	30	6	42	7	24	51	73	12	16	16	14	1	5	37	1	12	42	36	
!PSYK		1	1	1	1	4	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13	
!KS		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
!TYKS		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
!YHTEENSÄ		37	142	263	53	80	19	282	598	567	77	100	68	57	1	27	325	4	59	218	5143	

(CONTINUED)

VANHUSTENHUOLLON ARVIOIDUT KOKONAISKUSTANNUKSET SUOMEN KUNNISSA

Esimerkkikuntien painotetulla keskiarvolla saatu hoitopäivän hinta kaikkia asukkaita kohden: 7.32 MK

Esimerkkikuntien painotetulla keskiarvolla saatu hoitopv:n hinta 65 v täyttäneitä asukasta kohden: 45,43 MK

Tulojen arvioitu osuus: 10%

LUKUMÄÄRÄT IKÄRYHMITTÄIN

Knr	Kunta	65-	65-74	75-84	85-	VÄESTÖ	KOKO		VANH. HUOL. KUST.		arv. valtion osuus
							65- VÄESTÖ	65- VÄESTÖ	65- muk. lask	koko väestö	
4	Alahärmä	2	967	541	343	83	5427	16 034 746	14 499 859	8 947 388	
5	Alajärvi	1	1369	839	432	98	9647	22 700 690	25 774 855	13 484 210	
6	Alastaro	2	738	399	254	85	3356	12 237 479	8 966 561	6 828 513	
9	Alavieska	1	437	255	149	33	3060	7 246 312	8 175 708	4 304 309	
10	Alavus	2	1658	1022	487	149	10588	27 492 873	28 289 018	15 341 023	
14	Anttola	2	320	215	82	23	1952	5 306 224	5 215 354	2 960 873	
15	Arjärvi	2	323	190	96	37	1725	5 355 970	4 608 855	2 988 631	
16	Asikkala	4	1461	857	476	128	8790	24 226 229	23 485 122	11 555 911	
17	Askainen	2	177	91	65	21	927	2 935 005	2 476 759	1 637 733	
18	Askola	4	575	337	186	52	4311	9 534 621	11 518 130	4 548 014	
19	Aura	4	415	230	156	29	3134	6 881 509	8 373 421	3 282 480	
35	Brändö	2	141	70	53	18	532	2 338 055	1 421 398	1 304 635	
40	Dragsfjärd	4	953	475	386	92	3933	15 802 598	10 508 189	7 537 839	
43	Eckerö	3	177	97	62	18	822	2 935 005	2 196 220	1 505 658	
44	Elimäki	4	1211	691	419	101	8657	20 080 741	23 129 773	9 578 514	
45	Eno	1	1128	696	356	76	7699	18 704 440	20 570 188	11 110 437	
46	Enonkoski	1	394	212	153	29	2185	6 533 288	5 837 883	3 880 773	
47	Enontekiö	1	273	177	76	20	2504	4 526 872	6 690 187	2 688 962	
49	Espoo	10	13243	8250	4184	809	175670	219 594 764	469 355 106	130 439 290	
50	Eura	5	1571	912	537	122	9574	26 050 243	25 579 813	11 722 610	
51	Eurajoki	7	929	529	311	89	6125	15 404 632	16 364 775	5 961 592	
52	Evijärvi	1	494	306	153	35	3325	8 191 483	8 883 735	4 865 741	
60	Finström	4	326	174	126	26	2220	5 405 716	5 931 396	2 578 526	
61	Forssa	5	2889	1609	1025	255	19664	47 905 254	52 538 275	21 557 364	

LUKUMÄÄRÄT IKÄRYHMITTÄIN

Knro	Kunta	KOKO VÄESTÖ					VANH. HUOL. KUST.		arv. valtion osuus	
		65-	65-74	75-84	85-	65- VÄESTÖ	65- muk. lask	koko väestö		
62	Föglö	2	144	73	60	11	607	2 387 801	1 621 783	1 332 393
65	Geta	1	105	42	49	14	472	1 741 105	1 261 090	1 034 216
69	Haapajärvi	1	1206	710	417	79	8531	19 997 832	22 793 126	11 878 712
71	Haapavesi	1	1032	622	341	69	8291	17 112 572	22 151 894	10 164 868
72	Hailuoto	1	188	102	64	22	946	3 117 407	2 527 523	1 851 740
73	Halikko	5	1244	688	437	119	8520	20 627 946	22 763 736	9 282 576
74	Halsua	1	256	167	71	18	1644	4 244 979	4 392 439	2 521 518
75	Hamina	6	1665	967	585	113	10103	27 608 947	26 993 195	11 430 104
76	Hammarland	4	190	111	54	25	1261	3 150 571	3 369 140	1 502 822
77	Hankasalmi	1	1192	686	389	117	6088	19 765 684	16 265 918	11 740 817
78	Hanko	6	1638	853	602	183	11370	27 161 234	30 378 366	11 244 751
79	Harjavalta	6	1175	722	372	81	8623	19 483 791	23 038 931	8 066 290
81	Hartola	2	834	484	286	64	4270	13 829 346	11 408 586	7 716 775
82	Hattula	5	1119	675	360	84	8830	18 555 202	23 591 994	8 349 841
83	Hauho	3	882	508	302	72	4214	14 625 280	11 258 965	7 502 769
84	Haukipudas	2	1198	733	407	58	13977	19 865 176	37 343 749	11 084 768
85	Haukivuori	1	576	344	178	54	2704	9 551 203	7 224 547	5 673 415
86	Hausjärvi	4	1135	647	390	98	8045	18 820 513	21 494 631	8 977 385
88	Heinola	6	2211	1357	717	137	16227	36 662 691	43 355 299	15 178 354
89	Heinolanmök	5	747	466	233	48	5995	12 386 717	16 017 441	5 574 022
90	Heinävesi	1	1083	637	362	84	5258	17 958 252	14 048 324	10 667 202
91	Helsinki	10	70996	38332	25884	6780	497542	1 177 252 122	1 329 332 716	699 287 761
92	Vantaa	9	9717	6119	2985	613	157274	161 126 808	420 204 673	50 754 945
95	Himanka	1	485	280	160	45	3364	8 042 246	8 987 935	4 777 094
97	Hirvensalmi	1	648	388	196	64	2828	10 745 104	7 555 850	6 382 592
98	Hollola	6	1789	1085	551	153	20154	29 665 109	53 847 457	12 281 355
99	Honkajoki	1	492	264	177	51	2369	8 158 319	6 329 494	4 846 042
101	Houtskari	1	182	95	67	20	738	3 017 915	1 971 788	1 792 641
102	Huittinen	4	1612	935	535	142	9521	26 730 103	25 438 208	12 750 259
103	Humppila	3	467	278	149	40	2686	7 743 771	7 176 455	3 972 554
105	Hyrnsalmi	1	558	364	165	29	4033	9 252 728	10 775 369	5 496 120
106	Hyvinkää	7	4848	2909	1589	350	40351	80 389 294	107 809 802	31 110 657

LUKUMÄÄRÄT IKÄRYHMITTÄIN

Kno	Kunta	KOKO VÄESTÖ					VANH. HUOL. KUST.		arv. valtion osuus
		65-	65-74	75-84	85-	65- muk. lask	koko väestö		
108	Hämeenkyrö	3	1636	949	558	129	27 128 070	25 395 459	13 916 700
109	Hämeenlinna	6	6859	4056	2278	525	113 735 595	116 944 686	47 086 536
139	Ii	1	775	471	254	50	12 851 011	16 017 441	7 633 501
140	Isalmi	3	3219	1930	1032	257	53 377 297	63 922 815	27 382 553
142	Iitti	4	1348	792	442	114	22 352 469	21 000 348	10 662 128
143	Ikaalinen	2	1512	851	523	138	25 071 908	21 959 524	13 990 125
145	Ilmajoki	2	1840	1100	621	119	30 510 788	32 400 919	17 025 020
146	Ilomantsi	1	1450	882	471	97	24 043 828	21 371 728	14 282 034
148	Inari	2	719	460	206	53	11 922 422	20 522 096	6 652 712
149	Inkoo	7	709	366	257	86	11 756 603	12 859 373	4 549 805
150	Iniö	1	65	35	22	8	1 077 827	678 637	640 229
151	Isojoki	1	735	408	271	56	12 187 733	7 649 363	7 239 514
152	Isokyrö	2	961	538	331	92	15 935 254	14 363 597	8 891 872
153	Imatra	6	4904	2749	1762	393	81 317 883	88 778 570	33 665 603
163	Jaala	3	434	256	146	32	7 196 566	5 514 595	3 691 839
164	Jalasjärvi	2	1747	1010	599	138	28 968 667	26 293 184	16 164 516
165	Janakkala	6	2286	1348	756	182	37 906 338	41 265 951	15 693 224
167	Joensuu	5	5802	3400	1937	465	96 208 474	128 732 668	43 293 813
169	Jokioinen	5	785	450	272	63	13 016 831	14 911 316	5 857 574
170	Jomala	4	401	225	138	38	6 649 362	8 199 754	3 171 746
171	Joroinen	3	1017	583	335	99	16 863 843	17 096 848	8 651 152
172	Joutsa	2	880	511	285	84	14 592 116	12 504 024	8 142 401
173	Joutseno	6	1597	975	510	112	26 481 374	32 029 538	10 963 289
174	Juankoski	1	1083	670	346	67	17 958 252	17 476 244	10 667 202
175	Jurva	1	861	558	246	57	14 277 059	14 208 632	8 480 573
176	Juuka	1	1233	749	397	87	20 445 544	19 581 622	12 144 653
177	Juupajoki	3	458	246	164	48	7 594 533	6 759 654	3 895 995
178	Juva	1	1489	862	522	105	24 690 524	22 392 356	14 666 171
179	Jyväskylä	6	8328	4993	2755	580	138 094 480	179 080 067	57 171 115
180	Jyväskylänmlk	4	2734	1700	874	160	45 335 051	78 232 976	21 624 819
181	Jämijärvi	2	505	289	181	35	8 373 885	6 417 664	4 672 628
182	Jämsä	4	1895	1125	624	146	31 422 795	34 452 861	14 988 673

LUKUMÄÄRÄT IKÄRYHMITÄIN

Knro	Kunta	65-	65-74	75-84	85-	VÄESTÖ	KOKO			VANH. HUOL. KUST.		arv. valtion osuus
							65-	65-74	75-84	85-	65- muk. lask		koko väestö
183	Jämsänkoski	4	1207	747	367	93	8122	20 014 414	21 700 360	9 546 875		
184	Jäppilä	2	326	186	109	31	1820	5 405 716	4 862 676	3 016 389		
186	Järvenpää	8	2412	1449	799	164	32446	39 995 663	86 689 223	14 038 478		
202	Kaarina	7	1525	951	479	95	18397	25 287 474	49 153 105	9 786 252		
204	Kaavi	1	729	434	236	59	4222	12 088 242	11 280 340	7 180 415		
205	Kajaani	4	3749	2374	1141	234	36561	62 165 731	97 683 680	29 653 053		
208	Kalajoki	2	1188	699	408	81	9416	19 699 357	25 157 669	10 992 241		
209	Kalanti	4	495	285	160	50	3944	8 208 065	10 537 579	3 915 247		
210	Kalvola	3	624	350	223	51	3545	10 347 137	9 471 531	5 308 081		
211	Kangasala	6	2443	1427	819	197	21214	40 509 704	56 679 565	16 771 017		
212	Kangaslampi	2	328	167	133	28	1832	5 438 880	4 894 738	3 034 895		
213	Kangasniemi	1	1348	793	466	89	7228	22 352 469	19 311 770	13 277 366		
214	Kankaanpää	3	1696	1007	576	113	13491	28 122 987	36 045 254	14 427 092		
216	Kannonkoski	1	403	260	120	23	1923	6 682 526	5 137 871	3 969 420		
217	Kannus	2	882	501	323	58	6168	14 625 280	16 479 662	8 160 906		
218	Karjoki	1	443	229	161	53	1943	7 345 804	5 191 307	4 363 407		
219	Karinainen	3	466	250	166	50	2396	7 727 189	6 401 633	3 964 048		
220	Karjaa	5	1539	822	579	138	8938	25 519 621	23 880 548	11 483 829		
223	Karjalohja	3	318	162	124	32	1408	5 273 060	3 761 894	2 705 080		
224	Karkkila	5	1399	859	440	100	9077	23 198 148	24 251 929	10 439 167		
226	Karstula	1	878	538	294	46	5594	14 558 952	14 946 049	8 648 018		
227	Karttula	1	524	289	187	48	3476	8 688 942	9 287 177	5 161 231		
230	Karvia	2	629	347	234	48	3326	10 430 047	8 886 407	5 819 966		
231	Kaskinen	5	248	149	78	21	1745	4 112 324	4 662 291	1 850 546		
232	Kauhajoki	2	2431	1369	881	181	15704	40 310 720	41 957 947	22 493 382		
233	Kauhava	2	1364	804	451	109	8634	22 617 780	23 068 321	12 620 721		
235	Kaunialainen	10	845	532	254	59	7948	14 011 748	21 235 466	8 322 978		
236	Kaustinen	2	562	332	177	53	4518	9 319 056	12 071 192	5 200 033		
239	Keitele	1	606	348	217	41	3306	10 048 662	8 832 971	5 968 905		
240	Kemi	4	3305	2127	960	218	25244	54 803 345	67 446 919	26 141 195		
241	Keminmaa	3	910	601	271	38	9258	15 089 575	24 735 524	7 740 952		
243	Kemiö	2	841	423	325	93	3474	13 945 420	9 281 833	7 781 544		

LUKUMÄÄRÄT IKÄRYHMITTÄIN

Knro	Kunta	KOKO VÄESTÖ					VANH. HUOL. KUST.		arv. valtion osuus	
		65-	65-74	75-84	85-	65- muk. lask	koko väestö			
244	Kempele	4	465	283	150	32	10076	7 710 607	26 921 057	3 677 959
245	Kerava	8	2045	1244	664	137	28006	33 910 088	74 826 431	11 902 441
246	Kerimäki	2	1006	551	367	88	6510	16 681 442	17 393 418	9 308 244
247	Kestliä	1	360	222	112	26	2003	5 969 502	5 351 615	3 545 884
248	Kesälahti	1	576	353	184	39	3182	9 551 203	8 501 668	5 673 415
249	Keuruu	3	2072	1194	674	204	12690	34 357 800	33 905 142	17 625 552
250	Kihniö	1	496	282	165	49	2752	8 224 647	7 352 794	4 885 440
251	Kiihtelysvaara	1	358	213	119	26	2749	5 936 338	7 344 778	3 526 185
252	Kiikala	2	445	226	174	45	2022	7 378 968	5 402 380	4 117 464
254	Kiikoinen	2	370	204	138	28	1420	6 135 322	3 793 956	3 423 509
255	Kiiminki	2	529	343	155	31	8779	8 771 852	23 455 732	4 894 693
256	Kinnula	1	309	194	92	23	2321	5 123 823	6 201 248	3 043 551
257	Kirkkonummi	9	1548	1005	438	105	26062	25 668 859	69 632 452	8 085 690
259	Kisko	3	484	263	174	47	2071	8 025 664	5 533 298	4 117 166
260	Kitee	2	1699	983	586	130	11302	28 172 733	30 196 684	15 720 385
261	Kitilä	1	771	483	240	48	6208	12 784 683	16 586 534	7 594 102
262	Kiukainen	2	796	451	267	78	3865	13 199 232	10 326 507	7 365 172
263	Kiuruvesi	1	2044	1258	643	143	11411	33 893 506	30 487 910	20 132 742
265	Kivijärvi	1	293	177	88	28	1983	4 858 511	5 298 179	2 885 956
266	Kodisjoki	3	95	55	36	4	576	1 575 285	1 538 957	808 121
271	Kokemäki	3	1858	1013	676	169	9418	30 809 263	25 163 012	15 805 152
272	Kokkola	5	3933	2421	1262	250	34748	65 216 809	92 839 706	29 347 564
273	Kolari	1	509	315	166	28	4719	8 440 213	12 608 224	5 013 486
274	Konginkangas	1	298	180	95	23	1636	4 941 421	4 371 065	2 935 204
275	Konnevesi	2	647	384	212	51	3451	10 728 522	9 220 382	5 986 515
276	Kontiolahti	2	995	583	347	65	10645	16 499 040	28 441 311	9 206 464
277	Korpilahti	1	981	593	320	68	5156	16 266 893	13 775 801	9 662 534
279	Korppoo	2	228	117	79	32	1114	3 780 685	2 976 385	2 109 622
280	Korsnäs	2	541	334	168	39	2321	8 970 835	6 201 248	5 005 726
281	Kortesjärvi	1	538	319	179	40	2793	8 921 089	7 462 337	5 299 127
283	Koskihi	3	426	247	141	38	2352	7 063 911	6 284 074	3 623 786
284	Koskit	3	593	320	209	64	2788	9 833 096	7 448 978	5 044 378

LUKUMÄÄRÄT IKÄRYHMITTÄIN

Knro	Kunta	65-	65-74	75-84	85-	KOKO		VANH. HUOL. KUST.		arv. valtion osuus
						VÄESTÖ	VÄESTÖ	65- muk. lask	koko väestö	
285	Kotka	5	8936	5126	3087	723	56515	148 176 305	150 996 777	66 679 337
286	Kouvola	7	4533	2760	1479	294	32066	75 165 979	85 673 939	29 089 234
287	Kristiinankaupunki	2	1748	1025	558	165	8870	28 985 249	23 698 866	16 173 769
288	Kruunupyö	2	1353	742	479	132	7079	22 435 378	18 913 672	12 518 941
289	Kuhmalahti	2	273	156	92	25	1162	4 526 872	3 104 632	2 525 995
290	Kuhmo	1	1550	982	491	77	12805	25 702 023	34 212 399	15 267 001
291	Kuhmoinen	2	835	492	272	71	3362	13 845 928	8 982 592	7 726 028
292	Kuivaniemi	1	364	225	116	23	2368	6 035 830	6 326 822	3 585 283
293	Kullaa	2	312	192	95	25	1728	5 173 568	4 616 870	2 886 851
295	Kumlinge	1	114	44	50	20	453	1 890 342	1 210 325	1 122 863
297	Kuopio	5	9625	5724	3165	736	81593	159 601 269	218 000 177	71 820 571
299	Kuorevesi	4	527	286	197	44	3118	8 738 688	8 330 672	4 168 354
300	Kuortane	1	946	533	343	70	4916	15 686 525	13 134 569	9 317 796
301	Kurikka	2	1768	1045	569	154	11290	29 316 888	30 164 622	16 358 823
303	Kuru	2	618	335	202	81	3028	10 247 645	8 090 210	5 718 186
304	Kustavi	4	283	163	91	29	1146	4 692 692	3 061 883	2 238 414
305	Kuusamo	1	1888	1158	608	122	18281	31 306 722	48 843 176	18 596 193
306	Kuusankoski	7	3114	1852	1039	223	21774	51 636 192	58 175 773	19 983 206
308	Kuusjoki	2	350	184	121	45	1888	5 803 683	5 044 358	3 238 455
309	Outokumpu	2	1379	846	455	78	9258	22 866 509	24 735 524	12 759 512
310	Kylmäkoski	3	387	224	131	32	2629	6 417 215	7 024 162	3 292 031
312	Kyyjärvi	1	316	193	106	17	1985	5 239 896	5 303 523	3 112 498
315	Kälviä	2	587	313	220	54	4628	9 733 605	12 365 090	5 431 351
316	Kärkölä	4	834	413	314	107	5405	13 829 346	14 441 079	6 596 598
317	Kärsämäki	1	520	305	173	42	3603	8 622 614	9 626 495	5 121 833
318	Kökar	1	81	29	39	13	303	1 343 138	809 555	797 824
319	Köyliö	3	590	324	200	66	3304	9 783 351	8 827 627	5 018 859
320	Kemijärvi	2	1552	926	521	105	12257	25 735 186	32 748 253	14 360 234
398	Lahti	6	13335	7838	4578	919	93414	221 120 303	249 583 525	91 543 806
399	Laihia	2	1118	651	357	110	7625	18 538 620	20 372 475	10 344 550
400	Laitila	4	1370	801	459	110	9355	22 717 272	24 994 689	10 836 139
401	Lammii	4	1152	627	424	101	5962	19 102 406	15 929 272	9 111 848

LUKUMÄÄRÄT IKÄRYHMITÄIN

Knro	Kunta	65-	65-74	75-84	85-	VÄESTÖ	KOKO		VANH. HUOL. KUST.		arv. valtion osuus
							65- VÄESTÖ	65- muk. lask	koko väestö		
402	Lapinlahti	1	1338	823	417	98	8110	22 186 649	21 668 298	13 178 870	
403	Lappajärvi	1	788	460	256	72	4478	13 066 577	11 964 320	7 761 547	
405	Lappeenranta	5	7666	4471	2618	577	55358	127 117 229	147 905 504	57 202 753	
406	Lappi	3	577	289	225	63	3454	9 567 785	9 228 397	4 908 274	
407	Lapinjärvi	3	699	380	259	60	3361	11 590 783	8 979 920	5 946 072	
408	Lapua	2	2481	1421	870	190	14576	41 139 818	38 944 157	22 956 018	
410	Laukaa	3	1832	1127	603	102	16031	30 378 132	42 831 626	15 583 982	
413	Lavia	1	626	361	207	58	2704	10 380 301	7 224 547	6 165 899	
414	Lehtimäki	1	436	244	163	29	2335	7 229 730	6 238 653	4 294 460	
415	Leivonmäki	1	290	181	77	32	1363	4 808 766	3 641 663	2 856 407	
416	Lemi	2	489	264	174	51	3128	8 108 574	8 357 390	4 524 584	
417	Lemland	4	153	73	58	22	1333	2 537 038	3 561 509	1 210 167	
418	Lempäälä	5	1709	1000	571	138	14767	28 338 553	39 454 471	12 752 349	
419	Lemu	4	147	72	58	17	1336	2 437 547	3 569 525	1 162 710	
420	Leppävirta	2	1761	1048	602	111	11678	29 200 814	31 201 280	16 294 054	
421	Lestijärvi	1	184	124	50	10	1098	3 051 079	2 933 636	1 812 341	
422	Liekka	2	2888	1736	990	162	17396	47 888 672	46 478 633	26 721 879	
423	Lieto	5	1247	756	407	84	12356	20 677 692	33 012 761	9 304 961	
424	Liljendal	3	312	178	99	35	1540	5 173 568	4 114 572	2 654 041	
425	Liminka	1	497	304	157	36	5013	8 241 229	13 393 733	4 895 290	
426	Liperi	2	1673	957	586	130	11516	27 741 602	30 768 449	15 479 814	
427	Lohja	7	1958	1145	648	165	14772	32 467 458	39 467 830	12 564 906	
428	Lohjankunta	7	1830	1072	609	149	18802	30 344 969	50 235 184	11 743 503	
429	Lohtaja	2	414	254	127	33	3027	6 864 927	8 087 539	3 830 629	
430	Loimaa	5	1329	772	453	104	7192	22 037 412	19 215 586	9 916 835	
431	Loimaankunta	4	1132	652	370	110	6499	18 770 767	17 364 028	8 953 656	
433	Loppi	3	1245	704	430	111	7527	20 644 528	20 110 639	10 590 643	
434	Loviisa	7	1314	750	444	120	8319	21 788 682	22 226 704	8 432 220	
435	Luhanka	2	262	152	88	22	1146	4 344 471	3 061 883	2 424 215	
436	Lumijoki	1	224	128	76	20	1626	3 714 357	4 344 347	2 206 328	
438	Lumparland	3	54	27	19	8	325	895 425	868 335	459 353	
439	Luopioinen	2	618	370	187	61	2587	10 247 645	6 911 947	5 718 186	

LUKUMÄÄRÄT IKÄRYHMITÄIN

Kno	Kunta	KOKO VÄESTÖ					VANH. HUOL. KUST.		arv. valtion osuus
		65-	65-74	75-84	85-	65- muk. lask	koko väestö		
440	Luoto	1	367	205	133	29	6 085 576	9 995 204	3 614 832
441	Luumäki	4	1203	688	414	101	19 948 086	15 066 280	9 515 237
442	Luvia	4	496	289	162	45	8 224 647	9 118 853	3 923 157
443	Längelmäki	2	499	279	183	37	8 274 393	5 322 226	4 617 111
475	Maalahti	2	1280	687	464	129	21 224 896	15 849 118	11 843 492
476	Maaninka	1	752	423	267	62	12 469 626	11 045 221	7 406 958
478	Maarianhamina	7	1606	871	577	158	26 630 612	27 546 258	10 306 047
479	Maksamaa	2	261	151	93	17	4 327 889	3 101 960	2 414 962
480	Marttila	3	480	258	170	52	7 959 336	6 115 750	4 083 139
481	Masku	6	397	233	136	28	6 583 034	12 747 158	2 725 376
482	Mellilä	2	306	140	123	43	5 074 077	3 663 038	2 831 335
483	Merijärvi	1	223	137	74	12	3 697 775	3 935 561	2 196 478
484	Merikarvia	1	890	484	320	86	14 757 936	11 149 421	8 766 214
485	Merimasku	4	133	90	36	7	2 205 399	3 256 924	1 051 975
489	Miehikkälä	2	646	373	228	45	10 711 940	7 451 650	5 977 262
490	Mietoinen	4	287	172	94	21	4 759 020	4 469 921	2 270 052
491	Mikkeli	5	4274	2470	1465	339	70 871 254	85 919 744	31 892 064
492	Mikkelinmökki	3	1397	827	452	118	23 164 984	31 123 798	11 883 637
493	Mouhijärvi	2	538	307	180	51	8 921 089	7 729 517	4 977 968
494	Muhos	2	916	577	284	55	15 189 066	20 441 942	8 475 499
495	Multia	1	497	312	140	45	8 241 229	6 358 884	4 895 290
498	Muonio	1	305	194	93	18	5 057 495	7 534 476	3 004 152
499	Mustasaari	4	2232	1272	730	230	37 010 912	43 133 539	17 654 205
500	Muurame	4	573	354	189	30	9 501 457	18 259 081	4 532 195
501	Muurla	4	235	127	87	21	3 896 758	3 644 335	1 858 754
503	Mynämäki	3	1038	592	343	103	17 212 064	16 204 467	8 829 789
504	Myrskylä	3	379	207	132	40	6 284 559	5 519 939	3 223 979
505	Mäntsälä	4	1764	981	613	170	29 250 560	40 213 262	13 952 517
506	Mänttä	5	1040	672	306	62	17 245 228	19 995 751	7 760 353
507	Mäntyharju	3	1419	845	465	109	23 529 787	20 650 342	12 070 781
529	Naantali	9	1271	816	373	82	21 075 658	30 918 070	6 638 832
531	Nakkila	4	929	487	350	92	15 404 632	16 968 602	7 348 009

LUKUMÄÄRÄT IKÄRYHMITTÄIN

Kno	Kunta	65-	65-74	75-84	85-	KOKO VÄESTÖ	VANH. HUOL. KUST.		arv. valtion osuus
							65- muk. lask	koko väestö	
532	Nastola	5	1433	883	448	102	23 761 934	40 865 181	10 692 870
533	Nauvo	2	298	141	112	45	4 941 421	3 906 172	2 757 313
534	Nilsia	1	1278	805	382	91	21 191 732	20 177 434	12 587 889
535	Nivala	1	1610	963	546	101	26 696 940	30 306 227	15 857 982
536	Nokia	6	3268	2011	1056	201	54 189 813	69 929 021	22 434 582
537	Noormarkku	4	775	428	272	75	12 851 011	16 995 320	6 129 932
538	Nousiainen	4	448	254	152	42	7 428 714	10 810 103	3 543 496
540	Nurmi-PUSULA	4	1035	581	351	103	17 162 318	15 413 614	8 186 426
541	Nurmes	1	1771	1057	592	122	29 366 633	29 242 851	17 443 780
543	Nurmijärvi	8	2372	1364	825	183	39 332 385	76 637 911	13 805 667
544	Nurmo	4	784	489	233	62	13 000 249	24 895 832	6 201 119
545	Närpiö	3	2364	1230	899	235	39 199 730	27 856 187	20 109 461
559	Oravainen	2	530	301	186	43	8 788 434	6 607 361	4 903 946
560	Orimattila	3	2217	1298	724	195	36 762 183	38 075 822	18 859 000
561	Oripää	4	301	179	86	36	4 991 167	3 804 643	2 380 787
562	Orivesi	3	1610	923	560	127	26 696 940	24 529 796	13 695 530
563	Oulainen	1	1229	743	416	70	20 379 217	22 443 120	12 105 255
564	Oulu	6	10461	6531	3230	700	173 463 779	273 271 704	71 814 004
567	Oulunsalo	2	297	191	82	24	4 924 839	17 925 106	2 748 060
573	Parainen	5	1923	1054	686	183	31 887 090	32 502 447	14 349 190
576	Padasjoki	3	787	425	284	78	13 049 995	11 702 484	6 694 647
577	Paimio	5	1161	657	400	104	19 251 644	25 916 460	8 663 240
578	Paltamo	1	774	478	244	52	12 834 429	13 342 969	7 623 651
580	Parikkala	3	1124	635	397	92	18 638 112	13 992 217	9 561 351
581	Parkano	2	1253	760	416	77	20 777 183	22 509 915	11 593 668
582	Pattijoki	3	376	224	131	21	6 234 813	15 605 984	3 198 459
583	Peikoseniemi	1	207	123	65	19	3 432 464	3 962 279	2 038 883
584	Perho	1	413	254	132	27	6 848 345	9 089 464	4 067 917
585	Pernaja	3	711	418	218	75	11 789 766	10 021 922	6 048 150
586	Perniö	4	1216	663	448	105	20 163 651	17 492 275	9 618 062
587	Pertteli	4	533	305	190	38	8 838 179	9 613 136	4 215 812
588	Pertunmaa	1	552	322	190	40	9 153 236	6 452 397	5 437 022

LUKUMÄÄRÄT IKÄRYHMITTÄIN

Kno	Kunta	KOKO VÄESTÖ					VANH. HUOL. KUST.		arv. valtion osuus	
		65-	65-74	75-84	85-	65- VÄESTÖ	65- muk. lask	koko väestö		
589	Peräseinäjoki	1	756	449	262	45	4134	12 535 954	11 045 221	7 446 357
592	Petäjävesi	1	673	405	222	46	3821	11 159 652	10 208 948	6 628 833
593	Pieksämäki	5	2121	1293	677	151	13992	35 170 316	37 383 826	15 826 642
594	Pieksämäenmlk	3	855	523	281	51	6900	14 177 567	18 435 420	7 273 092
595	Pielavesi	1	1333	822	429	82	6656	22 103 739	17 783 501	13 129 621
598	Pietarsaari	5	3005	1691	1109	205	19954	49 828 760	53 313 097	22 422 942
599	Pedersöre	2	1352	794	475	83	10003	22 418 796	26 726 015	12 509 688
601	Pilttipudas	1	932	579	289	64	5661	15 454 377	15 125 060	9 179 900
602	Piikkiö	5	782	440	282	60	6235	12 967 085	16 658 673	5 835 188
603	Piippola	1	226	137	73	16	1489	3 747 521	3 978 310	2 226 027
604	Pirkkala	7	1029	577	394	58	11440	17 062 827	30 565 392	6 603 314
606	Pohja	4	960	547	321	92	5226	15 918 672	13 962 827	7 593 207
607	Polvijärvi	1	1062	672	337	53	6010	17 610 031	16 057 518	10 460 358
608	Pomarcku	1	500	312	150	38	2946	8 290 975	7 871 123	4 924 839
609	Pori	5	10854	6091	3891	872	76432	179 980 485	204 211 018	80 991 218
611	Pornainen	4	403	224	135	44	3396	6 682 526	9 073 433	3 187 565
612	Porvoo	8	2955	1643	1037	275	20385	48 999 662	54 464 643	17 198 881
613	Porvoonmlk	8	2253	1282	777	194	21976	37 359 133	58 715 477	13 113 056
614	Posio	1	658	398	209	51	5452	10 910 923	14 566 654	6 481 088
615	Pudasjärvi	1	1482	943	454	85	11234	24 574 450	30 015 001	14 597 223
616	Pukkila	3	321	167	123	31	1856	5 322 806	4 958 861	2 730 599
617	Pulkkila	1	295	176	95	24	2039	4 891 675	5 447 800	2 905 655
618	Punkaharju	2	757	454	239	64	4689	12 552 536	12 528 070	7 004 315
619	Punkalaidun	2	916	486	343	87	4119	15 189 066	11 005 144	8 475 499
620	Puolanka	1	722	442	236	44	4530	11 972 168	12 103 254	7 111 468
623	Puumala	1	706	441	218	47	3398	11 706 857	9 078 776	6 953 873
624	Pyhtää	4	867	478	322	67	5465	14 376 551	14 601 387	6 857 615
625	Pyhäjoki	1	619	344	231	44	3786	10 264 227	10 115 435	6 096 951
626	Pyhäjärvi	1	1175	710	385	80	7605	19 483 791	20 319 039	11 573 372
630	Pyhäntä	1	241	151	77	13	2113	3 996 250	5 645 513	2 373 772
631	Pyhäranta	3	338	199	107	32	2385	5 604 699	6 372 243	2 875 211
632	Pyhäselkä	1	720	425	250	45	6878	11 939 004	18 376 640	7 091 768

LUKUMÄÄRÄT IKÄRYHMITÄIN

Kno	Kunta	65-	65-74	75-84	85-	VÄESTÖ	KOKO		VANH. HUOL. KUST.		arv. valtion osuus
							65- muk.	lask koko väestö	65- muk.	lask koko väestö	
633	Pylkönmäki	1	259	160	77	22	1280	4 294 725	3 419 904	2 551 067	
635	Pälkäne	3	708	352	275	81	4021	11 740 021	10 743 308	6 022 631	
636	Pöytyä	4	649	363	215	71	3751	10 761 686	10 021 922	5 133 324	
678	Raahе	4	1523	948	480	95	18266	25 254 310	48 803 099	12 046 306	
680	Raisio	7	1974	1256	606	112	21322	32 732 769	56 968 120	12 667 582	
681	Rantasalmi	1	1009	566	351	92	5153	16 731 188	13 767 785	9 938 325	
682	Rantsila	1	387	220	139	28	2300	6 417 215	6 145 140	3 811 826	
683	Ranua	1	634	405	188	41	5706	10 512 956	15 245 291	6 244 696	
684	Rauma	6	4046	2351	1384	311	29858	67 090 570	79 774 604	27 775 496	
685	Raumanmlk	4	864	593	218	53	8570	14 326 805	22 897 326	6 833 886	
686	Rautalampi	1	905	503	307	95	4392	15 006 665	11 734 546	8 913 959	
687	Rautavaara	1	471	299	145	27	2928	7 810 098	7 823 030	4 639 198	
689	Rautjärvi	4	973	548	326	99	5384	16 134 237	14 384 971	7 696 031	
691	Reisjärvi	1	524	316	170	38	3633	8 688 942	9 706 649	5 161 231	
692	Renko	4	402	218	148	36	2467	6 665 944	6 591 331	3 179 655	
694	Riihimäki	6	3648	2092	1270	286	25298	60 490 954	67 591 196	25 043 255	
696	Ristiina	3	833	498	270	65	5313	13 812 764	14 195 273	7 085 948	
697	Ristijärvi	1	420	258	127	35	2124	6 964 419	5 674 903	4 136 865	
698	Rovaniemi	5	3585	2288	1085	212	33954	59 446 291	90 718 297	26 750 831	
699	Rovaniemenmlk	2	1922	1222	601	99	20836	31 870 508	55 669 625	17 783 743	
700	Ruokolahti	4	1066	659	330	77	6450	17 676 359	17 233 110	8 431 623	
701	Ruotsinpyhtää	4	599	372	164	63	3324	9 932 588	8 881 063	4 737 844	
702	Ruovesi	3	1256	692	449	115	6046	20 826 929	16 153 703	10 684 215	
704	Rusko	6	272	159	89	24	2909	4 510 290	7 772 266	1 867 260	
705	Rymättylä	4	361	204	119	38	1891	5 986 084	5 052 374	2 855 362	
707	Rääkkylä	1	764	442	259	63	3509	12 668 610	9 375 346	7 525 154	
708	Ruukki	1	748	430	258	60	5075	12 403 299	13 559 385	7 367 559	
728	Saari	1	383	228	126	29	1869	6 350 887	4 993 594	3 772 427	
729	Saarijärvi	1	1651	1013	528	110	10740	27 376 799	28 695 132	16 261 819	
730	Sahalahti	5	281	153	96	32	2258	4 659 528	6 032 924	2 096 788	
732	Salla	1	970	562	313	95	6176	16 084 492	16 501 037	9 554 188	
734	Salo	7	3454	1947	1242	265	21811	57 274 055	58 274 630	22 165 059	

LUKUMÄÄRÄT IKÄRYHMITÄIN

Kno	Kunta	KOKO VÄESTÖ					VANH. HUOL. KUST.		arv. valtion osuus	
		65-	65-74	75-84	85-	65- muk. lask	koko väestö			
736	Saltvik	4	302	137	128	37	1655	5 007 749	4 421 829	2 388 696
737	Sammatti	4	224	117	88	19	1226	3 714 357	3 275 627	1 771 748
738	Sauvo	3	565	290	217	58	2832	9 368 802	7 566 538	4 806 195
739	Savitaipale	2	983	566	330	87	4743	16 300 057	12 672 347	9 095 432
740	Savonlinna	4	4113	2411	1361	341	28557	68 201 560	76 298 593	32 532 144
741	Savonranta	1	327	199	106	22	1612	5 422 298	4 306 942	3 220 845
742	Savukoski	1	202	145	43	14	1763	3 349 554	4 710 383	1 989 635
743	Seinäjoki	6	3117	1984	930	203	28106	51 685 938	75 093 611	21 397 978
746	Stievi	1	688	398	234	56	4732	11 408 382	12 642 958	6 776 579
747	Siikainen	1	473	270	163	40	2311	7 843 262	6 174 530	4 658 898
748	Siikajoki	1	211	125	70	16	1506	3 498 791	4 023 731	2 078 282
749	Siilinjärvi	5	1441	885	448	108	18925	23 894 590	50 563 815	10 752 565
751	Simo	1	477	276	163	38	4279	7 909 590	11 432 632	4 698 297
753	Sipoo	7	1794	1024	601	169	14893	29 748 018	39 791 117	11 512 483
754	Anjalankoski	6	3050	1751	1081	218	18764	50 574 948	50 133 655	20 938 028
755	Siuntio	6	435	277	130	28	4343	7 213 148	11 603 627	2 986 243
758	Sodankylä	2	1048	670	293	85	10667	17 377 884	28 500 091	9 696 859
759	Soini	1	518	311	157	50	3027	8 589 450	8 087 539	5 102 133
761	Somero	4	1941	1085	682	174	9963	32 185 565	26 619 143	15 352 514
762	Sonkajärvi	1	1050	599	371	80	5978	17 411 048	15 972 020	10 342 162
765	Sotkamo	1	1698	1072	522	104	11600	28 156 151	30 992 880	16 724 754
766	Sottunga	4	37	24	11	2	129	613 532	344 662	292 655
768	Sulkava	1	749	422	255	72	3900	12 419 881	10 420 020	7 377 409
770	Sumiainen	1	260	168	72	20	1414	4 311 307	3 777 925	2 560 916
771	Sund	2	178	82	76	20	959	2 951 587	2 562 256	1 646 986
772	Suodenniemi	2	392	205	150	37	1540	6 500 124	4 114 572	3 627 069
774	Suolahti	3	715	445	213	57	6167	11 856 094	16 476 991	6 082 176
775	Suomenniemi	1	245	150	69	26	966	4 062 578	2 580 959	2 413 171
776	Suomusjärvi	3	319	167	114	38	1363	5 289 642	3 641 663	2 713 586
777	Suomussalmi	1	1626	1047	462	117	12433	26 962 251	33 218 489	16 015 577
778	Suonenjoki	2	1601	917	555	129	8718	26 547 702	23 292 752	14 813 618
781	Sysmä	2	1116	649	363	104	5495	18 505 456	14 681 541	10 326 045

LUKUMÄÄRÄT IKÄRYHMIITTÄIN

Knrro	Kunta	KOKO VÄESTÖ					VANH. HUOL. KUST.		arv. valtion osuus	
		65-	65-74	75-84	85-	VÄESTÖ	65- muk. lask	koko väestö		
783	Säkylä	5	694	415	208	71	5308	11 507 873	14 181 914	5 178 543
784	Särkisalo	5	237	123	95	19	850	3 929 922	2 271 030	1 768 465
785	Vaala	1	740	452	224	64	4499	12 270 643	12 020 428	7 288 762
787	Säynätsalo	4	423	266	135	22	3574	7 014 165	9 549 013	3 345 757
831	Taipalsaari	4	593	349	190	54	4705	9 833 096	12 570 819	4 690 387
832	Taivalkoski	1	572	358	171	43	5636	9 484 875	15 058 265	5 634 016
833	Taivassalo	3	416	218	157	41	1952	6 898 091	5 215 354	3 538 721
834	Tammela	4	1116	661	352	103	5978	18 505 456	15 972 020	8 827 103
835	Tammisaari	6	2120	1111	784	225	11417	35 153 734	30 503 941	14 553 646
837	Tampere	8	25426	14503	8786	2137	173797	421 612 661	464 350 825	147 986 044
838	Tarvasjoki	3	351	200	113	38	1864	5 820 264	4 980 235	2 985 796
841	Temmes	1	116	65	35	16	722	1 923 506	1 929 040	1 142 563
842	Tenhola	3	700	388	217	95	3090	11 607 365	8 255 862	5 954 578
844	Tervo	1	464	269	151	44	2228	7 694 025	5 952 770	4 570 251
845	Tervola	1	699	441	218	40	4177	11 590 783	11 160 109	6 884 925
846	Teuva	2	1320	794	437	89	7382	21 888 174	19 723 228	12 213 601
848	Tohmajärvi	1	1111	617	404	90	5805	18 422 546	15 509 799	10 942 993
849	Toholampi	1	562	319	209	34	4077	9 319 056	10 892 929	5 535 519
850	Toivakka	1	433	271	136	26	2504	7 179 984	6 690 187	4 264 911
851	Tornio	2	2531	1660	710	161	23033	41 968 915	61 539 569	23 418 655
853	Turku	8	25904	14561	9017	2326	159403	429 538 833	425 892 935	150 768 130
854	Pello	1	733	472	214	47	5680	12 154 569	15 175 824	7 219 814
855	Tuulos	3	319	163	118	38	1628	5 289 642	4 349 690	2 713 586
856	Tuupovaara	1	542	326	178	38	2676	8 987 417	7 149 737	5 338 526
857	Tuusniemi	1	709	450	216	43	3570	11 756 603	9 538 326	6 983 422
858	Tuusula	8	2166	1292	709	165	27774	35 916 504	74 206 573	12 606 693
859	Tyrnävä	1	461	257	161	43	3801	7 644 279	10 155 512	4 540 702
863	Töysä	1	569	331	178	60	3193	9 435 130	8 531 057	5 604 467
864	Toijala	4	1381	773	486	122	8167	22 899 673	21 820 591	10 923 144
885	Ullava	1	184	116	61	7	1134	3 051 079	3 029 821	1 812 341
886	Uvila	6	1225	764	359	102	12663	20 312 889	33 833 003	8 409 536
887	Urkala	3	1270	716	425	129	6109	21 059 077	16 322 026	10 803 306

LUKUMÄÄRÄT IKÄRYHMITTÄIN

Kno	Kunta	KOKO VÄESTÖ					VANH. HUOL. KUST.		arv. valtion osuus	
		65-	65-74	75-84	85-	VÄESTÖ	65- muk. lask	koko väestö		
889	Utajärvi	1	586	371	169	46	3632	9 717 023	9 703 978	5 771 911
890	Utsjoki	1	172	103	46	23	1531	2 852 095	4 090 526	1 694 145
891	Uukuniemi	1	150	68	69	13	676	2 487 293	1 806 137	1 477 452
892	Uurainen	1	434	252	152	30	3013	7 196 566	8 050 133	4 274 760
893	Uusikaarlepyy	3	1483	779	556	148	7721	24 591 032	20 628 968	12 615 199
895	Uusikaupunki	8	1687	983	561	143	14449	27 973 750	38 604 838	9 818 786
905	Vaasa	6	7672	4254	2696	722	53764	127 216 720	143 646 655	52 667 722
906	Vahto	3	163	86	62	15	1736	2 702 858	4 638 245	1 386 566
908	Vaikeakoski	5	3159	1871	1085	203	21600	52 382 380	57 710 880	23 572 071
909	Vaikeala	4	1494	878	496	120	11415	24 773 433	30 498 597	11 816 928
911	Vaitimo	1	607	370	204	33	3561	10 065 244	9 514 280	5 978 755
912	Vammala	4	2664	1549	905	210	15786	44 174 315	42 177 035	21 071 148
913	Vampula	2	436	230	162	44	1901	7 229 730	5 079 092	4 034 189
915	Varkaus	4	3371	1978	1171	222	24607	55 897 753	65 744 983	26 663 228
916	Varpaisjärvi	1	654	415	200	39	3527	10 844 595	9 423 439	6 441 690
917	Vehkalahti	5	1773	1056	570	147	12535	29 399 797	33 491 013	13 229 909
918	Vehmaa	3	564	283	214	67	2815	9 352 220	7 521 117	4 797 689
919	Vehmersalmi	1	452	262	163	27	2323	7 495 041	6 206 591	4 452 055
920	Velkua	2	46	23	19	4	237	762 770	633 217	425 625
921	Vesanto	1	690	415	214	61	3250	11 441 546	8 683 350	6 796 278
922	Vesilahti	2	540	295	191	54	3155	8 954 253	8 429 529	4 996 473
923	Västanafjärd	1	226	119	83	24	918	3 747 521	2 452 712	2 226 027
924	Veteli	1	597	343	210	44	4059	9 899 424	10 844 836	5 880 258
925	Vieremä	1	729	427	237	65	4758	12 088 242	12 712 424	7 180 415
926	Vihanti	1	543	356	166	21	3869	9 003 999	10 337 194	5 348 375
927	Vihtti	6	2057	1222	680	155	21835	34 109 071	58 338 753	14 121 155
928	Viiala	3	817	531	236	50	5300	13 547 453	14 160 540	6 949 843
931	Viihtasaari	1	1427	834	485	108	8640	23 662 443	23 084 352	14 055 491
932	Viljakkala	2	367	213	127	27	1960	6 085 576	5 236 728	3 395 751
933	Vilppula	3	1156	651	393	112	6374	19 168 734	17 030 053	9 833 561
934	Vimpeli	1	614	359	202	53	3838	10 181 317	10 254 368	6 047 702
935	Virolahti	2	885	467	316	102	4175	14 675 026	11 154 765	8 188 664

LUKUMÄÄRÄT IKÄRYHMITTÄIN

Knr	Kunta	KOKO VÄESTÖ					VANH. HUOL. KUST.		arv. valtion osuus	
		65-	65-74	75-84	85-	VÄESTÖ	65- muk. lask	koko väestö		
936	Virrat	2	1748	1037	555	156	9132	28 985 249	24 398 878	16 173 769
937	Virtasalmi	1	317	182	111	24	1387	5 256 478	3 705 787	3 122 348
940	Vuolijoki	2	399	267	108	24	3110	6 616 198	8 309 298	3 691 839
941	Vårdö	1	79	37	21	21	397	1 309 974	1 060 705	778 125
942	Vähäkylä	2	720	399	254	67	4999	11 939 004	13 356 328	6 661 964
943	Värtsilä	1	177	96	64	17	808	2 935 005	2 158 814	1 743 393
944	Vöyri	3	902	470	365	67	3849	14 956 919	10 283 758	7 672 899
971	Ylihärmä	2	615	353	208	54	3298	10 197 899	8 811 596	5 690 428
972	Yli-Ii	1	317	195	112	10	2448	5 256 478	6 540 566	3 122 348
973	Ylikkieminki	1	412	253	129	30	3393	6 831 763	9 065 417	4 058 067
975	Ylistaro	2	1192	669	397	126	6093	19 765 684	16 279 277	11 029 252
976	Ylitornio	1	1015	599	338	78	6224	16 830 679	16 629 283	9 997 423
977	Ylivieska	3	1624	992	541	91	13284	26 929 087	35 492 191	13 814 622
978	Ylämaa	2	353	210	116	27	1745	5 853 428	4 662 291	3 266 213
979	Yläne	2	538	317	173	48	2366	8 921 089	6 321 479	4 977 968
980	Ylöjärvi	6	1358	846	407	105	18724	22 518 288	50 026 783	9 322 571
981	Ypäjä	2	572	333	175	64	2802	9 484 875	7 486 384	5 292 560
988	Äetsä	4	895	531	271	93	5532	14 840 845	14 780 398	7 079 083
989	Ähtäri	1	1275	709	473	93	7778	21 141 986	20 781 260	12 558 340
992	Äänekoski	4	1340	821	439	80	11971	22 219 813	31 984 118	10 598 851
			684750	398534	231246	54970	5029002	11 354 490 263	13 436 487 544	5 566 728 955

KEHITYSVAMMAKARTOITUS
NYKYPALVELUJEN JA PALVELUJEN PUUTTEIDEN JA LISÄTARPEIDEN JAKALMA

7

KUNTA=284 KOSKI T

		NYKYPALVELUT															

		koti-	tuki-	työ-	lyhyt	lerit.	päivä-	saa	imäärä	saa							
		käynt.	henk.	tukih.	toim.	kerho-	aikais-	päivä-	opetus-	hoito-	taloud-	imäärä	ei	muuta			
		rissä	käynt.	saa	käynt.	paikka-	paikka-	hoitop-	kotip-	paikka-	paikka-	apua	keskim-	tied.	palv.		

		aita	lkm	/vko	lkm	/vko	lkm	lkm	lkm	lkm	lkm	lkm	/vko	lkm	lkm		

SIJOITU-	IKÄLUOKAT	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
SPAikka	YHTEENSÄ	31	.1	.1	.1	.1	31	.1	11	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	
KOTI	25-64	31	.1	.1	.1	.1	31	.1	11	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	
KOTI2	IKÄLUOKAT	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
	YHTEENSÄ	21	.1	.1	.1	.1	11	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	11	
	25-64	21	.1	.1	.1	.1	11	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	11	
SAS	IKÄLUOKAT	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
	YHTEENSÄ	11	.1	.1	.1	.1	11	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	
	25-64	11	.1	.1	.1	.1	11	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	
KLA	IKÄLUOKAT	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
	YHTEENSÄ	41	.1	.1	.1	.1	11	.1	.1	.1	11	.1	.1	.1	.1	.1	
	0-14	11	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	11	.1	.1	.1	.1	.1	
	15-24	11	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	
	25-64	21	.1	.1	.1	.1	11	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	
YHTEENSÄ	IKÄLUOKAT	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
	YHTEENSÄ	101	.1	.1	.1	.1	61	.1	11	.1	11	.1	.1	.1	.1	11	
	0-14	11	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	11	.1	.1	.1	.1	.1	
	15-24	11	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	
	25-64	81	.1	.1	.1	.1	61	.1	11	.1	.1	.1	.1	.1	.1	11	

KEHITYSVAMMAKARTOITUS
NYKYPALVELUJEN JA PALVELUJEN PUUTTEIDEN JA LISÄTARPEIDEN JAKALMA

8

KUNTA=284 KOSKI T

		PUUTTEET															

		monel-	vää-	lako	rällä	koti-	tuki-	työ-	lyhyt	lerit.	ope-	ipäivä-	tal.	imäärä	ei	lasun-	muu
		punt-	isijoi-	käynt	koti-	henk.	tukih	toim.	kerho-	aikais-	päivä-	paik-	hoito-	avun	ei	lasun-	muu
		iteita	tusp.	puute	käynt	käynt	käynt	paik.	paik.	hoitop	kotip	ka	paik.	puute	imäärä	tied.	to

		asuk-	lkm	lkm	lkm	/vko	lkm	/vko	lkm	lkm	lkm	lkm	lkm	lkm	/vko	lkm	lkm

SIJOITU-	IKÄLUOKAT	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
SPAikka	YHTEENSÄ	31	21	21	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1
KOTI	25-64	31	21	21	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1
KOTI2	IKÄLUOKAT	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	YHTEENSÄ	21	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1
	25-64	21	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1
SAS	IKÄLUOKAT	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	YHTEENSÄ	11	11	11	.1	.1	11	1.01	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1
	25-64	11	11	11	.1	.1	11	1.01	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1
KLA	IKÄLUOKAT	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	YHTEENSÄ	41	21	21	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	11	.1	.1	.1	.1
	0-14	11	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1
	15-24	11	11	11	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1
	25-64	21	11	11	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	11	.1	.1	.1	.1
YHTEENSÄ	IKÄLUOKAT	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	YHTEENSÄ	101	51	51	.1	.1	11	1.01	.1	.1	.1	.1	11	.1	.1	.1	.1
	0-14	11	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1
	15-24	11	11	11	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1
	25-64	81	41	41	.1	.1	11	1.01	.1	.1	.1	.1	11	.1	.1	.1	.1

KEHITYSVAMMAKARTOITUS
 NYKYPALVELUJEN JA PALVELUJEN PUUTTEIDEN JA LISÄTARPEIDEN JAKALMA

KUNTA=423 LIETO

		NYKYPALVELUT																							
PALVELUJEN SAAJAT																									
PALVELUITTAIN																									
		koti-	tuki-	työ-	lyhyt	erit.	päivä-	saa	määrä	saa	pii-	koti-	käynt.	tukih.	toim.	kerho-	aikais-	päivä-	opetus-	hoito-	taloud-	määrä	ei	muuta	
		rissä	käynt.	saa	käynt.	paikka-	paikka-	hoitop-	kotip.	paikka-	paikka-	apua	keskim.	tied.	palv.										
asukk-																									
aita		lkm	/vko	lkm	/vko	lkm	lkm	lkm	lkm	lkm	lkm	lkm	/vko	lkm	lkm										
SIJOITU-	IKÄLUOKAT																								
SPAIKKA	YHTEENSÄ	251	131	0.11	.1	.1	161	41	111	.1	51	21	.1	.1	.1	151								151	
KOTI	0-14	61	51	0.21	.1	.1	.1	21	41	.1	41	21	.1	.1	.1	61								61	
	15-24	51	41	0.01	.1	.1	51	11	41	.1	11	.1	.1	.1	.1	41								41	
	25-64	141	41	0.01	.1	.1	111	11	31	.1	.1	.1	.1	.1	.1	51								51	
KOTI2	IKÄLUOKAT																								
	YHTEENSÄ	61	21	0.11	.1	.1	51	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1								.1	
	25-64	61	21	0.11	.1	.1	51	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1								.1	
SAS	IKÄLUOKAT																								
	YHTEENSÄ	31	.1	.1	.1	.1	31	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1								11	
	25-64	31	.1	.1	.1	.1	31	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1								11	
HAS	IKÄLUOKAT																								
	YHTEENSÄ	11	.1	.1	.1	.1	11	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1								11	
	25-64	11	.1	.1	.1	.1	11	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1								11	
KLA	IKÄLUOKAT																								
	YHTEENSÄ	121	.1	.1	.1	.1	71	41	.1	.1	11	.1	.1	.1	.1	.1								21	
	15-24	21	.1	.1	.1	.1	11	.1	.1	.1	11	.1	.1	.1	.1	.1								.1	
	25-64	101	.1	.1	.1	.1	61	41	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1								21	
YHTEENSÄ	IKÄLUOKAT																								
	YHTEENSÄ	471	151	0.11	.1	.1	321	81	111	.1	61	21	.1	.1	.1	191								191	
	0-14	61	51	0.21	.1	.1	.1	21	41	.1	41	21	.1	.1	.1	.1								61	
	15-24	71	41	0.01	.1	.1	61	11	41	.1	21	.1	.1	.1	.1	.1								41	
	25-64	341	61	0.01	.1	.1	261	51	31	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1								91	

KEHITYSVAMMAKARTOITUS
 NYKYPALVELUJEN JA PALVELUJEN PUUTTEIDEN JA LISÄTARPEIDEN JAKALMA

KUNTA=423 LIETO

		PUUTTEET																
PALVELUJEN																		
PUUTTEET /																		
LISÄTARPEET		monel-	vää-	lako	rällä	koti-	tuki-	työ-	lyhyt	erit.	ope-	tus-	päivä-	tal.	määrä	ei	lasun-	muu
		puut-	isijoi-	käynt	koti-	henk.	tukih	toim.	kerho	aikais	päivä	paik-	hoito	avun	ei	lasun-	muu	
		teita	tusp.	puute	käynt	käynt	käynt	paik.	paik.	hoitop	kotip	ka	paik.	puute	määrä	tied.	to	puute
asukk-																		
kaita		lkm	lkm	lkm	/vko	lkm	/vko	lkm	lkm	lkm	lkm	lkm	lkm	lkm	/vko	lkm	lkm	lkm
SIJOITU-	IKÄLUOKAT																	
SPAIKKA	YHTEENSÄ	251	181	161	.1	.1	.1	31	21	21	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	121
KOTI	0-14	61	11	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1
	15-24	51	41	31	.1	.1	.1	.1	11	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1
	25-64	141	131	131	.1	.1	.1	31	11	21	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	101
KOTI2	IKÄLUOKAT																	
	YHTEENSÄ	61	11	11	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1
	25-64	61	11	11	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1
SAS	IKÄLUOKAT																	
	YHTEENSÄ	31	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1
	25-64	31	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1
HAS	IKÄLUOKAT																	
	YHTEENSÄ	11	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1
	25-64	11	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1
KLA	IKÄLUOKAT																	
	YHTEENSÄ	121	61	61	.1	.1	.1	.1	11	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1
	15-24	21	11	11	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1
	25-64	101	51	51	.1	.1	.1	.1	11	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1
YHTEENSÄ	IKÄLUOKAT																	
	YHTEENSÄ	471	251	231	.1	.1	.1	.1	31	31	21	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1
	0-14	61	11	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1
	15-24	71	51	41	.1	.1	.1	.1	11	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1
	25-64	341	191	191	.1	.1	.1	.1	31	21	21	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1

KEHITYSVAMMAKARTOITUS
 NYKYPALVELUJEN JA PALVELUJEN PUUTTEIDEN JA LISÄTARPEIDEN JAKAUMA

KUNTA=838 TARVASJOKI

		NYKYPALVELUT														
		koti-	tuki-													
		käynt.	henk.	työ-	lyhyt	erit.	päivä-	saa	määrä	saa						
		pii-	koti-	käynt.	tukih.	toim.	kerho-	aikais-	päivä-	opetus-	hoito-	taloud-	määrä	ei	muuta	
		riissä	käynt.	saa	käynt.	paikka-	paikka-	hoitop-	kotip-	paikka-	paikka-	apua	keskim-	tied.	palv.	
		asukk-														
		aita	lkm	/vko	lkm	/vko	lkm	lkm	lkm	lkm	lkm	lkm	/vko	lkm	lkm	
SIJOITU-	IKÄLUOKAT															
SPAIKKA	YHTEENSÄ	6	2	0.3			3		1		1				3	
KOTI	0-14	1													1	
	15-24	1													1	
	25-64	4	2	0.3			3		1		1				1	
SAS	IKÄLUOKAT															
	YHTEENSÄ	1					1									
	25-64	1					1									
KLA	IKÄLUOKAT															
	YHTEENSÄ	1														
	25-64	1														
YHTEENSÄ	IKÄLUOKAT															
	YHTEENSÄ	8	2	0.3			4		1		1				3	
	0-14	1													1	
	15-24	1													1	
	25-64	6	2	0.3			4		1		1				1	

KEHITYSVAMMAKARTOITUS
 NYKYPALVELUJEN JA PALVELUJEN PUUTTEIDEN JA LISÄTARPEIDEN JAKAUMA

KUNTA=838 TARVASJOKI

		PUUTTEET														
		monel-	vää-													
		lako	rällä	koti-	tuki-	työ-	lyhyt	erit.	tus-	päivä-	tal.	määrä				
		puut-	sijoi-	käynt	koti-	henk.	tukih	toim.	kerho-	aikais-	päivä-	paik-	hoito-	avun	ei	
		teita	tusp.	puute	käynt	käynt	käynt	paik.	paik.	hoitop	kotip	ka	paik.	puute	määrä	
		iteita	tusp.	puute	käynt	käynt	käynt	paik.	paik.	hoitop	kotip	ka	paik.	puute	määrä	
		asuk-														
		kaita	lkm	lkm	lkm	/vko	lkm	/vko	lkm	lkm	lkm	lkm	lkm	lkm	/vko	
		lkm	lkm	lkm	lkm	lkm	lkm	lkm	lkm	lkm	lkm	lkm	lkm	lkm	lkm	
SIJOITU-	IKÄLUOKAT															
SPAIKKA	YHTEENSÄ	6	4	4												
KOTI	0-14	1														
	15-24	1														
	25-64	4	4	4												
SAS	IKÄLUOKAT															
	YHTEENSÄ	1														
	25-64	1														
KLA	IKÄLUOKAT															
	YHTEENSÄ	1														
	25-64	1														
YHTEENSÄ	IKÄLUOKAT															
	YHTEENSÄ	8	5	5									1			
	0-14	1														
	15-24	1														
	25-64	6	5	5									1			

KEHITYSVAMMAKARTOITUS
NYKYPALVELUJEN JA PALVELUJEN PUUTTEIDEN JA LISÄTARPEIDEN JAKAUMA

KUNTA=853 TURKU

PALVELUJEN SAAJAT		NYKYPALVELUT															
PALVELUTTAIN																	
		koti-	tuki-	työ-	lyhyt	erit.	päivä-	saa	määrä	saa						määrä	saa
		käynt.	henk.	työ-	lyhyt	erit.	päivä-	saa	määrä	saa						määrä	saa
		pii-	koti-	käynt.	tukih.	toim.	kerho-	aikaispäivä-	lopetus	hoito-	taloud	määrä	ei	muita			
		riissä	käynt.	saa	käynt.	paikka	paikka	hoitop	kotip.	paikka	paikka	apua	keskim	tied.	palv.		
asukk-																	
aita		lkm	/vko	lkm	/vko	lkm	lkm	lkm	lkm	lkm	lkm	lkm	/vko	lkm	lkm		
SIJOITU-	IKÄLUOKAT																
SPAIKKA	YHTEENSÄ	59	30	0.1	.1	.1	28	16	23	11	11	6	.1	.1	.1	43	
KOTI	0-14	22	18	0.2	.1	.1	1	5	12	11	7	3	.1	.1	.1	12	
	15-24	15	9	0.0	.1	.1	8	3	9	.1	4	2	.1	.1	.1	14	
	25-64	22	3	0.1	.1	.1	19	8	2	.1	.1	1	.1	.1	.1	17	
KOTI2	IKÄLUOKAT																
	YHTEENSÄ	9	1	0.3	.1	.1	7	2	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	8	
	25-64	9	1	0.3	.1	.1	7	2	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	8	
IAS	IKÄLUOKAT																
	YHTEENSÄ	27	1	0.0	.1	.1	24	12	2	.1	.1	.1	.1	.1	.1	13	
	15-24	3	.1	.1	.1	.1	2	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	2	
	25-64	24	1	0.0	.1	.1	22	12	2	.1	.1	.1	.1	.1	.1	11	
IHAS	IKÄLUOKAT																
	YHTEENSÄ	9	.1	.1	.1	.1	7	4	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	8	
	0-14	1	.1	.1	.1	.1	1	1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	1	
	25-64	8	.1	.1	.1	.1	6	3	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	7	
IMLA	IKÄLUOKAT																
	YHTEENSÄ	10	.1	.1	.1	.1	1	.1	.1	.1	4	1	.1	.1	.1	.1	
	0-14	5	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	4	1	.1	.1	.1	.1	
	25-64	5	.1	.1	.1	.1	1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	
IKLA	IKÄLUOKAT																
	YHTEENSÄ	36	.1	.1	.1	.1	5	14	1	.1	2	.1	.1	.1	.1	4	
	0-14	1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	1	.1	.1	.1	.1	.1	
	15-24	4	.1	.1	.1	.1	.1	1	.1	.1	1	.1	.1	.1	.1	.1	
	25-64	31	.1	.1	.1	.1	5	13	1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	4	
YHTEENSÄ	IKÄLUOKAT																
	YHTEENSÄ	150	32	0.1	.1	.1	72	48	26	1	17	7	.1	.1	.1	76	
	0-14	29	18	0.2	.1	.1	2	6	12	1	12	4	.1	.1	.1	13	
	15-24	22	9	0.0	.1	.1	10	4	9	.1	5	2	.1	.1	.1	16	
	25-64	99	5	0.1	.1	.1	60	38	5	.1	.1	1	.1	.1	.1	47	

KEHITYSVAMMAKARTOITUS
 NYKYPALVELUJEN JA PALVELUJEN PUUTTEIDEN JA LISÄTARPEIDEN JAKAUMA

KUNTA=853 TURKU

PALVELUJEN PUUTTEET / LISÄTARPEET	P U U T T E E T																	
	asuk- kanta	lkm	lkm	lkm	/vko	lkm	/vko	lkm	lkm	lkm	lkm	lkm	lkm	/vko	lkm	lkm	lkm	
SIJOITU- KÄLUOKAT																		
YHTEENSÄ	59	33	28			2	1.0	3	10	12		3	11					22
0-14	22								2	3		1	1					11
15-24	15	11	8			2	1.0	2	3	2		2						6
25-64	22	21	20					1	5	7								15
KOTTI2 KÄLUOKAT																		
YHTEENSÄ	9	1						1	1									1
25-64	9	1						1	1									1
HAS KÄLUOKAT																		
YHTEENSÄ	27	9	2			7	0.4							1	1			11
15-24	3																	
25-64	24	9	2			7	0.4							1	1			11
HAS KÄLUOKAT																		
YHTEENSÄ	9																	
0-14	1																	
25-64	8																	
MLA KÄLUOKAT																		
YHTEENSÄ	10	7	6					2	10									3
0-14	5	4	4						5									2
25-64	5	3	2					2	5									1
KLA KÄLUOKAT																		
YHTEENSÄ	36	20	15					1	8									8
0-14	1	1	1															
15-24	4	2	2					1	2									1
25-64	31	17	12						6									7
YHTEENSÄ KÄLUOKAT																		
YHTEENSÄ	150	70	51			9	0.5	7	29	12		3	1	1	1		35	
0-14	29	6	5						7	3		1	1				3	
15-24	22	13	10			2	1.0	3	5	2		2					7	
25-64	99	51	36			7	0.4	4	17	7				1	1		25	

KEHITYSVAMMAKARTOITUS
 NYKYPALVELUJEN JA PALVELUJEN PUUTTEIDEN JA LISÄTARPEIDEN JAKALMA
 KUNNAT YHTEENSÄ

PALVELUJEN SAAJAT	NYKYPALVELUT															
	PALVELUITTAIN															
	koti-	tuki-														
	käynt.	henk.	työ-	lyhyt	erit.	päivä-	saa	määrä	saa							
	pii-	koti-	käynt.	tukih.	toim.	kerho-	aikaispäivä-	opetus	hoito-	taloud	määrä	ei	muuta			
	rissä	käynt.	saa	käynt.	paikka	paikka	hoitop	kotip.	paikka	paikka	apua	keskim	tied.	palv.		
	asukk-															
	aita	lkm	/vko	lkm	/vko	lkm	lkm	lkm	lkm	lkm	lkm	lkm	/vko	lkm	lkm	
SIJOITU-	IKÄLUOKAT															
SPAIKKA	YHTEENSÄ	188	61	0.5	6	1.2	105	46	63	8	33	19	31	1	25	92
KOTI	0-14	43	27	0.3			2	10	22	6	18	6	10	1	7	28
	15-24	35	16	0.5			19	8	19	2	12	6	7		7	21
	25-64	109	17	0.6	6	1.2	84	28	21		3	7	13	1	11	42
	yli 65	1	1	1.0					1				1	1		1
KOTI2	IKÄLUOKAT															
	YHTEENSÄ	18	3	0.2			14	2								9
	15-24	18	3	0.2			14	2								9
PERHE	IKÄLUOKAT															
	YHTEENSÄ	9	4	0.1	1	1.0	4		3			1				6
	15-24	2							1			1				1
	25-64	5	3	0.1	1	1.0	3		1							3
	yli 65	2	1	0.1			1		1							2
PT	IKÄLUOKAT															
	YHTEENSÄ	4	3	41.0			1									4
	25-64	1					1									1
	yli 65	3	3	41.0												3
AS	IKÄLUOKAT															
	YHTEENSÄ	42	1	0.0			39	13	2							17
	15-24	4					3									3
	25-64	38	1	0.0			36	13	2							14
HAS	IKÄLUOKAT															
	YHTEENSÄ	20					10	8			2					9
	0-14	3					1	1			2					1
	15-24	1														
	25-64	15					9	6								8
	yli 65	1														
MLA	IKÄLUOKAT															
	YHTEENSÄ	16					2				6	1				
	0-14	7									4	1				
	15-24	1									1					
	25-64	8					2				1					
KLA	IKÄLUOKAT															
	YHTEENSÄ	105					15	20	2		9					12
	0-14	7									5					1
	15-24	13					1	1			4					2
	25-64	80					14	19	2							9
	yli 65	5														
YHTEENSÄ	IKÄLUOKAT															
	YHTEENSÄ	402	72	2.1	7	1.1	190	89	70	8	50	21	31	1	25	149
	0-14	60	27	0.3			3	11	22	6	29	7	10	1	7	30
	15-24	56	16	0.5			23	10	20	2	17	7	7		7	27
	25-64	274	24	0.5	7	1.1	163	68	26		4	7	13	1	11	86
	yli 65	12	5	24.8			1		2			1	1			6

KEHITYSVAMMAKARTOITUS
NYKYPALVELUJEN JA PALVELUJEN PUUTTEIDEN JA LISÄTARPEIDEN JAKAUMA

3

KUNTA=164 JALASJÄRVI

PALVELUJEN SAAJAT	NYKYPALVELUT													
	PALVELUITTAIN													
	koti-	tuki-												
	käynt.	henk.	työ-	lyhyt	erit.	päivä-	saa	määrä	saa					
	pii-	koti-	käynt.	tukih.	toim.	kerho-	aikais-	päivä-	opetus-	hoito-	taloud-	määrä	ei	muita
	rissä	käynt.	saa	käynt.	paikka	paikka	hoitop	kotip.	paikka	paikka	apua	keskim	tied.	palv.
asukk-														
aita	lkm	/vko	lkm	/vko	lkm	lkm	lkm	lkm	lkm	lkm	lkm	/vko	lkm	lkm
SIJOITU- IKÄLUOKAT														
SPAIKKA YHTEENSÄ	191	31	0.51	161	1.51	91	71	41	.1	31	.1	71	.1	71
KOTI 0-14	21	.1	0.31	11	1.01	.1	.1	.1	.1	21	.1	.1	.1	.1
15-24	21	.1	.1	11	2.01	11	11	11	.1	11	.1	11	.1	11
25-64	151	21	0.61	141	1.41	81	61	31	.1	.1	.1	61	.1	61
KOTI2 IKÄLUOKAT														
YHTEENSÄ	71	71	4.01	.1	.1	21	61	.1	.1	.1	.1	.1	.1	51
25-64	71	71	4.01	.1	.1	21	61	.1	.1	.1	.1	.1	.1	51
SAS IKÄLUOKAT														
YHTEENSÄ	51	.1	.1	.1	.1	51	51	11	.1	.1	.1	.1	.1	21
25-64	51	.1	.1	.1	.1	51	51	11	.1	.1	.1	.1	.1	21
YHTEENSÄ IKÄLUOKAT														
YHTEENSÄ	311	101	3.01	161	1.51	161	181	51	.1	31	.1	71	.1	71
0-14	21	.1	0.31	11	1.01	.1	.1	.1	.1	21	.1	.1	.1	.1
15-24	21	.1	.1	11	2.01	11	11	11	.1	11	.1	11	.1	11
25-64	271	91	3.31	141	1.41	151	171	41	.1	.1	.1	61	.1	61

KEHITYSVAMMAKARTOITUS
NYKYPALVELUJEN JA PALVELUJEN PUUTTEIDEN JA LISÄTARPEIDEN JAKAUMA

4

KUNTA=164 JALASJÄRVI

PALVELUJEN	PUUTTEET													
	PUUTTEET / LISÄTARPEET													
	monel-	vää-												
	lako	rällä	koti-	tuki-	työ-	lyhyt	erit.	tus-	päivä	tal.	määrä			
	puut-	isijoi-	käynt	koti-	henk.	tukih	toim.	kerho	aikais	päivä	paik-	hoito	avun	ei
	teita	tusp.	puute	käynt	käynt	käynt	paik.	paik.	hoitop	kotip	ka	paik.	puute	määrä
asuk-														
kaita	lkm	lkm	lkm	/vko	lkm	/vko	lkm	lkm	lkm	lkm	lkm	lkm	/vko	lkm
SIJOITU- IKÄLUOKAT														
SPAIKKA YHTEENSÄ	191	71	11	21	0.71	41	1.61	11	11	51	.1	51	.1	.1
KOTI 0-14	21	11	.1	11	0.31	.1	.1	.1	.1	11	.1	11	.1	.1
15-24	21	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1
25-64	151	61	11	11	1.01	41	1.61	11	11	41	.1	41	.1	.1
KOTI2 IKÄLUOKAT														
YHTEENSÄ	71	11	11	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1
25-64	71	11	11	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1
SAS IKÄLUOKAT														
YHTEENSÄ	51	31	21	.1	.1	31	1.01	.1	.1	.1	.1	51	.1	.1
25-64	51	31	21	.1	.1	31	1.01	.1	.1	.1	.1	51	.1	.1
YHTEENSÄ IKÄLUOKAT														
YHTEENSÄ	311	111	41	21	0.71	71	1.41	11	11	51	.1	101	.1	.1
0-14	21	11	.1	11	0.31	.1	.1	.1	.1	11	.1	11	.1	.1
15-24	21	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1
25-64	271	101	41	11	1.01	71	1.41	11	11	41	.1	91	.1	.1

KEHITYSVAMMAKARITOITUS
PALVELUJEN TAVOITETILAMALLI

KUNTA=480 MARITILA

ISIJOITUSPAIKKA	PALVELUT																
	koti- tuk- ty- llyhyt lerit. päivä- saa määrä ei muita																
	ikäluokka	asukk- aita	lkm	/vko	lkm	/vko	lkm	lkm	lkm	lkm	lkm	lkm	lkm	/vko	lkm	lkm	lkm
KOTI	IKÄLUOKAT																
	YHTEENSÄ	31	.1	.1	.1	.1	21	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	11
	0-14	11	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1
	25-64	21	.1	.1	.1	.1	21	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	11
KOTI2	IKÄLUOKAT																
	YHTEENSÄ	11	.1	.1	.1	.1	11	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1
	25-64	11	.1	.1	.1	.1	11	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1
SAS	IKÄLUOKAT																
	YHTEENSÄ	51	.1	.1	.1	.1	51	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	21
	25-64	51	.1	.1	.1	.1	51	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	21
HAS	IKÄLUOKAT																
	YHTEENSÄ	21	.1	.1	.1	.1	11	.1	.1	.1	.1	11	.1	.1	.1	.1	11
	25-64	21	.1	.1	.1	.1	11	.1	.1	.1	.1	11	.1	.1	.1	.1	11
KLA	IKÄLUOKAT																
	YHTEENSÄ	21	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	11	.1	.1	.1	.1	.1
	25-64	21	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	11	.1	.1	.1	.1	.1
YHTEENSÄ	IKÄLUOKAT																
	YHTEENSÄ	131	.1	.1	.1	.1	91	.1	.1	.1	.1	21	.1	.1	.1	.1	41
	0-14	11	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1
	25-64	121	.1	.1	.1	.1	91	.1	.1	.1	.1	21	.1	.1	.1	.1	41

KEHITYSVAMMAKARITOITUS
PALVELUJEN TAVOITETILAMALLI

KUNTA=838 TARVASJOKI

ISIJOITUSPAIKKA	PALVELUT																
	koti- tuk- ty- llyhyt lerit. päivä- saa määrä ei muita																
	ikäluokka	asukk- aita	lkm	/vko	lkm	/vko	lkm	lkm	lkm	lkm	lkm	lkm	lkm	/vko	lkm	lkm	lkm
KOTI	IKÄLUOKAT																
	YHTEENSÄ	21	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	11	.1	.1	.1	.1	.1	21
	0-14	11	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	11
	15-24	11	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	11	.1	.1	.1	.1	.1	11
SAS	IKÄLUOKAT																
	YHTEENSÄ	41	11	0.31	.1	.1	41	.1	11	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	11
	25-64	41	11	0.31	.1	.1	41	.1	11	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	11
HAS	IKÄLUOKAT																
	YHTEENSÄ	21	11	0.31	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	11	.1	.1	.1	.1	.1
	25-64	21	11	0.31	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	11	.1	.1	.1	.1	.1
YHTEENSÄ	IKÄLUOKAT																
	YHTEENSÄ	81	21	0.31	.1	.1	41	.1	11	.1	11	11	.1	.1	.1	.1	31
	0-14	11	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	11
	15-24	11	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	11	.1	.1	.1	.1	.1	11
	25-64	61	21	0.31	.1	.1	41	.1	11	.1	.1	11	.1	.1	.1	.1	11

KUNTA=853 TURKU

SIJOITUSPAIKKA	PALVELUT																
	koti-ikäynt.	tuki-henk.	työ-	lyhyt	erit.	päivä-saa	lääkäri-	sa-	lääkäri-	erit.	hoito-	taloud-	lääkäri-	erit.	sa-	lääkäri-	
	lkm	/vko	lkm	/vko	lkm	lkm	lkm	lkm	lkm	lkm	lkm	lkm	/vko	lkm	lkm	lkm	
IKOTI	IKÄLUOKAT																
	YHTEENSÄ	31	24	0.1	11	1.0	7	11	21	11	11	5	.1	.1	.1	.1	20
	0-14	22	18	0.2	.1	.1	1	7	15	1	8	4	.1	.1	.1	.1	12
	15-24	7	5	0.0	1	1.0	4	2	4	.1	3	1	.1	.1	.1	.1	6
	25-64	2	1	0.0	.1	.1	2	2	2	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	2
IKOTI2	IKÄLUOKAT																
	YHTEENSÄ	12	2	0.2	1	1.0	10	4	1	.1	1	.1	.1	.1	.1	.1	10
	15-24	1	1	0.0	1	1.0	1	.1	1	.1	1	.1	.1	.1	.1	.1	1
	25-64	1	1	0.3	.1	.1	9	4	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	9
IPERHE	IKÄLUOKAT																
	YHTEENSÄ	4	.1	.1	.1	.1	4	.1	.1	3	1	.1	.1	.1	.1	.1	2
	0-14	4	.1	.1	.1	.1	4	.1	.1	3	1	.1	.1	.1	.1	.1	2
IAS	IKÄLUOKAT																
	YHTEENSÄ	35	3	0.0	6	0.4	31	15	5	.1	1	.1	1	.1	1	.1	24
	15-24	6	2	0.0	.1	.1	4	1	2	.1	1	.1	.1	.1	.1	.1	5
	25-64	29	1	0.0	6	0.4	27	14	3	.1	.1	.1	1	.1	1	.1	19
IHAS	IKÄLUOKAT																
	YHTEENSÄ	30	3	0.1	.1	.1	23	19	11	.1	2	2	.1	.1	.1	.1	23
	0-14	1	.1	.1	.1	.1	1	1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	1
	15-24	5	1	0.0	.1	.1	3	4	4	.1	2	1	.1	.1	.1	.1	4
	25-64	24	2	0.1	.1	.1	19	14	7	.1	.1	1	.1	.1	.1	.1	18
IMLA	IKÄLUOKAT																
	YHTEENSÄ	5	.1	.1	.1	.1	1	5	.1	.1	1	.1	.1	.1	.1	.1	1
	0-14	1	.1	.1	.1	.1	1	.1	.1	1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1
	25-64	4	.1	.1	.1	.1	1	4	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	1
IKLA	IKÄLUOKAT																
	YHTEENSÄ	21	.1	.1	.1	.1	5	13	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	8
	15-24	2	.1	.1	.1	.1	1	1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1
	25-64	19	.1	.1	.1	.1	4	12	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	8
IYHTEENSÄ	IKÄLUOKAT																
	YHTEENSÄ	138	32	0.1	8	0.5	77	71	38	1	19	8	1	.1	1	.1	88
	0-14	28	18	0.2	.1	.1	2	13	15	1	12	5	.1	.1	.1	.1	15
	15-24	21	9	0.0	2	1.0	13	8	11	.1	7	2	.1	.1	.1	.1	16
	25-64	89	5	0.1	6	0.4	62	50	12	.1	.1	1	1	.1	1	.1	57

KEHITYSVAMMAKARJOITUS
PALVELUJEN TAVOITETILAMALLI
KUNNAT YHTEENSÄ

SIJOTUSPAIKKA		PALVELUT															
		koti- käynt.	tuki- henk.	tukih. käynt.	työ- toim.	lyhyt- kerho	erit. aikais-	päivä- päivä-	saa opetus	saa hoito	saa taloud-	määrä määrä	ei keskim-	saa tied.	saa palv.		
		asukk- aita	lkm	/vko	lkm	/vko	lkm	lkm	lkm	lkm	lkm	lkm	lkm	/vko	lkm	lkm	lkm
KOTI	IKÄLUOKAT																
	YHTEENSÄ	90	41	0.5	6	1.2	37	30	37	7	29	8	19	1039	19	1	47
	0-14	43	26	0.3			2	13	24	6	19	7	9	813	9		26
	15-24	16	8	0.9	1	1.0	9	5	7	1	7	1	3	1510	3		9
	25-64	31	7	0.6	5	1.2	26	12	6		3		7	1097	7	1	12
KOTI2	IKÄLUOKAT																
	YHTEENSÄ	26	3	0.2	2	1.0	22	4	1		1						12
	15-24	1	1	0.0	1	1.0	1		1		1						1
	25-64	25	2	0.3	1	1.0	21	4									11
PERHE	IKÄLUOKAT																
	YHTEENSÄ	14	4	0.1	1	1.0	5	4	2		4	1					8
	0-14	5						4			3	1					2
	15-24	2					1				1						1
	25-64	5	3	0.1	1	1.0	3		1								3
	yli 65	2	1	0.1			1		1								2
PT	IKÄLUOKAT																
	YHTEENSÄ	7	4	30.8			4		1		2		1	7500	1		4
	25-64	4	1	0.0			4		1		2		1	7500	1		1
	yli 65	3	3	41.0													3
IAS	IKÄLUOKAT																
	YHTEENSÄ	92	6	0.2	7	0.5	79	29	14		2	2	4	733	4	1	41
	15-24	14	2	0.0			8	2	3		2	2	1	1000	1		7
	25-64	77	4	0.3	7	0.5	71	27	11				3	600	3	1	34
	yli 65	1															
HAS	IKÄLUOKAT																
	YHTEENSÄ	80	13	0.5			46	32	26	2	8	15	7	1357	7		39
	0-14	4	1	1.0			1	2	1		3	1	2	1250	2		3
	15-24	12	5	0.3			7	7	9	1	5	3	2	1750	2		8
	25-64	63	7	0.6			38	23	16			11	3	1167	3		28
	yli 65	1															
MLA	IKÄLUOKAT																
	YHTEENSÄ	9	1	1.0			2	5	1		1		1	1	1		3
	0-14	2						1			1						
	25-64	6					2	4									2
	yli 65	1	1	1.0					1				1	1	1		1
KLA	IKÄLUOKAT																
	YHTEENSÄ	69					7	18	3		6	4	1	2000	1		15
	0-14	5						1			3						1
	15-24	10					1	1	2		3	2	1	2000	1		2
	25-64	50					6	16	1			2					12
	yli 65	4															
YHTEENSÄ	IKÄLUOKAT																
	YHTEENSÄ	387	72	2.1	16	0.8	202	122	85	9	53	30	33	1287	33	2	169
	0-14	59	27	0.3			3	21	25	7	29	9	11	900	11		32
	15-24	55	16	0.5	2	1.0	27	15	22	2	19	8	7	1576	7		28
	25-64	261	24	0.5	14	0.8	171	86	36		5	13	14	1529	14	2	103
	yli 65	12	5	24.8			1		2				1	1	1		6

Liite 23 (1/5)

KEHITYSVAMMAKARTOITUS: SIJOITUSPAIKKAJAKALMA

1

KUNTA=108 HÄMEENKYRÖ

!TARKOITUKSENLUK.	! NYKYINEN				! YHT.
	! SIJOITUSPAIKKA				
!SIJOITUSPAIKKA	! KOTI	! PERHE	! KLA	! YHT.	
!KOTI	7	1	2	9	
!PERHE	1	2	1	3	
!AS	1	1	1	2	
!HAS	1	1	1	1	
!MLA	1	1	1	1	
!KLA	1	1	8	8	
!YHT.	10	2	12	24	

KEHITYSVAMMAKARTOITUS: SIJOITTUMINEN ERI HOITOMUODOILLE

1

KUNTA=108 HÄMEENKYRÖ

!SIJOITUSPAIKKA	!ALHOITO	!TARKMUK	!YLIHOITO	! YHT	! sij.-%
!KOTI	3	7	1	10	70.0
!PERHE	1	2	1	2	100.0
!KLA	1	8	4	12	66.7
!YHTEENSÄ	3	17	4	24	78.9

KEHITYSVAMMAKARTOITUS: SIJOITUSPAIKKAJAKALMA

2

KUNTA=164 JALASJÄRVI

!TARKOITUKSENLUK.	! NYKYINEN SIJOITUSPAIKKA					! YHT.
	! KOTI	! AS	! HAS	! KLA		
!KOTI	8	1	1	1	8	
!KOTI2	3	1	1	1	4	
!PERHE	1	4	1	1	1	
!AS	9	4	1	1	14	
!HAS	6	1	1	2	9	
!KLA	1	1	1	5	5	
!YHT.	26	5	1	9	41	

KEHITYSVAMMAKARTOITUS: SIJOITTUMINEN ERI HOITOMUODOILLE

2

KUNTA=164 JALASJÄRVI

!SIJOITUSPAIKKA	!ALHOITO	!TARKMUK	!YLIHOITO	! YHT	! sij.-%
!KOTI	18	8	1	26	30.8
!AS	1	4	1	5	80.0
!HAS	1	1	1	1	100.0
!KLA	1	5	4	9	55.6
!YHTEENSÄ	18	18	5	41	66.6

KEHITYSVAMMAKARTOITUS: SIJOITUSPAIKKAJAKALMA

KUNTA=223 KARJALOHJA

TARKOITUKSENLUOKKA	NYKYINEN				YHT.
	KOTI	PT	MLA	YHT.	
KOTI	2	0	0	2	
PT	1	4	1	6	
MLA	0	0	1	1	
YHT.	3	4	2	9	

KEHITYSVAMMAKARTOITUS: SIJOITTUMINEN ERI HOITOMUODOILLE

3

KUNTA=223 KARJALOHJA

SIJOITUSPAIKKA	ALIHUOTO/TARKKUK		YLIHUOTO		YHT.	sij.-%
	KOTI	PT	MLA	YHT.		
KOTI	1	1	2	0	3	66.7
PT	0	4	0	4	4	100.0
MLA	0	0	1	1	2	50.0
YHTEENSÄ	1	5	3	5	9	72.2

KEHITYSVAMMAKARTOITUS: SIJOITUSPAIKKAJAKALMA

4

KUNTA=284 KOSKI T

TARKOITUKSENLUOKKA	NYKYINEN SIJOITUSPAIKKA				YHT.
	KOTI	KOTI2	AS	KLA	
KOTI	1	1	0	0	2
KOTI2	0	2	1	0	3
AS	0	0	1	1	2
HAS	1	1	0	1	3
KLA	0	0	0	2	2
YHT.	2	4	1	4	11

KEHITYSVAMMAKARTOITUS: SIJOITTUMINEN ERI HOITOMUODOILLE

4

KUNTA=284 KOSKI T

SIJOITUSPAIKKA	ALIHUOTO/TARKKUK		YLIHUOTO		YHT.	sij.-%
	KOTI	KOTI2	AS	KLA		
KOTI	1	1	2	0	4	66.7
KOTI2	0	2	0	0	2	100.0
AS	0	0	1	1	2	50.0
KLA	0	0	0	2	2	50.0
YHTEENSÄ	1	3	3	2	9	72.2

KEHITYSVAMMAKARTOITUS: SIJOITUSPAIKKAJAKALMA

KUNTA=285 KOTKA

!TARKOITUKSENLUK. !SIJOITUSPAIKKA	NYKYINEN SIJOITUSPAIKKA							!YHT.
	!KOTI	!PERHE	!AS	!HAS	!MLA	!KLA		
!KOTI	25	..	..	..	..	..	25
!PERHE	..	5	..	..	1	..	6
!AS	12	1	4	..	1	1	19	
!HAS	10	..	..	8	..	5	23
!MLA	..	..	..	..	1	..	1
!KLA	2	1	..	1	..	21	25	
!YHT.	49	7	4	9	3	27	99	

KEHITYSVAMMAKARTOITUS: SIJOITTUMINEN ERI HOITOMUODOILLE

KUNTA=285 KOTKA

!SIJOITUSPAIKKA	!ALIHOITO	!TARKMUK	!YLIHOITO	!YHT	!sij.-%
!KOTI	24	25	..	49	51.01
!PERHE	2	5	..	7	71.41
!AS	..	4	..	4	100.01
!HAS	1	8	..	9	88.91
!MLA	..	1	2	3	33.31
!KLA	..	22	6	28	78.61
!YHTEENSÄ	27	65	8	100	70.51

KEHITYSVAMMAKARTOITUS: SIJOITUSPAIKKAJAKALMA

KUNTA=423 LIETO

!TARKOITUKSENLUK. !SIJOITUSPAIKKA	NYKYINEN SIJOITUSPAIKKA					!YHT.
	!KOTI	!KOTI2	!AS	!HAS	!KLA	
!KOTI	9	..	..	..	..	9
!KOTI2	1	5	..	..	..	6
!PT	..	1	..	..	..	1
!AS	7	..	3	..	2	12
!HAS	7	..	..	1	3	11
!MLA	..	..	..	..	1	1
!KLA	..	..	..	..	6	6
!YHT.	24	6	3	1	12	46

KEHITYSVAMMAKARTOITUS: SIJOITTUMINEN ERI HOITOMUODOILLE

KUNTA=423 LIETO

!SIJOITUSPAIKKA	!ALIHOITO	!TARKMUK	!YLIHOITO	!YHT	!sij.-%
!KOTI	15	10	..	25	40.01
!KOTI2	1	5	..	6	83.31
!AS	..	3	..	3	100.01
!HAS	..	1	..	1	100.01
!KLA	..	6	6	12	50.01
!YHTEENSÄ	16	25	6	47	74.71

KEHITYSVAMMAKARTOITUS: SIJOITUSPAIKKAJAKALMA

KUNTA=480 MARITILA

TARKOITUKSENLUK.	NYKYINEN SIJOITUSPAIKKA						YHT.
	KOTI	KOTI2	AS	MLA	KLA		
KOTI	3	1	1	1	1	1	3
KOTI2	1	1	1	1	1	1	1
AS	3	1	1	1	1	1	5
HAS	1	1	1	1	1	1	2
KLA	1	1	1	1	1	1	2
YHT.	7	1	1	1	1	3	13

KEHITYSVAMMAKARTOITUS: SIJOITTUMINEN ERI HOITOMUODOILLE

7

KUNTA=480 MARITILA

	ALIHUOTO	TARKKUK	YLIHUOTO	YHT	sij.-%	
KOTI	4	3	1	7	42.9	
KOTI2	1	1	1	1	100.0	
AS	1	1	1	1	100.0	
MLA	1	1	1	1		1
KLA	1	1	2	3	33.3	
YHTEENSÄ	5	6	2	13	69.0	

KEHITYSVAMMAKARTOITUS: SIJOITUSPAIKKAJAKALMA

8

KUNTA=838 TARVASJOKI

TARKOITUKSENLUK.	NYKYINEN SIJOITUSPAIKKA				YHT.
	KOTI	AS	KLA		
KOTI	2	1	1	2	
AS	3	1	1	4	
HAS	1	1	1	2	
YHT.	6	1	1	8	

KEHITYSVAMMAKARTOITUS: SIJOITTUMINEN ERI HOITOMUODOILLE

8

KUNTA=838 TARVASJOKI

	ALIHUOTO	TARKKUK	YLIHUOTO	YHT	sij.-%	
KOTI	4	2	1	6	33.3	
AS	1	1	1	1	100.0	
KLA	1	1	1	1		1
YHTEENSÄ	4	3	1	8	66.7	

KEHITYSVAMMAKARTOITUS: SIJOITUSPAIKKAJAKALMA

KUNTA=853 TURKU

!TARKOITUKSENLUK. !SIJOITUSPAIKKA	NYKYINEN SIJOITUSPAIKKA						! YHT. !
	! KOTI !	! KOTI2 !	! AS !	! HAS !	! MLA !	! KLA !	
!KOTI	! 31!	! 9!	! 25!	! 9!	! 10!	! 25!	! 31!
!KOTI2	! 3!	! 9!	! 1!	! 1!	! 1!	! 1!	! 12!
!PERHE	! 1!	! 1!	! 1!	! 1!	! 4!	! 1!	! 4!
!AS	! 10!	! 1!	! 25!	! 1!	! 1!	! 1!	! 35!
!HAS	! 15!	! 1!	! 1!	! 9!	! 2!	! 3!	! 30!
!MLA	! 1!	! 1!	! 1!	! 1!	! 4!	! 1!	! 5!
!KLA	! 1!	! 1!	! 1!	! 1!	! 1!	! 21!	! 21!
!YHT.	! 59!	! 9!	! 26!	! 9!	! 10!	! 25!	! 138!

KEHITYSVAMMAKARTOITUS: SIJOITTUMINEN ERI HOITOMUODOILLE

KUNTA=853 TURKU

!SIJOITUSPAIKKA	!ALIHOITO!	!TARKKUK!	!YLIHOITO!	! YHT !	! sij.-% !
!KOTI	! 28!	! 31!	! 1!	! 59!	! 52.5!
!KOTI2	! 1!	! 9!	! 1!	! 9!	! 100.0!
!AS	! 1!	! 26!	! 1!	! 27!	! 96.3!
!HAS	! 1!	! 9!	! 1!	! 9!	! 100.0!
!MLA	! 1!	! 4!	! 6!	! 10!	! 40.0!
!KLA	! 1!	! 32!	! 4!	! 36!	! 88.9!
!YHTEENSÄ	! 29!	! 111!	! 10!	! 150!	! 79.6!

KEHITYSVAMMAKARTOITUS: SIJOITUSPAIKKAJAKALMA
KUNNAT YHTEENSÄ

!TARKOITUKSENLUK. !SIJOITUSPAIKKA	NYKYINEN SIJOITUSPAIKKA									! YHT. !
	! KOTI !	! KOTI2 !	! PERHE !	! PT !	! AS !	! HAS !	! MLA !	! KLA !		
!KOTI	! 88!	! 1!	! 1!	! 1!	! 1!	! 1!	! 1!	! 1!	! 2!	! 90!
!KOTI2	! 7!	! 17!	! 1!	! 1!	! 2!	! 1!	! 1!	! 1!	! 1!	! 26!
!PERHE	! 1!	! 1!	! 7!	! 1!	! 1!	! 1!	! 5!	! 2!	! 14!	! 14!
!PT	! 1!	! 1!	! 1!	! 4!	! 1!	! 1!	! 1!	! 1!	! 7!	! 7!
!AS	! 45!	! 1!	! 1!	! 1!	! 38!	! 1!	! 1!	! 7!	! 92!	! 92!
!HAS	! 42!	! 1!	! 1!	! 1!	! 19!	! 2!	! 16!	! 80!	! 80!	! 80!
!MLA	! 1!	! 1!	! 1!	! 1!	! 1!	! 6!	! 2!	! 9!	! 9!	! 9!
!KLA	! 2!	! 1!	! 1!	! 1!	! 1!	! 1!	! 64!	! 69!	! 69!	! 69!
!YHT.	! 186!	! 18!	! 9!	! 4!	! 41!	! 20!	! 16!	! 93!	! 387!	! 387!

KEHITYSVAMMAKARTOITUS: SIJOITTUMINEN ERI HOITOMUODOILLE
KUNNAT YHTEENSÄ

!SIJOITUSPAIKKA	!ALIHOITO!	!TARKKUK!	!YLIHOITO!	! YHT !	! sij.-% !
!KOTI	! 98!	! 90!	! 1!	! 188!	! 50.4!
!KOTI2	! 1!	! 17!	! 1!	! 18!	! 95.8!
!PERHE	! 2!	! 7!	! 1!	! 9!	! 85.7!
!PT	! 1!	! 4!	! 1!	! 4!	! 100.0!
!AS	! 1!	! 39!	! 2!	! 42!	! 96.0!
!HAS	! 1!	! 19!	! 1!	! 20!	! 97.2!
!MLA	! 1!	! 6!	! 9!	! 16!	! 41.1!
!KLA	! 1!	! 76!	! 29!	! 105!	! 60.4!
!YHTEENSÄ	! 104!	! 258!	! 40!	! 402!	! 72.8!

KEHITYSVAMMAHUOLLON KUSTANNUSTEN JAKAUTUMINEN NYKYISILLE SJOITUSPAIKOILLE
 NYKYTILAKUSTANNUKSIIN LASKETTUNA

KUNNAT YHTEENSÄ (387 ERITYISHUOLTOPIIRIEN KARTOITTAMAA KEHITYSVAMMAISTA)

TARKMUKSP	NYKYINEN SJOITUSPAIKKA									
	KOTI	PERHE	PT	AS	HAS	MLA	KLA	YHT		
KOTI	13931.58			830.43				1015.84		
PERHE		1948.52		581.65				767.06		
PT	248.78		865.57							
	-184.01									
AS	5597.51	278.36		15778.10				3555.44		
	-13087.08	-136.85						648.95		
HAS	5224.34			415.21	10346.27			8126.72		
	-17646.36			-129.33				-565.92		
MLA	124.39							1015.84		
	-453.50							-139.93		
KLA	248.78	278.36				544.54	577.89	32506.90		
	-767.06	-229.56				36.62	69.97			
YHT	25375.38	2505.24	865.57	17023.74	10890.81	9246.20	47236.59	113143.52		
SÄÄST. ALIH	-32138.01	-366.41		-129.33	36.62		69.97	-32527.16		
KUST. YLIH.				581.65		2088.50	1149.28	3819.42		
EROTUS	-32138.01	-366.41		452.32	36.62	2158.47	1149.28	-28707.74		

KEHITYSVAMMAHUOLLON KUSTANNUSTEN JAKAUTUMINEN NYKYISILLE SIOJITUSPAIKOILLE
 NYKYTILAKUSTANNUKSIIN LASKETTUNA

KUNNAT YHTEENSÄ (321 KUNTIEN KARTOITTAMAA KEHITYSVAMMAISTA)

TARKMUKSP	NYKYINEN SIOJITUSPAIKKA							
	KOTI	PERHE	PT	AS	HAS	MLA	YHT	
KOTI	25997.32			1245.64				
PERHE		4453.76		872.47			577.89	
PT			432.79				299.53	
AS	1119.50	1113.44		6643.41	544.54	577.89		
	-2617.42	-547.41			129.33	162.67		
HAS	3109.73	556.72		830.43	11979.89	577.89		
	-10503.79	-532.36		-258.65		33.35		
MLA	124.39			415.21	544.54	1733.66		
	-453.50			-162.67	-33.35			
KLA		278.36						
		-229.56						
YHT	30350.94	6402.28	432.79	9134.69	13068.97	3467.32	62856.99	
SÄÄST. ALIH	-13574.70	-1309.33		-421.33	-33.35		-15338.71	
KUST. YLIH.				872.47	129.33	495.55	1497.35	
EROTUS	-13574.70	-1309.33		451.14	95.98	495.55	-13841.36	

KEHITYSVAMMAKARTOITUS: PÄÄDLAGNOOSIJAKALMA

1

KUNTA=108 HÄMEENKYRÖ

	NYKYINEN				YHT.
	SIJOITUSPAIKKA				
	KOTI	PERHE	KLA	YHT.	
PÄÄDLAGNOOSILUOKKA					
!MUUT	10	2	12	24	
!YHT.	10	2	12	24	

KEHITYSVAMMAKARTOITUS: PÄÄDLAGNOOSIJAKALMA

2

KUNTA=164 JALASJÄRVI

	NYKYINEN SIJOITUSPAIKKA					YHT.
	KOTI	AS	HAS	KLA	YHT.	
PÄÄDLAGNOOSILUOKKA						
!EI ILMOITETTU	3	1	.1	.1	4	
!MUUT	23	4	1	9	37	
!YHT.	26	5	1	9	41	

KEHITYSVAMMAKARTOITUS: PÄÄDLAGNOOSIJAKALMA

3

KUNTA=223 KARJALOHJA

	NYKYINEN				YHT.
	SIJOITUSPAIKKA				
	KOTI	PT	MLA	YHT.	
PÄÄDLAGNOOSILUOKKA					
!EI ILMOITETTU	2	1	2	5	
!MUUT	1	3	.1	4	
!YHT.	3	4	2	9	

KEHITYSVAMMAKARTOITUS: PÄÄDLAGNOOSIJAKALMA

4

KUNTA=284 KOSKI T

	NYKYINEN SIJOITUSPAIKKA					YHT.
	KOTI	KOTI2	AS	KLA	YHT.	
PÄÄDLAGNOOSILUOKKA						
!EI ILMOITETTU	.1	1	.1	.1	1	
!MUUT	3	1	1	4	9	
!YHT.	3	2	1	4	10	

KEHITYSVAMMAKARTOITUS: PÄÄDLAGNOOSIJAKALMA

5

KUNTA=285 KOTKA

	NYKYINEN SIJOITUSPAIKKA							YHT.
	KOTI	PERHE	AS	HAS	MLA	KLA	YHT.	
PÄÄDLAGNOOSILUOKKA								
!758** ANOMALIAE CHROMOSOM	1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	1
!EI ILMOITETTU	2	.1	.1	.1	.1	.1	.1	2
!MUUT	46	7	4	9	3	28	97	
!YHT.	49	7	4	9	3	28	100	

KEHITYSVAMMAKARTOITUS: PÄÄDLAGNOOSIJAKALUMA

KUNTA=423 LIETO

	NYKYINEN SIJOITUSPAIKKA						YHT.
	KOTI	KOTI2	AS	HAS	KLA		
PÄÄDLAGNOOSILUOKKA							
EI ILMOITETTU	1	1	1	1	1	1	1
MUUT	24	6	3	1	12	46	
YHT.	25	6	3	1	12	47	

KEHITYSVAMMAKARTOITUS: PÄÄDLAGNOOSIJAKALUMA

KUNTA=480 MARTTILA

	NYKYINEN SIJOITUSPAIKKA						YHT.
	KOTI	KOTI2	AS	MLA	KLA		
PÄÄDLAGNOOSILUOKKA							
EI ILMOITETTU	1	1	1	1	1	2	
MUUT	6	1	1	1	3	11	
YHT.	7	1	1	1	3	13	

KEHITYSVAMMAKARTOITUS: PÄÄDLAGNOOSIJAKALUMA

KUNTA=838 TARVASJOKI

	NYKYINEN SIJOITUSPAIKKA				YHT.
	KOTI	AS	KLA		
PÄÄDLAGNOOSILUOKKA					
EI ILMOITETTU	1	1	1	1	
MUUT	5	1	1	7	
YHT.	6	1	1	8	

KEHITYSVAMMAKARTOITUS: PÄÄDLAGNOOSIJAKALUMA

KUNTA=853 TURKU

	NYKYINEN SIJOITUSPAIKKA							YHT.
	KOTI	KOTI2	AS	HAS	MLA	KLA		
PÄÄDLAGNOOSILUOKKA								
1758** ANOMALIAE CHROMOSOM	1	1	1	1	1	1	1	
MUUT	59	9	26	9	10	36	149	
YHT.	59	9	27	9	10	36	150	

KEHITYSVAMMAKARTOITUS: PÄÄDLAGNOOSIJAKALUMA
KUNNAT YHTEENSÄ

	NYKYINEN SIJOITUSPAIKKA										YHT.	
	KOTI	KOTI2	PERHE	PT	AS	HAS	MLA	KLA				
PÄÄDLAGNOOSILUOKKA												
1758** ANOMALIAE CHROMOSOM	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2
EI ILMOITETTU	10	2	1	1	1	1	2	1	1	1	16	
MUUT	177	16	9	3	40	20	14	105	384			
YHT.	188	18	9	4	42	20	16	105	402			

KEHITYSVAMMAKARTOITUS: PÄÄDIAGNOOSIJAKALMA

KUNTA=108 HÄMEENKYRÖ

	NYKYINEN			YHT.
	SIJOITUSPAIKKA			
	KOTI	AS	YHT.	
PÄÄDIAGNOOSILUOKKA				
!MUUT	9!	8!	17!	
!YHT.	9!	8!	17!	

2

KEHITYSVAMMAKARTOITUS: PÄÄDIAGNOOSIJAKALMA

KUNTA=164 JALASJÄRVI

	NYKYINEN				YHT.
	SIJOITUSPAIKKA				
	KOTI	KOTI2	AS	YHT.	
PÄÄDIAGNOOSILUOKKA					
!EI ILMOITETTU	19!	7!	5!	31!	
!YHT.	19!	7!	5!	31!	

3

KEHITYSVAMMAKARTOITUS: PÄÄDIAGNOOSIJAKALMA

KUNTA=853 TURKU

	NYKYINEN SIJOITUSPAIKKA									YHT.
	KOTI	PERHE	PT	AS	HAS	MLA	PSYK	YHT.		
PÄÄDIAGNOOSILUOKKA										
!741** SPINA BIFIDA APERTA	.!	1!	.!	.!	.!	.!	.!	.!	.!	1!
!745** MALEF BULB/SEPT CORD	.!	1!	.!	.!	.!	.!	.!	.!	.!	1!
!748** MALEF CONG ORG RESP	.!	1!	.!	.!	.!	.!	.!	.!	.!	1!
!756** MALEF MUSCULOSC AL	.!	1!	.!	.!	.!	.!	.!	.!	.!	1!
!758** ANOMALIAE CHROMOSOM	.!	8!	4!	.!	.!	2!	.!	.!	.!	14!
!759** MALEFORM ALIAE CONG	.!	2!	.!	.!	.!	.!	.!	.!	.!	2!
!EI ILMOITETTU	1!	114!	13!	1!	8!	17!	7!	2!	2!	163!
!MUUT	.!	82!	6!	1!	1!	5!	.!	.!	.!	95!
!YHT.	1!	210!	23!	2!	9!	24!	7!	2!	2!	278!

4

KEHITYSVAMMAKARTOITUS: PÄÄDIAGNOOSIJAKALMA

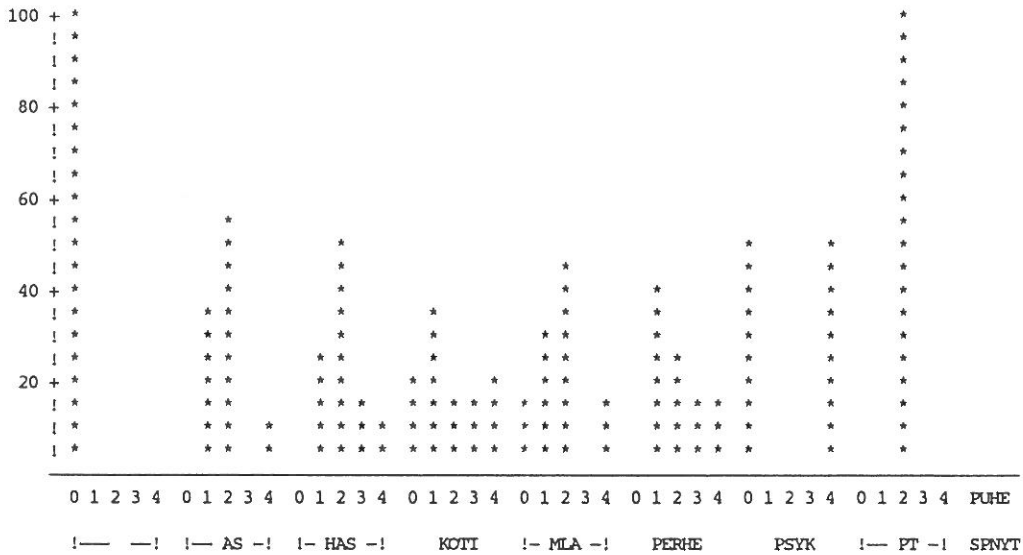
KUNNAT YHTEENSÄ

	NYKYINEN SIJOITUSPAIKKA									YHT.
	KOTI	KOTI2	PERHE	PT	AS	HAS	MLA	PSYK	YHT.	
PÄÄDIAGNOOSILUOKKA										
!741** SPINA BIFIDA APERTA	.!	1!	.!	.!	.!	.!	.!	.!	.!	1!
!745** MALEF BULB/SEPT CORD	.!	1!	.!	.!	.!	.!	.!	.!	.!	1!
!748** MALEF CONG ORG RESP	.!	1!	.!	.!	.!	.!	.!	.!	.!	1!
!756** MALEF MUSCULOSC AL	.!	1!	.!	.!	.!	.!	.!	.!	.!	1!
!758** ANOMALIAE CHROMOSOM	.!	8!	.!	4!	.!	.!	2!	.!	.!	14!
!759** MALEFORM ALIAE CONG	.!	2!	.!	.!	.!	.!	.!	.!	.!	2!
!EI ILMOITETTU	1!	133!	7!	13!	1!	13!	17!	7!	2!	194!
!MUUT	.!	91!	.!	6!	1!	9!	5!	.!	.!	112!
!YHT.	1!	238!	7!	23!	2!	22!	24!	7!	2!	326!

KEHITYSVAMMAKARTOITUS: TOIMINTAKYKYJAOTTELU

KUNTA=853 TURKU

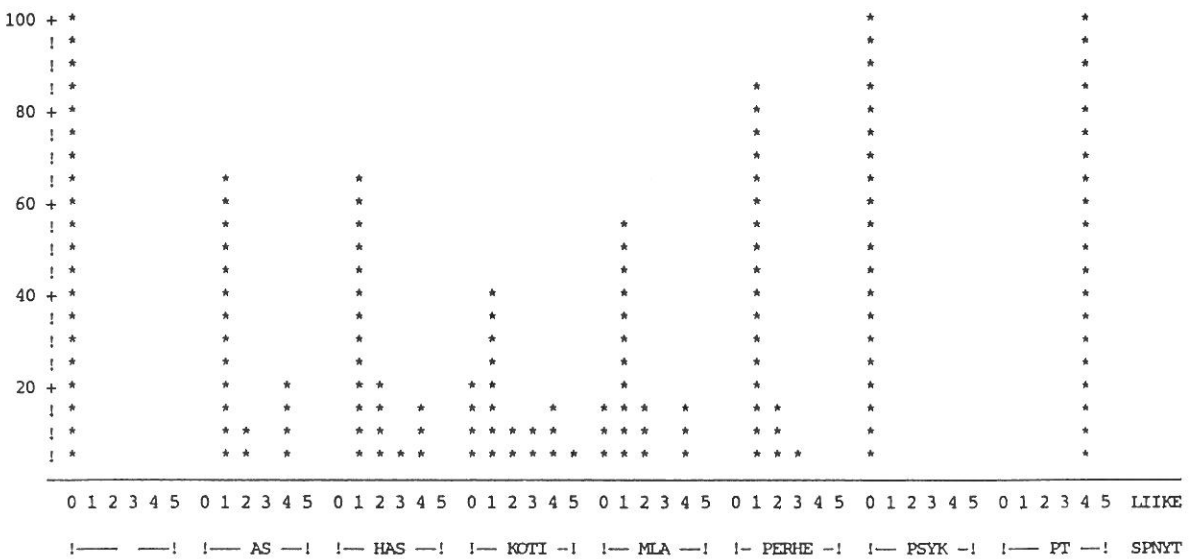
Percentage



KEHITYSVAMMAKARTOITUS: TOIMINTAKYKYJAOTTELU

KUNTA=853 TURKU

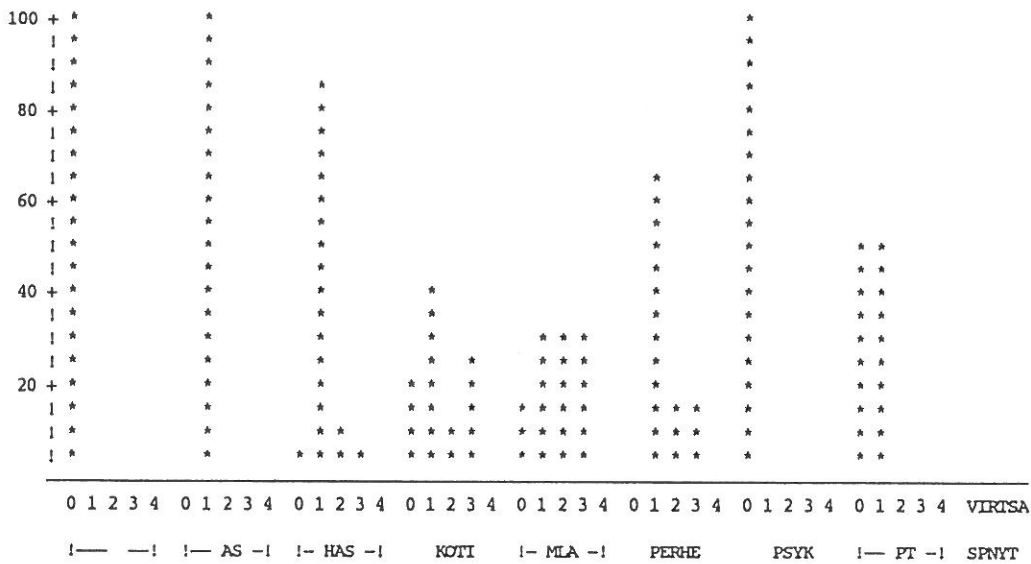
Percentage



KEHITYSVAMMAKARTOITUS: TOIMINTAKYKKAJOTTELU

KUNTA=853 TURKU

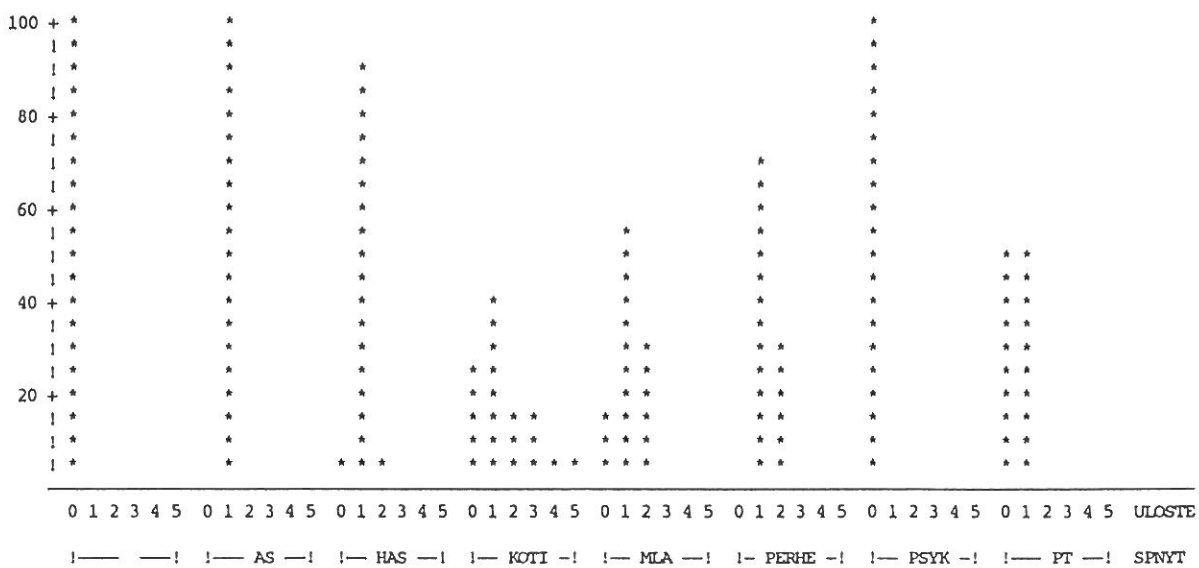
Percentage



KEHITYSVAMMAKARTOITUS: TOIMINTAKYKKAJOTTELU

KUNTA=853 TURKU

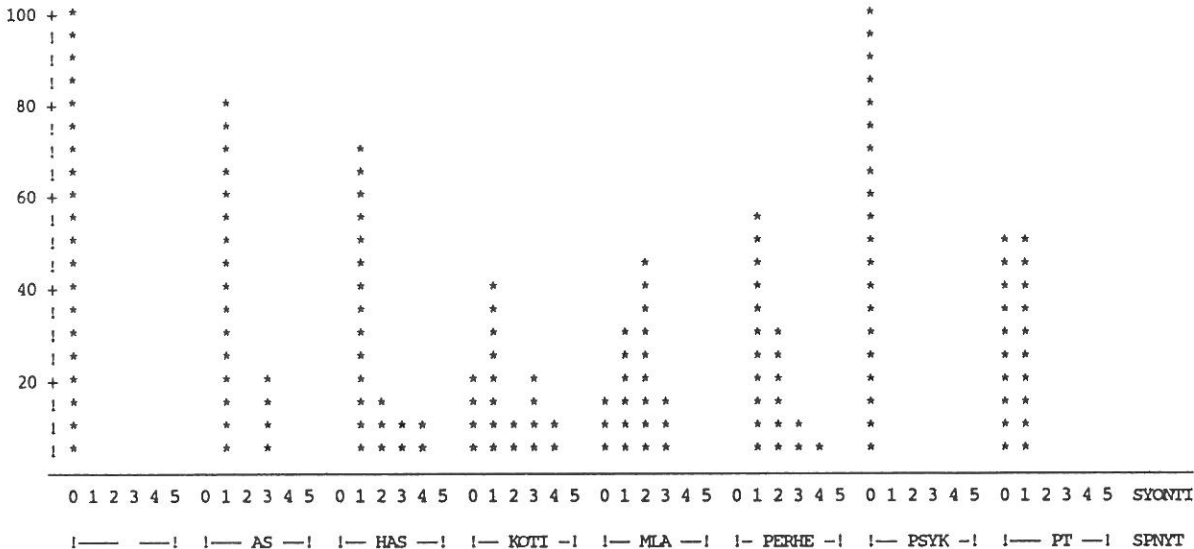
Percentage



KEHITYSVAMMAKARTOITUS: TOIMINTAKYKYJAOITTELU

KUNTA=853 TURKU

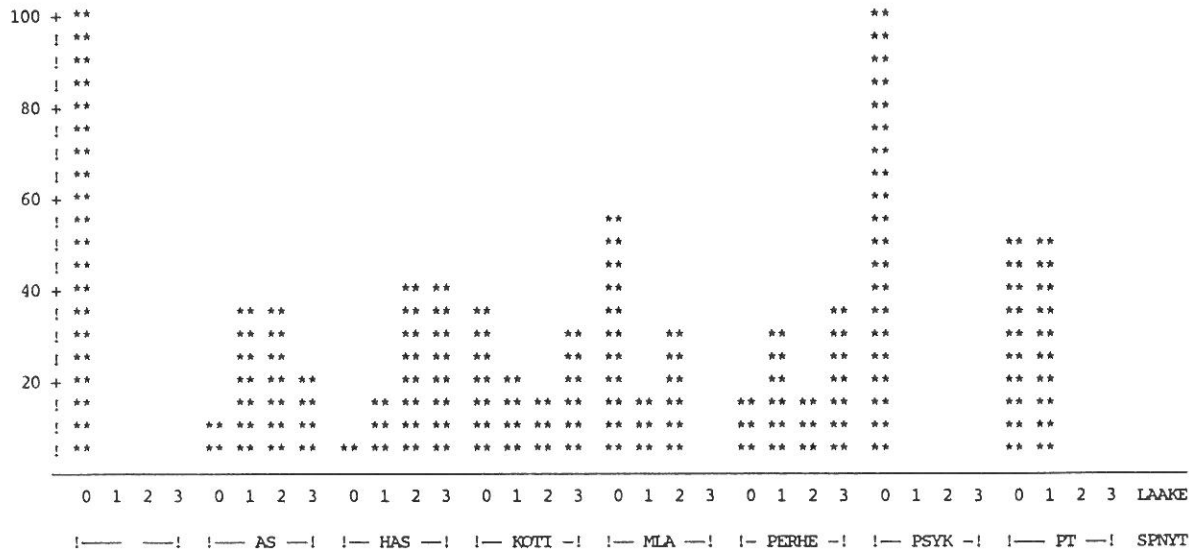
Percentage



KEHITYSVAMMAKARTOITUS: TOIMINTAKYKYJAOITTELU

KUNTA=853 TURKU

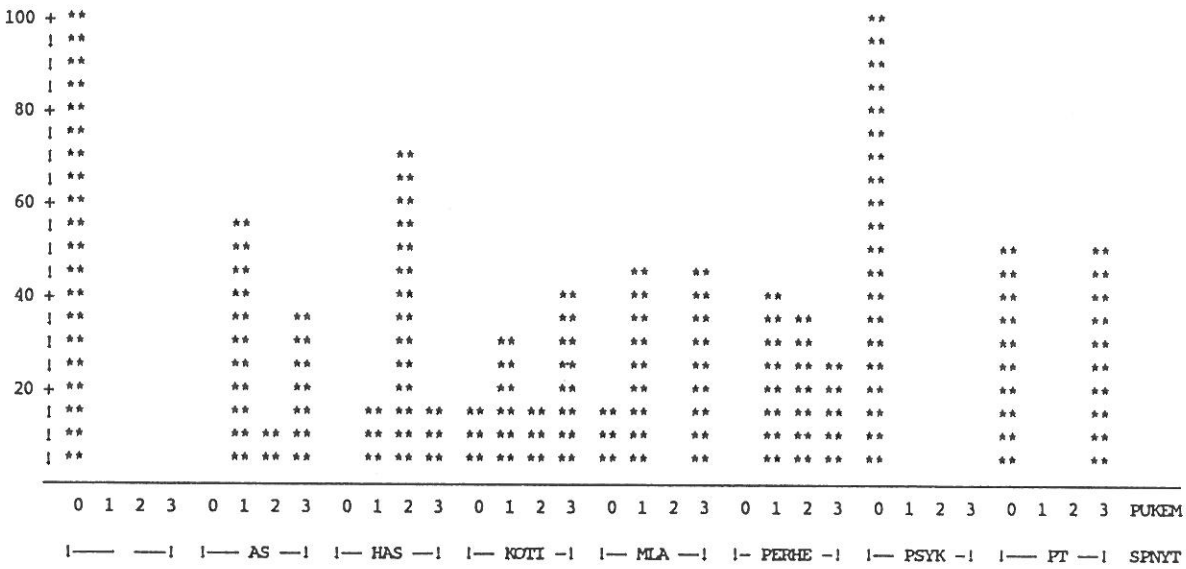
Percentage



KEHITYSVAMMAKARTOITUS: TOIMINTAKYKYJAJOTTELU

KUNIA=853 TURKU

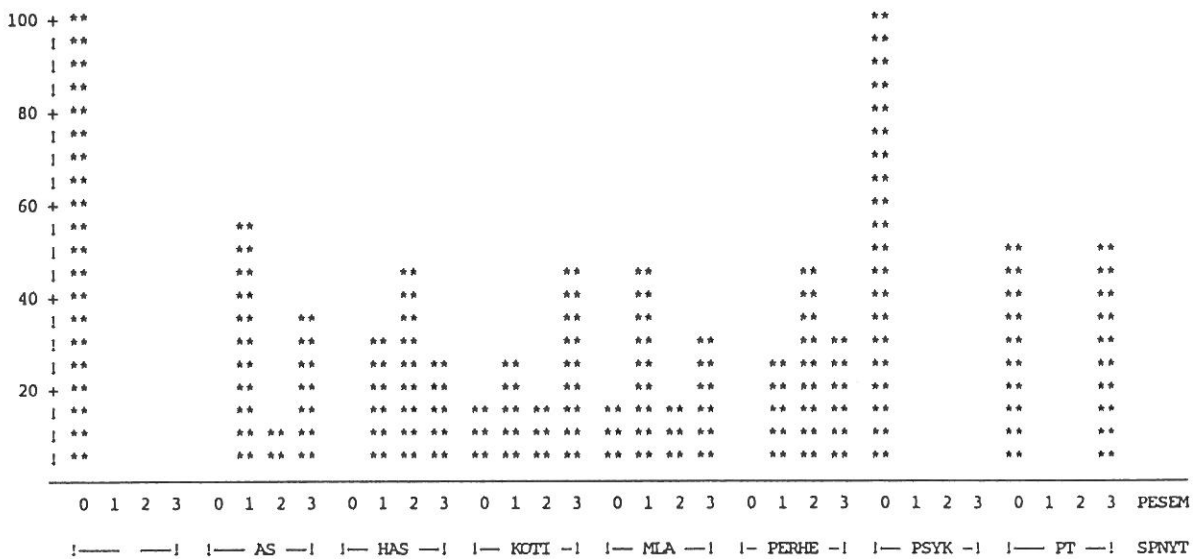
Percentage



KEHITYSVAMMAKARTOITUS: TOIMINTAKYKYJAJOTTELU

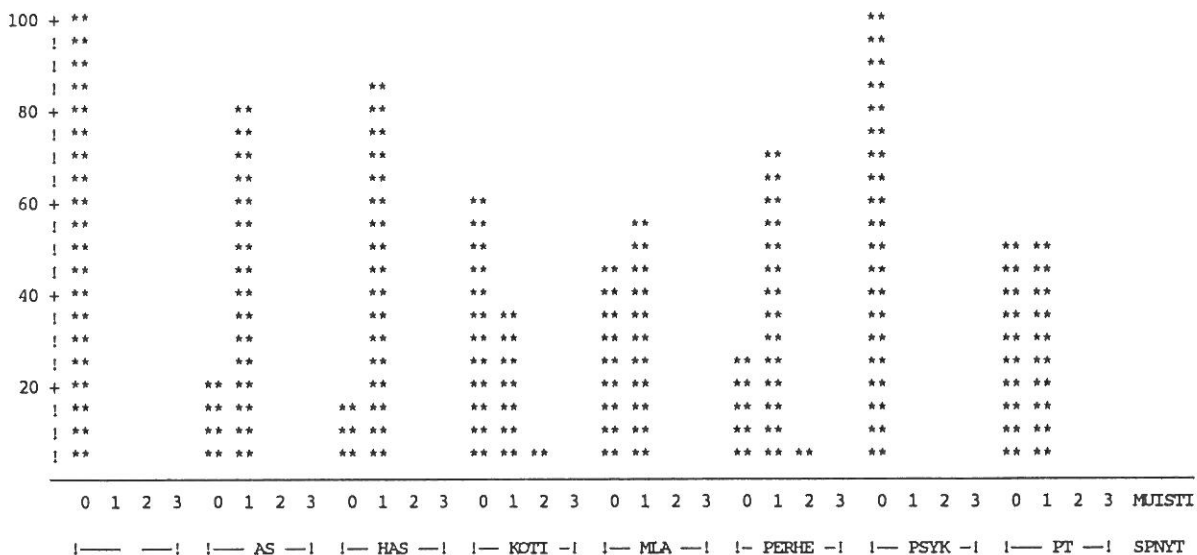
KUNIA=853 TURKU

Percentage



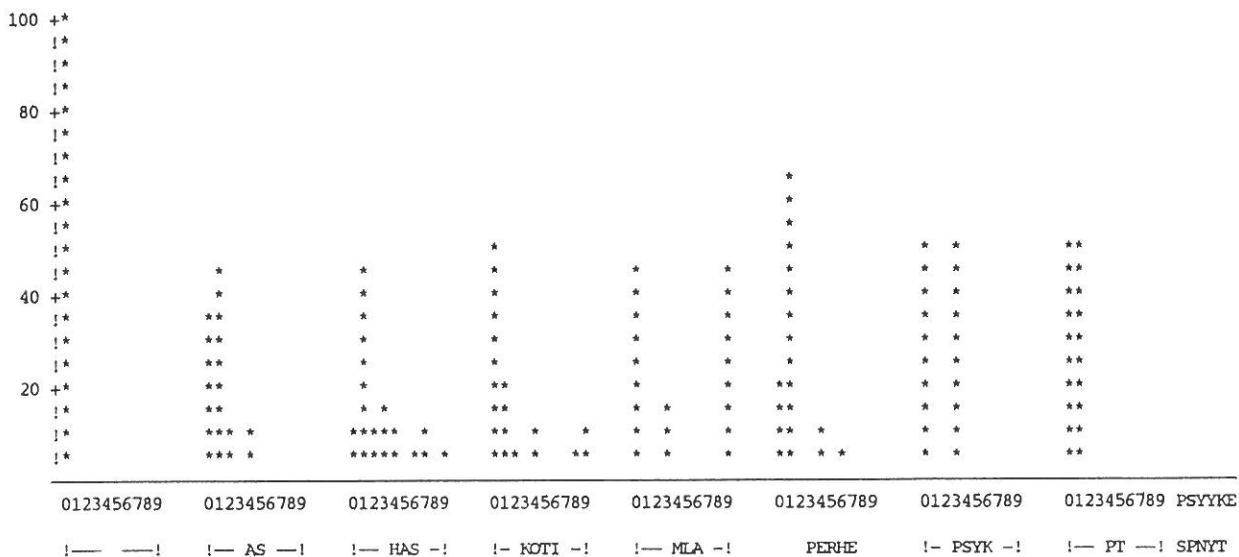
KUNIA=853 TURKU

Percentage



KUNIA=853 TURKU

Percentage



NYKYPALVELUJEN JA PALVELUJEN PUUTTEIDEN JA LISÄTARPEIDEN JAKALMA

KUNTA=285 KOTKA

		NYKYPALVELUT															
PALVELUJEN SAAJAT																	
SIJOITUSPAIKOITTEI- N																	
		KOTIKÄYNTIÄ TEKEVÄT															
		koti- käynt. psyk. perus sos. päivä- päiväp. n. toim. sos. saa pii- lerik. terv. toim. sair. vuode- suoja suojalamm. kesk. kerho mtt luuta rissä koti- hoito hoito työnt. paikka osast. työp. työp. koul. toim. toim. käyn. palv.															
asuk- kaita		lkm	/vko	lkm	lkm	lkm	lkm	lkm	lkm	lkm	lkm	lkm	lkm	lkm	lkm	lkm	lkm
KOTI	KAIKKI	1441	71	1.31	51	21	41	111	11	111	11	241	131	1391	11		
	puuttuu	11	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	11	.1	.1	.1	11	.1	.1	.1
	15-24	101	11	0.01	11	.1	11	.1	.1	.1	.1	11	.1	11	101	.1	.1
	25-64	1291	51	1.71	31	21	31	101	.1	101	.1	11	241	121	1241	11	.1
	yli 65	41	11	0.51	11	.1	.1	11	.1	.1	.1	.1	.1	.1	41	.1	.1
PT	KAIKKI	11	11	21.01	.1	11	.1	.1	.1	.1	.1	.1	11	.1	11	.1	.1
	yli 65	11	11	21.01	.1	11	.1	.1	.1	.1	.1	.1	11	.1	11	.1	.1
SAS	KAIKKI	11	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	11	.1	.1
	15-24	11	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1
KKOTI	KAIKKI	101	.1	.1	.1	.1	.1	.1	11	.1	.1	.1	.1	71	11	71	.1
	15-24	11	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	11	11	.1	.1
	25-64	91	.1	.1	.1	.1	.1	.1	11	.1	.1	.1	.1	61	.1	71	.1
KOS	KAIKKI	361	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	41	.1	.1	.1
	15-24	11	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1
	25-64	351	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	41	.1	.1	.1
AOS	KAIKKI	161	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1
	15-24	51	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1
	25-64	71	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1
	yli 65	41	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1
MLA	KAIKKI	311	21	1.51	.1	11	11	.1	.1	.1	.1	.1	11	.1	11	11	11
	15-24	21	11	1.01	.1	.1	11	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	11	11
	25-64	151	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1
	yli 65	141	11	2.01	.1	11	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	11	.1	.1	.1
YHTEENSÄ	KAIKKI	2391	101	3.31	51	41	51	111	11	111	.1	21	371	141	1491	21	.1
	puuttuu	11	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	11	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1
	15-24	201	21	0.51	11	.1	21	.1	.1	.1	.1	11	11	21	121	11	.1
	25-64	1951	51	1.71	31	21	31	101	11	101	.1	11	341	121	1311	11	.1
	yli 65	231	31	7.81	11	21	.1	11	.1	.1	.1	.1	21	.1	51	.1	.1

KUNTA=853 TURKU

PALVELUJEN PUUTTEET SIJOITUSPAIKOITTA- MIN	PUUTTEET																		
	LISÄKÄYNNIT																		
	lako	rällä	koti	psyk.	perus	en	päivä	päivä	p.	n.	toim.	isos.	monel-	vää-	tuu	toim-	itera-	ylei-	
	puut-	teita	tusp.	t.	käyn-	hoito	hoito	t.	ipaikka	losast.	työp.	työp.	koulu	toim.	toim.	to	käyn.	palv.	
	asuk-	lkaita	lkm	lkm	lkm	l/vko	lkm	lkm	lkm	lkm	lkm	lkm	lkm	lkm	lkm	lkm	lkm	lkm	lkm
KAIKKI	31	11	11	11	0.1	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11
15-24	11	11	11	11	0.1	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11
25-64	11	11	11	11	0.1	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11
yli 65	11	11	11	11	0.1	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11
KOTI	349	91	12	16	0.9	13	11	2	4	11	14	10	16	12	25	14	11	16	
puuttuu	21	11	11	11	0.1	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	
15-24	231	61	6	15	0.9	13	11	11	2	11	13	10	12	12	21	13	11	11	
25-64	288	73	6	15	0.9	13	11	11	2	11	13	10	12	12	21	13	11	11	
yli 65	361	11	5	11	0.3	11	11	11	2	11	11	11	11	11	11	11	11	11	
PT	4	3	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
25-64	4	3	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
SAS	15	8	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
puuttuu	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
25-64	14	7	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
PK	19	6	5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
25-64	13	5	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
yli 65	6	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
KKOTI	26	13	5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
15-24	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
25-64	25	12	5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
PS/KOTI	40	7	1	0.3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
15-24	5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
25-64	34	5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
yli 65	1	1	1	1	0.3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
KOS	85	47	24	3	1.7	3	1	2	1	1	10	6	3	11	21	4	1	2	
15-24	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
25-64	66	37	19	3	1.7	3	1	2	1	1	9	5	2	11	17	3	1	2	
yli 65	17	8	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	1	1	1	
AOS	77	50	30	5	3.4	1	2	3	1	1	9	1	13	5	10	17	1	6	
15-24	11	8	5	1	1	1	1	1	1	1	2	1	6	1	1	5	1	2	
25-64	52	35	20	3	0.3	1	2	1	1	1	7	1	7	4	7	11	1	4	
yli 65	14	7	5	2	8.0	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	
MLA	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
15-24	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
yli 65	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
YHTEENSÄ	622	226	83	25	1.5	16	3	7	6	1	39	22	37	32	63	47	1	25	
puuttuu	3	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
15-24	44	18	6	1	1	1	1	1	1	1	4	2	13	1	2	7	1	5	
25-64	497	178	60	21	0.9	16	3	4	3	1	35	19	24	31	51	38	1	18	
yli 65	78	28	15	4	4.2	1	1	3	3	1	1	1	1	1	10	1	1	2	

PALVELUJEN TAVOITETILAMALLI

KUNTA=108 HÄMEENKYRÖ

SIJOITUSPAIKKA		PALVELUT															
		KOTIKÄYNTIÄ TEKEVÄT															
		koti-ikäynti-terveys-psyk. perus- sos. päivä- päiväp. p. n. toim. sos. mtt muuta															
		rissä koti- hoito- hoito- työnt. paikka- osast. työp. työp. koul. toim. toim. to ikäyn. palv.															
		asuk- ikänt. lkm /vko lkm lkm lkm lkm lkm lkm lkm lkm lkm lkm lkm lkm lkm lkm lkm															
		kaita lkm lkm lkm lkm lkm lkm lkm lkm lkm lkm lkm lkm lkm lkm lkm lkm lkm															
KOTI	KAIKKI	71	31	0.91	.1	11	31	.1	.1	21	.1	.1	71	11	11	41	.1
	25-64	71	31	0.91	.1	11	31	.1	.1	21	.1	.1	71	11	11	41	.1
KOTI2	KAIKKI	21	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	11	.1	.1	21	11	.1	21	.1
	25-64	21	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	11	.1	.1	21	11	.1	21	.1
PT	KAIKKI	11	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	11	.1	.1	11	.1	.1	11	.1
	25-64	11	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	11	.1	.1	11	.1	.1	11	.1
PK	KAIKKI	31	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	11	.1	.1	21	.1	11	11	11
	25-64	31	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	11	.1	.1	21	.1	11	11	11
YHTEENSÄ	KAIKKI	131	31	0.91	.1	11	31	.1	.1	51	.1	.1	121	21	21	81	11
	25-64	131	31	0.91	.1	11	31	.1	.1	51	.1	.1	121	21	21	81	11

PALVELUJEN TAVOITETILAMALLI

KUNTA=164 JALASJÄRVI

SIJOITUSPAIKKA		PALVELUT															
		KOTIKÄYNTIÄ TEKEVÄT															
		koti-ikäynti-terveys-psyk. perus- sos. päivä- päiväp. p. n. toim. sos. mtt muuta															
		rissä koti- hoito- hoito- työnt. paikka- osast. työp. työp. koul. toim. toim. to ikäyn. palv.															
		asuk- ikänt. lkm /vko lkm lkm lkm lkm lkm lkm lkm lkm lkm lkm lkm lkm lkm lkm lkm															
		kaita lkm lkm lkm lkm lkm lkm lkm lkm lkm lkm lkm lkm lkm lkm lkm lkm lkm															
	KAIKKI	11	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	11	.1	11	.1
	25-64	11	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	11	.1	11	.1
KOTI	KAIKKI	1221	171	0.61	81	51	131	31	161	251	81	81	31	321	11	1111	51
	puuttuu	11	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	11	.1	11	.1
	15-24	21	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	11	11
	25-64	1051	121	0.51	61	41	91	21	151	241	71	71	21	261	11	981	31
	yli 65	141	51	0.81	21	11	41	11	11	11	11	11	11	51	.1	111	11
KOTI2	KAIKKI	41	21	0.11	21	.1	.1	.1	11	31	11	.1	.1	31	11	41	.1
	15-24	11	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	11	.1
	25-64	31	21	0.11	21	.1	.1	.1	11	31	.1	.1	.1	31	11	31	.1
PAS	KAIKKI	11	.1	.1	.1	.1	.1	.1	11	11	11	.1	.1	11	.1	.1	.1
	25-64	11	.1	.1	.1	.1	.1	.1	11	11	11	.1	.1	11	.1	.1	.1
HKOTI	KAIKKI	41	.1	.1	.1	.1	.1	31	41	31	31	31	.1	31	11	11	.1
	25-64	41	.1	.1	.1	.1	.1	31	41	31	31	31	.1	31	11	11	.1
YHTEENSÄ	KAIKKI	1321	191	0.51	101	51	131	61	221	321	131	111	31	401	31	1171	51
	puuttuu	11	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	11	.1	11	.1
	15-24	31	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	11	.1	.1	.1	.1	21	11
	25-64	1141	141	0.41	81	41	91	51	211	311	111	101	21	341	31	1031	31
	yli 65	141	51	0.81	21	11	41	11	11	11	11	11	11	51	.1	111	11

PALVELUJEN TAVOITTEILAMALLI

KUNTA=285 KOTKA

SIJOITUSPAIKKA	PALVELUT															
	asuk-	ikäynt.	ikäynt.	ikäynt.	ikäynt.	ikäynt.	ikäynt.	ikäynt.	ikäynt.	ikäynt.	ikäynt.	ikäynt.	ikäynt.	ikäynt.	ikäynt.	ikäynt.
	lkm	/vko	lkm	lkm	lkm	lkm	lkm	lkm	lkm	lkm	lkm	lkm	lkm	lkm	lkm	lkm
KAIKKI	61	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	21	21	21	.1	.1	21	51
15-24	11	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	11
25-64	51	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	21	21	21	.1	.1	21	41
KOTI KAIKKI	141	8	1.3	5	2	3	13	.1	11	8	12	29	22	9	132	11
puuttuu	11	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	11	11	11	.1	.1	11	11
15-24	101	1	0.0	1	.1	1	.1	.1	.1	.1	2	11	21	11	9	.1
25-64	124	5	1.6	3	1	2	12	.1	10	7	9	27	20	7	118	11
yli 65	6	2	1.3	1	1	.1	1	.1	.1	.1	.1	1	.1	.1	4	.1
PERHE KAIKKI	2	1	1.0	.1	.1	1	.1	.1	.1	.1	1	.1	.1	.1	1	1
15-24	2	1	1.0	.1	.1	1	.1	.1	.1	.1	1	.1	.1	.1	1	1
PT KAIKKI	2	2	10.6	1	2	1	.1	.1	.1	.1	.1	1	.1	1	2	1
25-64	1	1	0.3	1	1	1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	1	1	1
yli 65	1	1	21.0	.1	1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	1	.1	.1	1	.1
SAS KAIKKI	1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1
15-24	1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1
PK KAIKKI	2	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	2	.1	.1	2	.1
25-64	2	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	2	.1	.1	2	.1
KKOTI KAIKKI	8	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	1	.1	.1	4	.1	.1	5	.1
25-64	8	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	1	.1	.1	4	.1	.1	5	.1
MLA KAIKKI	22	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1
25-64	10	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1
yli 65	12	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1
KOS KAIKKI	39	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	4	.1	.1	1	.1
15-24	1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1
25-64	37	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	4	.1	.1	1	.1
yli 65	1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1
AOS KAIKKI	16	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1
15-24	5	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1
25-64	8	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1
yli 65	3	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1
YHTEENSÄ KAIKKI	239	11	3.0	6	4	5	13	1	13	10	15	40	22	12	149	3
puuttuu	1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	1	1	1	1	.1	.1	1	.1
15-24	20	2	0.5	1	.1	2	.1	.1	.1	3	1	2	1	1	12	1
25-64	195	6	1.4	4	2	3	12	1	12	9	11	37	20	10	131	2
yli 65	23	3	7.8	1	2	.1	1	.1	.1	.1	.1	2	.1	.1	5	.1

PALVELUJEN TAVOITETILAMALLI

KUNTA=853 TURKU

SIJOITUSPAIKKA	PALVELUT																
	asuk-	ikäynt.	ikäynt.	koti-	hoito-	hoito-	työnt.	paikka-	osast.	työp.	työp.	koul.	toim.	toim.	to	ikäyn.	ipalv.
	lk	/vko	lk	lk	lk	lk	lk	lk	lk	lk	lk	lk	lk	lk	lk	lk	lk
KAIKKI	51	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1
15-24	11	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1
25-64	21	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1
yli 65	21	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1
KOTI	3541	821	1.41	681	91	191	181	31	311	161	241	501	781	171	1891	611	
puuttuu	21	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	11	.1	11	11	11	11	.1	.1
15-24	241	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	11	11	81	21	.1	21	201	41	
25-64	2941	681	0.91	611	31	81	71	31	301	141	161	451	701	141	1571	471	
yli 65	341	141	3.61	71	61	111	111	.1	.1	.1	21	71	.1	111	101		
KOTI2	31	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	11	11	21	31	11	.1	
25-64	31	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	11	11	21	31	11	.1	
APT	61	41	0.91	41	.1	.1	.1	.1	.1	.1	21	31	.1	11	31		
25-64	41	31	0.91	31	.1	.1	.1	.1	.1	.1	11	21	.1	11	21		
yli 65	21	11	1.01	11	.1	.1	.1	.1	.1	.1	11	11	.1	11	11		
IAS	221	71	1.91	61	11	11	.1	11	41	11	11	51	61	21	11	81	
25-64	221	71	1.91	61	11	11	.1	11	41	11	11	51	61	21	11	81	
IPK	201	31	1.01	31	.1	.1	.1	.1	41	.1	.1	11	11	21	.1	11	
15-24	11	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	11	.1	.1	.1	.1	11	.1	11	
25-64	141	31	1.01	31	.1	.1	.1	.1	31	.1	.1	11	11	11	.1	.1	
yli 65	51	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	
IKKOTI	251	31	1.11	31	.1	.1	.1	.1	91	31	31	101	61	.1	11	21	
15-24	11	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	11	.1	11	.1	11	.1	.1	11	
25-64	241	31	1.11	31	.1	.1	.1	.1	81	31	21	101	51	.1	11	11	
IMLA	191	41	0.91	41	11	11	21	.1	.1	.1	11	11	.1	21	11	21	
15-24	11	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	11	.1	.1	.1	.1	.1	
25-64	71	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	11	.1	21	11	11	
yli 65	111	41	0.91	41	11	11	21	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	
IPS/KOTI	431	21	0.71	21	.1	11	251	131	11	21	31	21	51	21	.1	111	
15-24	51	.1	.1	.1	.1	.1	31	11	.1	.1	21	11	11	.1	.1	21	
25-64	371	11	1.01	21	.1	11	221	111	11	21	11	11	31	21	.1	91	
yli 65	11	11	0.31	.1	.1	.1	.1	11	.1	.1	.1	.1	11	.1	.1	.1	
KOS	781	81	0.81	61	.1	11	51	.1	181	71	71	131	231	101	41	201	
puuttuu	11	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	11	.1	
15-24	51	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	31	21	31	11	21	21	.1	31	
25-64	581	81	0.81	61	.1	11	.1	.1	151	51	41	121	181	81	31	171	
yli 65	141	.1	.1	.1	.1	.1	51	.1	.1	.1	.1	.1	31	.1	.1	.1	
IAOS	471	21	0.51	.1	11	11	11	.1	41	.1	81	21	51	91	.1	131	
15-24	61	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	31	.1	.1	21	.1	31	
25-64	321	21	0.51	.1	11	11	11	.1	41	.1	51	21	41	61	.1	101	
yli 65	91	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	11	11	.1	.1	
IYHTEENSÄ	6221	1151	1.31	961	121	241	511	171	711	291	481	871	1291	471	1981	1221	
puuttuu	31	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	.1	11	.1	11	11	21	.1	
15-24	441	.1	.1	.1	.1	.1	31	11	61	31	181	41	41	71	201	151	
25-64	4971	951	1.01	841	51	121	301	151	651	251	301	791	1111	381	1641	951	
yli 65	781	201	2.81	121	71	121	181	11	.1	.1	.1	31	131	11	121	121	

PALVELUJEN TAVOITETILAMALLI
KUNNAT YHTEENSÄ

SIJOITUSPAIKKA	PALVELUT																
	asuk-	lkm	/vko	lkm	lkm	lkm	lkm	lkm	lkm	lkm	lkm	lkm	lkm	lkm	lkm	lkm	
KAIKKI	121	..	..	..	..	..	..	..	..	21	21	21	..	11	21	61	11
15-24	21	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	11	11
25-64	81	..	..	..	..	..	..	..	..	21	21	21	..	11	21	51	..
yli 65	21	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
KOTI	6241	1101	1.21	811	171	381	341	191	691	321	441	891	1331	281	4361	671	
puuttuu	41	..	..	..	..	..	..	..	11	21	11	11	21	21	31	..	..
15-24	361	11	0.01	11	11	11	..	..	11	11	101	31	21	31	301	51	..
25-64	5301	881	0.91	701	91	221	211	181	661	281	321	811	1171	231	3771	511	..
yli 65	541	211	2.71	101	81	151	131	11	11	11	11	41	121	..	261	111	..
KOTI2	91	21	0.11	21	..	..	..	11	41	11	11	31	61	41	71	..	..
15-24	11	..	..	..	..	..	..	..	..	11	..	..	..	..	11	..	..
25-64	81	21	0.11	21	..	..	..	11	41	..	11	31	61	41	61	..	..
PERHE	21	11	1.01	..	..	11	..	..	..	..	11	..	..	..	11	11	11
15-24	21	11	1.01	..	..	11	..	..	..	..	11	..	..	..	11	11	11
PT	91	61	4.21	51	21	11	..	..	11	..	..	41	31	11	41	41	..
25-64	61	41	0.81	41	11	11	..	..	11	..	..	21	21	11	21	31	..
yli 65	31	21	11.01	11	11	..	..	..	..	..	..	21	11	..	21	11	..
SAS	241	71	1.91	61	11	11	..	21	51	21	11	51	71	21	21	81	..
15-24	11	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	11	..	..
25-64	231	71	1.91	61	11	11	..	21	51	21	11	51	71	21	11	81	..
PK	251	31	1.01	31	..	..	..	..	51	..	..	51	11	31	31	21	..
15-24	11	..	..	..	..	..	..	..	11	..	..	..	..	11	..	11	..
25-64	191	31	1.01	31	..	..	..	..	41	..	..	51	11	21	31	11	..
yli 65	51	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
KKOTI	371	31	1.11	31	..	..	31	51	121	61	61	141	91	11	71	21	..
15-24	11	..	..	..	..	..	..	..	11	..	11	..	11	..	..	11	..
25-64	361	31	1.11	31	..	..	31	51	111	61	51	141	81	11	71	11	..
MLA	411	41	0.91	41	11	11	21	..	..	..	11	11	..	21	11	21	..
15-24	11	..	..	..	..	..	..	..	..	..	11	..	..	..	..	..	..
25-64	171	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	11	..	21	11	11	..
yli 65	231	41	0.91	41	11	11	21	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
PS/KOTI	431	21	0.71	21	..	11	251	131	11	21	31	21	51	21	..	111	..
15-24	51	..	..	..	..	..	31	11	..	..	21	11	11	..	..	21	..
25-64	371	11	1.01	21	..	11	221	111	11	21	11	31	21	..	91	..	..
yli 65	11	11	0.31	..	..	..	..	11	..	..	..	..	11	..	..	..	..
KOS	1171	81	0.81	61	..	11	51	..	181	71	71	171	231	101	51	201	..
puuttuu	11	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	11	..	..
15-24	61	..	..	..	..	..	..	..	31	21	31	11	21	21	..	31	..
25-64	951	81	0.81	61	..	11	..	..	151	51	41	161	181	81	41	171	..
yli 65	151	..	..	..	..	..	51	..	..	..	..	..	31	..	..	..	..
AOS	631	21	0.51	..	11	11	11	..	41	..	81	21	51	91	..	131	..
15-24	111	..	..	..	..	..	..	..	..	..	31	..	..	21	..	31	..
25-64	401	21	0.51	..	11	11	11	..	41	..	51	21	41	61	..	101	..
yli 65	121	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	11	11	..	..	..
YHTEENSÄ	10061	1481	1.31	1121	221	451	701	401	1211	521	741	1421	1931	641	4721	1311	..
puuttuu	51	..	..	..	..	..	..	..	11	21	11	11	21	21	41	..	..
15-24	671	21	0.51	11	..	21	31	11	61	41	211	51	61	81	341	171	..
25-64	8191	1181	0.91	961	121	271	471	371	1131	451	511	1301	1671	531	4061	1011	..
yli 65	1151	281	3.01	151	101	161	201	21	11	11	11	61	181	11	281	131	..

PSYKIATRISEN ERIKOISHOIDON SIJOITUSPAIKKAJAKAUMA

KUNTA=108 HÄMEENKYRÖ

TARKOITUKSENLUOKKA	NYKYINEN			
	KOTI	PK	KKOTI	YHT.
KOTI	6	1	1	7
KOTI2	2	1	1	2
PK	1	3	1	3
YHT.	8	4	1	13

PSYKIATRISEN ERIKOISHOIDON POTILAIEN SIJOITTUMINEN ERI HOITOMUODOILLE

1

KUNTA=108 HÄMEENKYRÖ

SIJOITUSPAIKKA	ALIHUOLTO	TARKKUMUK	YLIHUOLTO	YHT.	sij.-%
KOTI	2	6	1	8	75.0
PK	1	3	1	4	75.0
KKOTI	1	1	1	1	1
YHTEENSÄ	2	9	2	13	75.0

PSYKIATRISEN ERIKOISHOIDON SIJOITUSPAIKKAJAKAUMA

2

KUNTA=164 JALASJÄRVI

TARKOITUKSENLUOKKA	NYKYINEN			
	KOTI	MLA	AOS	YHT.
KOTI	117	2	3	122
KOTI2	4	1	1	4
IAS	1	1	1	1
KKOTI	1	3	1	4
YHT.	122	6	3	131

PSYKIATRISEN ERIKOISHOIDON POTILAIEN SIJOITTUMINEN ERI HOITOMUODOILLE

2

KUNTA=164 JALASJÄRVI

SIJOITUSPAIKKA	ALIHUOLTO	TARKKUMUK	YLIHUOLTO	YHT.	sij.-%
KOTI	5	117	1	122	95.9
MLA	1	1	6	6	1
AOS	1	1	3	3	1
YHTEENSÄ	5	117	9	131	95.9

PSYKIATRISEN ERIKOISHOIDON SIJOITUSPAIKKAJAKALMA

3

KUNTA=285 KOTKA

!TARKOITUKSEN- !SIJOITUSPAIKKA	NYKYINEN SIJOITUSPAIKKA								! YHT.
	! KOTTI	! PT	! AS	! KKKOTTI	! MLA	! KOS	! AOS	!	
!KOTTI	137	1	1	1	3	1	1	1	141
!PERHE	1	1	1	1	2	1	1	1	2
!PT	1	1	1	1	1	1	1	1	2
!AS	1	1	1	1	1	1	1	1	1
!PK	1	1	1	2	1	1	1	1	2
!KKOTTI	1	1	1	7	1	1	1	1	8
!MLA	1	1	1	1	20	2	1	1	22
!KOS	1	1	1	1	4	33	1	1	39
!AOS	1	1	1	1	1	1	15	1	16
!YHT.	139	1	1	10	31	35	16	1	233

PSYKIATRISEN ERIKOISHOIDON POTILAIDEN SIJOITTUMINEN ERI HOITOMUODOILLE

3

KUNTA=285 KOTKA

!SIJOITUSPAIKKA	!ALIHOTO	!TARKMUK	!YLIHOITO	!YHT	! sij.-%
!KOTTI	2	137	5	144	95.1
!PT	1	1	1	1	100.0
!AS	1	1	1	1	100.0
!KKOTTI	1	7	3	10	70.0
!MLA	1	5	20	31	64.5
!KOS	1	33	3	36	91.7
!AOS	1	15	1	16	93.8
!YHTEENSÄ	7	214	18	239	87.9

PSYKIATRISEN ERIKOISHOIDON SIJOITUSPAIKKAJAKALMA

4

KUNTA=853 TURKU

!TARKOITUKSEN- !SIJOITUSPAIKKA	NYKYINEN SIJOITUSPAIKKA										
	! KOTTI	! PT	! AS	! PK	! KKKOTTI	! MLA	! TI	! KOS	! AOS	! YHT.	
!KOTTI	337	2	1	1	3	1	1	2	8	354	
!KOTTI2	3	1	1	1	1	1	1	1	1	3	
!PT	2	2	1	1	1	1	1	1	1	6	
!AS	1	1	11	1	2	1	1	6	2	22	
!PK	1	1	1	14	1	1	1	6	1	20	
!KKOTTI	1	1	1	2	21	1	1	1	1	25	
!MLA	3	1	1	1	1	4	1	9	1	18	
!PS/KOTTI	1	1	1	1	1	1	40	1	3	43	
!KOS	2	1	1	1	1	1	1	6	15	78	
!AOS	1	1	1	1	1	1	1	47	47	47	
!YHT.	349	4	15	17	26	4	40	84	77	616	

PSYKIATRISEN ERIKOISHOIDON POTILAIDEN SIJOITTUMINEN ERI HOITOMUODOILLE

4

KUNTA=853 TURKU

!SIJOITUSPAIKKA	!ALIHOTO	!TARKMUK	!YLIHOITO	!YHT	! sij.-%
!KOTTI	12	337	1	349	96.6
!PT	1	2	2	4	50.0
!AS	2	11	2	15	73.3
!PK	2	14	3	19	73.7
!KKOTTI	1	21	5	26	80.8
!MLA	1	4	1	4	100.0
!PS/KOTTI	1	40	1	40	100.0
!KOS	1	6	24	85	71.8
!AOS	1	47	30	77	61.0
!YHTEENSÄ	16	537	66	619	78.6

PSYKIATRISEN ERIKOISHOIDON SIJOITUSPAIKKAJAKALMA
KUNNAT YHTEENSÄ

TARKOITUKSENLMK. SIJOITUSPAIKKA	NYKYINEN SIJOITUSPAIKKA										YHT.
	KOTI	PT	AS	PK	KKOTI	MLA	PS/KO-TI	KOS	ACS	YHT.	
KOTI	597	21	11	21	41	51	11	21	111	624	
KOTI2	9	11	11	11	11	11	11	11	11	9	
PERHE	11	11	11	11	11	21	11	11	11	21	
PT	31	31	11	11	11	11	11	11	11	91	
AS	11	11	121	11	21	11	11	61	21	241	
PK	11	11	11	171	21	11	11	61	11	251	
KKOTI	21	11	11	21	281	41	11	11	11	371	
MLA	31	11	11	11	11	241	11	111	11	401	
PS/KOTI	11	11	11	11	11	11	401	11	31	431	
KOS	31	11	11	11	11	41	11	941	161	1171	
ACS	11	11	11	11	11	11	11	11	621	631	
YHT.	618	51	161	211	371	411	401	1191	961	9931	

PSYKIATRISEN ERIKOISHOIDON POTILAIEN SIJOITTUMINEN ERI HOITOMUODOILLE
KUNNAT YHTEENSÄ

5

SIJOITUSPAIKKA	ALIHOITO	TARKMUK	YLIHOITO	YHT	sij.-%
KOTI	21	597	51	623	90.7
PT	11	31	21	51	75.0
AS	21	121	21	161	86.7
PK	21	171	41	231	74.3
KKOTI	11	281	91	371	75.4
MLA	51	241	121	411	82.3
PS/KOTI	11	401	11	401	100.0
KOS	11	941	271	1211	81.7
ACS	11	621	341	961	77.4
YHTEENSÄ	301	8771	951	10021	82.5

PSYKIATRISEN ERIKOISHOIDON KUSTANNUSTEN JAKAUTUMINEN NYKYISILLE SIIJOITUSPAIKOILLE
 NYKYTILAKUSTANNUKSIIN LASKETTUNA

KUNNAT YHTEENSÄ (995 kartoitettua psykiatrisen erikoishoidon potilasta)

NYKYINEN SIIJOITUSPAIKKA										
TARKMUJKSP	KOTI	PT	AS	PK	KKOTI	MLA	PS/KOTI	KOS	AOS	YHT
KOTI	42420.00	374.00	254.00	226.00	816.00	6125.00		1984.00	12485.00	
		234.00	184.00	86.00	606.00	5635.00		1844.00	11715.00	
PT	350.00	561.00	254.00		272.00				1135.00	
	-585.00		67.00		85.00				948.00	
AS	140.00		3048.00		544.00	875.00		5952.00	2270.00	
	-368.00				36.00	621.00		4428.00	1762.00	
PK				1921.00	544.00			5952.00		
					318.00			5274.00		
KKOTI	140.00		254.00	226.00	7616.00	3500.00				
	-404.00		-18.00	-318.00		2412.00				
MLA	210.00		254.00			21000.00		10912.00	1135.00	
	-2415.00		-621.00					1287.00	260.00	
PS/KOTI							42000.00		3405.00	
									255.00	
KOS	210.00					3500.00		93248.00	18160.00	
	-2766.00					-468.00			2288.00	
AOS						875.00			70370.00	
						-260.00				
YHT	43470.00	935.00	4064.00	2373.00	9792.00	35875.00	42000.00	118048.00	108960.00	365517.00
SÄÄST. ALIH	-6538.00		-18.00	-318.00		-728.00				-7602.00
KUST. YLIH.		234.00	251.00	86.00	1045.00	8668.00		12833.00	17228.00	40345.00
EROTUS	-6538.00	234.00	233.00	-232.00	1045.00	7940.00		12833.00	17228.00	32743.00

PALVELURAKENTTEEN MUUTOS JA SEN KUSTANNUSVAIKUTUKSET

SOSIAALI- JA TERVEYSMINISTERIÖN
PALVELURAKENNETYÖRYHMÄN MUISTION LIITE 3

Timo Karjalainen
24.11.1992

PALVELURAKENTTEEN MUUTOS JA SEN KUSTANNUSVAIKUTUKSET

SOSIAALI- JA TERVEYSMINISTERIÖN
PALVELURAKENNETYÖRYHMÄN MUISTION LIITE 3

Timo Karjalainen
24.11.1992

PALVELURAKENTEEEN MUUTOS JA SEN KUSTANNUSVAIKUTUKSET

1. Muutokset laitoshoidon ja vuodeosastohoidon työnjaossa	2
2. Laitos- ja vuodeosastohoidon kustannusten muutokset	4
3. Laitos- ja vuodeosastohoidon yksikkökustannusten muutokset	5
4. Hoitajaksojen muutokset vuodeosastohoidossa	6
5. Terveystuollon avo- ja vuodeosastohoito	6
6. Sosiaali- ja vuodeosastohoidon avo- ja laitoshuolto	9
7. Palvelurakenteen muutoksen suuntia	12
8. Lähtökohtia palvelurakenteen taloudellisuuden arvioinnille	13
9. Työryhmän esittämien tavoitevaihtoehtojen kustannusvaikutuksia	14
9.1 Laskelman lähtökohdat	14
9.2 Laitoshoidon vähentäminen	18
9.3 Korvaavan avo- ja vuodeosastohoidon luominen	21
9.4 Investointiohjelma	24
9.5 Vaihtoehtolaskelmia	28
10. Palvelurakenteen kehittämisestä syntyvät säästöt	32

Taululuettelo

Hoitokäytännön muutokset terveystuolissa ja keskimääräiset hoitajakset (s.7)
Terveystuollon avo- ja vuodeosastohoidon kehitys (s. 8)
Vanhustentuollon avo- ja laitoshuollon kehitys (s. 10)
Kehitysvammatuollon kehitystä (s. 11)
Laitoshoidon ja vuodeosastohoidon tavoitevaihtoehto (s. 19)
Laitoshoidon korvaavan avo- ja vuodeosastohoidon luominen (s. 22)
Laitoksista vapautuvien resurssien käyttömahdollisuuksia (s. 29)
Vaihtoehtoisia investointiohjelmaa (s. 30)
Palvelurakenteen muutoksen aiheuttamat säästöt (s. 33)

Sairaaloiden vuodeosastohoidon, vanhainkotien ja kehitysvammahuoltolaitosten käyttömenot yhteensä ovat nousseet reaalisesti vuodesta 1980 vuoteen 1991 noin 47 %. Menot on muunnettu reaalisiksi elinkustannusindeksillä. Vuonna 1991 käyttömenot olivat noin 20 miljardia mk. Vastaavana aikana hoitopäivien määrä on alentunut noin 10 %.

Vuosina 1980–1991 sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaismenot ovat kasvaneet reaalisesti 119 %. Terveydenhuollon menojen reaalin kasvu on ollut 88 % ja sosiaalitoimen 166 %. Sosiaalitoimen nopea kasvu johtuu suurelta osin lasten päivähoidon erilaisten tukimuotojen laajenemisesta. Väestön määrä on kasvanut samana ajanjaksona 5 %, yli 64-vuotiaiden määrä 19 % ja yli 74-vuotiaiden määrä 44 %. Edellä mainittujen tietojen valossa voidaan tehdä seuraava johtopäätös:

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenne on kehittynyt kokonaisuutena avohuollon suuntaan. Laitoshoidon suhteellinen osuus palvelurakenteessa on vähentynyt. Laitoshoitopäivien kokonaismäärä on alentunut.

Ennen 1980-lukua sosiaali- ja terveydenhuollon vuodeosasto- ja laitospaikkoja vielä lisättiin. Kasvu jatkui 1980-luvun puoliväliin saakka. Käännös tapahtui 1980-luvun jälkimmäisellä puoliskolla.

1. Muutokset laitoshoidon ja vuodeosastohoidon työnjaossa

Erikoissairaanhoidossa on ollut jo 1980-luvun alusta selvä trendi kuntainliittopohjaisen erikoissairaanhoidon ja kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon väliseen työnjaon muutokseen. Tämä ilmenee mm. hoitopäivien määrien muutoksena.

	1980	1991	muutos, %
	miljoonaa hoitopäivää		
somaattinen erikoissairaanhoito	8,2	6,5	-20
mielisairaanhoito	6,6	2,6	-60
yl.lääk.joht.terveyskeskussairaalat	3,5	6,9	97
vanhainkodit	9,9	9,3	-6
kehitysvammalaitokset	2,0	1,7	-15
yhteensä	30,1	26,9	-10

Rakenteellista muutosta toiminnassa kuvaa myös oheinen asetelma, josta ilmenee hoitopäivien %-osuudet

	1980	1991
	hoitopäivien %-osuus	
somaattinen erikoissairaanhoito	27	24
mielisairaanhoito	22	10
yl.lääk.joht.terveyskeskussairaalat	12	26
vanhainkodit	32	34
kehitysvammalaitokset	7	6
yhteensä	100	100

Jotkut vuoden 1991 tiedot perustuvat vuoden 1990 tiedon pohjalta tehtyyn arvioon. Arviot eivät kuitenkaan vaikuta johtopäätöksiin.

Laitoshoidon rakenne on muuttunut selvästi erikoistasoisesta hoidosta perustasoisen suuntaan. Vuonna 1980 somaattisen erikoissairaanhoidon, mielisairaanhoidon sekä kehitysvammalaitosten hoitopäivien yhteismäärä oli 56 % kaikista hoitopäivistä. Vuonna 1991 osuus oli 40 %

Muutos alkoi psykiatrisesta sairaalahoidosta, jossa mielisairaaloiden paikkaluku aleni vuoden 1980-luvun alusta (19 000 paikkaa) vuoteen 1991 noin puoleen (8 500 paikkaa) ja hoitopäivien määrä jonkin verran enemmän. Huomattava osa vähenemisestä saatiin aikaan poistamalla mielisairaaloista sellaisia iäkkäitä pitkäaikaissairaita, jotka eivät olleet varsinaisen psykiatrisen hoidon tarpeessa. Siirrot ovat tapahtuneet jossain määrin vanhainkoteihin ja terveyskeskusten vuodeosastoille. Erilaisten tuettujen asumismuotojen ja kuntoutuskotien lisäämisellä on laitoshoidosta myös voitu siirtää siellä pitkään olleita omatoimisempaan ja itsenäisempään elämään piiriin. (Mielenterveystyön porrastustyöryhmän muistio, stm:n muistio 1992:10).

Somaattisessa erikoissairaanhoidossa vuodeosastohoidon käyttö on vähentynyt. Tutkittua valtakunnallista tietoa ei ole siitä, mihin korvaavaan hoitomuotoon asiakasvirrat ovat ohjautuneet somaattisesta erikoissairaanhoidosta. Ilmeisesti osa on ohjautunut terveyskeskusten vuodeosastoille ja vanhainkoteihin, osa sosiaali- ja terveydenhuollon avohuollon piiriin. Osa hoitopäivien vähenemisestä johtuu erikoissairaanhoidon toimintamuotojen tehostumisesta, kuten lyhytaikaiskirurgian ja päiväkirurgian yleistymisestä. Somaattisen erikoissairaanhoidon käyttö on vähentynyt erityisesti viimeisinä vuosina.

Yleislääkärijohtoisten terveyskeskussairaaloiden hoitopäivien määrä on noussut noin kaksinkertaiseksi kymmenessä vuodessa. Vanhainkotien hoitopäivien määrä on hiukan alentunut.

Kokonaisuudessaan **toiminnalliset** muutokset vuodeosastohoidon ja laitoshoidon keskinäisessä työnjaossa ovat olleet tarkoituksenmukaisia. Hoito erikoissairaanhoidossa on vähentynyt ja pitempiaikainen hoito on siirtynyt pienempiin ja taloudellisempiin yksiköihin, lähinnä terveyskeskusten

vuodeosastoille. Samalla hoitopaikka on todennäköisesti siirtynyt lähemmäksi asiakkaiden kotiympäristöä.

Osa laitoshoidon vähenemisestä on tapahtunut niin, että asiakkaat ovat ohjautuneet avohuollon piiriin.

2. Laitos- ja vuodeosastohoidon kustannusten muutokset

Seuraavat luvut kuvaavat vuodeosastohoidon ja laitoshoidon kustannuksia vuoden 1990 hintatasossa. Kehitysvammalaitosten käyttömenoista ei ole tarkkaa tietoa vuodelta 1980. Tämä sisältyy kuitenkin arviolta yhteensä-lukuun.

	1980 miljardia mk	1991	muutos,%
somaattinen erikoissairaanhoido	6,9	9,9	43
mielisairaanhoido	1,9	1,9	0
yl.lääk.joht.terveyskeskussairaalat	1,5	3,3	120
vanhainkodit	2,3	3,5	52
kehitysvammalaitokset	..	1,1	..
yhteensä	13,2	19,4	47

Käyttömenot ovat nousseet eniten yleislääkärijohtoisten terveyskeskusten vuodeosastoilla. Mielisairaaloissa kustannukset ovat elinkustannusindeksillä deflatoituna samalla tasolla vuonna 1991 kuin vuonna 1980. Mielisairaaloiden resurssit ovat vähentyneet. Palkkakehitys on ollut hintojen kehitystä nopeampaa 1980-luvulla. Jos suureet deflatoitaisiin esim. kunnallistalouden terveydenhuollon kustannusindeksillä, reaalin muutos mielisairanhoidossa olisi negatiivinen ja vanhainkotien ja erikoissairaanhoidon kohdalla jokseenkin nollan suuruinen.¹

Laitoshoidon kustannusjakautuma eli kustannusrakenne on muuttunut noin kymmenessä vuodessa. Seuraava taulu kuvaa laitoshoidon käyttömenojen jakautumaa.

¹ Vuosina 1980–1991 elinkustannusindeksi nousi 100 %. Tilastokeskuksen tekemä kunnallistalouden kustannusindeksi terveydenhuollossa nousi 148 % ja sosiaalitoimessa 137 %. Kaikki markkamäärät on muunnettu kiinteiksi elinkustannusindeksillä, jotta esim. sosiaalitoimen ja terveydenhuollon erilainen palkkakehitys ei eliminoituisi pois vertailuista.

	1980 %	1991
somaattinen erikoissairaanhoito	52	51
mielisairaanhoito	14	10
yl.lääk.joht.terveyskeskussairaalat	11	17
vanhainkodit	17	17
kehitysvammalaitokset	n.6	5
yhteensä	100	100

Somaattisen erikoissairaanhoidon osuus laitoshoidon ja vuodeosastohoidon kustannuksista on noin puolet. Osuus on hieman alentunut vuodesta 1980. Terveyskeskussairaaloiden kustannukset ovat nousseet samansuuruisiksi kuin vanhainkotien. Mielisairaaloiden kustannusosuus on pienentynyt.

Vaikka toiminnallisesti sosiaali- ja terveydenhuollon vuodeosastohoidossa ja laitoshoidossa on tapahtunut selvä rakenteellinen muutos perusterveydenhuollon ja muun perustasoisen kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon suuntaan, somaattisen erikoissairaanhoidon kustannukset olivat vuonna 1991 yli puolet laitos- ja vuodeosastohoidon kokonaiskäyttömenoista.

3. Laitos- ja vuodeosastohoidon yksikkökustannusten muutokset

Laitoshoidon ja vuodeosastohoidon yksikkökustannukset ovat kehittyneet varsin eri tavalla. Seuraavassa on esitetty hoitopäiväkustannukset ja niiden reaalin kehitys elinkustannusindeksillä deflatoituna.

	hoitopäiväkustannus 1991, mk	reaalinen nousu vuodesta 1980, %
somaattinen erikoissairaanhoito	1520	90
mielisairaanhoito	700	154
terveyskesk.sairaalat, yl.lääk.j.	500	25
vanhainkodit	350	55
kehitysvammalaitokset	630	68
yhteensä	720	69

Luvut perustuvat osittain arvioihin. Suuruusluokaltaan hoitopäivien kustannuserot eri toimintamuodoissa ja niiden yksikkökustannusten kehitystä kuvaavat luvut ovat oikeita.

Hoitopäiväkustannus on noussut nopeammin erityistasoisessa kuin perustasoisessa hoidossa . Suurin nousu on ollut mielisairaanhoidossa ja pienin nousu on yleislääkärijohtoisissa terveyskeskuksissa, joskin tietojen epävarmuuden

takia vanhainkotien ja terveyskeskussairaaloiden yksikkökustannusten kehityksen eroihin tulee suhtautua varoen.

4. Hoitajaksojen muutokset vuodeosastohoidossa

Hoitopäiväkustannusten nopea nousu mielisairaanhoidossa johtuu osittain siitä, että hoitajakset ovat lyhentyneet vuoteen 1991 noin puoleen siitä, mitä ne olivat vuonna 1980. Asiakaskunnan keskimääräinen hoidon tarve on samalla noussut. Henkilöstöä hoidettavaa kohti tarvitaan nykyään enemmän kuin kymmenen vuotta sitten. Myös somaattisessa hoidossa yleissairaaloiden hoitajakset ovat lyhentyneet, mikä myös osaltaan selittää hoitopäiväkustannuksen nousua. Terveyskeskussairaaloissa keskimääräiset hoitajakset ovat säilyneet 1980-luvun lopulla samanpituisina. Vanhainkotien ja kehitysvammalaitosten hoitajaksojen pituuksista ei ole valtakunnallisia tilastoja.

Hoitajakson pituuden muutokset kuvaavat hoitokäytäntöjen muutoksia ja meneillään olevaa hoidon porrastuksen muutosta. Sosiaali- ja terveysministeriö on selvittänyt², miten henkilöstön määrä hoitajaksoa kohti laskettuna on muuttunut eri vuosina. Yleissairaaloissa vuosittaisten hoitajaksojen määrä sairaalan työntekijää kohti suhteutettuna on kasvanut keskimäärin 1,4 % vuodessa. Terveyskeskussairaaloissa luku on pienentynyt keskimäärin 1,5 % vuodessa. Mielisairaaloissa pieneneminen on ollut vajaan prosentin luokkaa keskimäärin vuodessa.

Asiakasvirtojen määrässä mitattuna työn tuottavuus on noussut somaattisen erikoissairaanhoidon vuodeosastohoidossa ja alentunut terveyskeskussairaaloissa. Toisaalta mittari on siinä suhteessa ongelmallinen, että hoidon porrastuksen toteuttaminen perustuu nimenomaan työnjakoon, jossa pitkäaikaishoitoa tarvitsevat siirretään alemmille hoidon portaille, nimenomaan terveyskeskuksiin. Näinollen mittari ei kuvaa niinkään toiminnan tuloksellisuuden muutoksia, vaan työnjaon muutosta hoitojärjestelmässä.

5. Terveystenhuollon avohuolto ja vuodeosastohoito

Oheisessa taulussa on verrattu terveydenhuollon osalta avohuollon ja vuodeosastohoidon kehitystä vuodesta 1980 vuoteen 1990.

1. Terveystenhuollossa avohuollon käyntikerrat ovat kasvaneet 23 % ja vuodeosastohoidossa hoitopäivät alentuneet 13 %. Vaikka valtaosa avohuollon käyntikertojen kasvusta onkin kohdistunut perusterveydenhuoltoon, käyntikertojen kasvuprosentit ovat olleet erikoissairaanhoidossa noin kaksinkertaiset perusterveydenhuoltoon verrattuna. **Avohuolto ei ole kehittynyt niin selvästi perusterveydenhuollon suuntaan kuin vuodeosastohoito.**

2. Avohuollon käyttömenojen kasvu on ollut jonkin verran suurempaa erikoissairaanhoidossa kuin perusterveydenhuollossa, päinvastoin kuin

² Julkaisussa Kohti Hyvää Suomea, stm:n julk. 1991:1

vuodeosastohoidossa. Kokonaisuutena avohuollon käyttömenot (vuoden 1990 hinnoin noin 5,6 miljardia mk) ovat kasvaneet jokseenkin saman verran kuin vuodeosastohoidossa (5,2 miljardia mk). Sen sijaan suhteellinen kasvu on ollut avohuollossa runsas kaksi kertaa niin suuri kuin vuodeosastohoidossa. Tämä voidaan tulkita palvelurakenteen muutokseksi avohuollon suuntaan. Olennaista on kuitenkin se, että terveydenhuollon resursseja (markoissa mitattuna) on lisätty jokseenkin samalla

Hoitokäytännön muutokset (tuottavuus) terveyspalveluissa vuosina 1980–90, prosenttia vuodessa

Tuottaja	Sairaalahoido, hoitojaksot henkilöstöä kohti 1980–1990	Avohoito, lääkäri-ikäykäynnit henkilöstöä kohti 1980–1990
Julkinen sektori	-0,4	-2,2
Yleissairaalat	1,4	-2,7
Yliopistosairaalat	1,9	-4,3
Keskussairaalat	0,9	-1,2
Aluesairaalat	0,4	-0,8
Paikallissairaalat	2,7	-4,3
Terveyskeskussairaalat	-1,5	-1,8
Mielisairaalat	-0,8	-5,4
Yksityinen sektori yhteensä	0,9	-28,8
Terveyspalvelut yhteensä	-0,4	-2,5

Lähde: Kohti hyvää Suomea, STM:n julk. 1991:1
tuottav/tuottav2.xls

Keskimääräiset hoitojaksojen pituudet

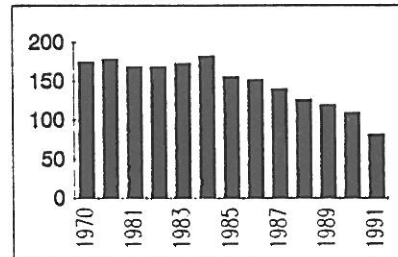
Vuosi	Yleis- sairaa- lat	Mieli- sairaa- lat	Terveyskeskukset Yhteen- sä	Siitä erik.l.joht.
1970	12,6	175		
1980	8,3	179		23
1981	8,2	169		25,9
1982	7,9	169		24,9
1983	7,8	173		29
1984	8	183		32
1985	7,7	156		29,4
1986	7,6	152		25,2
1987	7,3	140		27,8
1988	7	126	35	24,9
1989	6,9	119	35	18,5
1990	6,6	109	34	17,9
1991	5,9	82	34	17,3

Vanhainkodit ja kehitysvammalaitokset

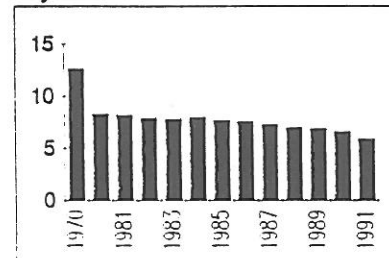
ei tietoa hoitojaksoista

Lähde: Sairaalaalustasto, Sairaalaalusto
tuottav/hojapit2.xls

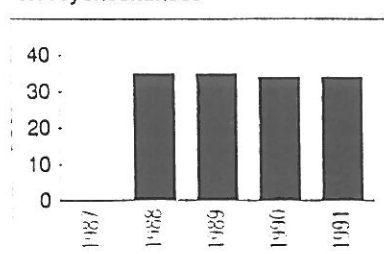
mielisairaalat



yleissairaalat



terveyskeskukset



määrällä sekä avo- että vuodeosastohoidossa. **Rakenteellinen muutos ei ole siis tapahtunut niin, että avohuolto olisi terveydenhuollon sisällä korvannut vuodeosastohoitoa.**

3. Vuodeosastohoidossa hoitopäiväkustannus (käyttömenot hoitopäivää kohti laskettuna) oli vuonna 1990 keskimäärin noin 900 mk. Avohuollossa käyntikerran kustannus noin 250 mk eli keskimäärin neljännes vuodeosastohoidon kustannuksesta. Yksikkökustannusten vaihtelu on kuitenkin hyvin suurta sekä vuodeosastohoidossa että avohuollossa. **Käyntikerran hinta somaattisessa erikoissairaanhoidossa (671 mk) on samaa suuruusluokkaa kuin mielisairaanhoidossa hoitopäivän hinta (651 mk). Vuodeosastohoitopäivä terveyskeskuksissa (noin 500 mk) on selvästi halvempaa kuin keskimääräinen käyntikerran kustannus erikoissairaanhoidossa.**

4. Hoitojakson keskipituudesta on tietoa vain vuodeosastohoidon osalta ja tietoa kymmenvuotisjaksolta vain erikoissairaanhoidosta. Hoitojakso-mittari sopii kuitenkin paremmin erikoissairaanhoitoon kuin perusterveydenhuoltoon. Avohuollossa on käytetty tehokkuusmittarina mm. lääkärikäyntien määrä työntekijää kohti (edellä esitetty stm:n tutkimustulos). Tällaisen mittarin mukaan vuosina 1980-90 tuottavuus olisi laskenut avohuollossa keskimäärin noin 2, 5 % vuodessa. Mittari on kuitenkin monessa suhteessa ongelmallinen. Väestön terveydentilaa voidaan tuskin parantaa yksiviivaisesti niin, että lyhennetään potilaskäyntiin varattua aikaa.

6. Sosiaalihuollon avohuolto ja laitoshuolto

Keskeistä tietoa vanhusten avo- ja laitoshuollosta sosiaalihuollon osalta on koottu oheiseen tauluun.

1. Vanhustenhuollossa kustannusrakenne on kehittynyt avohuollon suuntaan. Kuitenkin rakenne on vielä selvästi laitospainotteinen. Laitoshuollon eli vanhainkotien osuus kustannuksista oli vuonna 1990 kaksi kolmannesta. Vuonna 1986 osuus oli vajaa kolme neljänestä. Absoluuttisesti avohuollon menot ovat nousseet noin kaksi kertaa (634 milj. mk) niin paljon kuin vanhainkotien menot. Vanhainkotien paikkaluku on alentunut noin 2 % Kaiken kaikkiaan vanhustenhuollon menot olivat vuonna 1990 noin 4,9 miljardia markkaa, josta laitoshuollon osuus 3,2 miljardia mk.

2. Avohuollon sisäinen palvelurakenne on yksipuolinen. Kodinhoitoavun osuus avohuollon menoista on 63 % (jos palvelutalot luetaan avohuoltoon). Tilastot viittaavat myös kodinhoitoavun voimakkaaseen kustannuskehitykseen. Vaikka kodinhoitoavun volyyymi työtunneissa tai kotitalouksissa mitattuna ei ole juurikaan kasvanut, reaaliset käyttömenot ovat nousseet yli 40 % neljässä vuodessa. Tilastojen mukaan käyttömenot työtuntia kohti nousivat reaalisesti 39 % Tietoon tulee kuitenkin suhtautua varauksellisesti mahdollisten tilastovirheiden takia.³

³ Yleinen sääntö sosiaalihuollon valtakunnallisissa tilastoissa on se, että mielenkiintoinen havainto voi johtua joko tilastovirheestä tai tosiasiallisesta tilanteesta. Koskaan ei voi varmasti tietää, kumpi selitys on oikea. Toivottavasti tietojärjestelmät ovat luotettavampia kunnissa.

Sosiaalihuollon avo – ja laitoshuollon kehitys – vanhustenhuolto

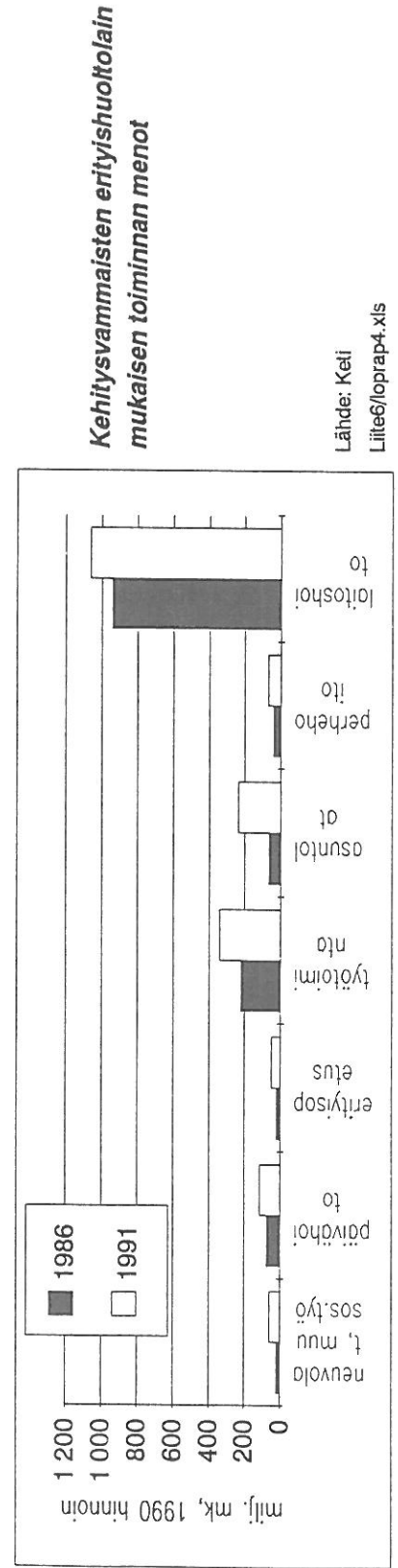
liite6/loprap3.xls

Kaikki markkamäärät on esitetty vuoden 1990 hinnoin

	1 986	1 990	Muutos	
Vanhainkodit				
Hoitopaikkoja	30 426	29 791	-635	-2%
Hoitopäivät, 1000	9 846	9 396	-450	-5%
Käyttömenot, milj. mk	2 875	3 242	367	13%
Käyttömenot /hoitopäivä, mk,	292	345	53	18%
Palvelutalot				
Asuntoja/hoitopaikkoja	3 931	5 579	1 648	42%
Käyttömenot, milj. mk	36	110	74	202%
Muut avohuollon tukimuodot				
Vanhusten kodinhoitoapu				
Kotitalouksia, 1000	119	127	8	7%
Työtunteja, 1000	9 387	9 664	277	3%
Käyttömenot, milj. mk	743	1 064	321	43%
Käyttömenot työtuntia kohti, mk	79	110	31	39%
Käyttömenot kotitaloutta kohti, mk vuodessa	5 411	7 429	2 018	37%
Tukipalvelut				
Sisältää myös vammaiset, joiden osuus tuen saajista vuonna 1990 oli 12 %.				
Kotitalouksia palvelujen piirissä, 1000	37	68	31	84%
Näistä ateriapalvelujen piirissä	22	34	12	55%
Käyttömenot, milj. mk	99	198	99	100%
Käyttömenot kotitaloutta kohti, mk vuodessa	2 703	2 924	221	8%
Vanhusten, vammaisten ja pitkäaikaissairaiden kotihoidon tuki				
Vuonna 1990 yli 64-vuotiaita tuen saajia oli 13 150 eli 63 %.				
Tuen saajia vuoden aikana, 1000	14	21	7	50%
Käyttömenot, milj. mk	156	288	132	85%
Muuta, 1986 arvioita				
Päivätoiminnan käyttömenot, milj. mk	5	10	5	100%
Sosiaalinen lomatoiminta, milj. mk	10	13	3	30%
Käyttömenot yhteensä, milj.mk				
	3 924	4 925	1 001	26%
<i>Siitä, avohuolto</i>	1 049	1 683	634	60%
<i>laitoshuolto</i>	2 875	3 242	367	13%
Kustannusrakenne				
	100%	100%		
<i>avohuolto</i>	27%	34%		
<i>laitoshuolto</i>	73%	66%		

Kehitysvammahuollon kehitystä

	Milj. mk, 1990 hinnoin		Muutos	Rakenne	
	1986	1991		1986	1991
Erytishuoltolain mukainen toiminta					
<i>Pääosin kuntainliittojen järjestämää</i>					
neuvolat, muu sos.työ	21	58	37	178%	2%
päivähoito	77	114	37	48%	6%
erityisopetus	23	50	27	115%	2%
työtoiminta	222	340	118	53%	16%
asuntolat	67	238	171	255%	5%
perhehoito	44	70	26	59%	3%
laitshoito	941	1 061	120	13%	67%
YHTEENSÄ	1 396	1 931	535	38%	100%
Muu kehitysvammaisten tuki					
<i>Pääosin peruskunnan järj. sos.huollon palveluja ja muiden ter. huoltopalveluja</i>					
Kodinhoitoapu	Järjestetään usein muiden väestöryhmien palvelujen yhteydessä. Ei tietoa määrästä.				
Tukipalvelut					
Terveydenhuoltopalvelut					
Ym.					



3. Vanhustenhuollossa avohuollon painoalueita ovat olleet palvelutalot, tukipalvelut ja kotihoidon tuki. Palvelutaloasuntojen määrä on oli vuonna 1990 kuitenkin vain 5 600 eli vain 19 % vanhainkotipaikoista. Palvelutalojen tilastoidut käyttömenot olivat vain runsas 3 % vanhainkotien käyttömenoista. Myös palvelutalotoiminnan kustannuksiin tulee suhtautua varauksellisesti, koska palvelutaloratkaisut ja menojen kirjaamiskäytännöt vaihtelevat suuresti.

4. Tukipalvelujen reaaliset käyttömenot ovat nousseet neljässä vuodessa kaksinkertaisiksi ja ovat silti vähäisiä koko palvelujärjestelmässä (noin 200 milj. mk). Kotihoidon tukeen (vajaa 300 milj. mk) pätevät samat asiat.

Kehitysvammahuollon kustannusrakenne oli vuonna 1986 jokseenkin siinä tilanteessa kuin vanhustenhuolto vuonna 1990.

1. Vuonna 1986 kehitysvammahuollon menoista kaksi kolmannesta oli laitoshoidon menoja. Vuoteen 1991 osuus oli pudonnut 55 %:iin. Kehitysvammahuollossa on kehitetty viime vuosina voimallisesti asuntoloita, jotka toiminnallisesti vastaavat suurinpiirtein (joskaan ei välttämättä fyysisesti) vanhusten palvelutaloja. Kehitysvammahuollossa asuntoloiden käyttömenot olivat vuonna 1991 runsas kaksi kertaa niin suuret kuin tilastoidut palvelutalomenot vanhustenhuollossa. Kasvu on ollut 255 %.

2. Kokonaisuudessaan kehitysvammahuollon reaaliset käyttömenot kasvoivat viisivuotiskaudella keskimäärin 7,6 % vuodessa, kun vanhustenhuollossa kasvu oli nelivuotiskaudella keskimäärin 6,5 % vuodessa. Kehitysvammahuollossa rakennemuutos on perustunut ensisijaisesti kasvun varaan. Esim. laitoshoitopaikkojen määrää ei ole olennaisesti vähennetty.

7. Palvelurakenteen muutoksen suuntia

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenne on muuttunut koko maan tasolla avohuollon suuntaan. Muutosta voitaisiin kuvata oheisella kuviolla, joka on tehty erityisesti terveydenhuollon näkökulmasta:

<u>erikoistasoinen avohuolto</u>		erikoistasoinen laitoshoido tai vuodeosastohoido
		välimuoto
<u>perustasoimen avohuolto</u>		perustasoimen laitoshoido tai vuodeosastohoido
<u>asuminen</u>		

1. Avohuoltoa on kehitetty ensisijaisesti laitoshuollon ja vuodeosastohoidon rinnalle. Ja vaikka avohuolto olisi toiminnallisesti kyennyt osittain korvaamaan laitoshuoltoa tai vuodeosastohoitoa, laitos- ja vuodeosastohoidon kustannukset eivät ole pienentyneet siinä määrin kuin toiminnallinen muutos antaisi aiheen olettaa.

2. Toisaalta sekä avohuollossa että laitos- tai vuodeosastohoidossa on tapahtunut sisäisiä rakenteen muutoksia. Terveystenhoitossa avohuolto on kehittynyt suhteellisesti nopeammin somaattisessa erikoissairaanhoidossa kuin perustasoisessa avohuollossa terveyskeskuksissa. Vaikka valtaosa asiakasvirroista kulkee tai ohjautuu perusterveydenhuoltoon, **avohuolto on kasvanut suhteellisesti nopeammin erikoissairaanhoidossa kuin perusterveydenhuollossa.**

3. Vuodeosastohoidossa rakenne on muuttunut sekä toiminnaltaan että kustannuksiltaan perusterveydenhuollon suuntaan. Vuodeosastohoidon kustannukset ovat kuitenkin nousseet keskimäärin 1980-luvulla reaalisesti 4,3 % vuodessa, vaikka hoitopäivien määrä on vähentynyt noin 2 %:lla keskimäärin vuodessa.

4. Sosiaalihuollon vanhustenhuollossa ja etenkin kehitysvammahuollossa palvelurakenteen muutos avohuollon suuntaan on tapahtunut terveydenhuollon tapaan kokonaisresursseja lisäämällä. **Lisäksi vanhustenhuollossa avohuollon palvelurakenne on yksipuolinen.** Kaksi kolmannesta avohuollon kustannuksista oli vuonna 1990 kodinhoitoapua, vaikka tukipalveluja, palveluasumista ja kotihoidon tukea on kehitetty.

5. Palvelurakenteeseen on kehittymässä erilaisia välimuotoja. Näitä ovat hoivakodit, pienryhmäkodit ja palvelutalot avo- ja laitoshuollon välimaastossa. Toisaalta erikoistason ja perustason hoidon raja on muuttumassa. Toiminta on siinä suhteessa harmaata, että sen laajuudesta ei ole tarkkaa kuvaa, koska tilastot eivät erittele välimuotoja. Toisaalta se on harmaata sen takia, että tällä alueella perinteisen avo- ja laitoshuollon sekä perinteisen erikois- ja perustason välinen raja alkaa hämärtyä. Aina ei tiedetä, mihinkä laatikkoon kukin palvelumuoto tulisi lukea.

6. Erityisesti pitkäaikaishoitoa vaativien vanhusten palvelujen järjestämisessä on asumisella suuri merkitys sekä avo- että laitoshuollon tukena.

8. Lähtökohtia palvelurakenteen taloudellisuuden arvioinnille

Edellytyksenä taloudelliselle hoidon porrastukselle on se, että tehtäviä ja asiakkaita "luovuttavan" hoidon portaan kustannussäästöt ylittävät vastaanottavan tai "korvaavan" hoidon portaan lisäkustannukset. Tai ainakin samalla kokonaiskustannuksella "hoidettujen asiakkaiden läpivirtaus" koko järjestelmässä olisi aikaisempaa suurempi. Kokonaissäästöt tai kokonaislisäkustannukset muodostuvat lisäkustannusten ja kustannussäästöjen erotuksesta.

Palvelurakenteen kehittämiseen aikaisempaa taloudellisemmaksi liittyy monenlaisia mahdollisuuksia asiakasvirtojen ohjaamisessa ja henkilöstön joustavassa käytössä muuttuvien asiakasvirtojen ja tehtävien mukaan. Seuraavassa asiaa tarkastellaan ensisijassa pitkäaikaishoitoa vaativien näkökulmasta. Avohuollon kustannusten laskentaan liittyy joitakin mittaamisen ongelmia, esimerkiksi seuraavia:

1. Vaikka suurin osa korvaavista avohuollon tuen muodoista kuuluu sosiaali- ja terveystoimen pääluokkaan kunnan tulo- ja menoarviossa, merkittävä osa on sosiaali- ja terveystoimen ulkopuolista toimintaa, mm. asumiseen kohdistuvat tukitoimet. Myös erilaisilla Kelan maksamilla avohuollon tulotuen muodoilla on välillistä vaikutusta avohuollon palvelujen rahoituslähteenä.

2. Avohuollon tuki muodostuu joukosta erilaisia tuen muotoja, joita on mahdollista yhdistellä hyvin monilla tavoilla. Tilastojen avulla ei kyetä luomaan hallittavaa kuvaa erilaisista vaihtoehdoista ja niiden kustannuksista.

3. Avohuoltoa luonteeseen kuuluu, että erilaisten tukimuotojen intensiteettiä – esimerkiksi kodinhoitoapua ja kotisairaanhoidoa – voidaan tarvittaessa lisätä. Tähän erityisesti perustuu avohuollon taloudellisuus pitkäaikaiseen laitoshoittoon verrattuna, jossa palvelujen määrä ja kustannukset eivät aina joustu samassa määrin yksilöllisesti vaihtelevien tarpeiden mukaan. Tilastot eivät kuvaa riittävästi avohuollon tukimuotojen intensiteetin vaihtelua.

4. Avohuollon palvelumuodot eivät ole kohderyhmiin sidottuja yhtä lailla kuin laitoshoidossa. Avohuoltoa tulee tarkastella yhtenä kokonaisuutena.

Seuraavassa pyritään antamaan mielikuvaa siitä, millaisilla erilaisilla avohuollon toimintamuodoilla olisi mahdollista korvata pitkäaikaista laitoshoidoa ja vuodeosastohoidoa sekä mitä nämä eri toimintamuodot maksavat. Pohjaksi laskelmassa on otettu työryhmän esittämät **koko maan** ohjeluvut pitkäaikaishoitopaikkojen tulevaksi määräksi.

9. Työryhmän esittämien tavoitevaihtoehtojen kustannusvaikutuksia

Seuraavassa laskelmassa on tavoitteena sellainen palvelurakenne, joka kykenee pitemmällä aikavälillä hoitamaan nykyistä taloudellisemmin erityisesti jatkuvia palveluja tarvitsevien asiakkaiden tarpeet.

9.1 Laskelman lähtökohdat

Laskelman **ensimmäinen lähtökohta** on, että vuonna 1990 käytössä olleella henkilöstömäärällä kyetään vastaamaan 1990-luvulla todennäköisesti jonkin verran lisääntyviin palvelutarpeisiin.

75 vuotta täyttäneiden vanhusten määrän ennustetaan kasvavaan kymmenessä vuodessa noin 15 % eli noin 44 000:lla. **Väestörakenteen muutos ei ole kovin suuri edelliseen vuosikymmeneen verrattuna**, jolloin kasvu oli 43 % (86 000). Suurimmat muutokset ovat vuoden 2000 jälkeen. **Ilmeisesti palvelujen tarve 75 vuotta täyttäneitä kohti on kuitenkin kasvussa.** Elinkeinorakenteen ja maassamuuton seurauksena aikaisempaa useampi vanhus joutuu turvautumaan julkisiin palveluihin tai muihin kodin ulkopuolisiin avun lähteisiin, koska turvaa ja palveluja ei ole mahdollista saada omaisilta ja lähiympäristöltä siinä määrin kuin menneinä vuosikymmeninä. Vanhusten – kuten myös muiden väestöryhmien – palvelutarpeiden kehitykseen vaikuttavat väestörakenteen muutoksen ohelle hyvin

monet yhteiskunnan rakenteen ja ns. elämänmuodon kehityssuunnat. Näiden yhteisvaikutusta on vaikeata arvioida ja ennakoida. Lisäksi muutokset ovat erilaisia maan eri puolilla.

Toinen lähtökohta on, että asiakasvirrat muuttuvat. Nykyistä taloudellisemman palvelujärjestelmän edellytys on, että tavoitetilassa **asiakkaat ohjautuvat** aikaisempaa herkemmin sellaisen hoidon tai palvelun piiriin, joka maksaa yhteiskunnalle vähemmän kuin se, jonka piiriin asiakkaat nykyisin ohjautuvat. Ohjautumiseen voidaan vaikuttaa monilla tavoilla, joista osa on vahvoja ohjauskeinoja ja osa heikkoja. Vahvin ohjauskeino on tarjonnan muutos. Laskelmassa oletetaan yksiviivaisesti, että laitospalvelujen kokonaistarjontaa vähennetään ja rakennetta muutetaan, jolloin asiakkaat ohjautuvat vahvimalla mahdollisella tavalla avohuollon piiriin.

Kolmantena lähtökohtana on, että henkilöstön käyttö muuttuu. Toisaalta henkilöstön toimenkuvat ja tehtävät muuttuvat. Toisaalta työpaikka voi muuttua, myös toiselle paikkakunnalle. Henkilöstön oletetaan siirtyvän osittain asiakasvirtojen mukana; toisaalta mahdollisesti jokin verran laitoshoidon sisällä laitoksesta toiseen – esimerkiksi erikoistasoisesta sairaala – ja laitoshoidosta perustasoiseen hoitoon terveyskeskuksissa. Pääosin henkilöstön oletetaan siirtyvän vuodeosasto- ja laitoshoidosta avohuoltoon. Laskelmassa arvioidaan nimenomaan tätä siirtymää.

Neljäntenä lähtökohtana on ns. kiinteän palvelurakenteen kahdensuuntainen muutos. Sairaalat ja laitokset samoin kuin erilaiset avohuollon toimintayksiköt (terveyskeskukset, palvelutalot, päiväkeskukset ym.) muodostavat nykyisen palvelurakenteen kiinteän rungon tai kiinteän infrastruktuurin.⁴

Osa sairaaloista ja laitoksista tai niiden osista oletetaan tyhjenevän, kuten jo on tapahtunutkin. Tyhjenevästä laitoksesta syntyviä kustannuksia ei ole otettu huomioon laskelmassa. Tyhjän laitoksen vaihtoehto on laitoksen käyttötarkoituksen muutos. Vaikka kiinteän infrastruktuurin maantieteellistä sijaintia ei voida muuttaa – tältä osin esim. sairaalarakennus on ns. uponnut kustannus – sen käyttötarkoitus voidaan muuttaa. Sadan paikan vanhainkodin peruskorjaus 50 paikan palvelutaloksi saattaa olla kannattavampaa kuin rakennuksen myyminen ja uuden palvelutalon rakentaminen – jos sellainen on pakko luoda.

Vähenevä laitospaketeetti joudutaan osittain korvaamaan uudella kiinteällä palvelurakenteella. Jossain määrin joudutaan rakentamaan uusia asuntoja, joihin palvelut on mahdollista yhdistää joustavasti. Kolmi- ja nelikerroksisiin taloihin on järkevää ja taloudellista rakentaa hissejä. Asuntoja tulee peruskorjata ja muuttaa liikuntavammallisille sopiviksi. Hälytin ja turvajärjestelmiä tulee lisätä. Jne.

⁴ **Kiinteällä palvelurakenteella** tarkoitetaan tässä konkreettista, fyysistä tai aineellista palvelurakenteen osaa, joka on maantieteellisesti tiettyyn paikkaan sidottua ja jonka voi nähdä omilla silmillään. Mm. laitokset ovat tällaisia. Kiinteän rakenteen vastakohta on **liikkuva tai virtaava rakenne**. Tällaisia ovat esim. rahavirrat – jotka nykyään liikkuvat hyvin sukkelaan paikasta toiseen, tosin yleensä muualla kuin sosiaali- ja terveydenhuollossa – ja etenkin henkilöstövirrat. Käytännössä henkilöstössä on nykyään myös kiinteän palvelurakenteen piirteitä. Osa henkilöstöstä voi olla laitostunutta, kuten asiakkaansakin.

Viides laskennan lähtökohta koskee tarkasteltavan järjestelmän laajuutta ja laskennan laajuutta. Tässä laskennassa kohdennetaan asiakasvirtoja ja henkilöstöresursseja uudelleen järjestelmässä, joka muodostuu terveydenhuollosta sekä vanhuksille ja kehitysvammaisille palveluja tuottavasta sosiaali- ja terveydenhuollon osasta. Myös tarpeelliset investoinnit on pyritty ottamaan huomioon. Kaikki kustannuslaskenta on aina – pakosta – jonkin järjestelmän sisäistä laskentaa. Sen yhteyksiä "ulkomaailmaan" ei koskaan voi ottaa riittävästi huomioon. Ulkopuolelle tässä tapauksessa on jouduttu jättämään esimerkiksi:

- lasten päivähoiton resurssit, joiden osittainen muunto esim. vanhustenhuollon tarpeisiin saattaa hyvinkin olla järkevää ja mahdollista, jos syntyvyysluvut alenevat niinkuin on ennustettu.

Laskennassa on kuitenkin otettu huomioon eräitä varsinaisen sosiaali- ja terveydenhuollon "ulkopuolisia" tahoja, esimerkiksi

- Asuntotoimen järkevällä kehittämisellä voidaan merkittävästi vähentää vanhusten ennen aikaista muuttoa pois kotoa tai joutumista laitoksiin .
- Kansaneläkelaitos maksaa erilaisia avohuoltoa tukevia etuuksia, joilla on merkitystä avohuollon rakenteen osina.

Kuudentena lähtökohtana ovat laskennan "filosofiaa" ja tekniikkaa koskevat rajaukset. Tämän laskelman tarkoituksena on luoda mielikuvia mahdollisuuksista kehittää palvelujärjestelmää kustannuslaskennan avulla. Hyvin tärkeätä on se, miten kustannuksiin ja kustannuslaskentaan suhtaudutaan. Yleinen suhtautuminen kustannukseen on kaksijakoinen: se joko kertoo jotain menneisyydestä tai se kuvaa jotain tulevaisuudesta. Tällainen passiivinen asenne kustannukseen on tyypillistä julkishallinnolle, jossa kustannuksiin liian usein suhtaudutaan pelkästään annettuina tekijöinä (budjettiraameina jne.). Tällöin kustannusten ajatellaan seuraavan toiminnasta tai ennakoivan sitä. Tällainen asenne kustannuksiin on väärä. Kustannukselle tulee antaa aktiivisempi osa toiminnan kehittämisessä. Budjettiraamiin tulee suhtautua mahdollisuutena ei mahdottomuutena. Parhaimmillaan budjettilaskenta vapauttaa näkemään erilaisia vaihtoehtoja saman raamin sisällä.

Jos kustannuslaskentaan suhtaudutaan aktiivisesti, on aika lailla mieletöntä kysyä: Kumpi on halvempaa, avo- vai laitoshuolto? Kysymys soveltuu passiiviseen kustannuslaskentaan, jossa kustannuslaskija ei yritäkään kehittää avo- ja laitoshuoltoa taloudellisempaan suuntaan, ei yritäkään eritellä hyviä kustannuksia huonoista kustannuksista jne. Aktiivisessa kustannuslaskennassa myönnetään mahdollisuus, että sekä avohuoltoa että laitoshuoltoa voidaan kehittää taloudellisesti tai epätaloudellisesti. Yleinen "totuus" jomman kumman taloudellisuudesta toiseen verrattuna perustuu passiiviseen kustannuslaskentaan. Ilmeisesti on myös niin, että avo- ja laitoshuoltoa ei tule laskea toisistaan irrallisina vaihtoehtoina, vaan pyrkiä vaihtoehtoihin, jossa ne täydentävät toisiaan. Kenties taloudellisimmat ja toimivimmat ratkaisut löytyvät avo- ja laitoshuollon välimaastosta.

Laskelman perusvuosi on 1990 ja tavoitevuosi 2000. Perusvuoden valintaan on vaikuttanut lähinnä tilastojen saatavuus. Laskennan lopullisen tavoitteen kannalta sillä ei ole kovin suurta merkitystä, että perusvuosi on jo historiaa. Markkasuureet esitetään

vuoden 1990 hintatasossa. Vuoden 2000 tavoitetasossa on otettu huomioon reaali-palkkojen nousu yhdellä prosentilla vuosittain. Investoinneille on asetettu 4 %:n korkovaatimus ja ne on jaksotettu annuiteettimenetelmällä investoinnin arvioidulle käyttö- eli hyötyjälle. Mainittakoon, että investointien kustannuslaskentaan sisältyy tässä laskelmassa vielä paljon ongelmia. Esimerkiksi: Miten arvioidaan investoinneista saatava hyöty?

Hyötyihin liittyy seuraavan laskennan suurin vaje. Hyötyjä ei ole tässä ehditty arvioimaan. Kustannuslaskelmat ilman hyöty- tai vaikuttavuusarvioita ovat puolinaisia. Tässä kohden laskennassa on vielä paljon kehittämistä.

Tavoitevaihtoehdon laskenta jakautuu kahteen osaan. Toisaalta voidaan karkein oletuksin arvioida, paljonko laitoshoidosta voisi vapautua resursseja avohuollon käyttöön, mikäli laitoshoidolle asetetaan palvelurakennetyöryhmän muistiossa asetetut määrälliset tavoitteet. Laitoshoidon määrää mitataan paikkaluvuilla ja hoitopäivillä. **Toisin sanoen paikkaluvut vuonna 2000 kiinnitettiin laskelmassa.** Muut suureet (laitoshoidossa lähinnä henkilöstömäärä, hoitopäivien määrä ja kuormitusprosentti ja avohuollossa laitoshuollosta vapautuvat henkilöstö, kelan tulotuki ja investointipaketti) tavallaan alistettiin tavoitteelle ja etsittiin kokeilemalla erilaisia vaihtoehtoja päämäärän saavuttamiseksi. Laskennan toinen puoli muodostuu laitoshoidosta vapautuvien resurssien vaihtoehtoisista käyttömahdollisuuksista avohuollossa. Avohuollon laskentaan liittyy myös "investointipaketti", jolla tuetaan laitoshoidon osittain korvaavan avohuollon luomista.

Laskelman perusasetelmana on tietty **budjettiraami.** Henkilöstöresursseja siirretään laskennallisesti laitoshuollosta avohuoltoon. Se, millaisia resurssimääriä voidaan ajatella siirrettävän laitospuolelta avohuoltoon on luonnollisesti laskelman kriittisin vai vaikein kohta. Epäonnistumisen mahdollisuuksia on kahta päälajia.

Toisaalta asiakkaita (tai oikeammin asiakas – tai palveluvirtoja) ohjataan avohuoltoon ilman, että laitoksista vapautuisi riittävästi henkilöstöä, jotka järjestäisivät avohuollon uusille asiakkaille riittävästi palveluja.

Toisaalta laitoksista voidaan irrottaa liikaa resursseja, jolloin laitoksiin jäävien – yleensä vaikeampihoitoisten – asiakkaiden palvelut vaarantuvat.

Resurssien siirrot tulee mitoittaa ottaen huomioon palvelutarpeet molemmissa päissä. Kolmanneksi tulee huolehtia siitä, että siirron seurauksena syntyy synergiaa. Resurssien osittaisessa siirrosta avohuoltoon ei olisi mitään mieltä, ellei ole syytä olettaa, että näin pystytään hoitamaan aikaisempaa taloudellisemmin ihmisten palvelutarpeet. Ja koska lähtökohtana laskelmassa on kiinteä henkilöstöraami, taloudellisuuden tulee ilmetä niin, että samoilla yhteenlasketuilla resursseilla kyetään huolehtimaan laajemmasta joukosta väkeä kuin ennen siirtoa. Myös joukon laajeneminen tulee ottaa huomioon laskelmassa.

Edellä mainittujen tavoitteiden yhteensovittamiseksi tehtiin joukko vaihtoehtoisia laskelmia, joiden tuloksia tarkasteltiin kaikista kolmesta em. näkökulmasta. Vaihtoehdot liittyivät paikkaluvun ja henkilöstömäärän vähenemisen suhteeseen laitos- ja vuodeosastohoidossa. Kokeiltiin kolmea vaihtoehtoa:

- a) paikkaluku ja henkilöstö vähenevät samassa suhteessa

- b) paikkaluvun vähentyessä kahdella henkilöstö vähenee yhdellä
- c) paikkaluvun vähentyessä kolmella henkilöstö vähenee yhdellä.

Vaihtoehto a) vaarantaa laitoshoidon tason. Vaihtoehto c):n havaittiin luovuttavan korvaavaan avohuollon käyttöön niin vähän resursseja, että se puolestaan vaarantaa avohuollon tason. Vaihtoehdon b) havaittiin antavan avohuollolle sen verran resursseja, että ne yhdessä kelan tulotuen ja investointiohjelman kanssa antavat riittävästi resursseja myös toiminnan piiriin laajentamiseen. Se siis valittiin jatkolaskentaan.

9.2 Laitoshoidon vähentäminen

Oheisessa taulussa on esitetty suuntaa-antavasti, kuinka paljon laitoshoidon supistaminen mahdollistaisi resursseja muuhun käyttöön.

Erikoissairaanhoidon paikoilla tarkoitetaan alue- ja keskussairaaloiden somaattisia hoitopaikkoja sekä erikoislääkärijohtoisia terveyskeskuspaikkoja.

Pitkäaikaishoidon paikoilla tarkoitetaan yleislääkärijohtoisten terveyskeskusten vuodeosastojen ja vanhainkotien yhteenlaskettua paikkalukua. Pitkäaikaishoitopaikkoihin voidaan lukea myös hoivakodit, pienryhmäkodit ja muut ns. välimuotoon kuuluvat laitostyyppiset yksiköt. Sen sijaan ei palvelutaloja ⁵

Psykiatrisella laitoshoidolla tarkoitetaan mielisairaalapaikkoja ja kehitysvammahuollon paikoilla keskuslaitospaikkoja.

Paikkalukujen mitoitusperusteissa on otettu huomioon väestön määrän ja rakenteen muutokset, erityisesti vanhusten määrän kasvu.

Tavoitevaihtoehdossa laitospaikkojen määrän on oletettu vähenevän vuoden 1990 tasosta noin kolmanneksen eli noin 91 000 paikasta noin 62 000 paikkaan vuoteen 2000 mennessä. Vähentyminen on noin 3,3 % vuodessa. Suurimmat supistukset koskisivat pitkäaikaishoitoa vanhainkodeissa ja terveyskeskussairaaloissa (noin 15 000 paikkaa).

Hoitopäivien määrän oletetaan alenevan suhteellisesti vähemmän kuin paikkaluvun, jolloin laitosten kuormitus nousee. Itse asiassa hoitopäivien määrän muutos laskettiin asettamalla laitoksille "kuormitusprosentti-tavoitteet". Somaattisessa erikoissairaanhoidossa 90 % ja muissa 95 %.

Vuodeosastohoidon ja laitoshoidon tuntuva vähentäminen perustuu uusiin ajatuksiin laitosten toiminta-ajatuksista, jotka seuraavassa on pyritty karkeasti tiivistämään:

⁵ Termi ei ole paras mahdollinen, koska ilmeisesti myös terveyskeskusten vuodeosastoilla akuuttihoito-osuus kasvaa sitä mukaa kuin toimintakyvyltään parempia vanhuksia kyetään hoitamaan tehostetussa avohuollossa. Tällä hetkellä noin 80–90 prosenttia ylläkäyttöön terveyskeskussairaalapaikoista on pitkäaikaishoidettavien käytössä. Tavoitetasossa osuus lienee noin 2/3. Vanhainkodeissa pitkäaikaishoitopaikkojen osuus on noin 95 %. Myös vanhainkodeissa tavoitteeseen pääseminen merkitsee lyhytaikaishoidon kasvua.

Laitoshoidon ja vuodeosastohoidon tavoitevaihtoehto

Oletukset resurssien vähenemisen suhteista:

real.ansiot 1,1

Paikkaluvun vähentäminen kahdella vähentää henkilölukua yhdellä

henk.kerroin 0,5		Erikois- sairaan- hoito	Pitkää- kais- hoito	Psyk. laitos- hoito	Keh.vam- ma- huolto	Yh- teensä
Mitoitus	1990	5,3	16,5	2,3	1,1	18,2
	2000	3,5	10	1,5	0,5	12,1
Paikkaluku	1990	26 167	47 742	11 278	5 349	90 536
	2000	19 086	32 600	7 644	2 548	61 878
Vähennys		-27%	-32%	-32%	-52%	-32%
Hoitopäivät, 1000	1990	7 029	16 264	3 396	1 701	28 390
	2000	6 249	11 312	2 652	882	21 095
Vähennys		-11%	-30%	-22%	-48%	-26%
Kuormitus	1990	74%	93%	82%	87%	86%
	2000	90%	95%	95%	95%	93%
Henkilöstö	1990	40 398	31 197	10 435	4 923	86 953
	2000	34 932	26 250	8 754	3 634	73 570
Vähennys		-14%	-16%	-16%	-26%	-15%
Kustannukset, milj. mk	1990	9 950	6 605	2 222	1 021	19 798
Huom! reaaliansioiden nousu 1 % / vuosi	2000	9 464	6 113	2 050	829	18 457
Vähennys		-5%	-7%	-8%	-19%	-7%
Muutokset 1990–2000						
Paikkaluku		-7 081	-15 142	-3 634	-2 801	-28 658
Henkilöstö 90–2000		-5 466	-4 947	-1 681	-1 289	-13 383
Henkilöstö, muutos per vuosi		-547	-495	-168	-129	-1 338
Kustannukset, milj.mkk		-486	-492	-172	-192	-1 341
Kustannukset, muutos per vuosi		-49	-49	-17	-19	-134
Yksikkösuureita 1990 ja 2000						
Henkil./paikka	1990	1,54	0,65	0,93	0,92	0,96
	2000	1,83	0,81	1,15	1,43	1,19
Kustannukset/paikka	1990	380	138	197	191	219
1000 mk vuodessa	2000	496	188	268	325	298
Kustannukset/ hoitopäivä, mk	1990	1 416	406	654	600	697
	2000	1 514	540	773	940	875

Mitoitusperusteet. Huom. reaaliainpaikkojen nousua ei ole otettu huomioon

Erikoissairaanhoito= yleissairaala- ja erik.lääkärijohtoiset terveyskeskussairaalapaikat

1000 asukasta kohti. Tavoitetasoon lisätty 1250 paikkaa yliopistollisen keskussair. erityishoitovelvoitteen takia

Pitkääaikaishoito (somaattinen) = vanhainkoti- ja yleislääkärijohtoiset terveyskeskuspaikat

75 vuotta täyttänyttä kohti

Psykiatrisen laitoshoidon = mielisairaalapaikat 1000 asukasta kohti

Kehitysvammahuolto= kehitysvammahuollon laitospaikat 1000 asukasta kohti

Yhteensä = paikkaluku 1000 asukasta kohti

Lähde: liite6/laitosv2.xls/24.11.92

a) **Somaattinen erikoissairaanhoido keskittyy "korjaavaan", nopearytmiseen hoitoon.** Toisin sanoen siitä "puhdistetaan" majoitus- ja ylläpitopalvelut joko niin, että tarvittaessa operaation jälkeinen hoito hoidetaan saman organisaation puitteissa erillisessä "hotellipalvelutulosyksikössä" tai asiakas siirretään kotiin tehostettuun avohuoltoon, terveystieteiden sairaalaan tai muuhun soveliaaseen paikkaan (hoivakoti, ym). Laskelmassa on ajateltu, että kaikki pitempiaikaiseen laitoshoidoon kuuluvat majoitus- ja ylläpitopalvelut sisältyvät pitkäaikaishoitoon riippumatta siitä, että osa voi tapahtua erikoissairaanhoidon organisaatiossa. Tilastoista voidaan päätellä, että erikoissairaanhoidosta siirrettävät majoitus- ja ylläpitopalvelut maksavat noin 300–500 mk hoitopäivää kohti eli noin kolmanneksen siitä, mitä erikoissairaanhoidon hoitopäivä keskimäärin maksaa. Erikoissairaanhoidosta vähenisi henkilöstöä noin 550 eli noin 1,4 %:a vuodessa.

b) Osa erikoissairaanhoidon hoitopäivistä siirtyy pitkäaikaishoidon puolelle ja osa avohuoltoon. Pitkäaikaishoidosta (vanhainkodit ja yleislääkärijohtoiset terveystieteiden sairaalat) puolestaan siirtävät asiakkaita ja henkilöstöä avohuoltoon Henkilöstö vähenisi 500:lla vuodessa, mikä vastaa 1,6 %:n vähenemistä vuodessa.

c) **Kehitysvammalaitokset keskittyvät syvästi kehitysvammaisten hoitoon.** Lievemmin kehitysvammaiset siirtyvät pääosin peruskuntien järjestämien avohuollon ja asumispalvelujen piiriin. Kehitysvammahuollossa henkilöstöä vähenisi 130 eli 2,6 % vuodessa.

d) **Psykiatrisessa hoidossa viedään loppuun jo alkanut laitoshoidon vähentäminen,** kuitenkin niin, että vain harvoissa tapauksissa pysyväishoidossa olevia siirretään toiseen laitokseen. Mielisairaaloissa henkilöstö vähenisi 170 vuodessa eli 1,6 % prosenttia.

Näillä oletuksien laitoshoidon käyttökustannukset olisivat tavoitetasossaan vuonna 2000 noin 1,3 miljardia markkaa pienemmät kuin vuonna 1990. Reaalinen väheneminen olisi 3,2 miljardia mk, mikäli ansiotason vuosittaista yhden prosentin reaali muutosta ei otettaisi huomioon. Vuositasolla vapautuisi resursseja runsaan 130 miljoonan markan edestä. Laitoshoidon kustannukset vähenisivät 0,7 % vuodessa. Ansiotason muutoksesta "puhdistettu" reaalinen väheneminen olisi 1,7 %. Edellytyksenä edellä mainituille on, että henkilöstöä olisi valmis siirtymään laitosten ulkopuolelle vuosittain noin 1,5 % vuoden 1990 tasosta eli runsas 1 300.

Laitoshoidon henkilöstömitoitusta on tavoitetilassa korotettu vuoden 1990 tasosta (0,96 henkilö per paikka) noin neljänneksellä (1,19:ään), jolloin avohuoltoon on varaa siirtää henkilöstöä noin 13 400 kymmenessä vuodessa.

Arvion toteutuminen riippuu hyvin monista asioista, esimerkiksi

1. Miten uusi valtiosuusi järjestelmä vaikuttaa kehitykseen. Se todennäköisesti vauhdittaa erikoissairaanhoidon supistumista. Jo nyt on erikoissairaanhoido jonkin verran vähentänyt henkilöstöään ja jotkut toimipisteet ovat lakkautusuhalla. Sen sijaan on epätodennäköisempää se, missä määrin vapautuvia henkilöstöresursseja voidaan siirtää muualle, lähinnä avohuoltoon .

2. Ei ole merkkejä siitä, että pitkäaikaishoitopaikat olisivat laman myötä vähentymässä.
3. Kehitysvammahuoltojärjestelmien suunnitelmien mukaan kehitysvammahuollon laitospaikkoja vähennetään vuoteen 1996 mennessä noin 400–500. Kehitysvammahuollon kehittämistyöryhmä asetti tavoitteeksi laitospaikkojen vähentämisen 30 %:lla vuoteen 2000. Tämä on noin 1600 paikkaa eli vähemmän kuin tässä laskelmassa.
4. Alueelliset erot nykyisessä laitospaikkatavotteissa ovat melko suuret. Tosin myös tavoitetasossa alueellinen vaihtelu on perusteltua, esimerkiksi kehitysvammahuollossa. Ilmeisesti valtakunnan tasolla tavoitetasoon pääseminen edellyttäisi tietyillä alueilla mitoitusnormin alittamista ja henkilöstön liikkumista myös alueellisesti.
5. Alueellisiin tekijöihin kuuluvat myös isojen laitosten sijaintikuntaedut ja -haitat, jotka voivat suurestikin vaikuttaa päätöksiin.

9.3 Korvaavan avohuollon luominen

Seuraavissa tauluissa on esitetty asetelma, jossa edellä kuvatun laitoshuollon vähentämisen vastapainona luodaan korvaavaa avohuoltoa. Vaihtoehtoja on luonnollisesti lukuisia eikä laskelmaan ole otettu mukaan kaikkia mahdollisia avohuollon muotoja.

Ensimmäisen taulun yläosassa on esitetty tiiviissä muodossa laitoshoidon vähentämistä vapautuvat resurssit. Henkilöstöä vapautuu 10-vuotiskautena 13 400 ja raharesursseja 1,3 miljardia mk, jos reaali-palkkojen muutos otetaan huomioon. Ilman reaali-palkkojen muutosta raharesurssit olisivat 3,2 miljardia mk.

Seuraavassa – kuten jo aiemminkin – on otettu huomioon reaali-palkkojen muutos.

Korvaava avohuoltojärjestelmä muodostuu kahdesta pääosasta: käyttömenoresurseista sekä investoinneista. Käyttömenoresurssit jakautuvat kahteen osaan: henkilöstöön, joka siirtyy laitos- ja vuodeosastohoidosta sekä sosiaalivakuutuksesta saatavat lisäresurssit. Siirtyvän henkilöstön käyttömenot ovat 3 368 milj. mk tavoitetasossa vuonna 2000. Kelan etuuksiin sisältyvä välillinen "tulotuki" on arviolta 400 milj. mk vuodessa. Yhteenlaskettuna käyttömenoresursseja on siis 3 768 milj. mk, mikä on henkilöstönä laskettuna noin 15 000 henkilötyövuotta.

Investoinnit jakautuvat myös kahteen pääryhmään: rakennusinvestointeihin sekä muihin investointeihin. Muihin investointeihin sisältyvät lähinnä teknologiaa – kuten turvalaitteita, vammaisvälineitä, tietojärjestelmiä jne. – koskevat investoinnit ja koulutus. Siis tieto-taito-investoinnit. Rakennusinvestointeihin sisältyy fyysisen, kiinteän palvelurakenteen investoinnit.

Laskelmasta puuttuvat arviot investoinneista saatavista hyödyistä. Avohuoltoa tukevat rakentamiskustannukset ja muut investoinnit on muunnettu taulun oikeassa reunassa

LAITOSHOIDOA KORVAAVAN AVOHUOLLON LUOMINEN

Luonnos 24.11.92

A. LAITOSHOIDON VAHENTÄMINEN		Valhtoehto 1 suhde 2:een			
	Lähtötaso 1990	Tavoite 2000	Muutos	Tavoite 2000	Muutos
		ilman reaali- palkkojen nousua		reaalipalkkojen nousu 1 % vuodessa	
Paikkaluku	90 500	61 900	-28 600		
Henkilöstö	87 000	73 600	-13 400		
Henk./paikka	0,96	1,19	0,23		
Kustannukset, mmk	19 800	16 650	-3 150	18 500	-1 300
Kustan./paikka, 1000 mk	219	269	50	299	80
Kustan./työntekijä, 1000 mk	228	226	-1	251	24

B. KORVAAVAN AVOHUOLLON LUOMINEN		Käyttömenot ja investoinnit jaksettuna v. 2000 milj.mk/v	
	Käyttömenot v. 2000 ja investoinnit 1990-2000	Yksikkö-kustannukset '1000 mk	reaalipalkkojen nousu 1% pääoman korko 4%
KÄYTTÖMENORESURSSIT			
Laitoshuollosta vapautuvat henkilöstöresurssit			
Henkilöstö	13400	251 virka	
Kustannukset, mmk/v	3 368		3 368
Sosiaalivakuutuksesta saatavat lisäresurssit			
Maksukert. kasvu, mmk/v	400		400
Henkilöstöksi muuntaen	1 600	251 virka	
RAKENNUSINVESTOINNIT			
Asuntoja, kpl	10000	300 asunto	Hyötyaika vuosia
milj. mk/10 v.	3000		152 40 v.
Asuntojen peruskorj. kpl	5000	100 korjaus	
milj. mk/10 v.	500		112 s.v.
Asunnon muutostöitä, kpl	2000	50 korjaus	
milj. mk/10 v.	100		22 s.v.
Hissejä, kpl	5000	400 hissini	
milj. mk/10 v.	2000	"tukkuhinta"	101 40 v.
Päivätoiminta, paikkoja	1000	250 paikka	
milj. mk/10 v.	250		13 40 v.
Rak.investoinnit yht.	5850		400
MUUT INVESTOINNIT			
Teknologia, milj. mk/10 v.	2750	0,5 % sth:n menoista	618 5 v
Koulutus ym., kpl	9000	30 koulutuspaketti	
milj. mk/10 v.	270		33 10 v.
KAIKKIAAN			4 819 100%
Käyt. ol.lask. henkil.vuodet	15 000		
Lasken. henk./asiakas	0,50		
Käyttömenot, milj. mk	3 768		3 768 78%
/asiakas, 1000 mk	126		126
Investoinnit, milj. mk/v	887		1 051 22%
/asiakas, 1000 mk	30		35
svol:n per. hankkeet 1994	1200 milj.mk		

vuosittaisiksi kustannuksiksi. Pääomalle on asetettu 4 %:n korkovaatimus ja jaksotuksessa on käytetty annuiteettimenetelmää.

Laskennan suurin haaste liittyy hyötyjen arvioimiseen. Erilaiset menot – investointi- tai käyttömenot – on helppo muuntaa tai jaksottaa kustannuksiksi. Sen sijaan hyötyjen arvioinnissa joudutaan useimmiten harkinnanvaraisiin, todennäköisyyksiin pohjautuviin arvioihin. Lopullinen hyötyluku täytyy haarukoida erilaisten vaihtoehtojen välimaastosta. Tässä kohtaa erityisesti sosiaalipuolella on paljon varaa kehittää laskenta- ja arviointimenetelmiä.

Laskenta-asetelman ulkopuolella ovat:

- a) Ne olemassa olevat avohuollon resurssit, jotka voitaisiin kohdistaa uudelleen tukemaan laitoshuoltoa korvaavaa avohuoltoa, esimerkiksi siirtää ns."kevyestä" avohuollosta tukemaan laitoshoidon korvaavaa avohuoltoa. Tällaisia resursseja voi löytyä esimerkiksi kodinhoitoavun piiristä. Taulun alareunaan kuuluisi panna näinollen kolmas lohko C, joka voitaisiin otsikoida "vähemmän tarpeellisen avohuollon vähentäminen", josta yhtä lailla tulisi imeä resursseja tukemaan B-lohkoa. Nämä miljoonat eivät kuitenkaan todennäköisesti ole niin suuria, että niiden poisjättäminen olennaisesti harhauttaa kuvaa.
- b) Palvelujen porrastus laitoshoidon sisällä. Laskelmassa ei ole tutkittu muutoksia laitoshoidon sisällä, vaan pidetty tätä "mustana laatikkona" ja tutkittu ainoastaan laitoksista vapautuvien resurssien käyttöä avohuollossa.
- c) Tuottavuuskehitystä ei ole arvoitu sen paremmin avo- kuin laitoshoidossakaan.

Laskelmassa ei ole kiinnitetty avohuoltoon siirtyvää henkilöstöä mihinkään toimintamuotoon. Resurssien kiinnittäminen tiettyihin toimintamuotoihin johtaa toisaalta liian tarkkaan laskentaan. Erilaisia vaihtoehtoja avohuollon järjestämisessä on lukemattomia. Toisaalta resursseja ei pidä kiinnittää avohuollossakaan liian tiukasti tiettyihin toimintamuotoihin. 30 000 markan koulutuspaketilla per työntekijä pyritään kuitenkin siihen, että siirto voisi tapahtua joustavasti.

Ilmeisesti osa henkilöstöstä voi ja haluaa kouluttautua itsenäiseksi ammatinharjoittajaksi esim. vanhusten kotipalvelujen ja kotisairaanhoidon tehtäviin. Tilastot puolestaan kertovat siitä, että lisäresursseilla voitaisiin lisätä mm. tukipalveluja.

Korvaavan avohuollon luomisessa on myös otettu huomioon ne lisäresurssit, joilla **sosiaalivakuutus tukee avohuoltoa erilaisten kansaneläkelaitoksen maksamien etuuksien muodossa** (täysimääräinen ke-lisäosa, ke-asumistuki, eläkkeensaajien hoitotuet, vammaistuet ja lasten hoitotuet). Tällainen tulotuki ilmenee niin, että avohuollossa oleva pitkäaikaishoidon asiakas saa em. etuuksia, jotka voidaan ottaa huomioon avohuollon maksupolitiikassa asiakkaiden maksukykyä lisäävinä tekijöinä tiettyyn rajaan saakka. Sosiaalivakuutukseen sisältyvän avohuollon tuen arvioinnissa on jonkin verran epävarmuustekijöitä (esim. siinä suhteessa, miten kunnat määrittelevät avo-

huollon maksuperusteet). Voidaan kuitenkin arvioida, että kansaneläkelaitoksen etuudet antavat kunnille potentiaalista, "ylimääräistä" maksukertymäpohjaa vuositasona noin 400 milj. mk, mikä merkitsee henkilöstöksi muunnettuna noin 1600 virkaa. Tosin maksukertymän kasvu riippuu myös siitä, miten eläkkeensaajien hoitotukea ja muita ns. vammaistukia kohdellaan maksupolitiikassa.⁶

Mainittakoon, että Kansaneläkelaitoksen tilastot vahvistavat käsitystä siitä, että pysyvään laitoshuoltoon on ainakin aikaisemmin siirtynyt varsin paljon toimintakyvyltään hyväkuntoisia vanhuksia. Noin 55 000:sta pitkäaikaisessa laitoshoidossa olevasta vain 27 000 oli sellaisia, jotka olivat saaneet ennen laitoshoittoa sijoitusta eläkkeensaajien hoitotukea (tai aikaisempaa apu- tai hoitolisää). Näin arvioiden noin puolet asiakkaista on aikoinaan otettu laitoksiin muista kuin toimintakyvyn vajavuuteen liittyvistä syistä.

9.4 Investointiohjelma

Investointimenot on jaksotettu kustannuksiksi ottaen huomioon investoinnin arvioitu hyötyaika. Investointihankkeet jaksottuvat kymmenelle vuodelle. Vuosittaiset investointimenot (887 milj. mk) on mitoitettu niin, että ne mahtuvat valtakunnallisessa suunnitelmassa sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä vuosina 1993–1996 varattuun perustamishankeintiöön (1 200 milj. mk vuodessa). Lisäksi osa investoinneista sopii erityisen hyvin Ray:n toimialaan ja osa ympäristöministeriön toimialaan.

Investointilaskelmassa on pohjana 887 milj. mk sovitettu kehyslaskelma, jonka sisällä voidaan laskea useampia vaihtoehtoja. Oheisena on myös esimerkkinä taulu, jossa on muunneltu kohteita kehyyksen sisällä.

Investointiohjelman **peruslaskelmaan** on valittu seuraavia tekijöitä

1. Koska asuntopolitiikalla voidaan merkittävästi tukea avohuoltoa, laskelmassa on oletettu rakennettavan 10000 asuntoa eli 1000 asuntoa vuodessa. Tämä on noin 10 % viime vuosina rakennetuista aravarahoitettujen vuokra-asuntojen määrästä ja 3 % 75 vuotta täyttäneiden määrästä. Tämän laskentaoletuksen paikkansapitävyys tulee selvittää tarkemmin myöhemmin.

Laskentaoletus voidaan tulkita myös niin, että joka kuudes asiakas tarvitsee myös asunnon vaihtoehtona laitossijoitukselle. Keväällä 1991 oli erilaisissa laitoksissa asunnon puutteen takia noin 3 300 henkilöä kuntien antamien tietojen mukaan. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen vuonna 1991 tekemän selvityksen mukaan vanhainkodeissa ja terveyskeskuksissa hoidettavista 2 400 olisi tullut toimeen palvelutalossa, laitoksen henkilökunnan arvion mukaan. Toisaalta vanhuksia asuu hyvin suuri määrä puutteellisesti, jolloin osalle näistä lienee tarpeen uusi asunto.

⁶ Uudessa sosiaali- ja terveydenhuollon maksuasetuksessa on kaavailtu mm. ,että eläkkeensaajien hoitotukea ei saisi ottaa tulona huomioon tulosisäntämuutoksissa maksuissa. Ratkaisu tuntuu omituiselta, koska tukimuodolla nimenomaisesti halutaan kompensoida toimintakyvyn vajavuudesta aiheutuvia haittoja ja taloudellisia menetyksiä.

Kokonaisinvestointimenot 10 000 asunnosta kymmenessä vuodessa ovat noin 3 miljardia mk. (Asunnon hinnassa – 300 000 mk – on ennakoitu tuleva asuntojen hintojen nousua, vaikka nykyisin hinta lienee kolmanneksen pienempi). Vuosittaiset todelliset kustannukset olisivat kuitenkin vain noin 152 miljoonaa markkaa, kun otetaan huomioon asuntoinvestoinnin pitkä ikä. Ja kun otetaan huomioon, että asuntoinvestoinnit rahoitettaisiin pääosin valtion lainoin ⁷ ja osa mahdollisesti Ray-rahoin, asuntoinvestoinnista aiheutuvat kustannukset kunnille jäävät selvästi em. pienemmiksi. Itse asiassa aravatuotannon rahoitusperiaatteisiin kuuluu se, että asukkaat rahoittavat itse vuokrallaan investoinnin, jolloin kunnan lopulliseksi rahoitusosuudeksi jää järjestely- ja suunnittelukuluja ja kunnan pieni rahoitusosuus ke-asumistukeen.

2. Peruskorjattavia asuntoja on laskentaesimerkissä 5000.

Vanhusten asunnoista oli erittäin puutteellisesti varustettuja 43 000 (11,8 %) Tilastokeskuksen asuinolotilaston mukaan vuoden 1991 lopussa. Näistä 30 000 oli yhden vanhuksen asuntoja. Kaikkiaan 17 % vanhuksista asuu erittäin puutteellisesti varustetuissa asunnoissa. Luvut perustelevat korjattavien asuntojen määrän nostamista laskelmassa, mutta löytyy myös vastakkaisia perusteluja. ⁸

Peruskorjauksen kustannukseksi on arvioitu 100 000 mk.

Seppo Tiainen tutkimuksen mukaan ⁹ Pohjois-Karjalan neljässä kunnassa vuosina 1990–91 toteutetussa kokeilussa peruskorjauksen keskihinta oli noin 100 000 mk. Kokeilun tulosten perusteella asuntojen perusparannus on niin asukkaan, kunnan kuin valtionkin kannalta järkevää ja kannattavaa, oli tutkijan johtopäätös. Hyötyajaksi kunnan kannalta on tässä laskelmassa arvioitu viisi vuotta. Tämä on peruskorjausinvestoinnin kriittinen kohta silloin, kun asiaa arvioidaan kunnan sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukustannusten näkökulmasta.

Asuntojen peruskorjausta varten on omat monimuotoiset hallinto-, tuki- ja rahoitusjärjestelmänsä, jotka voisivat olla yksinkertaisempia.

Tiainen kuvasi tutkimuksessaan asiaa kuviolla, jonka hän otsikoi nimellä: "Puutteellisen asumisen puuro". **Korjausneuvojan palkkaaminen on P-K-kokeilun mukaan välttämätön edellytys, jotta vanhusten asumistaso saataisiin parantumaan, vaikka em. puurokin selkiintyisi.**

Pohjois-Karjalan tutkimuksessa havaittiin, että lopulliset kustannukset kunnalle korjauksesta olivat vain **3 700 mk**, josta korjausneuvojan osuus 2 700 mk ja sosiaalitoimen osuus 1 000 mk. Rahoitus asuntojen peruskorjauksesta kaatuu pääosin valtiolle.

⁷ Ellei järjestelmää romuteta.

⁸ On huomattava, että tämä investointiohjelma koskee niitä asuntoja, joiden peruskorjauksen aloite tulee sosiaali- ja terveydenhuollosta. Muu asuntojen peruskorjaus – kuten muukin asuntopolitiikka – on ulkopuolella.

⁹ Asuntojen perusparannus kannattaa, Pohjois-Karjalan Seutukaavaliiton julkaisu, 1992

Pohjois-Karjalan kokeilussa 355:stä korjauskohteesta 18 (eli 5 %) oli sellaista, joissa korjaus lykkäsi laitoshoitoon siirtymistä. Lykkäytymisaikaa on vaikea arvioida, mutta olettaen sen keskim. kolmeksi vuodeksi Tiainen on laskenut 6,5 miljoonan markan säästön kokeilukunnissa. Kunnan kannalta 3 700 markalla, joka keskimäärin kului yhteen korjauskohteeseen, voitiin kustantaa yhden vanhuksen kuukauden hoito vanhainkodissa ja kolmen viikon hoito terveyskeskuksen vuodeosastolla. Kuukauden lykkäys laitokseen siirtymisessä siis riittäisi kattamaan kunnalle aiheutuvat korjauskustannukset.

Kunnalle asuntojen perusparannus on siis käytännössä liki ilmaista, jos se suhteutetaan sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukustannuksiin.

Asuntojen peruskorjaukseen liittyy paljon yhteiskuntataloudellisia näkökohtia, samoin ongelmia hyödyn siirtymästä. Kunnallisesta peruskorjauksesta siirtyy hyöty suurelta osin – joskus pääosinkin – perikunnalle sen jälkeen, kun aika jättää edellisen asukkaan. Toisaalta merkittävä osa hyödystä realisoituu asukkaiden – myös muiden kuin vanhusten – asuinmukavuuden paranemisena eikä välittömästi palvelutarpeiden vähenemisenä tai laitostarpeen siirtymisenä. **Asunnon peruskorjaus – kuten yleensä asuntopoliittiset tukimuodot – tulee nähdä ennenkaikkea ennaltaehkäisevänä sosiaali- ja terveydenhuollon tukimuotona eikä palvelutarpeita korvaavana tai korjaavana.**

Hyötynäkökohdat voidaan ottaa huomioon monilla tavoin rahoitusjärjestelyissä. Perikunnan kanssa on mahdollista sopia mm. rahoituksen jaosta. Kaiken kaikkiaan puutteellisen asumisen puuro on niin monimuotoinen, että sen turvin kyettäneen hyvinkin joustaviin ja järkeviin rahoitussopimuksiin. Asuntojen perusparannukseen sisältyvää riskiä kuvaa se tosiasia, että 5000 asunnon perusparannuksen kustannukset ovat oheisessa laskelmassa kaksi kolmasosaa 10000 uuden asunnon rakentamisen kustannuksista. Vaikka uuden asunnon yksikkökustannus (300 000 mk) on kolme kertaa suurempi kuin peruskorjauksen kustannus, peruskorjaushyödyn "valuminen kohteen" ulkopuolelle tekee siitä kalliimman yhteiskunnan näkökulmasta.¹⁰

Vanhusten asuntojen peruskorjaukset liittyvät laajaan yhteiskunnalliseen kysymykseen. Tuleeko sosiaali- ja terveydenhuollon avulla ja tarpeisiin perustuen ylläpitää sellaista infrastruktuuria, jolla muuten ei olisi kovinkaan valoisia tulevaisuuden näkymiä? Sosiaali- ja terveystarpeista muodostui tietyillä alueilla merkittäviä elinkeinon aloja, joilla kyettiin valtion tuella työllistämään muuten työttömiksi jääviä ihmisiä. Missä määrin tämä on jatkossa järkevää ja mahdollista, on keskeinen kysymys. Voivatko esim. maatalousyrittäjät laajentaa sivutoimiaan sosiaalipalveluihin, jolloin asuntojen peruskorjaus olisi osa tällaista yhteiskuntapolitiikkaa?

3. Asunnon muutostyöt ovat halvempia kuin peruskorjaukset. Ne voidaan rahoittaa erilaisten sosiaalihuollon lakien turvin, mutta myös jossain määrin asuntomäärärahoista. Asunnon muutostyöt ovat asuntopoliittista "hienomekaniikkaa", jossa rahoitus tuskin voi edes olla järkevän toiminnan este. Hyötysuhde muutostöissä on ilmeisesti hyvin korkea ja taulussa oleva määräraho alimitoitettu.

¹⁰ Luku pohjautuu ennen lamaa vallinneeseen hintatasoon. Vuonna 1992 hintataso lienee noin 200–250 000. Lukua ei ole muutettu sen takia, että yksistään 5000 lisäasunnon rakentaminen varmasti nostaa hinnan jälleen lähelle 300 000 mk.

4. **Palvelurakennetyöryhmän lopullisen muistion liitteenä on Bengt-Vilhelm Levo'nin J Anders Ekmanin lausunto hissien rakentamisesta olemassaoleviin kerrostaloihin.** Ekmanin on myös tehnyt hissien asentamisen kansantaloudellisen hyötylaskelman. Laskelmien mukaan 14 000 hissi-investoinnilla saavutetaan optimaalinen tulos. **Investoinnin kansantaloudellinen tuotto on laskelman mukaan 2,5 miljardia mk.** Hissi-investoinnit olisivat 5,8 miljardia markkaa. Erilaisista säästyneistä julkisista palveluista – lähinnä laitoshoidossa ja palveluasumisessa – saavutettava säästö on kuitenkin pitemmällä aikavälillä selvästi suurempi. Tällöin investoinnin nettotulokseksi eli säästökseksi voidaan laskea mainittu 2,5 miljardia mk. Tämä hyöty jaksottuu hyvin pitkälle ajalle. Ekmanin laskelmassa hissien käyttöajaksi laskettiin 40 vuotta.

Pitkällä aikavälillä hissien rakentaminen lienee välttämätön edellytys sille, että pitkäaikaista laitoshoidoa tai palveluasumista voitaisiin vähentää. Ja vaikka kustannus- ja hyötylaskelmiin sisältyy monia epävarmuus- ja arvostustekijöitä, voidaan olla varsin vakuuttuneita siitä, että hissien rakentaminen kannattaa.

Hissien tuottoarviot ja hissien rakentamisen järjestely vaatii paljon jatkoselvittelyä. Tämän takia peruslaskelmaan pantiin toistaiseksi vain 5 000 kohdetta.

5. **Päivätoiminta sisältää myös päiväsairaalet.** Kokemukset päivätoiminnasta ovat niin vähäiset ja mittaamisen ongelmat niin suuret, että toiminnan kannattavuudesta voi esittää arvailuja.

6. **Korvaavaa avohuoltoa edistävään teknologiaan on peruslaskelmassa kaavailtu investoitavan 0,5 % sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaismenoista.** Tämä on noin 275 milj. mk vuodessa – siis varsin vähän. Ilmeisesti tämä potti pitäisi korottaa ainakin kolminkertaiseksi, mutta tällöin teknologia söisi investointikehyksen jo liki 100 %:sti. Erilaisesta vanhusten ja vammaisten elämää auttavasta ja helpottavasta teknologiasta saatava hyöty on päivänselvä; samoin atk:sta ja tietojärjestelmistä saatava hyöty, jos niitä jaksetaan kehittää ja ottaa käyttöön.

Teknologia vanhenee nopeasti ja tästä johtuu, että sen kustannukset ovat suuret (laskelmassa hyötyikä on 5 vuotta), mutta sen hyödyt ovat varmasti vielä suuremmat. Teknologiainvestoinnit tulee erikseen tutkia, arvioida ja perustella kuin rakennusinvestoinnit, joiden hyötykäyttö – peruskorjauksia ja asuntojen muutostöitä lukuunottamatta – mitataan vuosikymmenissä.

Laskelman tulos tiivistyy KAIKKIAAN- riville ja sen alla oleviin suureisiin.

Investointimenot kymmenessä vuodessa ovat noin 8,9 miljardia mk eli 890 miljoonaa mk vuodessa. Kustannuksiksi muunnettuna ne ovat noin 1 050 milj. mk vuodessa. Tämä suure on se, jota tulee verrata käyttömenoresursseihin, siis 3 768 milj. mk:aan.

Varsin mittavalta näyttävän investointiohjelman kustannusten osuus laitoshoidosta osittain korvaavan avohuoltojärjestelmän kokonaiskustannuksista on vain viidennes.

Terveydenhuollon sekä vanhuksia ja kehitysvammaisia koskevan sosiaalihuollon palvelujärjestelmän kokonaiskustannukset olivat vuonna 1990 noin 34,4 miljardia mk. Investointiohjelman kustannukset ovat tästä 3 %.

Mikäli investoineilla kyetään edes hiukan vähentämään sellaisia palvelutarpeita, jotka muuten joudutaan hoitamaan palkatulla henkilöstöllä, investoinnit ovat kannattavia.

9.5 Vaihtoehtolaskelmia

Laitoshoitoa osittain korvaavassa avohuollossa sekä käyttömenoresursseista ja investointikehyksestä voidaan rakentaa rajaton määrä erilaisia vaihtoehtoja.

Valtakunnallisessa laskelmassa ei ole järkeä mennä näin syväälle. Järkevät mallit vaihtelevat kunnan ja alueen olosuhteiden ja toimintapolitiikan mukaan. Sen sijaan oheisessa taulussa on esitetty arvio siitä, millaisia mahdollisuuksia laitospuolelta siirretyt henkilöstöresurssit yhdessä Kelan tuen kanssa antavat laajentaa tuen saajien piiriä.

Jos asiakaspiiriä ei laajenneta, resurssit antavat mahdollisuuden järjestää palveluja 30 000 pitkäaikaishoidon asiakkaalle¹¹ niin, että laskennallista henkilöstöä on asiakasta kohti 0,5 eli jokseenkin sen verran kuin keskimääräinen vanhainkoti tarjoaa. Koska tarkoituksena ei ole luoda uusia vanhainkoteja, resursseja riittää laajemmalle väelle. Esimerkiksi tyypillisen palvelutalon kustannukset ovat noin kaksi kolmasosaa vanhainkodin kustannuksista. On ilmeistä, että mikäli taulun alaosassa olevia avohuollon "palvelupalikoita" osataan yhdistellä investointiohjelman eri osasiin, ylletään asiakaspiirin laajentamisessa 40 000 – 50 000:een. Syntyy synergiaa.

Oheisessa taulussa on peruslaskelmasta poikkeava vaihtoehtoinen investointiohjelma.

Investointikehys on taulun yläosassa. Seuraavassa kentässä on vaihtoehtoiset investoinnit. On hyvin helppoa tehdä taulukkolaskentaohjelmalla – esim. EXCELillä, niin kuin tässä – ohjelma, jolla etsitään erilaisia variaatioita, jotka mahtuvat kehykseen. Esimerkissä muutettiin asuntojen, asunnon muutostöiden ja teknologian osuuksia investointiohjelmassa ja pysyttiin kehyksessä (kai sattumalta viimeistä miljoonaa myöten).

Vaihtoehtoisen investointi-ohjelman alimmassa kentässä on tiiviissä muodossa laskennan lopullinen tulos.

Investointien kustannusarvioiden vastapainona täytyy olla käsitys niistä säästöistä ja hyödyistä, joita investoinnit aiheuttavat. Ne synnyttävät aina hyötyjä, jotka realisoituvat jossain, joskus ja joillekin. Hyötyjä on vaikea muuntaa kokonaan numeroiksi, mutta osittain ne ovat muunnettavissa. Useimmat investointihyödyt edellyttävät tiettyjä asioita, joiden toteutuman todennäköisyys tulee arvioida ja myös vaikuttaa että se toteutuu. Asiakkaan näkökulma on tärkein, siis vaikuttavuusarviot asiakkaiden kannalta, mutta tulee asiaa toki arvioida muittenkin kannalta.

¹¹ Kuten muistetaan laitoshoidosta vähennettiin paikkalukua 29 000:lla, joka on pyöristetty 30 000:ksi.

LAITOKSISTA VAPAUTUVIEN RESURSSIEN KÄYTTÖMAHDOLLISUUKSIA

KÄYTTÖMENORESSIT		Vaihtoehto 1 suhde 2:een
Laitoshuollosta vapautuvat henkilöstöresurssit		
Henkilöstö	13400	251 000 mk vuodessa per virka
<i>Kustannukset,mmk/v</i>	3 363	
Sosiaalivakuutuksesta saatavat lisäresurssit		
<i>Maksukert. kasvu,mmk/v</i>	400	
Henkilöstöksi muuntaen	1 600	251 000 mk vuodessa per virka
Laskennallinen henkilöstö	15 000	Yhteensä
<i>Kustannukset,mmk/v</i>	3 763	Yhteensä
<i>Lask.henkilöstö/asiakas</i>	0,50	30 000 asiakasta
Rahaa asiakasta kohti	125 447	mk/vuodessa lähtötilanne
Rahaa asiakasta kohti	10 454	mk/kuukaudessa
Rahaa asiakasta kohti	343	mk/päivässä
<i>Lask.henkilöstö/asiakas</i>	0,38	40 000 asiakasta
Rahaa asiakasta kohti	94 085	mk/vuodessa
Rahaa asiakasta kohti	7 840	mk/kuukaudessa
Rahaa asiakasta kohti	257	mk/päivässä
<i>Lask.henkilöstö/asiakas</i>	0,30	50 000 asiakasta
Rahaa asiakasta kohti	75 268	mk/vuodessa
Rahaa asiakasta kohti	6 272	mk/kuukaudessa
Rahaa asiakasta kohti	206	mk/päivässä

liite6/kokkust2.xls

Kustannusten mittapuita	1990 tilastoista	
	hoitopäivä käyntikerta	
	mk	mk
Yleissairaala	1521	671
Mielisairaala	651	446
Kehitysvammalaitos	598	
Terveyskeskus, yl.lääkärijohtoinen	490	198
Vanhainkoti	323	

Avohuollon palvelujen palikoita	Yksikkökust.	Käyttömenot
1990 tilastoista	mk	milj.mk
Kodinhuoltoapu käyntikertaa kohti, mk	191	1455
Kodinhuoltoapu kotitaloutta kohti vuodessa, mk	7400	
Tukipalvelut kotitaloutta kohti vuodessa, mk	2900	198
Kotihoidon tuki tuen saaja kohti, mk/päivä	50 arvio	288
Kotisairaanhoido, käyntikertaa kohti, mk	150	360

VAIHTOEHTOISIA INVESTOINTIOHJELMIA

Investointikehys	8870 milj. markkaa 10 vuodessa
	887 milj. markkaa vuodessa, jos tasainen ohjelma

ASUNNON MUUTOSTÖITÄ JA TEKNOLOGIAA PAINOTTAVA VAIHTOEHTO

	RAKENNUSINVESTOINNIT		KUSTANNUKSET	
	10 vuodessa	Yksikkökust. 1 000 mk	mk/vuosi	Hyötyaika vuosia
Asuntoja, kpl	5000	300 asunto		
milj. mk/10 v.	1500			76 40 v.
Asuntojen peruskorj. kpl	5000	100 korjaus		
milj. mk/10 v.	500			112 5 v.
Asunnon muutostöitä, kpl	10000	50 korjaus		
milj. mk/10 v.	500			112 5 v.
Hissejä, kpl	5000	400 hissien		
milj. mk/10 v.	2000	"tukkuhinta"		101 40 v.
Päivätoiminta, paikkoja kpl	1000	250 paikka		
milj. mk/10 v.	250			13 40 v.
Rak.investoinnit yht.	4750			414
	MUUT INVESTOINNIT			
Teknologia, milj. mk/10 v.	3850	0,7 % sth:n menoista		865 5 v.
Koulutus ym, kpl	9000	30 koulutuspaketti		
milj. mk/10 v.	270			33 10 v.

Investoinnit, milj. mk/v	887	1 312
---------------------------------	------------	--------------

Ylijäämä kehuksesta	0 vuotuisesta investointivarasta, milj. mk
----------------------------	---

liite6/kokkust2.xls

ARVIO INVESTOINTIOHJELMASTA SAATAVISTA HYÖDYISTÄ
SEKÄ SITÄ TUKEVISTA JA HAITTAAVISTA TEKIJÖISTÄ

Toimintamuoto	Hyöty/ säästö mk/vuosi	Edellytykset säästöille	Vaikuttavuus
			Uhat Haitat
Laitoshoito			
som. erikoissairaanhoido	xxxx	yyyyyyyyyy	zzzzzzzz
psyk. erikoissairaanhoido			
perusterveydenhuolto	xxxxx	yyyyyyyyyy	zzzzzzzz
vanhainkotihoito			
kehitysvammahuolto			
Avohuolto			
kodinhuoltoapu		väestövastuutiimi	
tukipalvelut		tiimillä monipuolinen	
kotisairaanhoido		välineistö, esim.	
xxxxxxx		- palvelumaksujen sovitteluoikeus	
....		- tietojärjestelmiä	
		- budjettivaltaa ja -velvollisuuksia	
Kaikkiaan	xxxxxx	Onko suurempi kuin	1 312

Jo investoinnin kustannuksia arvioitaessa on vaikea välttää arvostuksia. Hyötyjen arvioinnissa arvojen esille nostaminen on jo välttämätöntä. Ja vaikka taulun alariville on pantu näkyville viitteellinen hyötyluku xxxxx, jonka tulisi olla suurempi kuin 1 312 milj. mk, jotta investointiohjelma olisi kannattava, voi olla, että xxxxx :ää ei koskaan ole mahdollista saada markkamääräisenä selville. Sitä on hyvä lähestyä, mutta sitä ei voi koskaan tarkkaan laskea, koska eettisiä asioita ei voi muuntaa rahaksi, paitsi ehkä kustannusten puolella.

Perimmältään laitosvaltaisen palvelurakenteen muuntaminen avohuollon suuntaan on eettinen kysymys. Niin monissa tutkimuksissa on osoitettu, että esim. vanhuksat haluavat elää myös viimeiset aikansa kotona tai ainakin kodinomaisesti. Palvelurakenteen muutos tähän suuntaan on taloudellista, yhteiskunnallista etiikkaa.

Taloudellisessa mielessä pitkäaikaishoidon järjestämisessä joko avohuollossa tai laitoshuollossa on sellainen kustannusrakenteellinen ero, että laitoshuollossa liki kaikki kustannukset on pantu saman katon alle, samaan laitokseen. Sen sijaan avohuollossa kustannukset ja tosiasiallinen rahoitusvastuu jakautuvat useiden tahojen kesken, ja myös useiden rahoituslähteiden kesken. **Nimenomaan tämä on se piirre, joka tekee avohuollosta taloudellisen. Jaettu kustannusvastuu on taloudellista ja helpompi kantaa kuin yhdelle sysätty.**

Kustannusvastuun jakoon perustuu myös ennaltaehkäisevä toiminta. Sosiaali- ja terveydenhuolto on pitkäaikaishoidossaan hyvin suuressa määrin riippuvainen siitä, mitä tapahtuu muualla yhteiskunnassa; esimerkiksi, saadaanko taloihin hissit. Jos muut yhteiskunnan lohkot laiminlyövät liikuntavammaisille ja vanhuksille soveltuvan yhdyskunnan kehittelyn, kustannusvastuu sysätään sosiaali- ja terveydenhuollolle. Tällaisessa kustannusten "vyörytyspelissä" sosiaali- ja terveystoimelta on turha vaatia tehokkuutta ja taloudellisuutta, elleivät muut yhteiskunnan lohkot ole valmiita suhteellisen pienillä lisäpanoksilla ennaltaehkäisemään kustannuspaineiden kasautumista sosiaali- ja terveydenhuollolle – ja tätä kautta veronmaksajille.

Avohuollon suurin ongelma voi olla toiminnallisen vastuun jaossa. Avohuolto voi houkutella väärään toiminnallisen vastuun jakoon, jolloin kukaan ei kannata kokonaisvastuuta. Toiminnallista vastuuttomuutta on luonnollisesti myös se, että tehostetaan avohuolto pysyvästi sellaiselle tasolle, että sen kustannukset ylittävät roimasti vaihtoehtoisen laitoshoidon kustannukset. Ennen kustannuskelloja, tulisi kuitenkin jo muiden kellojen soida. Toimivaan palvelujärjestelmään ei oikeastaan voi vakiintua sellaista pysyvää toimintaa, jossa palvelujen kustannukset ylittävät laitoshoidon. Runsaasti hoitoa ja turvaa tarvitsevat ihmiset tulevat vähintäänkin siirtää lähelle palveluja, kenties jopa laitoksen läsiipeen, jolloin he – sen paremmin kuin henkilökuntakaan tai kustannuslaskijat edes tietävät, ovatko he laitoksessa vai ei. Taloudellisimmillaan laitoksen ja avohuollon raja on kuin veteen piirretty viiva.

10. Palvelurakenteen kehittämistä syntyvät säästöt

Kun laitoshoidon korvataan avohuollolla syntyy kahdenlaisia säästöjä: välittömiä säästöjä sekä säästöjä, jotka ilmenevät vasta pitemmän ajan kuluessa. Välittömiä säästöjä saadaan käyttömenoissa siirrettäessä henkilöstöä ja asiakkaita laitoksista avohuoltoon. Usein siirrot edellyttävät kuitenkin avohuoltoa tukevia investointeja, jolloin kokonaissäästöt siirtyvät tulevaisuuteen.

Oheisessa taulussa on arvioitu millaisia säästöjä on mahdollista saada avohuollossa kymmenentenä vuonna, mikäli henkilöstöä siirrytään laitoksista avohuoltoon edellä esitetyn laskelman mukaan 13 400 ja investointeja tehdään vuosittain 900 miljoonan markan edestä.

Edellytys sille, että henkilöstön siirrosta syntyy säästöjä käyttömenoissa on luonnollisesti se, että avohuoltoon siirtynyt työntekijä kykenee vastaamaan suuremman asiakasmäärän palvelutarpeista avohuollossa kuin laitoksissa. Laskentaesimerkissä on arvioitu, että laskennallista henkilöstöä asiakasta kohti tarvitaan avohuollossa keskimäärin 0,3. Mitoitus johtaa siihen, että käyttömenoissa säästetään rahaa noin 1,5 miljardia markkaa kymmenentenä vuonna. Henkilöstön määrä tavoitetilanteessa on noin 7 400 eli 45 % pienempi kuin lähtötilanteessa.

Se, millaiseksi keskimääräinen henkilöstömitoitus asiakasta kohti avohuollossa muotoutuu, vaikuttaa ratkaisevasti säästön suuruuteen. Mikäli mitoituksena olisi käytetty suhdelukua 0,5, säästö käyttömenoissa olisi jäänyt saamatta. Kaikki käyttömenot, jotka laitospuolelta olisi säästetty olisi käytetty saman suuruiselle asiakasjoukolla tarkoitettua korvaavan avohuollon luomiseen. Tällainen normi ja sitä vastaava summa rahaa (125 000 mk asiakasta kohti vuodessa) vastaa vanhainkotihoidon tasoa, joten on luonnollista, että pienemmällä resurssimäärällä tulee kyetä luomaan korvaava avohuolto.

Lukijaa saattaa hämmästyttää se, että laskelmassa henkilökunnan tai viran vuosikustannukseksi on tässä – kuten aikaisemminkin – arvioitu noin 250 000 mk vuodessa. Tämä on selvästi suurempi luku kuin yleensä on tapana käyttää viran tai työntekijän kustannuksia arvioitaessa. Esimerkiksi valtionosuuteen oikeuttavan sosiaalitoimen viran keskimääräiseksi kustannukseksi vuonna 1992 on arvioitu 160 000 mk vuodessa ja terveydenhuollon viran kustannukseksi noin 225 000 mk, jolloin sosiaali- ja terveydenhuollon viran keskimääräinen kustannus on vajaa 200 000 mk vuodessa.

Mainittu 250 000 mk saatiin jakamalla laitoshoidon kokonaiskäyttömenot henkilökunnan kokonaismäärällä, jolloin kustannus sisältää myös muita kuin henkilöstömenoja. Vastaavasti myös avohuollossa virkaan liittyy muita menoja. Esimerkiksi päivätoiminnassa, kotipalveluissa ja kotisairaanhoidossa syntyy matkakuluja, kotipalveluihin voi yhdistyä kotihoidon tukea jne. Ylipäätään avohuollon kehittämisessä muodissa oleva ns. welfare-mix-toimintamalli tarkoittaa sitä, että avohuollon työntekijän ympärille luodaan kunnallista palvelua täydentävää ja osittain korvaavaa muuta palvelua. Tämä on tuskin kunnalle ilmaista, vaan sille tulee laskelmassa varata kustannuksensa.

Palvelurakenteen muutoksen aiheuttamat säästöt

Vaihtoehto, jossa :

laitoksista vapautuvasta henkilöstöstä 60 % siirtyy avohuoltoon ja uusista investoinneista rahoitetaan 50% vanhoja suunnitelmia karsimalla

Laitoksista avohuoltoon siirtyvät resurssit

	Lähtö- tilanne	Tilanne 10 vuoden päästä		Muutos	%
Laitokset					
Paikkoja/asiakkaita	90 000	60 000	-30 000	-33%	
Henkilökuntaa	87 000	73 600	-13 400	-15%	
Käyttömenot, milj. mk	19 800	18 500	-1 300	-7%	
Huom! reaaliansioiden on oletettu nousevan 1% vuodessa					

Korvaavan avohuollon käyttömenot: Laitoksista avohuoltoon siirtyvät resurssit

	Tilanne 10 vuoden päästä			
	maksimi- vaihtoehto	valittu vaihtoehto		
		resurssit	säästö	säästö
Henkilökuntaa laitoksista	13 400	7 400	6 000	45%
+ lask. henkilökuntaa Kelalta	1 600	1600		
Rahaa, milj.mk	3 763	2 250	1 513	40%
Rahaa/asiakas,mk	125 000	75 000	50 000	40%
Lask.henkilök./asiakas	0,5	0,3		

Investoinnit

kokonaisinvestoinnit, milj. mk/vuosi	900
investoinneista aiheutuvat lisäkustannukset, milj.mk/vuosi	-450

Säästö, milj. mk, kymmenentenä vuonna 1063 eli n. 1050 milj. mk

Vuosittaiset säästöt, milj. mk

vuosi	käyttö- meno- säästöt	inves- toinnit	yhteen- sä	kumulatiivinen säästö
1		150	-450	-300
2		300	-450	-150
3		450	-450	0
4		600	-450	150
5		750	-450	300
6		900	-450	450
7		1050	-450	600
8		1200	-450	750
9		1350	-450	900
10		1500	-450	1050

Investoinnit ovat edellytyksenä säästöille käyttömenoissa. Investointiohjelman aiheuttamat lisäkustannukset riippuvat kuitenkin siitä, missä määrin avohuollon uusilla investoinneilla kyetään korvaamaan niitä laitosinvestointeja, jotka olisivat välttämättömiä toteuttaa, mikäli korvaavaa avohuoltojärjestelmää ei luotaisi. Erityisesti vanhainkotikanta on iäkstä, jolloin tulevaisuudessa on usein puntaroitavana korvaava avohuoltoinvestointi vaihtoehtona laitosten saneeraukselle.

Näinollen 900 miljoonan markan vuosittainen investointi ei aiheuta lisäkustannuksia koko määrällään. Oheisessa laskelmassa on oletettu, että uusista investoinneista puolet on sellaisia, joilla korvataan muuten välttämättömiä laitosinvestointeja. Näinollen lisäkustannukset ovat vuositasolla vain 450 milj. mk.

Kaiken kaikkiaan kokonaissäästöt ovat kymmenen vuoden päästä tämän laskelman mukaan runsas miljardi mk vuodessa.

Mikäli nettomääräiset lisäinvestoinnit ovat eri vuosina 450 milj. mk, kahtena ensimmäisenä vuotena lisäinvestoinnit ylittävät käyttömenoissa saavutettavat säästöt. Ensimmäisenä vuonna henkilöstön siirrosta saatava säästö on vain kymmenesosa kymmenentenä vuonna saatavasta vuotuisesta säästöstä, mikäli henkilöstöä siirryy tasaisesti avohuoltoon. Vuosittainen henkilöstön siirtymä on 1340. Tällöin ensimmäisenä vuonna saatava säästö käyttömenoissa on noin 150 milj. mk. Oheisesta taulusta ilmenee, miten vuosittaiset säästöt muuttuvat positiivisiksi vasta kolmannesta vuodesta lähtien. Taulussa on kuvattu myös säästöjen kumuloituminen. Tällä tarkoitetaan vuosittain kertyvien säästöjen summaa. Kumuloituvat säästöt muuttuvat positiivisiksi vasta viidennestä vuodesta lähtien. Tämän jälkeen ne kuitenkin kasvavat nopeasti. Kymmentenä vuonna kumuloituvat säästöt ovat jo 3,8 milj. mk. Tästä eteenpäin säästöjen määrä kasvaa nopeasti.

Sosiaali- ja terveysministeriö
Palvelurakenneryhmä

LAUSUNTO

Hissien rakentaminen olemassaoleviin asuinkerrostaloihin

1 Tausta

Hissin rakentamisesta olemassaolevaan asuinkerrostaloon on hyötyä kaikille asukkaille, erityisesti kuitenkin vanhuksille, lapsiperheille ja liikuntaesteisille henkilöille. Lisäksi hissistä on selvää hyötyä kodinhoito-, kiinteistöhoito- ja sairaankuljetushenkilökunnalle.

Hissi on kansantaloudellisesti edullinen ratkaisu kolmi- ja yli kolmikerroksisissa asuintaloissa. Tämä on parhaiten osoitettavissa liikuntaesteisten ikäihmisten osalta, jolloin hissi saattaa olla kotona asumisen ehtona ja sen rakennuskustannuksia voidaan verrata vaihtoehtoratkaisujen eli erilaisten laitosasumis-
muotojen käyttökustannuksiin. Yhden hissien rakennuskustannukset olemassa olevassa kolmikerroksisessa asuintalossa ovat nykyään n. 450 000 mk, joka vastaa kolmen tai neljän vanhainkotipaikan, kahden terveystieteidenkeskussairaala-
paikan tai yhden aluesairaala-
paikan vuosikustannuksia.

Vuonna 1985 arviolta joka kolmas vanhainkotipaikka ja joka viides terveystieteidenkeskusten vuodepaikka oli sellaisten vanhusten käytössä, jotka olisivat hoitoisuus-
luokituksen perusteella selvinneet kotonaan avohoidon turvin (Vaarama 1992). Tämä mahdollisesti aiheeton laitoshoidon edustaa n. 3,5 miljardin markan vuosikustannuksia; kotona asuminen tarvittavine avopalveluineen ja asuntokor-
jaustoineen voisi säästää näistä kustannuksista huomattavan osan.

2 Ongelman laajuus

Maassamme on n. 45 000 hissittömää porrashuonetta kolmi- ja yli kolmikerroksisissa asuintaloissa; näistä arviolta 8 000 porrashuonetta on neli- ja yli nelikerroksisia. Kerrostalokanta on Suomessa nuori, arviolta 80 % maamme kerrostaloista on rakennettu sodan jälkeen. Tästä seuraa eräitä seikkoja, jotka saattavat vaikuttaa hissien toteutusmahdollisuuksiin:

- Suomessa on keskimäärin n. 10,5 asuntoa kerrostalon hissittömää porrashuonetta kohti, vastaava keskiarvo Ruotsissa on n. 7,5. Asuntokuntien henkilömäärä on lisäksi suomessa keskimäärin suurempi kuin Ruotsissa, joten asuinkerrostaloon rakennettava hissi palvelee meillä keskimäärin ratkaisevasti useampia asukkaita kuin Ruotsissa.

- Suomessa on kaikista muista maista poiketen paljon (n. 50 000 kpl) yksityisiä asunto-osakeyhtiöitä, joista suurin osa kerrostaloyhtiöitä. Näiden yhtiöiden tonteilla on yksi tai muutama porrashuone, joten vaihteittaisina kokeiluina tai usean hissien sarjoina hissihankkeita ei voida toteuttaa. Suomessa tarvitaan kuluttajavalistusta, opastusta sekä koordinoitua rakennuttajatoimintaa hissiasioissa.
- Vaikka hissi on kansantaloudellisesti kannattava investointi, sitä ei pidetä kiinteistötaloudellisesti kannattavana. Vanhoissa taloissa - ainakin osaketaloissa - hissihankkeet tarvitsevat siis julkista investointitukea toteutuakseen.
- Useimmat kerrostalomme ovat asunto-osakeyhtiöitä; osakkeiden omistus oikeuttaa tietyn asunnon käyttöön. Ikäihminen saattaisi mielellään muuttaa saman talon pohjakerrokseen tai hissilliseen porrashuoneeseen, mutta osaketalossa tämä harvoin onnistuu. Osaketalojen asukkaat vanhenevat ja vaihtuvat; on mahdotonta asukasjakauman perusteella määrätä hissihankkeille ehdottomasti soveltuvia tai soveltumattomia taloja. Vuokrataloissa asunnonvaihto onnistuu paremmin, joten näissä hissien rakentaminen "selektiivisesti" esim. joka toiseen porrashuoneeseen on mahdollista ja mielekäästä.

Hissien kehittämistyön mahdollisuudet

Mataliin asuinkerrostaloihin on kehitetty uutta, entistä yksinkertaisempaa ja kevyempää hissitekniikkaa. Erityisesti vanhoja taloja varten on Suomessakin laadittu ns. mini- tai kaitahissien standardi. Kehitystyö merkitsee parhaimmillaan entistä tarkoituksenmukaisempia ja taloudellisempia tuotteita. Hissien kehitystyöstä ja sen potentiaalista voidaan todeta:

- Nykyaikainen matalan asuinkerrostalon hissi on hiljainen, sen melutaso on alle 50 dB(A) ja tuotekehitys melutason osalta jatkuu. Hissin moottoriteho on alhainen, n. 2-7 kW, ja sähkönkulutus pieni, eli suuruusluokkaa 400 kWh, joka vastaa n. 160 mk vuodessa. Hissin nopeus on vain 0,2-0,5 m/s. Hissi on tilaasäästävä, sillä kuilu on kevytrakenteinen eikä konehuonetta vaadita kaikissa tapauksissa, moottori voi sijaita korin katolla.
- Nykyaikainen hissi on turvallinen. Maamme n. 36 000 henkilöliikenteen hississä sattuu keskimäärin 0,4 kuolemantapausta tapaturmissa vuodessa. Vastaavasti koti- ja vapaa-ajan tapaturmissa kuolee vuosittain n. 1 500 henkilöä, näistä putoamis- ja kaatumistapaturmissa n. 800 henkilöä. Turvallisuuden vuoksi lakisääteinen viranomaisten hissitarkastus tehdään n. joka toinen vuosi ja lakisääteinen hissihuolto kahdeksan kertaa vuodessa. Matalassa asuinkerrostalossa tämä tarkoittaa tarkastusta keskimäärin n. 300 käyttötunnin jälkeen ja huoltoa n. 20 käyttötunnin jälkeen.

- Matalien asuinkerrostalojen hissien parantamiseen ja kustannusten alen-
tamiseen suuntautunut kehitystyö kohdistuu konetiloihin ja näiden varusteisiin,
kuilun mitoitukseen (ala- ja yläsuojatila saadaan nykyisin korvata elektronisin
turvalaittein vain vanhoissa taloissa), kuilun esivalmistusmenetelmiin sekä
hissihuollon järkipäätämiseen.

4 Julkinen tuki hissien rakentamisen ohjauksena

Hissit ovat kansantaloudellisesti tärkeitä uudisrakentamisessa ja asuintalokan-
nassa. Hissi on keskimäärin kalliimpi vanhassa talossa; vaikeissa hankkeissa
hissihankinta vaatii noin puolet kustannuksista ja rakennustekniset työt puolet.
Ihannetapauksissa, esim. kun valmis kuilu/tila on olemassa eikä purkutöitä
tarvita, rakennusteknisten töiden kustannukset alenevat tuntuvasti.

Uudisrakentaminen vähenee maassamme suuruusluokkaan 1 % asuntokan-
nasta. Hissien rakentaminen kolmi- ja yli kolmikerroksisiin uusiin asuin-
taloihin voidaan ja tuleekin varmistaa lakisääteisesti. Uudisrakentamisessa hissi
on halvempi kuin vanhassa talossa, mutta kevyemmän tekniikan kehittäminen on
uudisrakentamisessakin tarpeen.

Ei voida suoraan pakottaa kiinteistönomistajia rakentamaan hissejä vanhoihin
rakennuksiin. Sen sijaan on olemassa useita mahdollisuuksia tukea ja ohjata
hissien rakentamista vanhoissa asuinkerrostaloissa joko erikseen tai muiden
korjaushankkeiden yhteydessä:

- Hissihankkeelle voidaan antaa suoraa avustusta. Priorisointi, eli valinta mihin
taloihin hissit ensisijaisesti rakennetaan, voidaan tehdä esim. kerrosluvun
mukaan, kuten Tanskassa on menetelty. Edelleen perusteena voidaan pitää
talon ikää tai talon hallintasuhtea, jolloin ensisijalle tulevat vuokratilat.
Ruotsissa perusteena on käytetty asuntoalueen hissikantaa. Valinta voidaan
myös tehdä talon asukkaiden ikäjakauman mukaan. Avustuksen myöntämisen
ehdoksi voidaan esittää esim. talon muiden liikuntaesteiden kuten sisääntulo-
portaiden yms. poistaminen, hissihankkeen tekninen ja taloudellinen mielek-
kyys, hissitekniikan luotettavuus ja käyttötalouden kohtuullisuus.

- Avustus voidaan myöntää korkotukena ja edullisena lainana, jolloin myös
takaisinmaksuaika toimii ohjauksena. Tukea voidaan myöntää myös
rakennuttajapalveluina kuten on menetelty maatilahallituksessa, tai hissien
ilmaishuollona kuten Norjassa.

avoitteet hissien kehittämiselle lähivuosina

Yhteiskunnan tuntuva tuki on välttämätöntä kun kyseessä on uusien hissien
rakentaminen vanhoihin taloihin. Samalla on silti tärkeää, että tuki ohjaa
hissien rakentamista järkevään ja yhteiskunnan kannalta toivottuun suuntaan:

- Tärkeimmät hissihankkeet alkuvaiheessa, kohteina kolmi- ja yli kolmikerroksiset uudisrakennukset sekä korkeimmat hissittömät vanhat talot.
- Hissien tuotekehitystyötä, ideakilpailuja, kokeiluja ja tutkimustyötä.
- Nykyistä halvemmat hissit eli rakennuskustannusten alentaminen ja käyttötalouden parantaminen.
- Entistä nopeampi hissirakennustyö vanhassa talossa.

Hissihankkeen aikataulu on lyhennettävissä nykyisestä n. 36 viikosta arviolta n. 8 viikkoon ja hissikohtainen työmaavaihe n. 8 viikosta n. 2 viikkoon. Lyhyempi aikataulu on keinona kun hissihankkeiden avustuksia halutaan suunnata ajankohtaisen tarpeen mukaan.

Hollannin ja Ruotsin hissikehittämistyön perusteella voidaan arvioida, että uusien hissihankkeiden reaalikustannukset vanhoissa taloissa ovat alennettavissa n. 45 %.

Investointikustannusten säästämiskeinoina ovat tällöin hissisäännöstön kehittäminen koskien esim. hissien asennusoikeuksia, ilmanvaihtoa, turvalaitteita ja hissien huoltoa sekä hissien ja hissikuilujen tuotekehittely ja sarjatuotanto, urakkamenettelyn kehittäminen ja päällekkäistyön eliminointi sekä hankintasarjojen optimointi. Koska hissi korjaushankkeena ei vielä ole kansainvälisesti tärkeä ala, on olemassa lukuisia kansainvälisiä standardeja, normeja ja direktiivejä, jotka vaikeuttavat uusien järkiperaisten hissiratkaisujen kehittelyä. Kansantaloudellisesti virheellistä kehityssuuntaa edustaa EY-piireissä keskustelu Pohjoismaissa yleisessä käytössä olevien ovettomien hissikorien kieltämisestä turvallisuussyistä.

Koska rakennusalalla ei vielä yleensä olla tietoisia hissien asunto-, sosiaali- ja terveyspoliittisesta merkityksestä, on tärkeätä, että sosiaali- ja terveysalan viranomaiset välittävät tätä tietämystä myös julkisuudessa.

Tampere 6.11.1992

Bengt-Vilhelm Levón
Arkkitehti, SAFA, Helsinki

Anders Ekman
Dipl.ins., Tampere

Seppo Tiainen

TIIVISTELMÄ

Pohjois-Karjalan läänissä neljässä kunnassa vuosina 1990 - 1991 toteutetussa perusparannuskokeilussa on selvitetty tehostetun korjausneuvonnan merkitystä sekä tutkittu mm. toiminnan taloudellisia vaikutuksia.

Kokeilun lähtökohtana on ollut, että niin valtio kuin kunnatkin ovat tulleet toisiaan vastaan edistääkseen korjaustoimintaa. Tärkein kohderyhmä on ollut vanhuksat. Heidän asumistasonsa on muuta väestöä heikompi ja korjausneuvontapalveluiden tarve suurin.

Kokeilu on osoittanut selvästi, että kuntien järjestämällä korjausneuvonnalla on merkittävä vaikutus julkisin varoin tapahtuvan korjaustoiminnan edistämiseksi. Kokeilun aikana on perusparannusten määrä yli kaksinkertaistunut aikaisempiin vuosiin nähden, yhdessä kunnassa jopa viisinkertaistunut. Koko lääniin ja asumistasoon suhteutettuna korjausvolyyymi on ollut kaksinkertainen. Kaikkiaan kokeilun aikana korjattiin 355 asuntoa, joissa on noin 800 asukasta eli 3 % kuntien väestömäärästä.

Korjausneuvonnan asiakkaita oli yli 500 ja heidän keski-ikänsä oli 62 vuotta. Neuvonnan kattavuus oli hyvä, sillä noin 5 % asutokunnista oli kahden vuoden aikana yhteydessä korjausneuvojaan.

Perusparannusten keskimääräinen kustannus on ollut hieman yli 100 000 mk, mutta yli 60 % kohteista toteutettiin alle 100 000 markan kustannuksilla. Asukkaiden osuus kustannuksista oli keskimäärin 45 %. Loput oli julkista rahoitusta, jossa mukana olivat myös lainat. Yleisimmät korjaustarpeet olivat peseytymistilat sekä lämmöneristykseen liittyvät työt.

Korjaustoiminnan edistäminen on kuntien kannalta ollut erittäin edullista. Kunnille toiminnasta korjausneuvonnan ja sosiaalitoimen menojen myötä aiheutuneet kustannukset olivat 3 700 mk jokaista toteutunutta korjausta kohti. Tämä vastaa kunnalle yhden kuukauden vanhainkoti-sijoituksen kustannuksia. Kun otetaan huomioon korjaustoiminnasta työllisyyden, suunnittelun ja tarvikehankinnan kautta tulleet lisäverotulot, ei kunnille jäänyt toiminnasta yhtään nettokuluja. Valtion menot huomioon ottaen kustannukset ovat olleet toteutunutta korjausta kohti yhteensä alle 20 000 mk kahden vuoden ajalta. Valtion kustannukset jatkuvat tosin

kokeilun jälkeenkin perusparannuslainojen korosubvention muodossa aleten vuosittain. Kustannuksia arvioitaessa on otettava huomioon, että yhteiskunnan varoilla on saatu toteutettua toimenpiteitä, joilla on kauaskantoisia vaikutuksia.

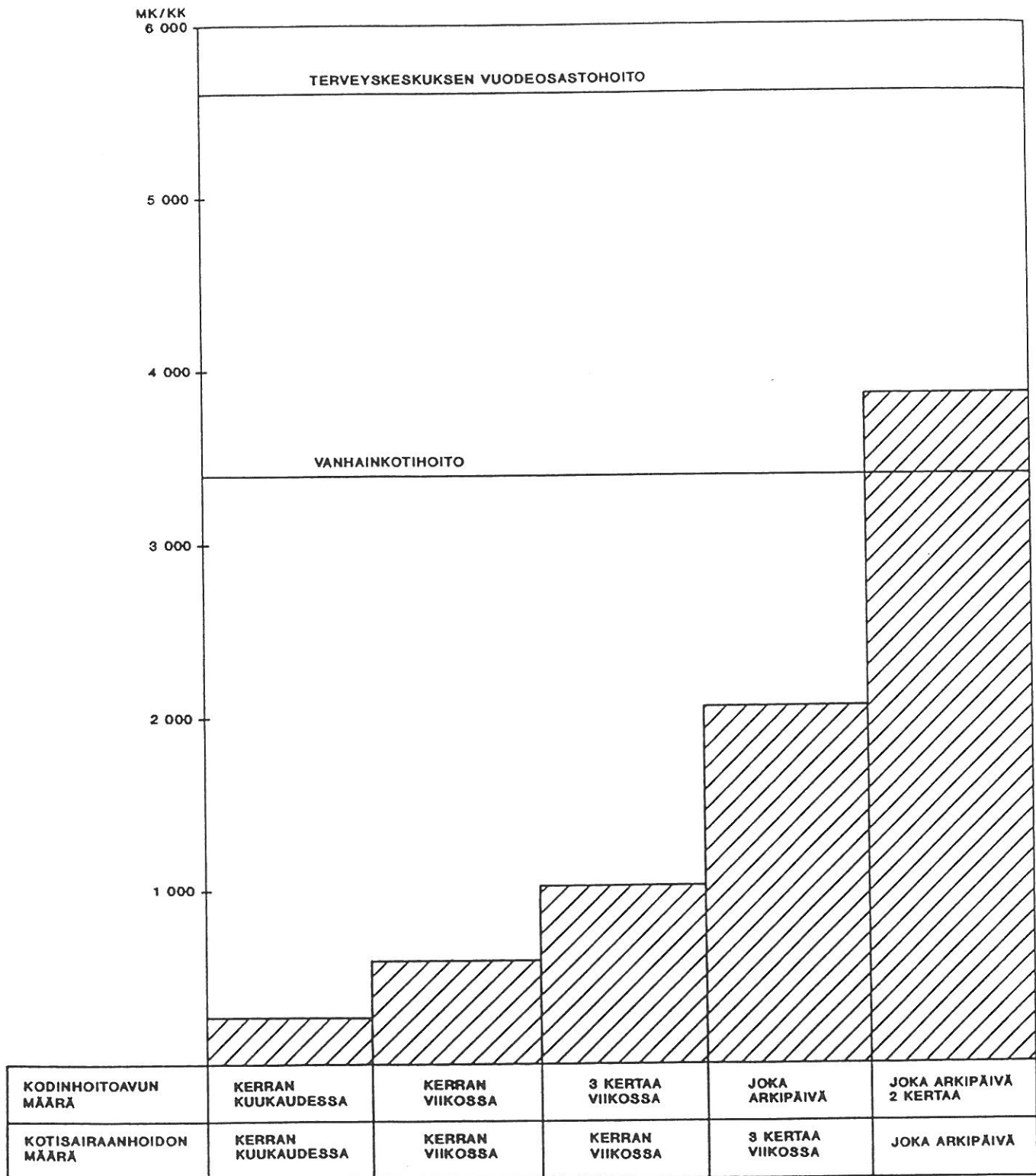
Korjauksilla on ollut selvä vaikutus sosiaali- ja terveydenhuollon avopalveluihin. Asunnoista on ollut 5 % sellaisia, joiden korjauksella tai varustetason nostamisella on ollut asukkaiden laitoshoidon tarvetta vähentävä vaikutus. Jos näissä kohteissa voidaan esimerkiksi vanhainkotihoitoon siirtoa lykätä keskimäärin kolmella vuodella, olisi näillä säästöillä (6,5 milj. mk) jo kustannettu lähes kaikki kokeiluvuosien yhteiskunnan kulut. Yhteiskunnan käyttökustannukset vanhainkodin yhdestä paikasta vuodessa ovat yli 120 000 mk. Lisäksi seurannassa todettiin joka viidennessä kohteessa avopalvelutarpeen helpottuminen.

Perusparannustoimintaan sijoitetuilla varoilla (lainat, avustukset) on saatu liikkeelle arvoltaan kaksinkertaiset korjausrakennusinvestoinnit, joiden suoranainen työllistävä vaikutus on ollut 100 henkilötyövuotta. Välilliset vaikutukset, kuten tarviketuotanto, kauppa ja kuljetus, huomioon ottaen työllistävä vaikutus on ollut 300 henkilötyövuotta. Työttömyyden yhteiskunnallisista kustannuksista tehtyjen laskelmien mukaan jokainen työtön aiheuttaa yhteiskunnalle 60 000 markan menetykset vuodessa, joten pelkästään työllisyysnäkökohtia ajatellen korjaustoiminta on ollut erittäin kannattavaa.

Viimeisenä - mutta ei vähäpätöisimpänä - on tietysti asumistaso. Inhimilliseltä kannalta merkittävinä on ollut erityisesti monen vanhuksen asumistason nousu vastaamaan koko väestön tasoa. Voimallinen uudisrakentaminen ei valitettavasti ole kohdistunut puutteellisesti asuviin vanhuksiin, koska heillä ei ole halukkuutta muuttaa tutusta ja asuinympäristöltään turvallisen tuntuista kodistaan pois. Näin perusparannustoiminta on usein ainoa keino asumistason nostamiseen. Yhteiskunnalla tulee olla velvollisuus huolehti siitä, että tulo- ja varallisuustasosta huolimatta kaikille pystytään turvaamaan kotona selviytymisenkin kannalta riittävä asumistaso.

Kokeilun tulosten perusteella asuntojen perusparannustoiminta on niin asukkaana, kunnan kuin myös valtion kannalta järkevää ja kannatettavaa.

AVOHUOLLON* JA LAITOSHOIDON KÄYTTÖKUSTANNUKSET KUNNALLE



* AVOHUOLLON KUSTANNUKSIIN ON LASKETTU KORJAUSTOIMINNAN EDISTÄMISESTÄ KUNNALLE AIHEUTUNEET KUSTANNUKSET (3 700 MK/KOHDE) JAETTUNA KAHDEN VUODEN AJALLE

PALVELURAKENNETYÖRYHMÄN MUISTION LIITE 6

KUNNAN SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON PALVELURAKEN- TEEN MITTARIT JA MITOITUSMENETELMÄT

**Pekka Ruotsalainen
Sosiaali- ja terveysalan kehittämiskeskus
TKT, erikoistutkija
7.12.1992**

Kunnan palvelurakenteen mittarit ja mitoitusmenetelmät

1 Yleistä

Palvelurakennetyöryhmä on ottanut strategiseksi tavoitteeksi sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteen kehittämässä nykyisen laitospainotteisuuden vähentämisen, avohoitopalvelujen lisäämisen ja sektoroituneiden toimitapojen uudistamisen. Erikoissairaanhoidossa toimintatavan muutos merkitsee sitä, että sen toiminta muuttuu nykyistä intensiivisemmäksi, nopearytmisemmäksi sekä kustannus- ja laatutietoisemmäksi. Sairaanhoidopiirin tehtävänä on keskittyä tuottamaan tehokkaasti ja laadukkaasti erikoissairaanhoidon palvelut ja sinne kuulumaton majoitustoiminta on tarkoituksenmukaista purkaa pois.

Laitoshoidon nykyisten ja tulevien asiakkaiden (ja potilaiden) siirtyminen sairaaloista ja laitoksista tarkoituksenmukaisemmille hoitopaikoille ja avohoitoon edellyttää, että palvelujen mitoituksessa ja järjestämisessä käytetään sektorirajat rikkovaa kokonaisvaltaista (systeemistä) lähestymistapaa. Palvelurakenteen muutosprosessissa on tärkeää kysyä paitsi missä asiakasta hoidetaan myös miten häntä hoidetaan ja varmistaa, että jatkossakin seuraavat hyvän hoidon järjestämisen periaatteet toteutuvat:

Potilasta ei rajallisen hoitoperiodin aikana tarpeettomasti siirrellä häntä hoitavien laitosten välillä.

Potilaan asuinpaikan ja hoitopaikan välimatka huomioidaan hoidon järjestämisessä.

Potilaan toistuvien tutkimus- ja hoitokohtien aiheuttamien matkustamisten haitat minimoidaan.

Potilaalle tarjotaan mahdollisuus viettää hänen välttämättömänä pitämänsä aika erikoissairaanhoidossa.

Hoidon porrastuksessa on sosiaalipalvelujen ominaispiirteinä, että se:

Tukee ensisijaisesti asiakkaan kotona selviytymistä, korjaa elinoloja, huolehtii toimintakyvyn ylläpitämisestä ehkäisevän ja kuntouttavan toiminnan avulla.

Kunnioittaa asiakkaan omaa mielipidettä häntä koskevien päätösten teossa.

On paikallisesti joustava: palvelut järjestetään kullekin alueelle ominaiseen ja sopivaan tapaan.

Käyttää kaikkia olemassa olevia voimavaroja (niin virallisia kuin epävirallisiakin) hyväkseen hoidon ja palvelujen tuottamisessa.

Sosiaalipalvelujen maksut määräytyvät asiakkaan maksukyvyyn mukaan.

2 Palvelujärjestelmän mitoitusmenetelmät

Palvelujärjestelmä toimii tehokkaasti ja vaikuttavasti silloin kun väestön palvelujen tarve ja tarjotut palvelut kohtaavat tarpeen edellyttämällä tasolla niin, ettei tarpeeseen perustumatonta käyttöä esiinny. Samalla tulee tuotettujen palveluiden olla sekä laadukkaita että vaikuttavia. Se miten hyvin ja millä kustannustasolla tämä "tasapaino" saavutetaan on seurausta mm. tehdyistä sosiaali- ja terveystaloudellisten päätöksistä, palvelujen tuottajien toimintatavoista ja väestön halusta sekä mahdollisuuksista käyttää palveluja.

Palvelujen mitoitus- ja kohdentamisratkaisut perustuvat aina jonkinasteiseen tarpeen arvioon. Sosiaali- ja terveydenhuollossa yleisimmin käytetyt palvelujen tarvearviot ovat olleet päätöksentekijöiden ja asiantuntijoiden tekemiä normatiivisia arvioita tai (ja) ne ovat perustuneet aikaisempina vuosina toteutuneeseen palvelujen käyttöön.

Laajimmin käytetty palvelujen tarjonnan suunnittelu- ja mitoitusmenetelmä on menetelmä, jota kutsutaan myös "ei suunnittelua" metodiksi. Sille on tyypillistä, että palvelujen käytön aikaisemman vuoden taloudellinen toteutuma siirretään seuraaville vuosille tarvittaessa valituilla kasvu-/supistuskertoimella korjattuna. Vaihtoehtoisesti voidaan korjaus tehdä käyttämällä painokertoimina kiinteitä voimavara-väestösuhteita (esimerkiksi sairaansijojen määrä kunnan asukasta kohti). Tällainen karkea mitoitusmenetelmä siirtää kaikki vallitsevan palvelujärjestelmän rakenteen vinoutumat ja toiminnan tehottomuudet muuttumattomina tuleville vuosille. Näin tehdyt mitoitusmenetelmät eivät perustu erityisemmin väestön palvelujen tarpeeseen.

Edellistä kehittyneempi menetelmä on määrittää tulevien vuosien palvelujen käyttö painottamalla alueen väestön aikaisempien vuosien palveluiden ikäryhmä- ja sukupuolispesifisiä käyttösuhteita väestön määrän muutoksilla. Lisäpainoina, joiden avulla palvelurakenteen muutoksia mallinnetaan, voidaan käyttää muun muassa ikäryhmäkohtaisia kiinteitä käyttösuhteita (esimerkiksi kunnan 65-74 miehet käyttävät kokonaishoitopäivistä x osaa). Painoiksi voidaan ottaa myös jonkin muun alueen kuin oman kunnan palvelujen käytöstä johdetut painot, jolloin päädytään ns. referenssi-ennuste menetelmään. Edelleen voidaan tarvittavien palvelujen määrää määrittää perustuen kohdeväestön sosio-demografisiin ominaisuuksiin ja suoraan väestön palvelujen tarpeen mittareihin.

Suomessa on yleisesti mitoitettu väestölle tarjottavien palvelujen määrää käyttämällä edellä mainittua "ei suunnittelua" menetelmää. Vuoden 1993 alusta voimaan tuleva kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuuden jakamiseen käytetty laskentakaava on mitoitusmenetelmänä tätä tapaa kehittyneempi. Se huomioi mm. väestön ikärakenteen, kunnan pinta-alan, väestötiheyden ja epäsuorasti sairastuvuutta vakioidun kuolleisuusluvun avulla.

Palvelurakennetyöryhmä on tehnyt valtakunnan tason mitoitusmenetelmää perustuen väestöryhmä- ja palvelutyypikohtaisiin kiinteisiin palvelujen käyttösuhteisiin. Kuntatasolla tarkempaan mitoitusmenetelmään päästään korjaamalla kunnan nykyistä ikäryhmä- ja sukupuoliluokka spesifistä palvelujen käyttöä kiinteillä korjauskertoimilla siten, että kokonaiskäytössä päästään palvelurakennetyöryhmän suosituksiin. Kunnan palvelurakenteen muutoksen suunnittelu voi laskennallisesti tapahtua myös siten, että siirretään hyväksi havaitun kunnan ("esimerkkikunnan") palvelurakenne omaan kuntaan kuntien väestörakenteen erot huomioonottaen.

3 Kunnan palvelurakenteen mittarit

Palvelurakenteen ja sen muutoksien kuvaamiseen käytettävien mittareiden tulee kuvata väestöä, sen sosiaalisia ja terveydellisiä ongelmia, palvelujärjestelmää sekä asiakkaiden ja palvelujärjestelmän kohtaamista.

Palvelurakennetyöryhmä on katsonut, että sekä alue- että valtakunnan tasolla voidaan palvelurakenteen kehittyneisyyttä ja sen muutoksia seurata suppealla mittaristolla. Nämä mittarit kertovat ensisijaisesti siitä, milloin kunnan tai alueen palvelurakennetta ei voida pitää tyydyttävästi toteutettuna sekä viestivät milloin kunnan tai alueen palvelurakenne ei kehity tavoiteltuun suuntaan.

Valtakunnan tason palvelurakenteen mittareiden lisäksi tarvitaan paikallistason mittareita, joilla voidaan valtakunnan tason tarkastelua tarkemmin ja yksityiskohtaisemmin selvittää ja tutkia kunnan palvelurakennetta. Taulukossa 1 on esimerkkiluettelo mittareista, jotka olemassa olevan tutkimustiedon perusteella soveltuvat käytettäväksi kuntatasolla. Esitetty mittaristo on varsin laaja ja on viime kädessä kunnan asia valita ja ottaa käyttöön sille parhaiten soveltuva palvelurakenteen mittarijoukko.

Tilastotietoihin nojautuvien palvelurakenteen mittareiden käytön lisäksi on tärkeää, että kunnissa selvitetään myös palveluja saaneiden ja niitä käyttämättömien kuntalaisten kokemaa tyytyväisyyttä ja heidän kokemaa palvelujen laatua. Tämä voidaan toteuttaa esimerkiksi kuntabaroometri tyyppisen tiedoston avulla.

Huolimatta maamme tämänhetkisestä heikosta taloudellisesta tilanteesta ei sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämistä tule tarkastella vain normatiivisesti määritetyn tarpeen, toimivan porrastuksen, toiminnan tehokkuuden ja taloudellisuuden näkökulmista. Tavoitteena tulee olla palvelujen tarjonnan mitoittaminen vastaamaan mahdollisimman hyvin asukkaiden tarpeita. Tutkimustiedon perusteella vaikuttavat muun muassa taulukossa 2 esitetyt tekijät sosiaali- ja terveyspalvelujen tarpeeseen ja käyttöön. Tällä hetkellä ei ole käytävissä riittävästi tutkimustietoutta, jotta voitaisiin suoraan käyttää taulukossa 2 esitettyjä hoidon tarvetta indikoivia mittareita kuntalaisten sosiaali- ja terveyspalvelujen mitoittamiseen. Palvelujen tarjonnan mitoitusmenetelmiä tulisikin kunnissa kehittää siten, että ne kykenevät ottamaan nykyistä paremmin huomioon palvelujen tarvetta synnyttävät tekijät. Näin tehden päästään väestön kannalta oikeudenmukaiseen ja kunnan kannalta tarkoituksenmukaisimpaan palvelujen tarjonnan määrään ja laadun mitoittamiseen.

4 Yhteenveto

Nykyisissä sosiaali- ja terveydenhuollon tietojärjestelmissä on palvelurakenteen arvioinnin ja mitoituksen kannalta merkittäviä puutteita. Niistä ei ole muun muassa saatavissa riittävästi tietoa paljonko palvelua tarvitsevia vanhuksia on, mitä palveluja he tarvitsevat ja miten he asuvat. Myös tiedot kehitysvammahuollosta ja sen kohdistumisesta ovat puutteelliset. Laitoshoidossa tapahtuu koko ajan toimintojen siirtymistä vuodehoidosta avohoitoon. Nykyiset tietojärjestelmät antavat riittämättömästi tietoa avohoidosta, sen kohdistumisesta ja siitä miten avohoito korvaa laitoshoidoa.

Asuminen on yksi keskeinen elementti kun nykyistä palvelurakennetta kehitetään avopainotteiseen suuntaan. Kuntatason tietoa sosiaali- ja terveystalvelujen käyttäjien ja potentiaalisten tarvitsijoiden asumisesta on saatavissa hyvin niukasti.

Nykyisten tietojärjestelmien tietosisältö kuvaa sosiaali- ja terveystalveluja lähes yksinomaan määrällisesti. Tietoa tuotettujen palvelujen laadusta ja vaikuttavuudesta ei juurikaan ole saatavissa eikä siten laatumittareitakaan ole kuntien käytettävissä.

Sosiaali- ja terveydenhuollon tietojenkeruu samoin kuin tietojärjestelmien valtakunnallinen, alueellinen ja kuntatason uudistaminen tulee toteuttaa siten, että niiden tuottamien tietojen avulla kyetään nykyistä paremmin tarkastelemaan kuntien palvelurakennetta ja seuraamaan sen muutoksia. Kehitystyössä tulee erityisesti painottaa laatumittareita ja väestöltään vain muutaman tuhannen asukkaan kuntien palvelutarpeen määrittelyn ongelmatiikkaa.

Kunnissa käytettäviä sosiaali- ja terveystalvelujen mitoitusmenetelmiä tulisi kehittää siten, että niissä nykyistä paremmin otetaan huomioon asukkaiden palvelujen tarve. Yksi mahdollinen menetelmä on yhdistää demografisiin ennustemenetelmiin palvelujen tarpeeseen vaikuttavia tekijöitä. Mitoitusmenetelmien kehitystyö vaatii pitkäjänteistä panostusta ja sopisi kuntien lisäksi sosiaali- ja terveydenhuoltoalan tutkimusyksiköille.

TAULUKKO 1 Kuntatason palvelurakenteen arvioimiseen soveltuvia mittareita

Kohde	Mittari
Kunta	<p><i>Väestön ikä ja sukupuolirakenne</i></p> <p><i>Veroäyrin hinta</i></p> <p><i>Kunnan kantokykyluokka</i></p> <p><i>Kunnan taajama-aste</i></p>
Investoinnit	<p><i>Kunnan viiden vuoden sosiaali- ja terveydenhuollon keskimääräiset investoinnit markkaa per asukas. Sosiaali- ja terveydenhuolto yhteensä ja erikseen sekä jaoteltuna seuraavasti:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <i>-laitoshoitoon (laitostyypeittäin¹ ja yhteensä)</i> <i>-välimuotoiseen hoitoon</i> <i>-asuntojen peruskorjaukseen</i> <i>-asuntojen hankkimiseen</i> <i>-asumisen ympäristöön</i> <i>-kotona asumista tukeviin palvelurakennuksiin</i>
Panokset	<p><i>Sosiaali- ja terveydenhuollon bruttomenot markkaa per asukas erikseen ja yhteensä sekä jaoteltuna</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <i>-laitoshoitoon (laitostyypeittäin ja yhteensä)</i> <i>-välimuotoiseen hoitoon</i> <i>-kotona asumista tukeviin palvelutoimintoihin</i> <i>-avohoitoon</i> <i>-sairauksien ehkäisyyn</i> <p><i>Vanhainkotihoidon menot markkaa per yli 64-vuotias</i></p> <p><i>Sosiaalivakuutuksen korvaukset markkaa per asukas sekä erikseen sairaanhoitokorvaukset markkaa per asukas</i></p> <p><i>Sosiaali- terveydenhuoltomenojen prosenttiosuus bruttomenoista ja veroäyristä erikseen ja yhteensä sekä jaoteltuna</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <i>-laitoshoitoon (laitostyypeittäin ja yhteensä)</i> <i>-välimuotoiseen hoitoon</i> <i>-kotona asumista tukeviin palvelutoimintoihin</i> <i>-avohoitoon</i> <i>-sairauksien ehkäisyyn</i> <p><i>Sosiaali- ja terveydenhuollon menojen viiden vuoden keskiarvoiset kasvuprosentit erikseen ja jaoteltuna</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <i>-laitoshoitoon (laitostyypeittäin ja yhteensä)</i> <i>-välimuotoiseen hoitoon</i> <i>-kotona asumista tukeviin palvelutoimintoihin</i>

Taulukko 2 Palvelujen tarpeeseen ja kysyntään vaikuttavia tekijöitä

Tutkimusten mukaan palvelujen kysyntää indikoivat mm. seuraavat tekijät:

Väestö	<i>Väestön tiheys</i>
	<i>Ikä- ja sukupuolirakenne</i>
	<i>Monilapsisten perheiden osuus kaikista perheistä</i>
	<i>Yksivanhempisten perheiden osuus kaikista perheistä</i>
	<i>Yksinasuvien vanhusten osuus vanhuksista</i>
	<i>Pakolaisten määrä suhteessa koko väestöön</i>
Väestön toimintakyky	<i>Työkyvyttömyyseläkkeiden saajien määrä per työikäinen väestö</i>
	<i>Kehitysvammaisten saajien määrä per asukas</i>
	<i>Vammaistukea saavien määrä per asukas</i>
Sairastavuus	<i>Kokonaiskuolleisuus ja kuolleisuus ikäryhmissä 0–64 ja 0–75 vuotiaat</i>
	<i>Alhaisen syntymäpaino omaavien lasten osuus syntyneistä</i>
	<i>Lapsikuolleisuus per synnytykset</i>
	<i>Kroonisten sairauksien määrä (mm. mielisairaudet, dementia, sydän- ja verisuoni-, tukielinsairaudet, vammaisten määrä) per asukas</i>
	<i>Korvattavien lääkkeiden saajien määrä per asukas</i>
	<i>16–64 vuotiaat sairauspäiväpäivärahojen saajien määrä per kunnan 16–64 vuotiaiden määrä</i>
Väestön sosio-ekonominen asema	<i>Ammattirakenne</i>
	<i>Koulutustaso</i>
	<i>Veroäyrit per asukas</i>
	<i>Työttömyysaste</i>

Sosiaaliset ongelmat*Avioerojen määrä per asukas**Toimeentulotukea saavien määrä asukas**Itsemurhakuolleisuus per asukas**Sijoitettujen lasten määrä per 0–14 vuotiaiden määrä**Väkivaltaisten kuolemien määrä per asukas**Asunnottomien määrä***Elintavat***Aborttien määrä per alkaneet raskaudet**Päihdeaineiden väärinkäyttäjien määrä per väestö**Työtaturmien määrä per työkäiset asukkaat**Liikennetaturmat per väestö**Tupakoinnin määrä per väestö***Tarjonnan rakenne***Väestön etäisyys sairaalasta**Sosiaali- ja terveyspalveluiden vaihtoehtojen määrä (mm. terveyskeskuspalvelut, kotipalvelut, ryhmäkodit, aikuisten päivähoito)**Väestön etäisyys lääkäristä (mukaanlukien sekä yksityiset että julkisen sektorin lääkärit)**Avohoitopalvelujen määrä per väestö**Pitkäaikaislaitoshoidon sairaansijojen määrä väki**Erikoissairaanhoidon sairaansijat per väestö**Työterveyshoidon tarjonnan määrä per työkäiset asukkaat*

Vanhustenhuollon palvelutarpeisiin vaikuttavat tutkimusten mukaan edellisten lisäksi myös mm.seuraavat tekijät: alentunut toimintakyky, puutteellinen asuminen, huonot liikenneyhteydet, asunnon huono sijainti ja palvelujen sijainti kaukana vanhuksista. Lisäksi palvelutarpeen aiheuttajiksi on havaittu avohuollon palvelujen puutteet sekä vanhuksen yksinäisyys ja turvattomuus.

VIITTEET

Hollander M., Continuing Care Planning and Resource Allocation Report, Ministry of Health, Province of British Columbia, Canada, 1989.

Ruotsalainen P., Menetelmä alueellisen sairaanhoidon tarjonnan määrittämiseksi, Sosiaali- ja terveyshallitus, tutkimuksia 13/1991.

Vaarama M., Hurskainen R., Hyvään vanhuuteen 1990- ja 2000-luvuilla, STAKES 1992.

WHO, Health Projections in Europe Methods and Applications, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen 1986.

PALVELURAKENNETYÖRYHMÄN MUISTION LIITE 7

Tutkimusjohtaja Leena Matikka
Kehitysvammaliitto ry.
3.6.1992

Arvio kehitysvammahuollon rakenteen kehityksestä sosiaali- ja terveysministeriön palvelurakennetyöryhmälle

1. Kehitysvammaisten määrä ja kehitysvammapalvelujen rakenne Suomessa 1992

Kehitysvammaisia arvioidaan Suomessa olevan 27 000 - 28 000. Arvio perustuu kehitysvammaisuuden perusteella työkyvyttömyyseläkettä saaviin sekä tietoihin kehitysvammaisten erityisopetuksesta. Kehitysvammaisia on koko maassa 5,4 o/oo väestöstä. Suhteessa väestömäärään työikäisiä kehitysvammaisia on eniten Pohjois-Karjalan (11 o/oo), Mikkelin (9,7 o/oo), Kuopion ja Oulun (9,3 o/oo) lääneissä ja vähiten Uudellamaalla (3,1 o/oo) ja Ahvenanmaalla (3,4 o/oo).¹ Kehitysvammaisten määrä on viime vuosina pysynyt suunnilleen ennallaan. Monivammaisten osuus on kuitenkin lisääntymässä.

Kehitysvammahuollon palveluja käyttää vuosittain noin 17 000 henkilöä. Palvelujen käyttö kohdistui vuoden 1986 aikana käyttöpäivien ja käyntikertojen mukaan eri palvelumuotoihin seuraavasti²:

palvelumuoto	%
laitoshoido	51
asumispalvelut	10
perhehoito	6
työtoiminta ja muu päivätoiminta	31
neuvola, kotikäynnit ja muu avohuolto	2

Erityishuollon neuvottelukunnan keräämien tietojen mukaan erityishuoltopiirien palvelurakenne on vuosina 1987 - 1991 muuttunut siten, että laitoshoidon käyttöpäivät ovat vähentyneet 12 %:lla ja asumispalvelujen lisääntyneet 57 %:lla. Myös kunnat ovat vastaavana aikana kaksinkertaistaneet asumispalvelunsa.³

Kehitysvammahuollon hoitopaikkoja oli vuonna 1990 koko maassa seuraavasti⁴:

laitoshoito	5 349
asumispalvelut	2 493
perhehoito	1 061
työtoiminta	6 058
päivähoito/opetus	2 112

Laitoshoidon paikkoja ollaan hiljaksen vähentämässä ja asumishuollon ja perhehoidon paikkoja lisäämässä. Syksyllä 1991 laadittujen kuntainliittosuunnitelmien mukaan muutokset vuosina 1990-1996 olisivat kuntainliittojen palvelujen osalta varsin vähäiset. Taloudellisen laman vaikutukset eivät todennäköisesti vielä näy ko. suunnitelmissa.

2. Palvelurakenteen kehityslinjoista

Kehitysvammahuolto on viime vuosisadan loppupuolelta lähtien alkanut eriytyä omaksi huoltosektoriksi. Ensin nähtiin tarpeelliseksi lievästi kehitysvammaisten opetuksen eriyttäminen ja perustettiin tarkoitukseen internaattikouluja. Kehitysvammaisten ryhmä eriytyi näin aistiviallista. Samaan aikaan tehtiin eroa mielisairaisiin. Tämän vuosisadan alkupuolella pidettiin kehitysvammaisten hoitamista omissa laitoksissaan välttämättömänä ja sitä perusteltiin rotuhygieenisin syin.⁵ Siitä lähtien huollon päätavoitteena oli laitoshoidon järjestäminen mahdollisimman monelle kehitysvammaiselle. Linja jatkui aina 1970-luvulle asti. Vaikka muissa pohjoismaissa jo kritisoiitiin laitოსvaltaisuutta ja korostettiin integroituja palveluja, Suomessa rakennettiin vielä lisää keskuslaitospaikkoja.

Vuoden 1978 alusta voimaan tullut kehitysvammalaki mahdollisti palvelurakenteen monipuolistamisen. Kehitysvammahuollon tunnuspiirteenä voidaankin pitää yhden vammaryhmän kaiken kattavan huollon järjestämistä. Kehitysvammaisille on ko. lain perusteella järjestetty asumista, päivähoitoa, opetusta, työtoimintaa, neuvontapalveluja, kerhotoimintaa, leirejä, vanhempainohjausta, terveydenhuoltoa (sisältäen hammashoidon) ym. palveluja läänin kokoisissa kuntainliitto-organisaatioissa. Vuoteen 1984 asti kehitysvammahuoltoon ohjattiin valtiosuudet oman suunnittelujärjestelmän kautta. Kuntainliittojen asema palvelujen järjestäjänä monopolisoitui ja aikaisemmin yksityisinä tai kunnallisina toimineita toimintayksiköjä siirrettiin kuntainliitoille. Kehitysvammahuollon kuntainliitot ovat ns. pakkokuntainliittoja, joihin jokaisen kunnan on kuuluttava. Kattavalla alueellisella organisaatiolla saavutettiin kehitysvammahuollon tasapuolinen ja asiantunteva palvelutarjonta. Sillä on kuitenkin haittapuolensa. Palveluja saadaksean kehitysvammaisten oli usein muutettava asumaan hyvinkin kauas kotiseudultaan.

1980-luvulla kehitysvammahuollon virallisina tavoitteina on Suomessakin ollut palvelujen mahdollisimman normaali ja integroitu toteuttaminen, laitosvaltaisuuden vähentäminen ja kunnan vastuun lisääminen peruspalvelujen järjestämisessä. Muutokset ovat olleet hitaita. Lievästi kehitysvammaisten opetuksen järjestämisvastuu siirtyi vuonna 1985 opetussektorille. Kehitysvammahuolto järjestää edelleen perusopetuksen noin 600:lle kaikkein vaikeimmin vammaiselle. Opetuksen hallinnollista siirtoa ei ponnisteluista huolimatta ole toteutettu. Perusterveydenhuolto toteutuu kehitysvammaisillekin yhä enenevässä määrin terveyskeskuksissa. Kehitysvammaisten asuminen muulla kuin varsinaisella kotipaikkakunnallaan aiheuttaa kuitenkin jatkuvaa kitkaa terveyspalvelujen järjestämisessä. Kehitysvammaiset eivät yleensä pääse uuden asuinkuntansa asukkaiksi, vaan heidän henkikirjoituskuntanaan säilyy se kunta, jossa he huoltajansa kotikunnan mukaan olivat kirjoilla 16-vuotiaina. Toiseen kuntaan muuttaminen on kuitenkin usein välttämätöntä asumisen ja työtoiminnan järjestämiseksi.

Kehitysvammahuollon kehittämistyöryhmä asetti tavoitteeksi laitospaikkojen vähentämisen 30 %:lla vuoteen 2000 mennessä ja uusien ryhmäasuntojen perustamisen korvaamaan näitä paikkoja ja turvaamaan iäkkäiden vanhempiensa luona asuvien (noin 4 000:n) kehitysvammaisen asumisen ja huollon lähivuosina.⁶ Uusien asumispaikkojen lisääminen ei ole taloudellisista syistä ollut mahdollista esitettyssä aikataulussa. Laitoshuollon hidask purkaminen ja samanaikainen asumispalvelujen lisääminen näyttää taloudellisesti mahdottomalta kuntainliittojen toteutettavaksi. Erityishuollon neuvottelukunnan ns. saneeraustyöryhmä on käsitellyt tätä raportissaan Kehitysvammahuollon voimavarojen uudelleenjärjestely⁷. Pakotteet laitoshuollon purkamiseen ja palvelurakenteen nopeaan muutokseen näyttävätkin nyt tulevan taloudellisen kriisin vauhdittamina kuntien taholta. Kunnat eivät ole enää valmiita maksamaan yhä kasvavia kehitysvamma-alan kuntainliittomenoja vaan etsivät halvempia ratkaisuja omasta ja ostopalvelutoiminnasta. Ensi vuoden alussa tapahtuva valtion-osuusuudistus vauhdittanee tätä kehitystä huomattavasti.

3. Kehitysvammahuollon rakennemuutosta luonnehtivat siirtymät:

- 1) Yhden vammaryhmän kaiken kattavien palvelujen keskitetystä järjestämisestä (opetus, terveydenhuolto, kuntoutus, työtoiminta jne) siirrytään palvelujen toteuttamiseen integroidusti samoissa hallinnollisissa ja fyysisissä kokonaisuuksissa kuin muillekin kansalaisille (opetus peruskoulussa ja tavallisissa ammatillisissa oppilaitoksissa, terveydenhuolto terveyskeskuksissa ja tarpeen mukaan erikoissairaanhoidossa, työtoiminta avoimilla työmarkkinoilla tarvittavin erityisjärjestelyin). Muutoksen vauhtia säätelevät paikalliset asenteet ja valtakunnallinen lainsäädäntö.

- 2) Palvelujen järjestämisvastuun siirtyminen pakkokuntainliitoilta kunnille, jolloin myös palvelujen suunnittelu siirtyy kuntaan. Tällöin kehitysvammaisten tarvitsemat palvelut punnitaan kuntakokonaisuudessa ja kunta voi järjestää niistä osan itse joko pelkästään kehitysvammaisten ryhmälle tai ottaen kehitysvammaiset mukaan muiden ko. palvelua tarvitsevien joukkoon (esim. kotipalvelu ja palveluasuminen), ostaa osan yksityisiltä palvelujen tuottajilta (jotka ovat lisäämässä ja monipuolistamassa palvelutarjontaa) ja osan kehitysvamma-alan kuntainliitoilta. Muutoksen vauhtiin vaikuttavat tällä hetkellä taloudelliset näkökohdat ehkä kaikkein eniten. Kunnat ovat hyvin erilaisia ja niiden halu ja mahdollisuudet vaihtelevat. Suurten kuntien on helpompi järjestää kaikki kehitysvammaisten palvelut itse. Jos ne lakkaavat käyttämästä kuntainliittojen palveluja, jäävät pienet kunnat yksin kustantamaan kuntainliittojen palveluja ja tilanne lienee lyhyessä ajassa niiden kannalta kestävä. Tämä johtaisi käytännössä kuntainliittojen hajoamiseen, vaikka lainsäädännössä ei tapahtuisikaan muutoksia. (Nykyisen lainsäädännön mukaan kuntainliittoon jäljelle jäävät kunnat joutuvat maksamaan poislähteville takaisin perustamiskustannuksia, jos pakkokuntainliitto purkautuu, mutta jo käyttökustannusten nousukin olisi jäljelle jääville kunnille varmasti liian raskasta.)
- 3) Raskaista kokonaisvaltaisista laitospalveluista ollaan siirtymässä kevyempiin ja monimuotoisiin asiakkaan kotikunnassa tai lähiseudulla toteutettaviin pienimuotoisiin palveluihin. Laitoshoidon on kuulunut kaikki asiakkaan tarvitsemat palvelut asumisesta hyvinkin erikoistuneeseen sairaanhoitoon. Laitoshoidon hinta asiakkaalle ja kunnalle on ollut sama riippumatta siitä, mitä siihen on yksittäisen asiakkaan kohdalla sisällynyt. Tulevaisuudessa laitoshoidon jaetaan kahteen tai kolmeen eri kategoriaan, joiden hinta vaihtelee palvelusisällön mukaan. Laitoshoidon korvaava palvelukokonaisuus puolestaan koostuu erilaisista palveluista, joilla kullakin on omat hintansa. Peruspalveluna voi olla esim. asumisen järjestäminen tukiasunnossa, perhehoidossa, palveluasunnossa tai ryhmäkodissa. Asumiskustannuksia ovat tällöin vuokrat ja erilliset palvelumaksut, joilla katetaan tarvikkeiden ja työntekijöiden palkkojen kustannuksia. Muutos merkinnee asiakkaiden yksilöllisten tarpeiden entistä parempaa huomioonottamista ja asiakkaiden valintamahdollisuuksien lisääntymistä.

Kehitysvammaisten palvelujen kehityksessä ei ilmene pyrkimystä hoidon porrastamiseen. Kehitysvammaisuus on yksilölle elinikäistä ja elämänsä eri vaiheissa tarvitaan erilaisia palveluja ja tukimuotoja. Vaikea- tai monivammaisuus merkitsee sitä, että henkilö tarvitsee monia erilaisia palveluja ajoittain hyvinkin intensiivisesti. Palvelujen toteutus on moniammatillista, tarvitaan kasvatuksellista, sosiaalista ja lääketieteellistä osaamista ja usein näiden yhdistämistä. Asiakkaita ei siis ole mielekästä siirtää portaalta toiselle, vaan tuoda asiakkaan

tarpeenmukaiset palvelut hänen käyttöönsä oikeaan paikkaan ja oikeana ajankohtana. Kehitysvammaisten ryhmän heterogeenisuus edellyttää eri ammattiryhmien yhteistoiminnan koordinoitua ja eri alojen specialistien joustavaa käyttöä. Tässä mielessä voidaan puhua erityistason asiantuntemuksesta suhteessa peruspalvelujen asiantuntemukseen. Porrastus koskee siis pikemminkin työntekijöitä kuin asiakkaita tai palvelujärjestelmää.

Kehitysvammahuollon palvelurakennetta kehitettäessä on varmistettava moniammatillisuus. Vammaisuus ilmenee pääasiassa älyllisissä toiminnoissa ja vaikeuttaa henkilön toimintaa yhteisössä. Vaikka vammaisuuden syitä kuvataankin parhaiten lääketieteen avulla, voidaan pelkästään lääketieteen perusteella kohentaa kehitysvammaisten asemaa erittäin vähän. Lapsuudessa ja nuoruudessa pääpaino on kasvatuksellisilla menetelmillä, joiden käyttöä tukevat mm. neurologiset ja fysiatriiset tutkimukset. Aikuisuudessa pääpaino on sosiaalisessa kuntoutuksessa ja sosiaalipoliittisissa ratkaisuissa, jotka vaikuttavat kehitysvammaisten elämänlaatuun. Tästä syystä on varottava kehitysvammapalvelujen organisatorista yhdistämistä erikoissairaanhoidon.

4. Palvelutarpeista lähtevä rakenteiden kehittäminen

Kehitysvammaisten heterogeeninen ryhmä tarvitsee hyvin erilaisia palveluja, kuten edellä on todettu. Palvelutarpeet näyttävät asiakkaiden näkökulmasta jakautuvan selkeästi lasten ja perheiden tarvitsemiin palveluihin sekä aikuisten kehitysvammaisten tarvitsemiin palveluihin. Lapsiperheet tarvitsisivat nykyistä paljon enemmän tilapäishoitomahdollisuuksia, lyhytaikaisia hoitajaksoja perheen kehitysvammaiselle lapselle, jotta vanhemmat voisivat välillä levätä. Hoitajakset voitaisiin järjestää sijaisperheessä tai tarkoitusta varten perustetuissa pienyksiköissä lähellä kotia. Näin ehkäistäisiin pitkäaikaiseen laitoshoidon sijoittamisen paineita. Perheiden kannalta palvelujen joustava järjestäminen kotikunnassa tai suhteellisen lähellä perheen asuinpaikkaa on ensiarvoisen tärkeää.

Lapsen kannalta olisi edullista järjestää hoitajakson aikana tehostettua kuntoutusta. Olisikin aiheellista luoda myös suurempaa aluetta palvelevia lapsille tarkoitettuja kuntoutuskeskuksia, jotka yhteistyössä vanhempien ja eri alojen asiantuntijoiden kanssa huolehtisivat yksilöllisen kuntoutuksen suunnittelusta ja sen toteutuksen pitkäjänteisestä seurannasta. Tällaiset kuntoutuskeskukset voisivat turvata myös alan tutkimuksen ja kuntoutuksen menetelmäkehityksen jatkuvuuden. Kuntoutuksen suunnitelmallisuus ja riittävän tihein aikaväleihin suoritettava seuranta antaisi tukea myös omaisille, jotka jäävät helposti kovin yksin kehitysvammaisen perheenjäsenen elämänkaaren aikana ilmenevien erilaisten ongelmien kanssa.

Aikuiset kehitysvammaiset tarvitsevat ennenkaikkea asuntoja, joihin he voivat saada tarpeelliset tukipalvelut. Kehitysvammaiset eivät saa ansiosidonnaista eläkettä, vaan he elävät lähes poikkeuksetta kansaneläkkeen varassa. Näin ollen he eivät kykene hankkimaan itselleen omistusasuntoa. Suurin osa joutuu asumaan aikuistuttuaankin lapsuudenkodissaan muun asunnon puuttuessa. Nykyisen järjestelmän mukaan kehitysvammaiset ovat asumispalveluissa hoito- eikä vuokrasuhteessa, mikä estää heidän itsenäistymistään. Asumispalvelujen rakennetta tulisi muuttaa siten, että kehitysvammaisille olisi tarjolla vuokra-asuntoja, joko itsenäiseen tai tuettuun asumiseen erillisissä huoneistoissa tai ryhmäasumiseen, jolloin 4-5 kehitysvammaista yhdessä asuttaisivat koko ryhmän yhteistä huoneistoa. Asumisessa tarvittava apu sekä esim. ruokailu- ja siivouspalvelut tulisi turvata kehitysvammaisille heidän yksilöllisten tarpeidensa mukaan erikseen.

Asuntojen järjestäminen ja siitä aiheutuvat kustannukset jäisivät näin yhteiskunnan yleiseksi tehtäväksi kehitysvammahuollon sijasta. Kehitysvammahuollon kustannuksia olisi muutenkin aiheellista tarkastella riisuttuna asumisen ja ravitsemuksen ja vaatetuksen ym. kaikille ihmisille tarpeellisten jokapäiväisten kulujen painolastista. Mitä kehitysvammaiset palveluissaan saavat tämän lisäksi tai mitä he tarvitsevat juuri vammaisuutensa takia voisi osoittautua yllättävän vähäiseksi.

Edellä kuvattu kokonaisvaltaisen asumispalvelun pirstominen ja uudelleen kokoaminen kunkin vammaisen yksilöllisiä tarpeita vastaavaksi kokonaisuudeksi edellyttää palvelurakenteen analysoinnissa ja kehittämisessä näkökulman muutosta. Uusi ajattelu ei lähde olemassa olevien palvelujen valikoimasta ja sopivien palvelujen etsimisestä vammaiselle, vaan vammaisen elämästä.

5. Rakennemuutoksen mahdollisuudet ja uhat

Edellä kuvattu rakennemuutos antaa toteutuessaan mahdollisuudet kehitysvammaisten tarpeiden mukaiseen yksilölliseen tukeen ja hoitoon omalla paikkakunnalla. Se antaa kunnille mahdollisuudet ratkaista omalla tavallaan palvelujen tarjontaan liittyvät organisatoriset ja taloudelliset kysymykset. Näin saavutetaan rationaalisen toteutuksen kautta myös pitkän aikavälin taloudellisia hyötyjä, kun kunta voi suunnitella henkilökunnan työpanokset laajemmassa kokonaisuudessa yhden sektorin sijasta.

Kuntien ottaessa yhä enemmän vastuuta kehitysvammaisten peruspalveluista kuntainliitoille tulee paremmat mahdollisuudet keskittyä erityisasiantuntemusta vaativiin tehtäviin ja auttaa mm. konsultoinnin ja henkilöstön koulutuksen muodossa alueensa kunnallisia ja yksityisiä palvelujen tuottajia.

Rakennemuutos voidaan kehitysvammaisten palvelukehityksen kannalta nähdä myös uhkana. Nykyisessä taloudellisessa tilanteessa on pelättävissä, että kunta järjestäisi kehitysvammaisille vain minimipalvelut halvimpaan mahdolliseen hintaan ja jättäisi erityistä asiantuntemusta edellyttävät palvelut käyttämättä. Tällöin erityisosaaminen vähitellen katoaisi, kun sillä ei olisi kysyntää.

6. Rakennemuutosta edistävät toimenpiteet

Mahdollisimman laadukkaiden ja tuloksellisten palvelujen turvaaminen kehitysvammaisille edellyttää palvelujärjestelmän tuloksellisuuden ja laadun arviointimenetelmien kehittämistä ja kehityksen pitkäjänteistä seurantaa. Tähän pyritään Kehitysvammaliiton vuoden 1993 alussa käynnistämässä projektissa. Kehitysvammaliiton meneillään olevassa Toimiva vammaishuolto kunnassa -projektissa puolestaan selvitetään muutamien esimerkkikuntien kehittämistyön avulla erityyppisten kuntien optimaalista kehitysvammaisten palvelujärjestelmää yhdistämällä eri hallintokuntien toiminta ja vapaaehtoistyö kunnassa.

Vuoden 1993 alusta toteutettava valtiosuus uudistus kiihdyttäne palvelujen järjestämisen siirtymistä kuntiin ja suurten laitosten purkautumista.

Erityishuoltopiirien kuntainliitot eivät ole riittävän hyvin varautuneet uuteen tilanteeseen. Kehitysvammahuollon erityisasiantuntemuksen edelleen kehittäminen uhanalaistuu, jos kuntainliitot purkautuvat. Keskustelu kuntainliittojen asemasta tulevaisuudessa ja erityisasiantuntemuksen kehittämisorganisaatiosta olisi käynnistettävä pikaisesti. Olisi laadittava erilaisia skenaarioita ottaen huomioon kuntien erilaisuus, pienten kuntien asema ja erityyppiset kuntien yhteistoimintamallit. Organisaatioiden pyrkimys säilyttää itsensä ja turvata toimintansa jatkuvuus entisellään on vaikeuttanut keskustelun käynnistymistä.

7. Lopuksi

Olen edellä käsitellyt kehitysvammahuollon rakennemuutosta sellaisena kuin se näyttäytyy nykyisten reunaehtojen ja taloudellisten näkymien valossa. Käsitykseni mukaan kehitysvammaisia ei voida jakaa pitkäaikaisen laitoshoidon tarpeessa oleviin ja niihin, jotka eivät pitkäaikaista laitoshoidon tarvitse. Tarkoitan laitoksilla tässä yhteydessä nykyisen kaltaisia keskuslaitoksia. Arvioni mukaan noin 15 % nykyisistä kehitysvammapalvelujen käyttävistä aikuisista tarvitsee palveluasumismuodon, jossa on mahdollisuus saada henkilökunnan apua aina tarvittaessa, myös öisin. Tämän ryhmän tarpeet eivät henkilökuntamitoitusta lukuunottamatta poikkea muiden kehitysvammaisten asumistarpeista. Nykykäsityksen mukaan heidän asumisensa tulisi järjestää itsenäisyyttä edistävissä ja

yksilöllisyyden turvaavissa ryhmäasunnoissa tai normaaleissa asunnoissa.

Laitoshuollon purkaminen ja korvaavien palvelujen luominen on eri syistä hyvin vaikeaa. Tärkeintä olisi kuitenkin päättää selkeistä tavoitteista. Jos voitaisiin välttää esim. kaikki uudet pitkäaikaissijoitukset laitoksiin, tämä merkitsisi samalla vaihtoehtoisen palvelujärjestelmän ripeämpää kehittymistä. Erityisen tärkeää olisi turvata lasten ja nuorten palvelut integroidusti ja joustavasti laitospalvelujen ulkopuolella. Kustannusvaikutuksia arvioitaessa voitaisiin pitkällä aikavälillä osoittaa myös säästöjä, jotka aiheutuvat palveluja tarvitsevien omatoimisuuden lisääntymisestä ja omien voimavarojen käyttöönotosta.

Lähdeviitteet:

1. Kehitysvammahuollon taskutilasto 1992. Kehitysvammaliitto ry. Valtakunnallinen tutkimus- ja kokeiluyksikkö 1992.
2. Tilastotiedotus 1990:2. Sosiaalhallitus. Suunnitteluosasto.
3. Tietoja erityishuoltopiirien toiminnasta ja taloudesta vuonna 1991. Erityishuollon neuvottelukunta.
4. Kehitysvammahuollon taskutilasto 1992. Kehitysvammaliitto, Valtakunnallinen tutkimus- ja kokeiluyksikkö 1992.
5. Malinen, Sauli. Nuo syyttään kurjat ja puuttuvaiset. Kehitysvammaisten identifiointi ja huollon muotoutuminen Suomessa 1877-1927. Kehitysvammaliiton valtakunnallisen tutkimus- ja kokeiluyksikön julkaisuja 61/1992.
6. Kehitysvammahuollon kehittämistavoitteet. Sosiaalihuollon julkaisuja 11/1986.
7. Kehitysvammahuollon voimavarojen uudelleenjärjestely. Erityishuollon neuvottelukunta 26.10.1990.

PALVELURAKENNETYÖRYHMÄN MUISTION LIITE 8

PSYKIATRISEN HOIDON RAKENTEEN KEHITYKSESTÄ

Psykiatrisen hoitojärjestelmän sairaalakeskeisyys

Suomalainen psykiatrinen hoitojärjestelmä on perinteisesti ollut erittäin sairaalapainotteinen. Enimmillään 1970-luvun lopussa meillä oli lähes 20 000 psykiatrissa sairaanisjaa eli 4,2 promillea asukasluvusta. 1980-luvulla lukua pidettiin Suomen häpeällisenä "mmailmanennätyksenä". 1970-luvulla Suomessa vielä lisättiin psykiatrisia sairaansijoja, kun muualla teollistuneessa maailmassa näiden sairaansijojen määrää oli tietoisesti vähennetty jo 1960-luvulta lähtien.

1980-luvulla valtakunnallisissa sosiaali- ja terveydenhuollon viisivuotissuunnitelmissa asetettiin määrällisiä supistamistavoitteita psykiatristen sairaansijojen määrälle. 1984 ilmestynyt Mielenlinterveystyön komitean mietintö asetti tavoitteeksi alle 2 sairaansijaa 1000 asukasta kohti vuoteen 2000 menessä. Tätä alkuun hyvin radikaalilta tuntunutta ehdotusta onkin sittemmin pidetty virallisena tavoitteena.

Käytännössä kehitys onkin sitten edennyt nopeammin kuin "radikaalit" tavoitteet edellyttivät. Tällä hetkellä meillä virallisten psykiatristen sairaansijojen määrä on edelleen hieman yli 2 promillea maassa keskimäärin, mutta psykiatrisissa sairaaloissa olevien potilaiden luku lienee jo tällä hetkellä korkeintaan 2 promillea. Sairaansijamäärä vaihtelee sen mukaan, käytetäänkö ns. virallista paikkalukua, käytettävissä olevaa paikkalukua vai todellista potilasmäärää.

Eräs ongelma Suomessa on sairaansijojen varsin epätasainen sairaanhoitopiirittäinen jakautuminen. Vähimmillään sairaansijoja on alle 1 promillen ja enimmillään lähes 4 promillea. Tällainen vaihtelu ei luonnollisestikaan vastaa alueiden välisiä hoidon tarpeen eroja, vaan heijastaa lähinnä historiallista kehitystä maan eri osissa. Toisaalta on kuitenkin syytä muistaa, että esim.

Mini-Suomi-tutkimuksessa todettiin skitsofrenian esiintyvyydessä yli kaksinkertaisia eroja eri sosiaalivakuutusalueiden välillä (Etelä- ja Lounais-Suomessa selvästi vähemmän kuin muualla), joten täydelliseen alueelliseen tasajakoon ei ole syytä kuitenkaan pyrkiä.

Kuitenkin sairaansijojen määrä vaikuttaa aivan ilmeisesti suoraan niiden käyttöön. Mm. Anni Hakkarainen osoitti 1980-luvun alku-puolella tekemässään tutkimuksessa, että runsas psykiatristen sairaansijojen määrä oli yhteydessä vastentahtoisen hoidon käytön runsauteen. Lisäksi runsaiden sairaansijojen alueilla psykiatrisia sairaansijoja käytettiin epätarkoituksenmukaisesti, mm. vahusten pitkäaikaissairaanhoidon.

Toisaalta psykiatrisia sairaansijoja tarvitaan. Kansainväliset kokemukset viittaavat siihen, että ongelmia alkaa tulla, jos näiden sairaansijojen määrä painuu selvästi alle 1 promillen. Näitä ongelmia ovat mm. kodittomat mielisairaas sekä alkoholisoituneet ja huumeita käyttävät mielisairaas. Pahimmillaan tilannetta voidaan kuvata vaikeista psyykkisistä sairauksista kärsivien heitteillejätöksi.

Psykiatrisen erikoissairaanhoidon avohoidon kehittämisen tarve

Suomalaisen psykiatrisen hoitojärjestelmän suuria ongelmia on se, että sairaansijojen vähentyessä psykiatrasta avohoitoa ei ole kehitetty vastaavasti. Tilannehan on se, että psykiatrinen sairaustavuus Suomessa ei ole vähentynyt, vaan aikaisemmin sairaaloissa hoidettuja potilaita on nyt avohoidon vastuulla. Lisäksi nämä potilaat ovat selvästi sairaampia ja vaikeahoitoisempia kuin aikaisemmat avohoitopotilaat. Paine avohoitoon tulee siis sekä potilasmäärän että potilaiden vaikeahoitoisuuden lisääntymisenä.

1980-luvulla psykiatrisen avohoidon kehittymistä pyrittiin tukemaan valtakunnallisilla virkakiintiöillä: Suunnitelmissa edellytettiin, että 20 % erikoissairaanhoidon viroista tuli suunnata psykiatrisiin. Samanaikaisesti kävi kuitenkin niin, että psykiatrisista sairaaloista vapautuvia resursseja suunnattiinkin psykiatrisen ulkopuolelle. Toisaalta suuri osa uusista resursseista sijoiti-

tettiin psykiatrisiin sairaaloihin, koska niidenkin miehitys oli erittäin heikko hoidon tehostamista ja hoitotoimintojen uudistamista ajatellen. Lopputulos oli, että kauniista puheista huolimatta resurssilisäys psykiatriassa 1980-luvulla oli itse asiassa pienempi kuin muussa erikoissairaanhoidossa. Varsinkin psykiatrisen avohoito jäi tässä kehityksessä pahasti jalkoihin.

Mielenterveystyön komitea edellytti, että meillä vuonna 2000 olisi psykiatrisen erikoissairaanhoidon avohoidossa kaikkiaan 7 virkaa 10 000 asukasta kohti. Näyttää siltä, että tässä tavoitteet jäävät suurelta osin saavuttamatta: vuonna 1989 avohoidossa oli vasta 4,3 virkaa 10 000 asukasta kohti. Tavoitteen saavuttaminen edellyttäisi yli 1000 uutta virkaa psykiatriseen avohoitoon.

Psykiatrista avohoitoa on syytetty tehottomaksi, ja erääksi ratkaisuksi tähän on eräillä tahoilla esitetty mielenterveystoimistojen siirtämistä terveystalosten hallintoon. Syytteet tehottomuudesta ovat ilmeisesti osittain oikeutettuja: Tilastojen mukaan eräissä toimistoissa toteutuu vain noin 2 käyntiä työntekijää kohti päivässä. Toisaalta on toki otettava huomioon, että mielenterveystoimistoilla on myös muita tehtäviä, esim. ennaltaehkäisy ja ns. välillinen työ.

On kuitenkin painokkaasti todettava, että nimenomaan avohoito on psykiatrisen erikoissairaanhoidon keskeinen elementti, päin vastoin kuin somaattisilla erkoisaloilla, joissa sairaalan asema on selvästi keskeisempi. Psykiatrisen erikoissairaanhoidon tarvitsee avohoitonsa. Sen siirtäminen esim. terveystalosten hallintoon merkitsisi surtaa vauriota koko psykiatrisen erikoissairaanhoidon järjestelmälle.

Eräs syy mielenterveystoimistojen tehottomuuteen näyttää olevan niiden vinoutunut virkarakenne, joka ei myöskään vastaa erikoissairaanhoidon vaatimuksia. Psykiatrien osuus henkilökunnasta on liian pieni: Sen osuutta on voitava selvästi lisätä, jotta voidaan vähentää tehottomuutta aiheuttavan ns. tiimityön määrää.

Perusterveydenhuollon tuottamat mielenterveyspalvelut

Perusterveydenhuollon osuus mielenterveyspalvelujen tuottajana on hyvin keskeinen. Mini-Suomi-tutkimuksen mukaan 17,2 %:lla suomalaisesta aikuisväestöstä on selvä psykiatrisen hoidon tarve ja vähintään puolet tästä tarpeesta tulisi tyydyttyä nimenomaan perusterveydenhuollon tasolla. Joidenkin tutkimusten mukaan osuus on selvästi suurempikin, jos mukaan lasketaan lyhytaikaisempi neuvonnan ja muun hoitoa vähäisemmän psykiatrisen huomion tarve.

Toisaalta useat tutkimukset osoittavat, että huomattavalla osalla, jopa 30 %:lla, perusterveydenhuollon potilaista on jokin huomiota edellyttävä mielenterveyden häiriö, joka kuitenkin usein jää yleislääkäriltä tunnistamatta, tai ainakaan hän ei reagoi siihen hoidollisessa mielessä. Perusterveydenhuollossa onkin selvästi mielenterveyspalvelujen tarjonnan tehostamisen tarvetta. Tilanteen korjaaminen edellyttää muutosta yleislääkäreiden koulutukseen ja lisää konsultaatiota ja muuta tukea psykiatriselta erikoissairaanhoidolta perusterveydenhuoltoon.

Psykiatrisen hoidon tarpeen tyydyttyminen

Mini-Suomi-tutkimuksen mukaan vain 8,5 % väestöstä on jossakin hoidossa mielenterveyden häiriön takia, kun tarve oli 17 %. Hoidossa olo jakautui siten, että 5 % väestöstä oli perusterveydenhuollon mielenterveyspalvelujen piirissä ja 3,5 % psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa. Naiset käyttivät hoitoa hieman yleisemmin kuin miehet ja vanhemmat henkilöt yleisemmin kuin nuoret. Erityisen voimakkaasti ikä oli yhteydessä perusterveydenhuollon mielenterveyspalvelujen käyttöön. Joskus elämässään oli varsin moni tutkittava ollut psykiatrisessa hoidossa, peräti 21,4 %.

Psykiatrisen hoidon tarve ja tarpeen tyydyttyminen vaihtelivat Mini-Suomi-tutkimuksen mukaan huomattavasti myös diagnoosiryhmittäin. Psykooseissa hoidon tarve sijoittui 90-prosenttisesti erikoissairaanhoidon, mutta neurooseissa (masennusta lukuun ottamatta) vain vajaa 30 %. Lisäksi todettiin, että vain hieman yli 40 % hoidon tarpeesta oli tyydytetty. Tässäkin vaihtelu diagnoosiryh-

mittäin oli huomattava: Psykooseista 85 % oli hoidossa, mutta neurooseista vain 30 %. Piilevän tai tunnistamattoman hoidon tarve on siis huomattava: Tilannetta voidaan verrata jäävuoreen. Vajaus- ta on nimenomaan avohoidon tarjonnassa; psykiatrisen sairaalahoi- don tarve näyttää olevan täysin tyydytetty.

Golberg ja Huxley ovat esittäneet Englannista mielenkiintoisen suodatinmallin: yhden vuoden aikana 1000 hengen väestöstä 250 sairastaa vuoden aikana jotakin mielenterveyden häiriötä; 230 heistä konsultoi yleislääkärinä; 140 heistä yleislääkäri tunnistaa: 17 saa lähetteen psykiatriseen erikoissairaanhoidon ja 6 päätyy psykiatriseen sairaalaan.

Mielenterveystyön järjestämisen keskeisiä periaatteita

Lopuksi esitän joitakin periaatteita, jotka mielestäni ovat kes- keisiä mielenterveyspalvelujen järjestämisessä:

1. Alueellinen väestövastuu

Psykiatristen palvelujen järjestämisen tärkeänä periaatteena on Suomessa, samoin kuin muissa maissa, ollut jo 1970-luvulta lähtien ns. aluepsykiatrisen toimintamalli. Tämä on kirjattu useissa työryhmämietinnöissä, valtakunnallisissa suunnitelmissa, Suomen Terveyttä kaikille vuoteen 2000- ohjelmassa sekä Mielenterveystyön perusteluissa. Alueellinen väestövastuu tarkoittaa psykiatrisen avohoidon, sairaalahoidon ja kuntoutuksen integroitumista osavas- tualue-tasolla, jonka optimaalinen väestöpohja on 30000 - 100000 asukasta.

Tähän saakka alueellinen väestövastuu on toteutunut luontevasti aikaisemmin mielisairaanhoidonpiirien ja nyt sairaanhoitopiirien toimesta. Valtionosuusuudistuksen jälkeen tilanne on toinen: väestövastuu siirtyy kunnille. Useat Suomen kunnista ovat kuiten- kin väestöpohjaltaan liian pieniä voidakseen itse tuottaa tarvit- tavia palveluja, jotka vaativat erityisosaamista ja -koulutusta. Monissa psykiatrisissa sairauksissa hoito- ja kuntoutuspalvelujen tarve on hyvin pitkäaikaista. Uudessa tilanteessa tarvitaan jär- jestelmä, joka turvaa palvelujen tuottamisen alueellisen väestö-

vastuun pohjalta kuntien yhteistoimintana.

2. Joustava ja tarkoituksenmukainen porrastus

Psykiatriassa samoin kuin muussakin lääketieteessä on häiriöitä, jotka ovat varsin yleisiä, suhteellisen lieviä ja yleislääkärin valmiuksin riittävästi hoidettavissa. Toisaalta on sellaisia mielenterveyden häiriöitä, joiden hoitaminen vaatii erityisosamista joko niiden hoidon erityisen vaativuuden tai niiden harvinaisuuden takia.

Tämän takia myös psykiatristen palvelujen tuottamisessa tarvitaan selkeä porrastus: suurin osa tarvittavista palveluista voidaan tuottaa perusterveydenhuollon toimesta, mutta myös psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa tarvitaan avohoitopalveluita. Porrastuksen on kuitenkin oltava yksittäistapauksissa riittävän joustava: sen rajoja pitää voida tarvittaessa ylittää, niin ettei potilasta pallojeta tarpeettomasti hoitopaikasta toiseen. Toisaalta psykiatrisen osaamisen kenttä on hyvin laaja: myös psykiatrisen erikoissairaanhoidon sisällä tarvitaan erikoistumista ja tiettyjen erityistä osaamista edellyttävien palveluiden eriyttämistä (ns. vaativa erityistaso).

3. Avohoidon ensisijaisuus

Mielenterveyslaki edellyttää, että psykiatriset palvelut on mahdollisuuksien mukaan järjestettävä ensisijaisesti avopalveluina. Tämä periaate koskee sekä perusterveydenhuollon että erikoissairaanhoidon tasoa. Avohoidon toteutuminen merkitsee inhimillisempää, tehokkaampaa ja taloudellisempaa hoitoa verrattuna sairaala- ja laitoshoitoon.

4. Vaikeimmassa asemassa olevien priorisointi

Käytettävissä olevilla resursseilla ei pystytä kattamaan mielenterveyspalvelujen tarvetta kokonaisuudessaan. Varsinkaan ei voida päästä tilanteeseen, jossa psykiatrisen erikoissairaanhoidon tai yleensä psykiatrit voisivat vastata kaikista tarvittavista tutkimus-, hoito- ja kuntoutuspalveluista.

Tässä tilanteessa on huolehdittava tarkoituksenmukaisen ja oikeudenmukaisen priorisoinnin toteutumisesta. Tämä tarkoittaa ennen kaikkea sitä, että turvataan ensisijainen palvelujen saanti niille, joilla on vaikein tilanne (esim. psykoosit, vaikeat elämänsä kriisit, työkyvyn menettämisen uhka, moniongelmaisuus).

5. Vuorovaikutuksellisuus

Psykiatrinen hoito perustuu suurelta osin vuorovaikutuksen hyväksikäyttöön päinvastoin kuin ruumiillisesti sairaan hoito, jossa ns. somaattiset hoitokeinot ovat keskeisellä sijalla. Keskeisin hoitava instrumentti on hoitavan henkilön oma persoonallisuus. Vuorovaikutuksellisuus korostuu sekä kahdenkeskisessä hoitosuhteessa että perhe- ja verkostokeskeisessä työskentelyssä. Psykiatrisessa hoitotyössä on korostettava riittävää psykoterapeuttista osaamista. Toimivan työnohjauksen järjestelmän rakentaminen on oleellista.

6. Moniammatillisuus

Mielenterveystyön kenttä on hyvin laaja ja siihen kuuluu erilaisia tehtäviä. Myös mielenterveyspalvelujen tuottamisessa tarvitaan erilaista osaamista ja ammattitaitoa. Psykiatriseen hoitotyöhön osallistuu monen eri ammattiryhmän edustaja.

7. Laatu ja tehokkuus

Psykiatrisen avohoidon (mielenterveystoimistojen) toiminta ei kaikilta osin ja kaikkialla ole vastannut psykiatriselta erikoissairaanhoidolta edellytettävää tasoa. Syyt tähän ovat paljolti historiallisia. Tulevaisuuden mielenterveyspalveluilta on edellytettävä erityistä panostusta toiminnan sekä laatuun että tehokkuuteen.

Psykiatrisen toiminnan johtamiskäytäntöjä on tehostettava. Mielenterveystoimistojen virkarakenne on myös keskeinen kysymys. Sitä olisi voitava muuttaa. Ennen kaikkea mielenterveystoimistoissa lääkäreiden osuus viroista on liian pieni: psykiatrien virkojen osuus olisi voitava nostaa 1/4 - 1/5:aan viroista.

**KLIINISESTI ARVIOITU MIELENTERVEYSPALVELUJEN
TARVE (MINI-SUOMI);
IKÄVAKIOIDUT PREVALENSSIT (%)**

HOIDON TARVE	MIEHET	NAISET	YHTEENSÄ	p
PERUSTASO	7,0	9,9	8,6	<.001
ERIKOISTASO	7,4	9,5	8,6	<.001
YHTEENSÄ	14,4	19,4	17,2	<.001

PSYKIATRISEN HOIDON KÄYTTÖ ERI DIAGNOOSIRYHMISSÄ (%)

DIAGNOOSI	PERUS- TERVEYDEN- HUOLTO	ERIKOIS- SAIRAAN- HOITO	PSYKIAT- RINEN SAIRAALA	YHTEENSÄ
Skitsofrenia	24.0	61.0	17.0	85.0
Kaikki psykoosit	28.0	57.7	12.5	85.7
Ahdistus- ja pelko- neuroosit	16.4	9.7	0.2	26.1
Masennusneuroosi	18.5	14.9	0.9	33.3
Muut neuroosit	26.5	3.5	0.6	30.0
Kaikki neuroosit	18.9	10.4	0.5	29.3
Muut häiriöt	61.0	17.7	8.5	78.7
Kaikki häiriöt	24.8	17.5	2.1	42.3

PSYKIATRISEN HOIDON TARVE ERI DIAGNOOSIRYHMISSÄ (%)

DIAGNOOSI	PERUSTERVEY- DENHUOLTO	ERIKOISSAI- RAANHOITO	YHTEENSÄ
Skitsofrenia	7.0	93.0	100
Kaikki psykoosit	8.3	91.7	100
Ahdistus- ja pelko- neuroosit	74.8	25.2	100
Masennusneuroosi	41.7	58.3	100
Muut neuroosit	62.4	29.0	91.4
Kaikki neuroosit	61.0	37.4	98.4
Muut häiriöt	18.2	80.4	98.6
Kaikki häiriöt	49.3	49.3	98.6

PALVELURAKENNETYÖRYHMÄN MUISTION LIITE 9

Marja Vaarama

VANHUSTEN PALVELUJEN TAVOITTEET JA TODELLISUUS

Katsaus vanhusväestön elinoloihin, palvelutarpeisiin ja sosiaali- ja terveystalouteen

Sosiaali- ja terveystalous 1992, raportteja 48

YHTEENVETO

Vanhuspolitiikan tavoitteet

Vanhuspolitiikalla ymmärretään kaikkea yhteiskunnan toimintaa, jolla vaikutetaan vanhusväestön asemaan ja elämään. Tavoitteena on hyvinvoinnin, itsemääräämisoikeuden, riippumattomuuden, elämänlaadun ja sosiaalisen aktiivisuuden edistäminen ja takaaminen. Keinoja ovat yleinen hyvinvointipolitiikka, eläkepolitiikka ja sosiaali- ja terveyspalvelut.

YK:n maailmankonferenssin suositukseen, lainsäädännön tavoitteisiin ja vanhuspolitiikan itsensä ilmaisemisiin tarpeisiin ja näkemyksiin vastaava palvelujärjestelmä

- tukee ensisijaisesti vanhuspolitiikan kotona selviytymistä: korjaa elinoloja, tarjoaa kotona asumista tukevia palveluja kuten kotisairaanhoidon ja kotipalveluja, tukee toimintakyvyn ylläpitämiseen kuntouttavan hoidon avulla, panostaa etsivään ja ehkäisevään työhön, kunnioittaa vanhuksen mielipidettä
- palvelu on korkealaatuista ja palveluhenkistä
- on joustava: palvelut järjestetään asuinaluekohtaisesti kullekin alueelle ominaiseen ja sopivaan tapaan ja niitä on saatavilla ympäri vuorokauden
- käyttää kaikkia olemassaolevia resursseja hyväkseen: järjestöt, seurakunta, omaiset, kaupallinen sektori
- pitää laitoshoidon viimesijaisena ratkaisuna ja panostaa sen laadun ja asukkaiden viihtyisyyden parantamiseen
- on rahoitettu julkisin verovaroin
- maksut määräytyvät maksukyvyn mukaan.

Käytännössä annetut ohjeet ja suositukset sisältävät nämä tavoitteet, mutta palvelujen suositus- ja ohjemitotukset (normatiivinen palvelutarve) painottuvat laitoshoitoon ja niukkaan kodinhoitoavun tarjontaan, mikä on päinvastoin kuin vanhusten itsensä kokemat palvelutarpeet.

Rakentamista, kaavoitusta ja asumista koskevassa lainsäädännössä ja ohjeistuksesta näyttäisi puuttuvan vanhuspoliittinen näkökulma. Suomessa rakennussäädännöllä pyritään turvaamaan hallinto- ja palvelurakennusten osalta saavutettavuus ja soveltuvuus myös liikuntarajoitteisille henkilöille. Sen sijaan sitä ei vaadita asuinympäristöltä eikä asunnoilta. Asuntojen kokoa ym. sääntelevissä ohjeissa ei näytetä lähtevän elinikäisen asunnon ajattelusta, vaan liikuntarajoitteisten, vanhusten ym. asuminen nähdään erilliskysymyksenä, mikä johtanee normaalisuuden kannalta ei-toivottaviin ratkaisuihin. Ohjeet myös tuntuvat käytännössä ennemminkin estävän kuin edistävän modernien vanhusten asumismuotojen kuten ryhmäasumisen toteuttamista. Asuntopolitiikalla voitaisiin myös tukea osaltaan kotona tehtävän hoitotyön edellytysten luomista nykyistä paremmin.

Vanhuspoliittinen ilmapiiri, tavoitteenasettelu ja suunnittelu

Ilmapiiri vanhuspolitiikan tai ainakin vanhustenhuollon kehittämiseksi vaikuttaa kunnissa ja lääneissä yleensä myönteiseltä. Vanhuskäsitys kuitenkin vaihtelee ja käytännössä toimitaan usein edelleen kielteisen vanhuskäsityksen suuntaisesti. Tulokset myös viittaavat siihen, että osassa kuntia ei vanhuskäsityksen merkitystä vanhuspolitiikan/vanhustenhuollon muotoutumiselle mielletä tärkeäksi.

Kahdella kolmesta kunnasta oli vanhustenhuollon suunnitelma, puolella vain jotakin yksittäistä toimintamuotoa (vanhainkoti, kotipalvelu) koskeva. Vain joka kolmannella oli pidemmälle aikavälille (1990-luku, vuosi 2000) ulottuva kokonaissuunnitelma. Usein suunnitelmat olivat jo vanhentuneita.

Yhteistyössä eri hallintokuntien välillä oli puutteita ja hallinnon jyrkkä sektoroituneisuus esti vanhuspolitiikan kehittämistä. Vanhuspoliittista näkemystä ei kunnissa juuri ollut, vaan edelleen oltiin kiinni vanhustenhuoltoajattelussa, mikä pitää toiminnan sosiaali- ja terveydenhuoltopainotteisena ja suunnittelun - sikäli kun sitä on - palvelupainotteisena. Vanhuspoliittisessa ajattelussa lähdetäisiin kunnan kaikesta suunnittelusta, jolloin asuinalue-, ympäristö-, kaavoitus-, elinolo- yms. tekijät nousisivat keskeisiksi vanhuspolitiikan toteuttamisvälineiksi. Suuntauduttaisiin asuinyhteisöjen, perheiden ja asukkaiden hyvinvoinnin ja selviytymisen edistämiseen ja palvelut olisivat siinä toiminnassa vain yksi tätä tehtävää toteuttava keino.

Vanhusten asema palvelun saajina vaikutti heikolta, jos sitä mitataan valinnanvapauden ja oman osallistumisen perusteella. Palvelutarjonta ja vanhusten kokema palvelun tarve näyttivät olevan ristiriidassa keskenään eivätkä vanhukset projektikunnissa osallistuneet omien palvelusuunnitelmiansa saatikka koko kuntaa koskevien palvelujen suunnitteluun.

Vanhusten elinolot

65 vuotta täyttäneitä oli v. 1988 n. 13 % väestöstä ja 75 vuotta täyttäneitä vajaa 6 %. Kunnittaiset vaihtelut vanhusväestön määrässä oli projektikunnissa 8-28 %. V. 1991 65 vuotta täyttäneitä oli 13,7 % väestöstä.

92 % vanhuksista asuu kotona, yleensä omistusasunnossa, 8 % laitoksissa. Ahtaasti ja puutteellisesti asuminen on erityisesti kaupunkien keskustoissa asuvien iäkkäimpien naisten ja haja-asutusalueilla asuvien iäkkäimpien miesten ongelma. Vanhusten asumistaso on edelleen alhaisempi kuin koko väestön keskimäärin.

Eläkejärjestelmien kehittämällä on kavennettu toimeentuloeroja työikäisten ja vanhusten välillä. Yhä useampi vanhuuseläkkeelle siirtyvä saa kansaneläkkeen lisäksi myös ansioeläkettä. Vuonna 1985 kaikista eläkkeensaajista lähes kaksi kolmannesta sai sekä kansan- että työeläkettä. Työeläkejärjestelmän kehittyminen on lisännyt ennen kaikkea pieniä ja keskisuuria eläkkeitä saavien määrää. Vanhuuseläkkeen taso on noussut 25 vuodessa 2,6-kertaiseksi vuoden 1985 rahassa mitaten. Vanhukset ovat kuitenkin matalatuloisia muuhun väestöön verrattuna. Yleensä vanhukset itse olivat tyytyväisiä taloudelliseen tilanteeseensa.

65 vuotta täyttäneiden naisten odotettavissa oleva elinikä on 18 vuotta, miesten 13 vuotta. Vanhuksilla on yleensä kolme tai useampi pitkäaikainen sairaus, eniten yli 85-vuotiailla. Suurin osa vanhuksista pitää terveydentilaansa kuitenkin vähintään kohtuullisena. Iäkkäimmät miehet kokevat terveydentilansa muita useammin huonoksi.

Naisvanhukset elävät useimmiten yksin, miehet puolison kanssa. Noin puolet tapaa lapsiaan viikottain. Naiset tapaavat ystäviään useammin kuin miehet, mutta ystävien tapaaminen harvenee iän myötä. Noin puolella vanhuksista ei ilmoituksensa mukaan ole naapurustossa sellaisia ihmisiä, joiden kanssa "olisi tapana vaihtaa pieniä palveluksia."

Liikunta, uskonnolliset tilaisuudet, sanomalehtien lukeminen ja television katselu ovat vanhusten suosituimpia harrastuksia. Naiset harrastavat miehiä enemmän taidenäyttelyitä, teatteria, oopperaa ja klassista musiikkia sekä lukevat kirjoja. Nuoremmat vanhukset ovat aktiivisempia järjestötoiminnassa kuin vanhemmat ja miehet aktiivisempia kuin naiset. Yhteiskunnallinen vaikuttaminen on vähäistä.

Palvelujen tarve

Tulokset vanhusten palvelutarpeesta vaihtelevat riippuen menetelmistä, tutkimusjoukosta ym. Yhteistä niille kuitenkin on avuntarpeen painottuminen yli 75-vuotiaisiin ja kotona asumista ja toimintakyvyn ylläpitoa tukeviin avopalveluihin. Säännöllistä avuntarvetta on noin viidesosalla 65 vuotta täyttäneistä ja kolmasosalla 75 vuotta täyttäneistä. Päivittäistä avuntarvetta on n. 10 %:lla 75 vuotta täyttäneistä ja 20 %:lla 85 vuotta täyttäneistä. Laitoshoidon tarvetta olisi n. 2-7 %:lla yli 75-vuotiaista.

Viimeisimpien tulosten mukaan merkittävin tekijä palvelutarvetta arvioitaessa on yli 80-vuotiaiden määrä, joten tämä ryhmä lienee se, jonka palvelutarpeisiin ja niiden priorisointiin tulisi jatkossa kiinnittää huomiota. Eniten apua tarvitaan raskaissa kotitöissä ja asioiden hoidossa, pieni osa kaikista iäkkäimpiä myös päivittäisissä toiminnoissa. Yleisimmin kysytty palvelu on siivouspalvelu.

Tuen ja avun antajat

Vanhukset näyttävät eri tutkimusten valossa olevan eri asioissa riippuvaisia eri tahoista. Kuitenkin joku omainen oli yleensä ns. päävastuun kantaja. Perheen merkitys iäkkäiden ihmisten elämässä ja päin vastoin on suuri. Avio puolisolta odotetaan ja saadaan usein runsaasti apua ja tukea. Iäkkäimmillä suurimmat paineet kohdistuvat aikuisiin lapsiin. Eniten auttavat tutkimusten mukaan aikuiset, samalla paikkakunnalla asuvat tytöt ja miniät. Omaisten antaman avun määrä myös kasvoi vanhusten ikääntyessä ja raihnaantuessa. Naapureiden ja yksityisen palvelutoiminnan rooli oli pieni, kaupallisen olematon. Tulosten mukaan kotona oleville, apua tarvitseville vanhuksilla on mahdollista selvittää kotona nimenomaan omaisten hoitotyön ansiosta. Kotona tehdyn hoitotyön arvioitiin vastaavan n.17 300 kokopäiväisen viran työpanosta, eli se on yhteiskunnallisesti todella merkittävä.

Toimitilat

Vanhainkodit olivat 1950- ja 60-luvulla rakennettuja ja usein huonokuntoisia ja siten toimintaansa huonosti soveltuvia. Tilat olivat ahtaita ja kerrostaloista puuttuivat usein hissit. Toimintaresurssina tällaiset vanhainkodit lienevät ennemminkin resursseja tuhlaavaa kuin niitä säästävää tai tehokkaasti käytettävää tyyppiä. Huonoissakin tiloissa kuitenkin pyrittiin järjestämään myös avopalvelua.

Vain 10 %:ssa vanhoja vanhainkoteja oli saneeraushanke viireillä. Uusissa vanhainkodeissa resurssit tässä suhteessa ovat hyvät. Vanhusten asuintalojen yhteistiloista olisi löydettävissä lisätiloja esim. kortteli- tai päiväkeskus-tiloiksi.

Voimakkaimmin kehittyviä toimintamuotoja näyttävät hanke- suunnitelmien valossa olevan palveluasuminen ja päivätoiminta.

Terveydenhuollon toimitilat ovat teknisesti hyvät ja paremmat kuin sosiaalitoimen vanhainkodeissa. Ne on kuitenkin suunniteltu useimmiten akuuttisairaanhoidon mallin mukaisesti ja ns. kaksikäytäväratkasuina, niissä on 3-4 jopa 6-hengen huoneet eikä huonekohtaisia hygieniatiloja. Pitkäaikaissairaanhoidon ideologian mukaisen hoidon toteuttaminen edellyttäisi, että 70-luvulla ja sitä ennen rakennetut pitkäaikaishoidon osastot saneerattaisiin. 80-luvulla rakennetuista saadaan kohtuullisia, jos niissä vähennetään paikkamääriä.

Sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyötä ei ilmennyt yhteisenä toimitilojen käyttönä. Tavoite alueellisista palvelupisteistä, joista vanhus saisi tarvitsemansa sosiaali- ja terveyspalvelut ei ainakaan v. 1988 näyttäisi olleen todellisuutta.

Tavoitteiden kannalta on ongelmallista, että keskitetty rakentaminen jatkuu; rakennetaan vanhusten asunnot, vanhainkoti, päiväkeskus ja palveluasunnot samaan kokonaisuuteen, jolloin ajatus normaaliasutuksen sekaan rakennettavista, pienistä alueellisista yksiköistä jää toteuttamatta.

Henkilöstö

V. 1988 sosiaalitoimen palveluksessa oli yhteensä 97 000 henkilöä ja kansanterveystyössä ja erikoissairaanhoidossa n. 108 000 henkilöä. Sosiaalitoimessa suurin yksittäinen henkilöstöryhmä oli kasvatusta ja ohjaushenkilöstö (51 %) ja terveydenhuollossa sairaanhoitajat. Kotipalveluhenkilöstön osuus oli vain 14 % sosiaalitoimen henkilöstöstä.

Eri henkilöstöryhmien mitoitukset vaihtelivat, vanhainkotien henkilöstörakenne oli yksipuolinen ja kunnittaiset erot henkilöstömitoituksessa saattoivat olla yli kymmenkertaiset.

Pohjoismaisittain katsoen suomalainen vanhustenhuollon henkilöstö on hyvin koulutettua, kotipalveluhenkilöstöemme pohjoismaiden parhaiten. Vanhustenhuoltolaitosten henkilökunta on pohjoismaisittain sairaanhoitohenkilöstöön painottunutta, mikä näkyy myös hoitotieteologiassa ja toimintatavoissa. Henkilöstömitoitukset ovat keskimäärin matalampia kuin muissa pohjoismaissa.

Projektikuntien arvioiden mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyön puute tai huonous aiheutti resurssien hukkakäyttöä.

Palvelutuotanto ja palvelut

Palvelutuotanto on pääosin kuntien omaa toimintaa. Yksityistä palvelutuotantoa ei ole etenkin pienemmillä paikkakunnilla, joten sen merkitys vanhustenhuollon resurssina vaihtelee paikkakuntakohtaisesti. Erityisen merkittävä sen osuus on palveluasumisessa, päiväkeskustoiminnassa ja tukipalveluissa sekä sosiaalisen kanssakäymisen ja valmiuksien tukemisessa. Osassa kuntia todettiin, ettei niissä ole vapaaehtoistyötä ja että olisi syytä yrittää tukea ja käynnistää sitä. Kaupallisten palvelujen osuus oli pieni, vaikka markkinat olisivat olemassa.

Projektikunnissa palvelut oli organisoitu pääosin keskittynyt. Pisimmällä alueellistamisessa oltiin kotipalvelussa. Uusien hankesuunnitelmien valossa näyttää, että keskittetty linja jatkuisi vanhainkoti-, palvelukeskus- ja palveluasumistoiminnassa. Kotipalvelussa meneillään oleva alueellistaminen jatkunee, samoin terveydenhuollossa väestövastuun laajenemisen myötä. Apua virka-ajan ulkopuolella annettiin kotipalvelussa ja kotisairaanhoidossa vähän.

V. 1988 kunnat olivat järjestäneet vanhustenhuoltonsa eri tavoin. Jossakin projektikunnassa miltei puolet sosiaalitoimen resursseista käytettiin avohuoltoon, jossakin vain 14 %. Tyypillisintä kuitenkin oli resurssien käytön painottuminen laitoshuoltoon ja avohuollon palvelujen vähäisyys ja yksipuolisuus.

Sosiaalipalveluissa suurimmat erot kuntien välillä olivat pitkäaikaishoidossa, tukipalveluissa ja palveluasumisessa. Myös valvotun kotisairaanhoidon kattavuus vaihteli projektikunnissa suuresti. Kodinhoitoapua, tukipalveluja ja todennäköisesti myös valvottua kotisairaanhoidoa (vaikka sitä ei aina erikseen tilastoidakaan) sekä pitkäaikaishoitoa

järjestettiin kaikissa kunnissa. Päivätoiminta puuttui kolmesta kunnasta viidestä, päivähoitoa oli vain vajaassa viidesosassa kuntia, palveluasuminen puuttui kahdesta kunnasta viidestä, joka neljänestä puuttuivat vanhainkodeista lyhytaikaisen hoidon paikat. Kotipalvelussa kattavuus oli hyvä, mutta intensiteetti Pohjoismaiden alhaisin.

Terveyspalveluista vanhuksat käyttävät kansanterveystyön avopalveluja ja erityisesti vuodeosastohoitoa huomattavasti muuta väestöä enemmän ja heidän hoitojaksonsa ovat 2-3 kertaa pidemmät kuin muilla väestöryhmillä. Vaihtelu keskussairaalanpiireittäin oli suurta. Valvotun kotisairaanhoidon käynneistä 90 %, yleissairaaloitten hoitopäivistä 68 % ja psykiatristen sairaaloitten hoitopäivistä 50 % käyttivät yli 65-vuotiaat.

Vaihtelu laitospaikoissa oli STM:n laitospaikkakyselyn perusteella seuraava:

- vanhainkotipaikkoja keskimäärin 9 %:lle 75 v. täyttäneistä, vaihtelu 3-39 %
- terveydenhuollon pitkäaikaispaikkoja keskimäärin 8 %:lle 75 v. täyttäneistä, vaihtelu 1-29 %
- pitkäaikaispaikkoja keskimäärin 17 %:lle 75 v. täyttäneistä, vaihtelu 5-44 %.

Itsenäisiä tai vain satunnaisesti apua tarvitsevia oli vanhainkotiasukkaista 38 % potilaslaskennan ja 44 % projektikuntien arvioiden perusteella. Projektikunnissa joissakin vanhainkodeissa jopa puolet vanhuksista oli itsenäisesti toimeentulevia ja joissakin jopa 95 % vanhuksista vain satunnaisesti apua tarvitsevia. Terveyskeskussairaaloissa itsenäisesti tai satunnaisen avun turvin selviäviä oli 21 %. Henkilökunnan arvion mukaan joka viides vanhainkoti- ja terveyskeskuspaikka oli "väärässä käytössä", ja osa (2 300) näistä henkilöistä tulisi toimeen kotonaankin. Puutteellinen asuminen ja kotipalveluiden riittämättömyys aiheuttavat edelleen vanhainkotisijoituksia. Keskimääräinen hoitoaika oli huomattavan pitkä, 5,5 vuotta vanhainkodeissa ja 1.5 vuotta terveyskeskussairaaloissa. Myös tämä kertoo, että pitkäaikaissijoituksia tehdään liian aikaisin.

Yksityiskohtana mainittakoon, että tehdyn haastattelututkimuksen mukaan vanhusten kotihoito kodinhoitotuen turvin olisi erityisesti maaseudulla ilmeisesti laajemminkin hyödynnettävissä oleva resurssi, jos siitä maksettaisiin 2 000 - 5 000 mk/kk. Säästöä vanhainkotipaikkaan verrattuna saataisiin 6 400 - 3 400 mk/kk ja terveyskeskuksen vuodeosastopaikkaan verrattuna 7 750 - 4 750 mk/kk.

Valtakunnallisen suunnitelman ohjeista näyttävät toteutuvan ohje turvapalvelun käynnistämisestä ja lyhytaikaisen ja osavuorokautisen hoidon paikkamääristä vanhainkodeissa. Sensijaan palveluasuminen - vaikka se on myös laissa ja asetuksessa - ja omaisten hoitotyön tukeminen nykyistä suuremmilla rahallisilla korvauksilla ja vapaapäivä-, loma- ym. järjestelyillä ei näytä toteutuvan. Palveluasumisessa tilanne kuitenkin todellisuudessa voi olla parempi ostopalvelujen ansiosta. Kotihoidontuen korottaminen ja vapaapäivien järjestäminen saattavat saada uudenlaista prioriteettia, kun arvioidaan toiminnan taloudellisia säästöjä. Tässä kuitenkin tulisi muistaa valinnanvapauden ja itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen, sillä kaikki vanhukset eivät halua olla omaistensa tai läheistensä hoitettavia.

Keskusvirastojen suosituksista vuoteen 2000 oltiin kotisairaanhoidon ja vanhainkotien ja terveyskeskusten vuodeosastojen henkilöstömitoitussuositusta lukuunottamatta kaukana v. 1988.

Kustannukset

Sosiaalimenot olivat v. 1988 n. 114 mrd.mk, josta sosiaali- ja terveyspalvelujen osuus oli n. 45 mrd mk. Sosiaalimenojen osuus bruttokansantuotteesta oli 26 %, mistä sosiaali- ja terveyspalvelujen osuus oli n. 10 %. Kansainvälisesti tarkastellen Suomen sosiaalimenojen osuus bruttokansantuotteesta oli Euroopan keskitasoa, mutta julkisten menojen (38%) osuus oli n. 7 % pienempi kuin OECD-maissa keskimäärin. V:lle 1992 sosiaalimenojen osuudeksi ennustetaan 30 %.

Sosiaalipalvelujen kokonaismenot olivat v. 1988 n. 14,3 mrd mk, kasvua edellisvuodesta oli n. 13 %. Asukasta kohti käytettiin keskimäärin 2 415 mk. Sosiaalitoimen menojen osuus kunnan veroäyristä oli projektikunnissa keskimäärin 25 %.

Kansanterveystyön käyttömenot olivat n. 8 mrd mk ja erikoissairaanhoidon n. 13 mrd mk. Terveystyön menojen osuus veroäyristä oli projektikunnissa keskimäärin 26 %.

Vanhustenhuollon eli vanhusten sosiaali- ja terveyspalvelujen menot v. 1988 olivat yhteensä n. 13,3 mrd mk eli 20 400 mk/65 vuotta täyttänyt. Kasvua oli tapahtunut vuodesta 1983 n. 99 % eli vuotuinen kasvu ilman inflaatiotarkistusta oli n. 20 %. Kustannuksista 28 % käytettiin sosiaalipalveluihin ja 72 % terveyspalveluihin. Laitoshoidon vanhustenhuollon resursseista käytettiin kaikkiaan 68 %, osuus oli pienentynyt 12 %:lla vuodesta 1983.

Vanhusten sosiaalipalveluihin käytettiin v. 1988 arviolta n. 3,7 mrd mk eli n. 5 600 mk/65 v. täyttänyt. Koko sosiaalitoimen bruttokäyttökustannuksista osuus oli vajaa kolmasosa (29 %). Projektikunnissa vanhustenhuoltoon käytettiin keskimäärin n. 35 % sosiaalitoimen budjetista. Valtakunnallisesti korkeampi osuus selittyy osin sillä, että projektikunnissa oli myös vanhusvoittoisempi väestö eli niissä oltiin keskimäärin samassa tilanteessa kuin koko maassa ollaan v. 2000, joissakin jo yli koko maan v:n 2030 tilanteen. 68 % sosiaalitoimen vanhustenhuollon resursseista käytettiin laitoshoitoon.

Vanhusten terveystalveluihin käytettiin v. 1988 arviolta 9,6 mrd mk eli 14 600 mk/65 vuotta täyttänyt. Arviolta 68 % käytettiin laitoshoitoon.

Pitkäaikaiseen laitoshoitoon käytettiin sekä sosiaali- että terveystalveluissa eniten rahaa, vanhainkotihoitoon n. 2,5 mrd mk ja terveydenhuollon pitkäaikaishoitoon arviolta n. 4 mrd mk. Kaikkiaan yli 65-vuotiaiden vuodeosastohoitoon käytettiin n. 5 - 6,6 mrd mk hoitopäivän hinnasta riippuen. Yhdessä vanhainkotihoiton kanssa tämä merkitsee 7,5 - 9 mrd mk eli n. 12 000 - 13 000 mk/65 vuotta täyttänyt. Kustannusosuuksilla tarkasteltuna laitoshoido domi noi siten suomalaisten vanhusten sosiaali- ja terveystalveluja.

Palvelujen tuotantokustannuksissa oli yli kymmenkertaisia, jopa monisatakertaisia eroja kuntien välillä. Erot kotitalvelukäynnin bruttokustannuksissa olivat 7-kertaiset, vanhainkotihoitossa ainakin 6-kertaiset ja ilman tilastointivirheoletusta 13-kertaiset, terveystalvelujen vuodeosastohoidossa 3-kertaiset.

Kuntien väliset erot olivat yllättävän suuret. Osa eroista johtunee erilaisista kirjaamistavoista, mutta osalle eroista löytynee selittäjä myös käytännön toiminnassa. Yksinkertainen tuottavuusanalyysi projektikunnista osoitti suuria tuottavuuseroja. Tulosten mukaan toiminnan tehokkuuteen ja toimintojen tarvetta vastaavuuteen olisi kiinnitettävä nykyistä enemmän huomiota.

Johtopäätökset

Vanhustenhuollon nykytilan ongelmissa korostuvat toiminnan suunnittelemattomuus, yhteistyön puutteellisuudet, asenteelliset esteet, vanhuspoliittisen ajattelun vähäisyys, kielteinen vanhuskäsitys, vanhusten asemaan palveluiden käyttäjänä liittyvät puutteellisuudet, resurssien käytön heikkoudet, suuret kuntakohtaiset erot palvelujen kattavuudessa, saatavuudessa ja tuotantokustannuksissa, suuret tuottavuuserot, toimitilojen puutteellisuudet ja vanhusten ilmaiseman tarpeen kannalta epätarkoituksenmukainen palvelutarjonta. Tavoite tehokkaasta ja toimivasta vanhustenhuollosta jää vielä tulevaisuuden kehittämishaasteeksi.

Vanhustenhuollon koko perusideologia tulisi ottaa uudelleen tarkasteluun. Olisi suotavaa rakentaa voimakas, asumista omassa kodissa tukeva avopalvelujärjestelmä 90-luvun aikana.

Mahdollisimman pitkälle myös pitkäaikaishoidon tulisi tapahtua kodinomaisissa hoitoyhteisöissä ja vanhusten siirtoja laitoksesta toiseen tulisi välttää. Nykyisin yleisestään tavasta, että vanhus siirretään vanhainkodista sairaalaan elämän loppuvaiheessa tulisi päästä mahdollisimman pian eroon. Vanhusten kuntoutustoiminnan lisääminen ja kehittäminen on niinkään 90-luvun haaste.

Tulisi myös käynnistää keskustelu ja tarvittava selvitystyö halutusta welfare mixistä sekä julkisen sektorin roolia nyt ja tulevaisuudessa. Järjestetäänkö/tuotetaanko hyvinvointipalveluja vai hoivapalveluja ja kenelle? Vanhusten palvelujen taloudellisen evaluaation menetelmiä tulisi kehittää, samoin vaikuttavuuden analyysia. Olisi myös tutkittava, mitkä tekijät määräävät palvelujärjestelmän muotoutumista ja pysyvyyttä todellisuudessa, kun palvelujen tarvitsijoiden mielipiteellä eikä aina toiminnan taloudellisuudellakaan näytä olevan sen kanssa tekemistä.

PALVELURAKENNETYÖRYHMÄN MUISTION LIITE 10

ASiantuntija-arvioita asumisesta

**Jaakko Ellisaari, Hannu Junkkari, Ulla-Maija Laiho, Matti Nyberg,
Olli Paikkala, Ritva Routio, Ulla Saarenheimo, Hilikka Summa,
Annikka Tapaninen, Matti Väisänen**

KIRJALLINEN VASTAUS PALVELURAKENNETYÖRYHMÄN
ESITTÄMIIN KYSYMYKSIIN ASUMISEN TEEMAKOKOUKSESSA 24.9.1992

Pyydettyinä kirjallisena vastauksena
Palvelurakennetyöryhmän esittämiin kysymyksiin esitän
kunnioittaen seuraavan.

1. MISTÄ KIIKASTAA, ETTÄ SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON
KANNALTA TÄRKEITÄ ASUMISEEN LIITTYVIÄ RATKAISUJA EI SAADA
TOTEUTETUKSI? RATKAISUT ONGELMAN POISTAMISEKSI?

Arvio: Asuntopolitiikka on Suomessa ollut sisäisesti siten
sirpaloitunut, ettei se ole kyennyt saavuttamaan sille
asetettuja tavoitteita. Toiseksi: sosiaalipolitiikan
tärkeinä pitämät tavoitteet ovat jääneet sivuosaan
asuntopolitiikan tavoitteita asetettaessa.

1970-luvulla asuntopolitiikka eteni
uudisrakennusvetoisena. Se teki mahdolliseksi alue- ja
tuotantorakenteen muutoksen. Aravauudistuotannolla ei
kuitenkaan kyetty estämään vuokra-asuntokannan
suhteellista romahdusta ja absoluuttista pienenemistä.
1980-luvulla asumisen julkinen tuki on yhä selvemmin
kohdistunut omistusasuntojen kysynnän lisäämiseen
(asuntolainojen korkojen vähennysetuus verotuksessa ja
Suomen Pankin ohjeistus pankeille luotonannon
liberalisoinnista 1987).

Tiivistetysti voi sanoa, että samalla kun asunto-olojen
yleisesti on katsottu olevan tyydyttävällä tasolla,
merkittäviä ongelmia on uskottu olevan vain pienillä
erityisryhmillä. E erityisryhmien -joihin on luettu
korkeintaan muutamia kymmeniä tuhansia henkilöitä- pulmien
taas ei ole katsottu poistuvan yksin asuntopolitiikan
toimilla, vaan ongelma on ulkoistettu hallinnolliseksi
asuntotoimen sekä sosiaalitoimen paikallistasolla yhdessä
ratkaistavaksi asiaksi.

Sosiaalitoimi eikä etenkin terveystoimi ole eksplikoitunut kokemiaan ongelmia ihmisten asumisessa. Havaittuja ongelmia ei ole muunnettu lukumääräksi, korjausehdotuksiksi, kriittisiksi pisteiksi eikä etenkin markoiksi, kustannuksiksi. Tähän saakka kunnassa ilmenneisiin tarpeisiin on vastattu perustamalla sosiaalitoimen asumispalvelujärjestelmä ja luomalla joitakin yhteydenpitojärjestelmiä asuntoimen kanssa.

Ratkaisuehdotuksia:

Sosiaalitoimen asumispalvelujärjestelmän laajentaminen entisestään ei ratkaise kasvavaa ongelmaa, jonka laitosväestön paine ja vapautuvat asuntomarkkinat aiheuttavat. Erytyisasuntopolitiikan jatkaminen on tässä tilanteessa ongelmallista, koska se voi merkitä kasvavien vastuiden siirtymistä sosiaalitoimelle asuntomarkkinoilta.

Tulisi kyetä osoittamaan, että ikääntyvien, vammaisten, asunnottomien ja muiden erityisryhmien asuntokysymys on ratkaistava osana yleistä asuntopoliittista kokonaisuutta. "Erytyisryhmäkysymystä" ei saa ulkoistaa sosiaalitoimen ongelmaksi.

Sosiaalitoimen kannalta on tärkeää, että maassa edelleen harjoitetaan asuntopolitiikkaa, Suomella on toimiva asuntohallinto ja asumisen julkinen tukijärjestelmä, jotka ohjaavat markkinoita ja tasaavat sosiaalisia eroja.

Asuntohallinnon ja -rahoituksen alkaneessa uudistuksessa tulisi turvata riittävä aravavuokra-asuntojen tuotannon jatkuminen kunnissa lähivuosina. Asuntotuotannon laadunohjaus (mm. huoneistojen koko, hissien asennus, väylämitoitukset, kulkuesteiden välttäminen, parveke jne), josta asuntohallitus on vastannut, tulisi säilyttää mahdollisimman koskemattomana. Asuntojen hankintaa rakennetusta kannasta aravaehdoin tulisi laajentaa. Asuntojen ja alueiden perusparannusmäärärahoitusta tulisi lisätä.

On kehitettävä kuntatasolla toimivia instrumentteja.

2. MITKÄ OVAT PAHIMMAT KOMPASTUSKOHDAT?

- Sosiaalitoimessa asumispalveluiden heikko palvelutaso (henkilöstövaje)
- Kunnissa asuntotoimen odotukset sosiaalitoimen ja etenkin terveystoimen ja mielenterveystyön antamien palvelujen osalta eivät usein täyty
- Tukiasuntokantaa käytetään osittain vuokra-asuntopulan lievittämiseen kunnissa
- RAY:n vastuu palvelutalojen rakentamisesta kasvaa
- Vuokralaisten irtisanomissuojan poistaminen myös aravavuokra-asunnoissa lisää paineita sosiaalitoimen asumispalveluihin
- Asumistuen odotettavissa oleva leikkaus ja asumiskustannusten nousu eivät saa merkitä toimeentulutuen tarpeen kasvua
- Asuinaluiden sosiaalinen segregatio kasvaa
- Perusparannuksiin ohjattu julkinen tuki käytetään vanhusten ja vammaisten kannalta toissijaisella tavalla

3. MITEN JA MILLOIN VANHUSTEN JA VAMMAISTEN OMIEN ASUNTOJEN KORJAUSTOIMINTA SAADAAN HOIDETUKSI?

Puutteellisimmin asuvien talouksien määrä on vähentynyt huomattavasti viime vuosina. Huonoimmin varustetuissa asunnoissa asuvat yhä useimmin vanhukset (30 %). Puutteiden vakavuus ja asukkaan ikä korreloivat positiivisesti.

Vaikeimmissa oloissa asuvat ihmiset eivät omatoimisesti eivätkä omin varoin kykene asuntoaan parantamaan. Tarvitaan sekä julkista rahallista tukea että intensiivistä kunnallista virkamiesapua.

Varsin paljon riippuu valtion perusparannusmäärärahoista, joiden määrää on budjetin 1993 mukaan tarkoitus nostaa noin puolesta miljardista markasta lähelle miljardia. Määräraha on kuitenkin tarkoitettu rakennusten kunnon kohentamiseen, eikä niiden jaossa oteta asukkaiden suoriutumisvaikeuksia huomioon (60 mmk korjausavustusta lukuunottamatta).

Erityisesti kylpyhuoneiden sekä keittiöiden korjaustyöt on havaittu tärkeiksi vanhusten laitossijoitusten hidastajiksi. Hissien asentaminen tulisi rajata vanhusten ja vammaisten kannalta perusteltuihin hankkeisiin.

4. MITÄ MUUTA TÄHÄN TEEMAAN LIITTYVÄÄ HALUATTE TUODA ESIIN?

- On mahdollista, että kuntien asunto-olojen kehittämistoimintaa ohjaavaa lainsäädäntöä muutetaan siten, ettei se enää velvoittaisi kuntaa parantamaan erityisesti asunnottomien ja puutteellisimmin asuvien oloja

- Perusoikeuskomitean esitys asumisen turvaamisesta tukisi sosiaalitoimen asettamia tavoitteita

- Asuntoalan tutkimustoiminta, jota asuntohallitus pääasiassa on rahoittanut, siirtynee YM:n johtoon 1994. On mahdollista, että rahoitus supistuu. Kun rakennustekninenkin tutkimus kärsii rahapulasta, on mahdollista, että asumisen sosiaalipoliittinen tutkimus vähenee tai loppuu kokonaan.

STM ja STH ovat harjoittaneet jokseenkin vähän tämältyyppistä tutkimus- ja kehittämistoimintaa. Ilmeistä on, että virastojen tulisi lisätä panostustaan tälle alueelle.

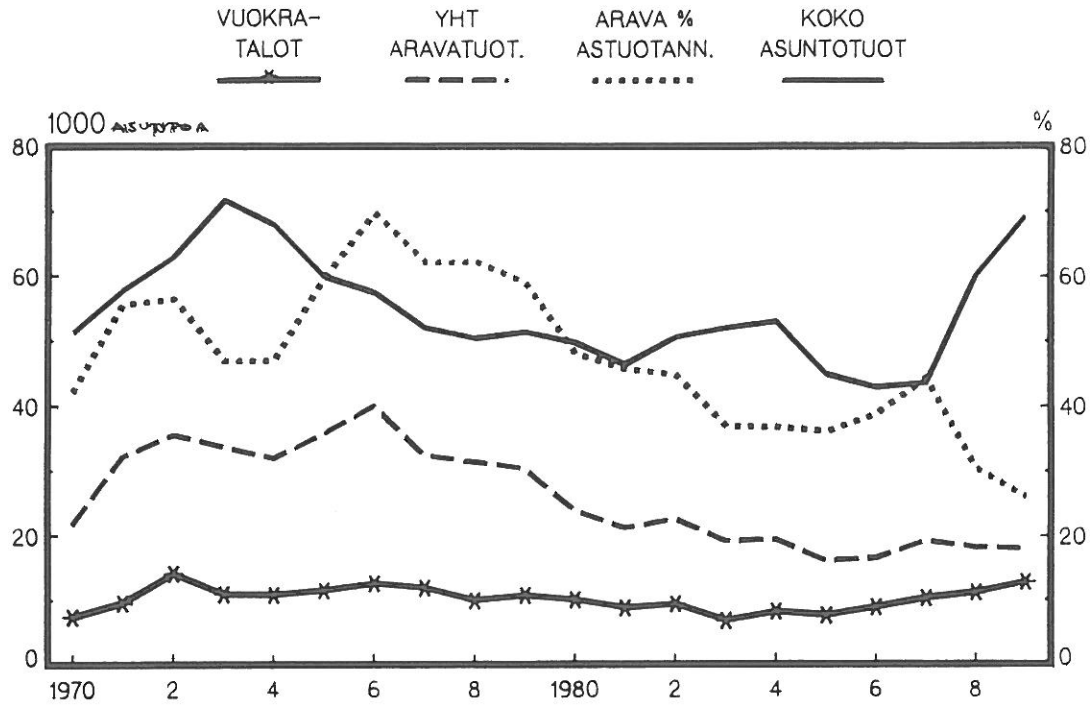
5. MITÄ STM VOISI TEHDÄ ASIAN HYVÄKSI?

STM:n tehtäväksi näen

- tukea riittävän aravavuokra-asuntotuotannon rahoitusta 1993 budjetissa
- edistää lisämäärärahojen saamista asuntojen hankintaan
- edistää julkisen perusparannusrahoituksen kohdistamista sosiaalisin perustein
- kehittää asumistukea vuokra-asumista ja perhepolitiikkaa tukevana järjestelmänä
- vaikuttaa korkovähennysoikeuden muuttamiseen pääomaverotuksen uudistuksen yhteydessä siten, että se tasaa tuloryhmien asumistasojen välisiä eroja ja omistusasuntojen kysyntää suhdannevaihteluissa
- painottaa politiikassaan vanhusten ja vaikeavammaisten (kehitysvammaisten) palveluasuntojen määrän lisäämistä
- varmistaa palveluasumisen korkea laatu normeilla
- varmistaa virat palveluasumiseen (mahdollisesti normittamalla)
- ryhtyä tavoitteellisesti kehittämään asumispalveluiden sosiaalipalveluja (sosiaalityö, hoito- ja huolenpitotyö)

Liitteet:5

ALOITETTU ARAVA-JA KOKONAIASASUNTOITUOTANTO 1970 - 1989



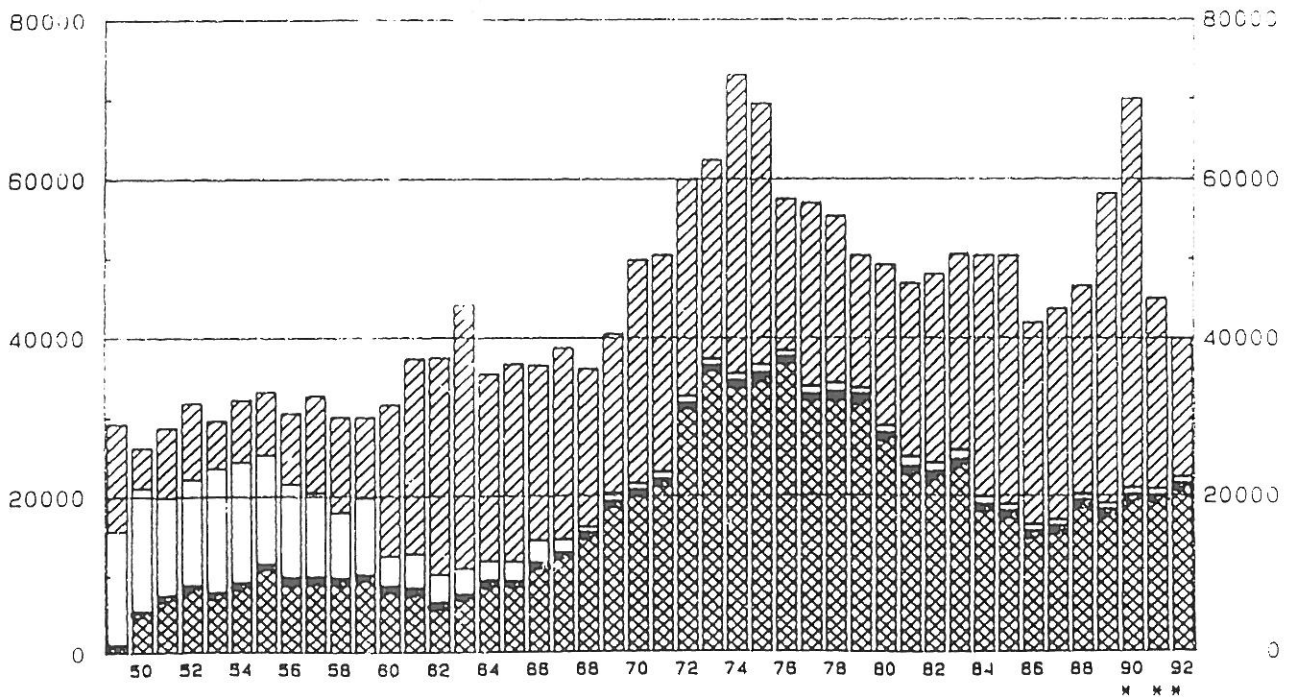
AH 1990 C:5



ASUNTOHALLITUS

VALMISTUNEET ASUNNOT VUOSINA 1949-1989 JA ARVIO VUOSILLE 1990 - 1992

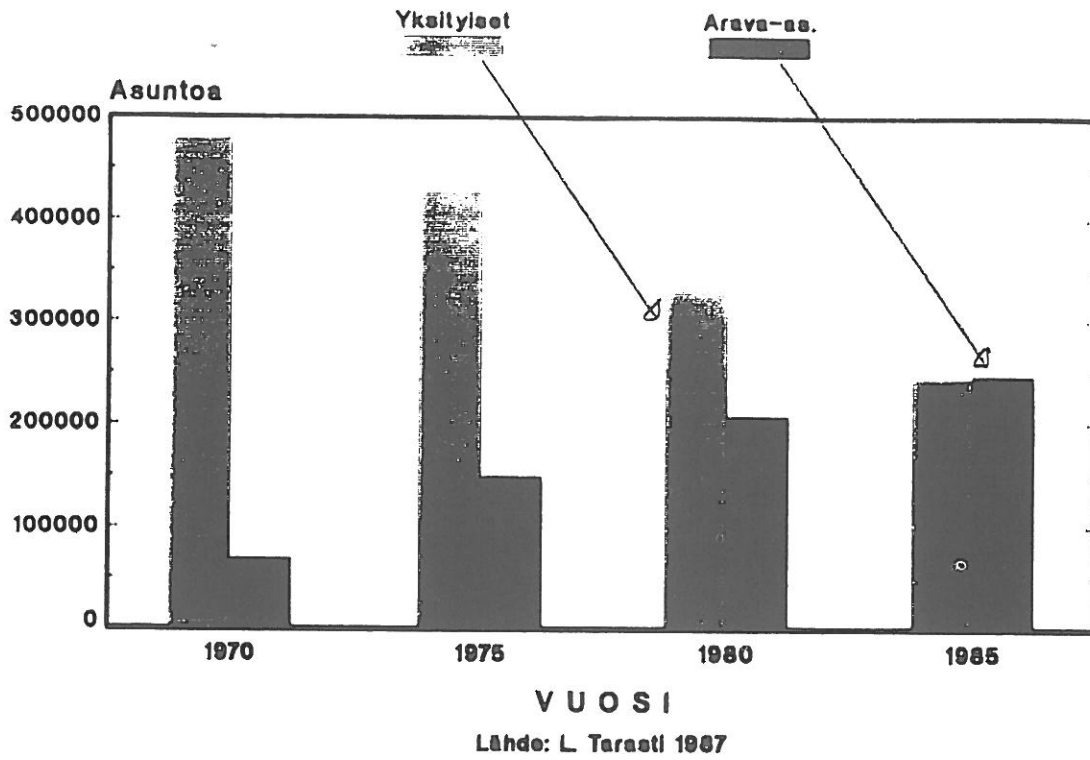
ASUNTOJA KPL ■ ARAVA-ASUNNOT □ MAATILAHALLITUS ▨ VAPAARAOITTEISET



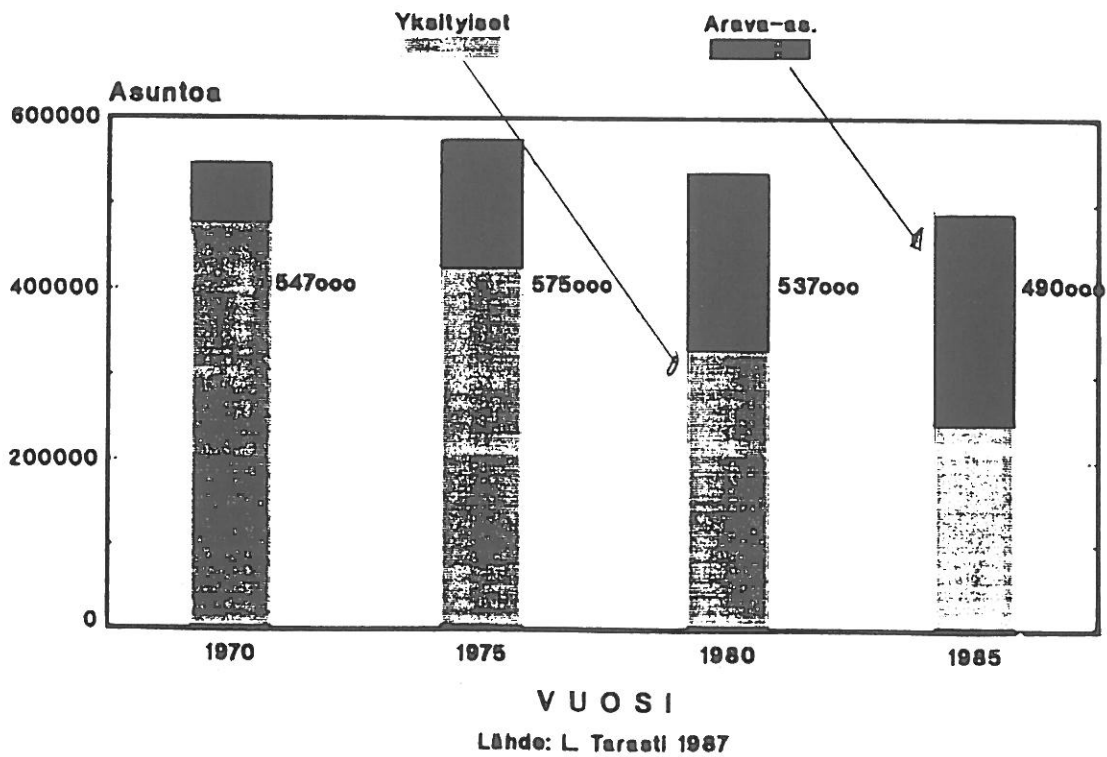
* ARVIO

80-01-01 00.00.04 VIKR

VUOKRA-ASUNNOT 1970 - 1985



VUOKRA-ASUNNOT 1970 - 1985



ASUNTO-OLOJEN KEHITTÄMISESTÄ

ANNETTU HELSINGISSÄ 29 PÄIVÄNÄ MARRASKUUTA
1985

1 §

PERUSTAVOITTEET

ASUNTO-OLOJEN KEHITTÄMISEN TAVOITTEENA ON TURVATA JOKAISELLE SUOMESSA VAKINAISESTI ASUVALLE MAHDOLLISUUS KOHTUULLISEEN ASUMISEEN NIIN,

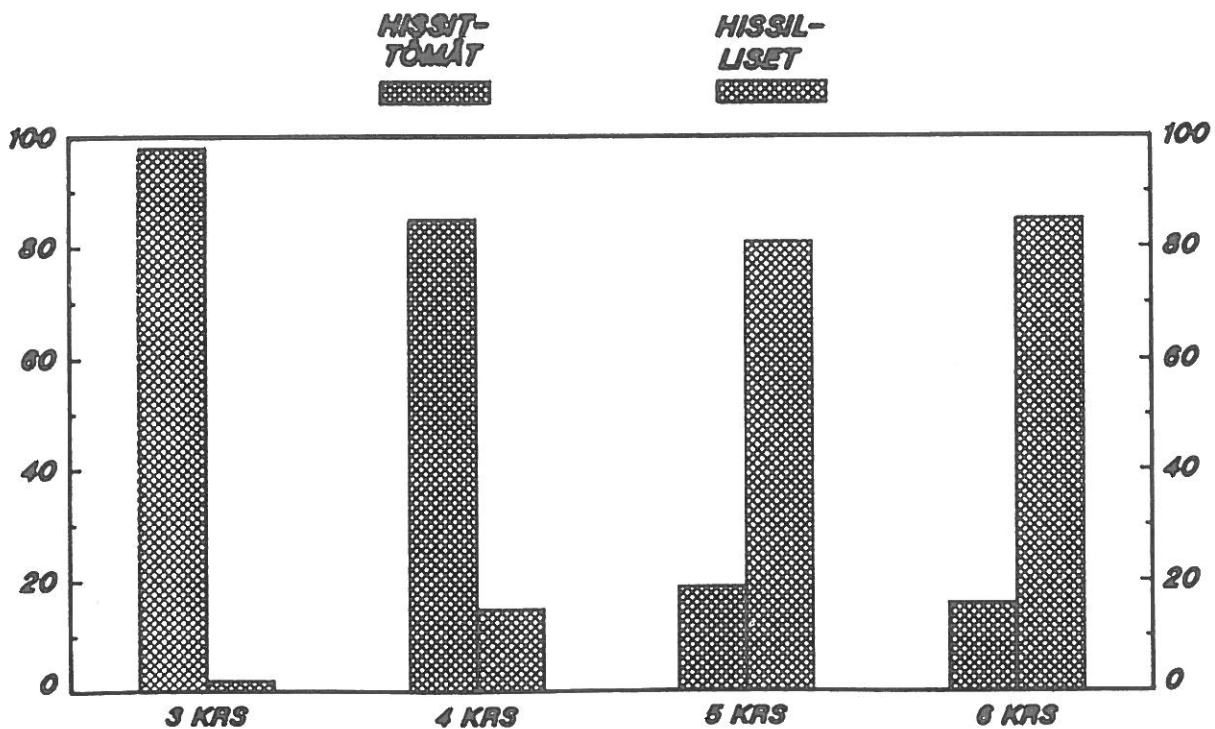
1) ETTÄ KULLAKIN RUOKAKUNNALLA ON KRYTETÄVISSÄÄN ASUNTO, JONKA HUONELUKU JA PINNATA-ALA VASTAAVAT RUOKAKUNNAN KOKOA SEKÄ SEN JÄSENTEN HENKILÖKOHTAISIA TARPEITA;

2) ETTÄ ASUNNOT OVAT RAKENTEELTAAN JA VARUSTEILTAAN TARKOITUKSENMUKAISIA, TERVEELLISIÄ JA TOIMIVIA SEKÄ ASUINRAKENNUKSET YMPÄRISTÖNSÄ SOPEUTUVIA; SEKÄ

3) ETTÄ ASUMISMENOT OVAT KOHTUULLISET SUHTESSA RUOKAKUNNAN KOKOON JA KÄYTETTÄVISSÄ OLEVIIN TULOIHIN SEKÄ MUIHIN VÄLTÄMÄTTÖMIIN KULUTUSMENOIHIN.

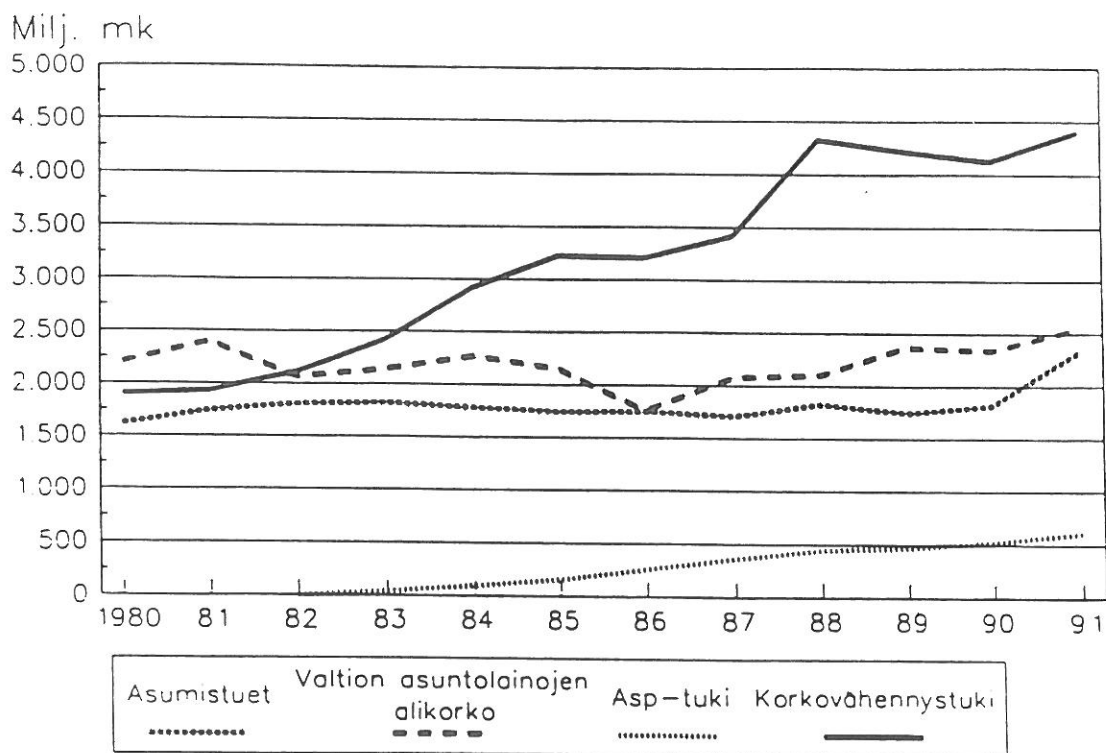
ERITYISTÄ HUOMIOTA ON KIINNITETTÄVÄ PUUTTEELLISESTI ASUVAN, PIENITULOISEN JA VÄHÄVARAISEN VÄESTÖN SEKÄ NUORTEN JA LAPSI-
PERHEIDEN ASUNNONSAANNIN JA ASUMISTASON PARANTAMISEEN JA ASUMISMENOJEN KOHTUULLISUUDEN TURVAAMISEEN SEKÄ ALUEIDEN SAMOIN KUIN VÄESTÖRYHMIEN VÄLISTEN ASUMISTASOEROJEN VÄHENTÄMISEEN.

HISSITTÖMIEN JA HISSILLISTEN KERROSTALOJEN %-OSUUDET

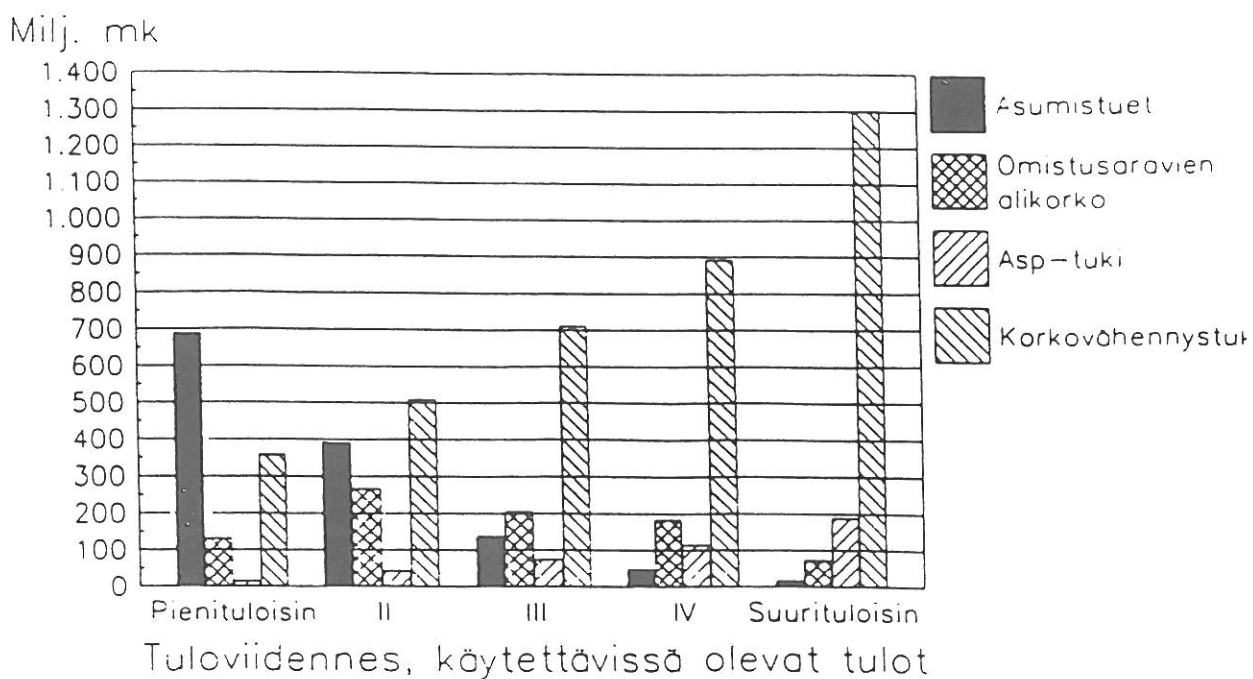


LÄHDE: V.1985 ASUNTOLASKENTA

Asumisen tuen reaalin kehitys tukimuodoittain vuosina 1980-1991

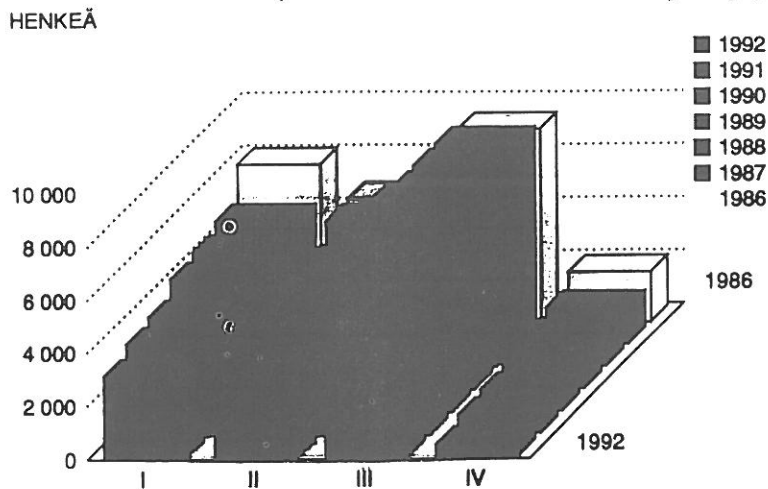


Asumisen tukimuotojen kohdentuminen tulotasoittain vuonna 1988



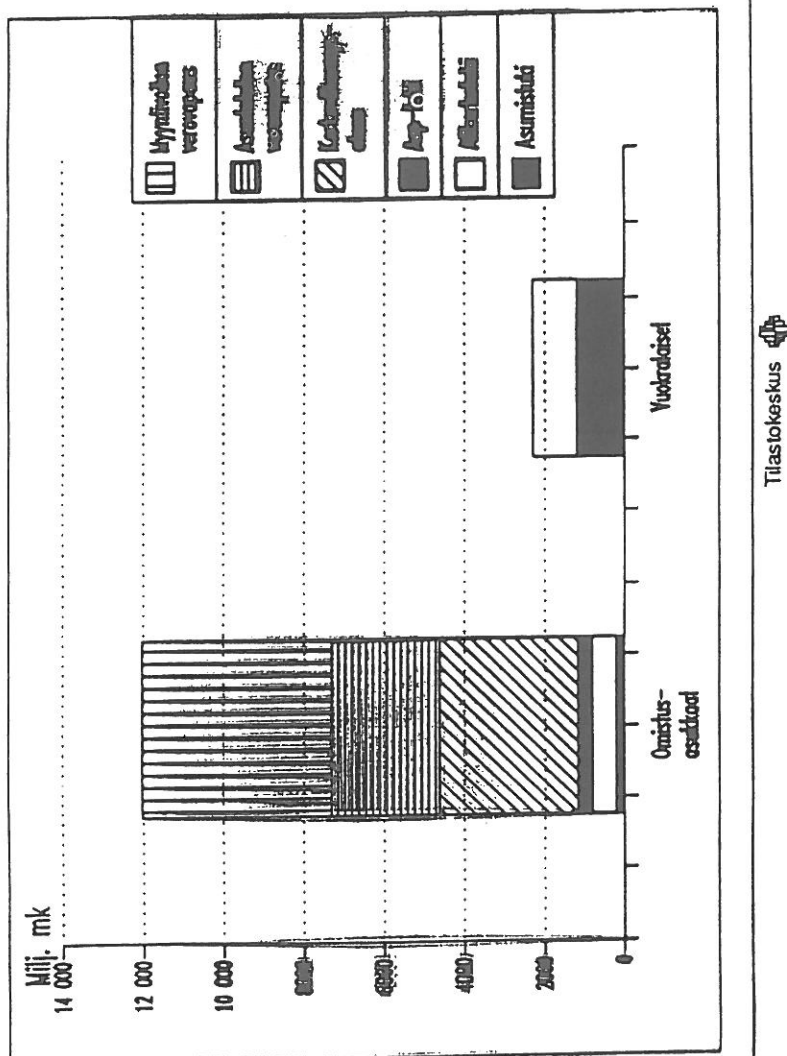
ASUNNOTTOMAT SUOMESSA 1986 - 1992

(Asuntohallituksen kuntakyselyt)



- I = ULKOSALLA, ASUNNOKSI KELPAAMATTOMAT TILAT, YÖMAJAT
- II = LAITOKSISSA JA VASTAAVISSA
- III = TUTTAVIEN LUONA
- IV = PERHEET

Kuvio 4. Asumisen tuen jakaantuminen hallintamuodoltaan vuonna 1988 (lähde: TME, Ympäristöministeriö)



Tilastokeskus

PALVELURAKENNETYÖRYHMÄN KYSYMYKSET ASUMISEN OSALTA

1. Sosiaali- ja terveydenhuollon erityisryhmien asuntotilanteeseen liittyvät ongelmat voidaan jakaa kahteen ryhmään, yleisestä asuntopoliittisesta tilanteesta johtuviin ja näiden ryhmien erityistarpeisiin liittyviin ongelmiin.

Ensinmainituista merkittävimpiä on myös mainittujen erityisryhmien kannalta asunnottomuus. Keväällä 1991 oli maassamme kuntien antamien tietojen mukaan noin 14 100 yksinäistä asunnotonta ja 700 asunnotonta perhettä. Näistä erilaisissa laitoksissa asunnon puutteen vuoksi oli noin 3 300 henkeä. Asunnottomien määrä on ollut laskussa ja myös laitoksissa asunnonpuutteen vuoksi olevien määrä on vähentynyt kolmessa vuodessa noin 4 000:sta noin 3 300:aan. Asunnottomuuden poistamiseen on jo usean vuoden ajan suunnattu erityistoimenpiteitä, m.m. asuntojen hankkimiseen asunnottomille on varattu valtion rahoista erityisrahoitusta. Ongelmia on saatu toimenpiteillä lievennettyä, mutta ei poistettua. Jatkossa on tarkoitus edelleen jatkaa erityistoimenpiteitä, joita tullaan keskittämään korostetusti pahimpiin asunnottomuuspaikkakuntiin. Asunnottomuus on keskittynyt isoimpiin kasvukseksiin, erityisesti pääkaupunkiseudulle.

Vaikea asuntotilanne, lähinnä puute kohtuuhintaisista vuokra-asunnoista, synnyttää asunnottomuutta. Tämän takia keskeistä on, kuinka vuokra-asuntojen kysyntä ja tarjonta saadaan tasapainoon. Jo pitkään on asuntopolitiikan tavoitteena ollut lisätä vuokra-asuntojen tarjontaa, johon on pyritty yleisin asuntopoliittisin keinoin m.m. rakentamalla aravavuokra-asuntoja ja väljentämällä määrärahoja, jotka sääntelevät huoneenvuokrasuhteiden ehtoja. Voidaankin todeta, että sekä valtion lainoittamisessa että vapaarahoitteisissa vuokra-asunnoissa kysyntä ja tarjonta ovat tasapainoittumassa. Tilanne vaihtelee kuitenkin huomattavasti paikkakunnittain. Viime vuosina on rakennettu vuosittain yli 10 000 uutta aravavuokra-asuntoa. Lisäksi olemassaolevasta asuntokannasta vapautuu vuosittain uudelleen täytettäväksi noin 50 000 asuntoa.

Valtio järjestää lainsäädännölliset puitteet ja varaa määrärahoja tarpeelliseksi katsomiinsa tarkoituksiin. Käytännössä jää kuitenkin pitkälti kuntien päätettäväksi, miten asuntopolitiikka paikallistasolla toteutuu ja mitkä asuntopoliittiset kysymykset nähdään tärkeiksi.

Osa ongelmista liittyy erityisryhmien muusta väestöstä poikkeavien asumistarpeiden tyydyttämiseen. Sovitun työnjaon mukaan asumiseen liittyvien palveluiden järjestäminen kuuluu sosiaaliviranomaisille. Asuntopolitiikalla tulisi pystyä huolehtimaan siitä, että asunnot ja niiden lähiympäristö täyttävät fyysisesti käyttäjänsä tarpeet. Tällöin keskeisiksi asioiksi muodostuvat m.m. asuntojen vammaismitoitukset, hissit ja muut vanhuksen tai vammaisen liikkumista edesauttavat rakenteelliset ratkaisut. Aravauustuotannossa on asiaan kiinnitetty erityistä huomiota. Heikompi tilanne on vapaarahoitteisen uudisasuntotuotannon kohdalla.

Tärkeää on pyrkiä saneeraamaan myös olemassa olevaa asuntokantaa paremmin ao. erityisryhmien asunnontarpeita vastaavaksi. Tähän on pyritty rahoittamalla perusparannustoimintaa, joka jatkossa tulee olemaan asuntopolitiikan painopistealue.

Palvelutalojen rakentaminen ei liene mikään ongelma vaan tarkoituksenmukainen ratkaisu niihin tilanteisiin, joissa asumisen tueksi tarvitaan palveluita.

2. Varustetason puutteellisuus ja asuntojen huonokuntoisuus on erityisesti vanhusväestön asumisen ongelma. Asuntojen korjaustoimintaa on hidastuttanut tarkoitukseen varattujen määrärahojen riittämättömyys.

Asunnottomuuden vähentämisessä ei ole päästy asetettuihin tavoitteisiin. Tässä suhteessa ongelmana ei niinkään ole ollut erityisrahoituksen määrärahojen puute vaan se, että kuntien aktiivisuudessa asian hoitamiseen on ollut toivomisen varaa. Kiristynyt rahatilanne kunnissa saattaa vielä vaikeuttaa tilannetta entisestään. Tarvittavan pienen omarahoitusosuuden järjestäminen on entistä vaikeampaa.

SVOL-valtionosuusuudistus tulee aiheuttamaan entistä suurempaa painetta asuntotoimen määrärahoihin.

Edelleen voidaan nähdä puutteita eri hallintokuntien yhteistyössä kunnissa.

3. Vanhusten ja vammaisten asuntojen korjaustoimintaan on asuntotoimen budjetissa varattu määrärahoja jo usean vuoden ajan. Varatut määrärahat eivät ole vastanneet hakemuskääriä, mutta toisaalta useita vuosia jatkuneella rahoitustoiminnalla on myös saatu tuloksia aikaan. Jatkossa erityisrahoitusta on tarkoitus jatkaa ja lisäksi suunnitellaan, samoin kuin joskus aikaisemmin on menetelty, työllisyysvarojen suuntaamista korjaustoimintaan.

5. Asumiseen liittyvien palveluiden taso ei tällä hetkellä vastaa tarvetta.



4.12.1992

Palvelurakennetyöryhmä
Sosiaali- ja terveysministeriö

VÄESTÖN VANHENEMINEN JA ASUMISEN KEHITTÄMINEN

Suomalaisen asuntopolitiikan historiallisena rasitteena on edelleen sen marginaalisuus; asuntopolitiikan kohteena ovat erityiset väestöryhmät ja tietty asuntokanta. Väestön suuren enemmistön asutokysymys on ratkennut markkinoilla kulloistekin olosuhteiden ja suhdannetilanteiden mukaan.

Kuluttajan, asukkaan asema asuntomarkkinoilla on ollut heikko. Rahoittajien ja rakennusliikkeiden asema on ollut dominoiva. Suomalainen asumisen malli poikkeaa rakenteellisesti eurooppalaisittain yleisestä, yleishyödylliseen rakennuttamiseen ja kiinteistönomistukseen perustuvasta mallista. Asunto-osuuskuntiin kanavoitunut kuluttajien omatoimisuus asutokysymyksen ratkaisemisessa ei koskaan saavuttanut merkittävää jalansijaa Suomessa. Kymmeniintuhansiin asunto- ja kiinteistöosakeyhtiöihin hajautunut asuntojen omistus ja hallinta nähdään ongelmaksi nyt, kun asuntojen uustuotanto on väistymässä ja peruskorjaustarpeet kasvamassa.

Vanhusten asumistarpeiden tyydyttämisessä keskeiset lähtökohdat ja tavoitteet ovat:

1. omassa kodissa asumisen fyysisten edellytysten turvaaminen,

* välineinä: asuntoon, asuinrakennukseen ja sen välittömään ympäristöön kohdistuvat toimenpiteet, joilla poistetaan liikkumisen esteitä ja lisätään ympäristön turvallisuutta – kaavoitus kokonaisuudessaan, rakentamisen ohjaus, hankesuunnittelu, rakentaminen – kiinteistönpito.

2. omassa kodissa asumista tukevien palvelujen järjestäminen lähiympäristössä tai tuominen kotiin

* välineinä: sosiaali- ja terveystoimen avopalveluiden integrointi asumiseen sekä varsinaiset kotipalvelut – kaavoitus kokonaisuudessaan, hankesuunnittelu, palvelujen suunnittelu, rakentaminen, kiinteistönpito.

3. liikkumiseen liittyvien ratkaisujen tekeminen niin, että vanhuksella on edellytykset käyttää yhdyskunnan yleisiä – julkisia, yksityisiä ja kaupallisia – palveluja riippumatta siitä, missä ne sijaitsevat.

* välineinä: yhdyskuntasuunnittelu, kaavoitus, liikennejärjestelyt.

Kuten edellä oleva osoittaa vanhuksen kotona asumisen turvallisten edellytysten vahvistaminen edellyttää näkemystä ympäristöstä kokonaisuutena. Hallinnon ylhäältä antamien velvoitteiden toteuttamiseksi syntyneen, pitkälle erikoistuneen ja sektoroituneen suunnittelu- ja toimintakäytännön seurauksena vastuuta kokonaisuudesta ei kuitenkaan ole kenelläkään.

Muutoksen aikaansaamiseksi tulisi edetä monia polkuja pitkin:

1. Niukkenevien resurssien oloissa tutkimus- ja kehittämistoimintaan käytettävissä olevat resurssit tulisi kohdistaa muutoksen tukemiseen; kuntakohtaisiin kehittämishankkeisiin, joiden avulla uudistetaan toimintakäytäntöjä. Vanhusnäkökulman ottaminen kaavoitukseen ja asumiseen on tapa toissijaistaa vanhuksen tarpeet. Tällaisen menettelyn sijasta olisi tuettava sellaisten käytäntöjen kehittymistä, jossa eri osapuolet kunnan sisällä – kaavoitus, asuminen, sosiaalitoimi, terveys, vapaa-aika jne. –, mutta myös sen ulkopuolella: suunnittelijat, rakennuttajat, rakentajat, asukkaat itse tulevat osalliseksi sellaiseen vuorovaikutteiseen prosessiin, jossa tarpeet, tavoitteet ja niiden toteuttamiseksi tehtävät valinnat hallitaan kokonaisuutena.

2. Kehitettäessä asumista ja sitä koskevia toimintakäytäntöjä on puututtava myös lainsäädäntöön ja rahoitukseen ja poistettava niihin sisältyvät sektoriaalisuuteen johtavat esteet.

Valtion asuntorahoitusjärjestelmä ei nykyisellään tue sellaista asuntokannan ja asuinympäristöjen perusparannustoimintaa, jossa asuminen nähtäisiin laajana sosiaalis-toiminnallisena kokonaisuutena. Erilaisten koko asuinalueen asukkaita palvelevien tilojen korjaamisen tai rakentamisen rahoituksen järjestäminen on edelleen vaikeaa näiden toimenpiteiden jäädessä valtion asuntorahoituksen ulkopuolelle.

Edelleen rahoitusjärjestelmät johtavat rakennusajankohdan kustannuksia valvovaan järjestelmään, jossa asumisaikaisiin ylläpito-, huolto- ja korjauskustannuksiin ei kiinnitetä huomiota. Kuitenkin rakennuskustannukset ovat enintään 5 % asuinrakennuksen elinikäisistä kustannuksista.

3. Liikuntaesteettömän ympäristön toteuttaminen erityisesti kaikessa jatkossa toteutettavassa asuntojen uudisrakentamisessa on ensimmäinen edellytys vanhenevan väestön asumistarpeet huomioon ottavalle asuntopolitiikalle. Liikuntaesteettömyyttä merkitsevät määräykset tulisi nopeasti saada asuntorakentamismääräyksiin.

Olemassaoleva, n. 2.2 miljoonaa asuntoa käsittävä asuntokantamme on se asuntokanta, jossa väestö vanhenee. Uustuotanto vain pieneltä

osalta täydentää tätä asuntokantaa. Asuntokannan omistus- ja hallintajakautamasta johtuen asuntokantaa koskevien peruskorjauspäätösten tekeminen on vaivalloista. Erityisesti sen vuoksi olisi pitkällä tähtäyksellä perusteltua tarjota yhteiskunnan puolelta edullisia rahoitusmuotoja juuri niihin toimenpiteisiin, jotka asukkaiden päätöksenteossa muutoin ovat ongelmallisia. Taloudellisesti merkittävin tämänkaltaisista yksittäisistä yhteiskunnan kannalta oleellisista korjaustarpeista on hissin rakentaminen jälkikäteen kerrostaloon.

Uudistettaessa asuntohallintoa ja asumisen tukijärjestelmiä, tulisi aikaisempaa tietoisemmin arvioida myös tehtävien ratkaisujen vaikutuksia muiden yhteiskuntapolitiikan lohkojen toimintaan. Jos säästöt asuntorakentamisessa aiheuttavat menoja sosiaali- ja terveystoimessa esimerkiksi laitospaikkojen muodossa, ei järjestelmä toimi taloudellisesti. Pelkästään markkinoiden toiminnan varassa asunto-olot kehittyvät maksukykyisimmän kysynnän mukaan.

Asuntotoimen päällikkö


Ulla-Maija Laiho

ASUMISEN TEEMAKOKOUS 24.9.1992 / SOSIAALI- JA TERVEYSMINISTERIÖ

Kysymys 1: Mistä kiikastaa, että sosiaali- ja terveydenhuollon kannalta tärkeitä asumiseen liittyviä ratkaisuja ei saada toteutetuiksi ?

Tavoitteena esim. vanhusväestön suhteen on se, että ihminen voi käyttää nykyistä asuntoaan mahdollisimman pitkään, mikä on ihmisen itsensä ja yhteiskunnan kannalta paras mahdollinen ratkaisu.

Sen jälkeen, kun omassa asunnossa asuminen ei ole tuesta huolimatta mahdollista, seuraava vaihtoehto olisi palvelutalo, minkä jälkeen tulisi vasta laitoshoido.

Edellytyksenä sille, että ihmiset voivat käyttämänsä asuntoa asua mahdollisimman pitkään, on se, että asunto pystyy elämään ihmisen tarpeiden mukaan. Tämä edellyttää tehtäväksi asuntoon tarvittavia muutos- ja korjaustöitä. Lisäksi kysymykseen voi tulla asunnon vaihtaminen, jos tarpeellisia muutos- tai korjaustöitä ei voida tarkoituksenmukaisesti suorittaa. Myös ympäristön, jolla asunto sijaitsee, olosuhteet voivat olla liikkumisen tai palveluiden suhteen sellaiset, että kysymykseen tulee asunnonvaihtaminen.

Tavoitteeseen pääseminen on ratkaisevasti kuntien toiminnasta kiinni. Kunnissa asiaan vaikuttavat tärkeimmät tahot ovat:

- sosiaalitoimi, jolla on tietoa ihmisten asumiseen liittyvistä vaikeuksista esim. kotipalvelun kautta
- asuntotoimi, joka ohjaa ja toteuttaa kunnan asuntopolitiikkaa sekä osallistuu asuntojen rakennuttamiseen sekä vaikuttaa valtion asuntorahojen jakamiseen eri tarkoituksiin
- kunnan käyttämät rakennuttajatahot
- kunnan asuntopolitiikkansa hoitamiseen varaamien omien talousarviovarojen käyttäjät

Ilmeisenä ongelmana lienee, etteivät kaikki asiaan vaikuttavat tahot kunnissa tee riittävästi yhteistyötä. Sosiaaliviraston asumisongelmiin liittyvä tieto ei ole kulkeutunut asunto-toimelle eikä siten myöskään uustuotannosta ja asuntojen perusparantamisesta vastaaville tahoille. Tai, jos tieto on kulkenut, tiedon kulku ei ole ollut suunnitelmallista vaan enemmänkin sattumanvaraista.

Oikeanlaisen yhteistyön puuttumisen vuoksi ei ole laadittu asunto-ohjelmien osaksi ongelmien poistamiseen oikealla tavalla tehtyä tavoite- ja toteuttamissuunnitelmaa.

Asunto-ohjelmat ovat uustuotantopainotteisia ja käsittelevät tärkeimpään painotukseen liittyviä kysymyksiä. Tämä johtunee siitä, että valtion rahoituksen pääpaino on ollut uustuotannossa ja myöhemmin myös vuokra-asuntojen perusparantamisessa. Asunto-ohjelmien avulla on pyritty kuntiin saamaan mahdollisimman paljon valtion rahoitusta asuntotuotantoon.

Miten tavoitteeseen päästään ?

- kuntien asiaa koskevien tahojen työskentely täytyy saada tavoitteeseen nähden yhdensuuntaiseksi sekä tulee niveltää tahojen toiminnat yhteen. Tämä on mahdollista tehdä ilman mainittavia kustannusvaikutuksia.

Kuntien tulisi laatia oma esim. vanhusten asumista nykyisissä asunnoissa tukeva useamman vuoden kattava toimintasuunnitelma. Tämä on mahdollista vain siten, että vanhusten asunto-ongelmien nykytilanteen kartoitus tehdään niin kattavasti, kuin se on mahdollista ja samalla yritetään selvittää tulevat ongelmat.

Toimintasuunnitelman laatimista varten tulee kunnissa olla asiaa koskevista tahoista koottu työryhmä, joka hoitaa myös suunnitelman toteuttamisen seurannan.

Lisäksi kunnissa tarvitaan toimintasuunnitelman toteuttamista varten toimeenpaneva organisaatio, joka käytännössä hoitaa tarpeelliset toimenpiteet ja järjestää tarvittavan rahoituksen. Käytännön tehtävät hoitava organisaatio kykenee myös nopeasti toimimaan sosiaalitoimen kulloinkin osoittaman ongelman poistamiseksi

- luodaan toimiva ja joustava rahoitusjärjestelmä, joka tähtää siihen, että voidaan tehdä kulloinkin välttämättömiä asuntojen muutostöitä riittävän nopeasti. Rahoitustahoina tulevat kysymykseen valtio + RAY + kunnat.
- toimintaa tukemaan on luotava alueellisia palvelupisteitä

Aravarahoitusta tulee kehittää siten, että rakennettavien asuintalojen yhteyteen voidaan rakentaa tarkoituksenmukaisia alueellisia palvelupisteitä esim. kotipalvelua varten.

Jossainmäärin aravarakentamisen yhteydessä on voitu tehdä eri palvelutoimintoja varten tiloja tosin ns. vapaarahoitteisena lukuunottamatta valtionapuja. Rovaniemellä on lähinnä tehty päiväkoteja ja korttelikouluja.

Palvelupisteitä varten tulee voida tarpeen mukaan ostaa myös valmiita tiloja kunnan eri alueilta.

Valtionosuusuudistus, uhkatekijäkö ?

Kuntien valtionosuusuudistus voi olla uhkatekijä, jos valtionosuutta ei voida kohdentaa suoraan tarvittavaan toimenpiteeseen. Valtionavun saamisen kohdentamisella on ratkaiseva merkitys tehtäessä kunnissa päätöksiä asuntojen ostamiseksi tai korjaamiseksi. Jos kuntien valtionapua ei kyetä enää kohdentamaan mihinkään toimenpiteisiin, on kyettävä luomaan korvaava nopea avustusjärjestelmä kuntia varten.

Rovaniemi 23.9.1992

Asuntotoimenjohtaja

Matti Nyberg

LIITE

Rovaniemen kaupungin asuntolautakunnan lausunto vanhuspoliittisen toimintaohjelmaprojektin työryhmän muistioista (II-vaiheen raportti)



4(4)

Vanhusten asumisen järjestämisessä tulee kaupungin huomioida seuraavaa:

- Vanhusten tulee voida mahdollisimman kauan asua nykyisissä asunnoissaan, jolloin asumista tuetaan avopalveluilla.
- Rovaniemen kaupungin eri asuntoalueiden palvelutasot vaihtelevat huomattavasti toisistaan, jolloin on oltava vanhuksilla mahdollisuus asuntojen vaihtoon lähemmäksi palveluita.
- Asukasvalinnoissa on huomioitava hakijan iän asettamat vaatimukset asunnon toimivuuteen sekä alueen palvelutason.
- Todennäköisesti huomattava osa vanhuksista asuu vanhoissa omakotitaloissa, joissa on liikkumista haittaavia esteitä. Kaupungin on varauduttava enenevässä määrin asuntojen muutostöihin.
- Kaupungin olisi tuettava valtion lisäksi hissien rakentamista vanhoihin hissittömiin kerrostaloihin. Ympäristöministeriön raportti vammaisten ja vanhusten asumisen parantamisesta kiinnittää erityistä huomiota hissien rakentamiseen vanhoihin taloihin.
- Hajallaan sijaitsevien erillisten pelkkien vanhusten asuntotalojen rakentamista on vältettävä.
- Asuntotuotannon ohessa on rakennettava pieniä vanhusten palvelupisteitä tai hankittava vanhasta asuntokannasta asuntoja tarkoituksiin alueilta, joissa on paljon vanhuk-sia.
- On varauduttava tulevaisuudessa eri asuntoalueiden tuleviin ikärakenteiden muutoksiin. Nykyiset uudet omakotialueet muuttuvat tiettyssä ajanjaksossa vanhusvaltaiseksi tai ikääntyneiden asuntoalueiksi.
- Tarpeen mukaan on varauduttava palvelutalojen rakentamiseen, jolloin voidaan toteuttaa ketjua vanhuksen asunto-palvelutalo-laitoshoito. Palvelutalojen rakentamiseen on varauduttava erityisesti asemakaavoituksessa.
- Vanhusten asunto-ongelmien nykytilanteen kartoitus tulisi voida tehdä kattaen koko kaupungin vanhusväestön. Kartoituksessa tulisi selvittää vanhusten asumisen nykytilanne sekä heidän itse kokemansa tulevaisuuden uhkatekijät.
- Kaupungin tulisi laatia kattava toimintasuunnitelma esim. asunto-ohjelman osaksi, johon tulisi liittyä selvitys investointi- ja muista kustannuksista. Toimintasuunnitelmaa tulisi voida jatkuvasti seurata ja tarpeen mukaan tarkistaa.

SOSIAALI- JA TERVEYSMINISTERIÖN
PALVELURAKENNETYÖRYHMÄN ASUMISEN TEEMAKOKOUS 21.9.1992

Vastauksia ennakkokysymyksiin:

1. ja 2. Mistä kiikastaa ? Kompastuskohdat ?

- rahasta
- asenteista
- toimintatavoista

Rahaa ei ole/ei suunnata tarpeeksi:

- kotona asumista tukeviin toimintoihin
- asumiseen liittyviin palvelu-/tuki-toimintoihin (palvelutalot, tukiasunnot)

- palvelutilainvestointeihin
 - uustuotanto
 - olemassa olevan asuntokannan yhteyteen tiloja hankkimalla ja peruskorjaamalla

- palvelu-/tukiasuntoinvestointeihin
 - uustuotanto
 - olemassa olevan laitokannan perusparantaminen palvelu- ja ryhmäasunnoiksi

- kunnilla rahapula
- asuntotuotantomäärärahat niukat
- asiakkailla ei varaa/halukkuutta maksaa palveluista
- vanhusten omistuspohjaisten palveluasuntojen hankkimista rajoittaa vanhan asunnon myynnin vaikeudet sekä vanhusten ja lähiomaisten asenteet

- > suunnataan lisää rahaa palvelu- ja tukiasumiseen sekä kotona asumisen tukeen

Asenteet ja toimintatavat

- kunnat suosivat usein riittämättömin perustein laitossijoituksia
 - omien laitosten korkean käyttöasteen ja oman laitoshenkilökunnan työllisyyden turvaaminen tuntuu joskus olevan tärkeämpi kuin asiakkaan kannalta tarkoituksenmukainen palveluratkaisu
- kunnat rakentavat vieläkin laitoksia, vaikka asumisratkaisutkin toimisivat
- asunto- , sosiaali- ja terveysturvallisuuden raja- ja rajankäyntiongelmien ratkaiseminen
- > asenteiden ja toimintatapojen muuttaminen

3. Vanhusten ja vammaisten asuntojen korjaustoiminta

- tukijärjestelmät kirjavia, tukea ei osata hakea -> neuvonnan tehostaminen
- raha
 - tukirahat (kunnat, asuntohall.)
 - asukkaiden rahat

4. Muuta

- Raha-automaattiyhdistys avustaa järjestöjä (ei kuntia)
 - avopalvelutoimintaan liittyviä investointeja 60%
 - huonokuntoisten vanhusten ja muiden palveluja tarvitsevien erityisryhmien palveluasuntojen rakentamista ja peruskorjaamista 30 % (+asuntolaina 70%)
 - em. ryhmien palvelutilainvestointeja 70 %
 - tukiasuntoinvestointeja samoin periaattein
 - mielenterveysongelmaiset, päihdeongelmaiset, nuoret ym.
 - Y-säätiön asuntojen hankintaa 30 %
 - tavoitteena laitossijoitusten välttäminen/korvaaminen

- itsenäistyvien nuorten asunto-
investointeja 5 % (+asuntolaina
95%)

Järjestön hoidettava itse palvelutoiminta.

Raha-automaattiyhdistys avustaa myös

- joitakin toiminnallisia kokeiluja
projektiluonteisesti
- kotipalvelutoimintaa 45 %

Palvelu- ja tukiasumisinvestointien avustami-
seen käytettiin 1992 yli 300 mmk. Lähivuosina
avustusmäärä pysynee samalla tasolla.

- edellyttäen, että käyttötalouden
rahoitus on järjestyksessä (kunnat)

Kotipalvelutoimintaa avustettiin 1992 noin
15 mmk, toimintaa yli 70 paikkakunnalla. Avus-
tusmäärä pysynee samalla tasolla, avustusosuus-
den tarkoitus jatkossa pienentyä (45%→35%→25%)

- asiakkaat ja kunnat vastaavat muusta
rahoituksesta

5 Mitä STM voisi tehdä ?

Neuvoa kuntia käyttämään järjestöjen palveluita
silloin, kun ne ovat hinnaltaan ja laadultaan
kilpailukykyisiä (yleensä ovat). Valtionosuus-
uudistus tekee käytön periaatteessa mahdolliseksi.
Ohjauskeinot vähissä?

- asenteet
 - vaikeus luopua laitospaikoista
 - vaikeus ostaa palveluita
- kuntien laskentajärjestelmä
 - otetaanko oman toiminnan
kustannuksia laskettaessa
huomioon myös pääoma- ja
hallintokustannukset ?



Ritva Routio
STH, yliarkkitehti

5.11.1992

Muistio palvelurakennetyöryhmän asumisen teemakokoukselle

**MISTÄ KIIKASTAA, ETTÄ VANHUSTEN ASUMISASIOITA EI SAADA
TOTEUTETUKSI**

Suomessa väestö on ollut ja on edelleen ollut melko nuorta. Vanhusten määrän kasvu on uusi ilmiö, johon ei vielä ole totuttu. Vanhenevaa väestöä ei ole pidetty tärkeänä. Hoidon ja huolenpidon suunnittelun yhteydessä on alettu arvioida kasvavan vanhusväestön tulevia tarpeita. Asumisen suunnittelussa asenteet kuitenkin yhä pohjaavat entisiin arvoihin. Vanhusten asumisen ratkaiseminen kiikastaa pitkälti siitä, että sosiaali- ja terveydenhuollon uusia tavoitteita, uusia toimintamuotoja ja niistä aiheutuvia muutostarpeita ei ole suostuttu omaksumaan osaksi asuntopolitiikkaa ja asuntorakentamista.

Avohoitopainotteinen palvelujärjestelmä merkitsee hoidon ja huolenpidon viemistä vanhuksen luokse ja hänen kotiinsa. Päämääränä on, että ikäihmiset voivat turvallisesti asua kotona ja suoriutua arkiaskareista itsenäisesti ja oman elämäntapansa mukaisesti. Myös laitoshoidon tavoitteena on tukea kotona asumista. Uusia asumismuotoja ovat palveluasuminen sekä ryhmäasuminen, jotka voivat sijaita tavallisessa asuintalossa muiden asuntojen joukossa tai palvelutalossa, joskus vanhainkodin yhteydessä. Vanhuksen asunnon lähellä tulisi olla palvelupiste, joita niitäkin on toteutettu erilaisina ja myös yhteisinä muiden asukasryhmien kanssa.

Asuntopolitiikassa hyvien asuntojen määrällisen vajeen täyttäminen on ollut ja on asuntorakentamisen lähtökohtana, sillä yhä on asunnottomia. Näkökulman laajentaminen itse asukkaaseen olisi merkittävä ja uusiin vaihtoehtoihin ratkaisuihin johtava uudistus.

Rakentajat luonnollisesti asettavat tavoitteeksi tuottaa tehokkaasti hyviä asuntoja tavallisille ihmisille ja perheille. Mikäli asukkaalla on ollut erityisiä tarpeita hänet on luokiteltu johonkin erityisryhmään kuuluvaksi ja siten mariginaaliseksi, toisarvoiseksi.

Tiedämme, että asuntokysymysten ratkaisulla voitaisiin vaikuttaa edullisesti mm. vanhusten hoitoisuuteen ja palvelujen kustannusten kehittymiseen. Tutkimuksia ja kokemuksia on runsaasti, erityisesti muista Pohjoismaista. Mutta asenteet meillä estävät muutoksen aikaansaamisen. Hoidosta ja huolenpidosta päättävät toiset hallintokunnat kuin asumisesta ja rakentamisesta. Näyttää puuttuvan keskinäistä luottamusta toisen ammattisektorin asiantuntemukseen sekä halua yhteistyöhön. Myöskään asukkaat eivät ole voineet paljontaan vaikuttaa tai osallistua asuinympäristöjen muotoutumiseen.

Eräs syy laitossijoituksiin on turvattomuus. Turvallisuuden tunteen antaminen jokaiselle ikäihmiselle on vanhustenhuollon suuria haasteita. Ja asumisen ratkaisuilla on mahdollista luoda sosiaalista turvallisuutta rakenteellisin keinoin. Tämä on erityisen tärkeätä siitä syystä, että yksinasuvien vanhus-ten lukumäärä kasvaa huomattavasti. Jo nyt joka kolmas 65 vuotta täyttänyt asuu yksin ja kaupungeissa asuvista vanhois- ta naisista yli puolet asuu yksin.

Ikäihmiset ja vammaiset ovat tottuneet nöyriksi ja hiljaisik- si. Oletettavaa on, että uusi vanhuspolvi tulee käyttäytymään toisin ja vaatimaan äänekkäästi huomiota myös asumisasioiden järjestämiseen. Ja näin suurella joukolla lienee voimaa...

Arkielämän fyysisellä ympäristöllä on suora vaikutus asukkaan toimintakykyyn ja mahdollisuuteen selviytyä itsenäisesti.

* Liikkumisesteettömässä ympäristössä huonokuntoinenkin voi toimia itsenäisesti ja vähäisen avun turvin. Merkit- tävin liikkumista rajoittava este on kerrostalon hissit- tömyys. Muita liikkumisen esteitä ovat portaat, kynnykset, liukkaus jne. Miksi esimerkiksi meillä ei käytetä matala- lattiaisia onteloelementtejä kylpyhuoneissa? On huomata- tava, että koti- ja vapaa-ajan tapaturmien hoitokustannuk- sista arvioidaan n.31% vanhusten putoamis- ja kaatumis- tapaturmien kustannuksiksi.

* Asuinympäristöllä on psykososiaalinen ja turvallisuuden tunteeseen liittyvä merkitys, joka ilmenee mm. siten, että vanukset toivovat voivansa asua kotona ja selviytyvätkin kotiympäristössä melko pitkään. Ja mikäli on pakko muuttaa kotoa, toivotaan uuden kodin löytyvän tutusta naapurustos- ta tai paikasta, missä asuu läheisiä ystäviä tai omaisia.

Ratkaisujen löytymisen perusta on siinä, että meillä jo on sekä vanukset että valtaosa rakennetusta ympäristöstä. Tule- vaisuudessa uudisrakentaminen tulee olemaan vähäistä. Nykyis- ten lähiöiden parantaminen on ympäristön suunnittelijoille tuleva haaste. Vanhusten asumisen kohentaminen tulee olemaan lähiyhteisöissä suoritettavaa yksilöllisesti räätälöityä ja pienimuotoista korjaus- ja täydennysrakentamista. Tähän kor- jaustoimintaan tarvittavien uusien rakentamisen ja suunnitte- lun menetelmien kehittäminen on haaste sekä sosiaali- ja ter- veystoimelle että ympäristönsuunnittelulle ja rakentamiselle. Miten synnytettäisi yhteistyötä eri hallintokuntien kesken ja vielä otettaisi asukas mukaan suunnitteluun? Pahimmat kompas- tuskohdat lienevät asenteissa ja torjuvassa tiedon vastaan- ottamisessa.

Toteutetun asuntopolitiikan seurauksena vuokra-asuntojen vä- hyys estää asuntojen joustavaa käyttöä. Monissakin elämän tilanteissa tarvittaisi melko lyhytaikaista tai pidempi- aikaista vuokra-asuntoa tutulta asuntoalueelta. Esimerkiksi silloin, kun oma asunto ei enää vastaa asukkaan toimintakykyä ja on pakko muuttaa tai kun oma asunto joutuu remonttiin tai kun asukas on jäänyt yksin. Omistusasunnon ja laitosasumisen välimaastossa tarvittaisi monenlaisia asumisen vaihtoehtoja.

Tarjonnan lisäys vähentäisi myös vuokralaisten turvatonta asemaa, kun toisen vuokra-asunnon löytyminen olisi helpompaa.

Omistusasuntojen ja asunto-osakeyhtiötalojen korjaus ei näytä onnistuvan osakkaiden voimin. Hissi on suuri ja kallis hankinta, mutta hissejä tulisi kuitenkin voida lisätä melko nopeastikin. Hissien rakentaminen on kertakustannus, kun taas laitoshoidon aiheuttaa jatkuvat kalliit kustannukset. Siksi kannattaisi nyt ajoissa tukea hissien rakentamista, kun vanhusten määrä on vähitellen kasvamassa.

Uudisrakentamisessa rakentaja luonnollisesti pyrkii saavuttamaan itselleen rakentamistaloudellista hyötyä. Kokonais-taloudellisia ja yhteiskunnalle aiheutuvia taloudellisia seuraamuksia ei riittävästi oteta huomioon asuinrakennusten ja asuinalueiden rakentamisessa. Rakentamisen ja hoitojärjestelmien yhteisten kustannusten arviointia varten olisi kehitettävä luotettavia mittareita, joiden avulla kunnat voisivat arvioida vaihtoehtoisia ratkaisuja.

Eräitä ratkaisumalleja

Siirtämällä asumisen kysymyksien ratkaisuja paikallistasolle voidaan oletettavasti löytää välittömästi toteutettavissa olevia ja asukkaalle parempia ratkaisumalleja. Ainahan fyysisessä ympäristössä ei myöskään tarvita suuria muutoksia, vaan esimerkiksi luiskia, kaiteita, katoksia luiskan ylle, kynnysten poistamista tai apuvälineiden asennuksia ym.

Kysymykseen siitä miten ja milloin vanhusten ja vammaisten omien asuntojen korjaustoiminta saadaan hoidetuksi en osaa antaa vastausta. Kuitenkin arvelen, että asuntojen korjaustoimintaa olisi kannustettava ja tuettava. Esimerkiksi voitaisiin järjestää "kiertävä neuvoja", joka seuraisi vanhusten selviytymistä kotona ja avustaisi pienimuotoisten korjausten suunnittelussa ja toteutuksen valvonnassa. Omien asuntojen korjaustoimintaa voitaisi myös tukea taloudellisesti edullisilla lainoilla tai verohelpoituksilla.

Asuinympäristöjen ja asuinrakennusten parantamisessa tulisi aloittaa suurimpien ja yleisimpien epäkohtien korjauksella. Hissikysymys nousee mieleen ensinnä.

Toiseksi olisi aloitettava vähin erin asuntojen pienimuotoinen "varovainen korjaus". Esimerkiksi Ruotsista löytyy malleja, joiden tavoitteena on talojen, ihmisten ja kansantalouden kunnioittaminen.

Mielenkiintoinen on Norjassa vuoden alusta alkanut vanhusneuvosto toiminta. Jokaiseen kuntaan voidaan perustaa vanhusneuvosto, johon tulee poliittiset jäsenet sosiaali- ja terveyssektorilta sekä kulttuurisektorilta, ja muut jäsenet eläkeläisjärjestöistä. Vanhusneuvoston tehtävänä on neuvoa ja valvoa kaikkia niitä asioita, joita käsitellään kunnanhallituksessa ja jotka liittyvät vanhuksiin. Esimerkkejä ovat olleet asumisasiat ja liikenneasiat. Myös rakennussuunnitelmia on käsitelty vanhusneuvostossa.

Toisenlainen tunnettu esimerkki on Malmön kaupungista, jossa kaupunki pyrkii integroituun hajautettuun vanhusten asumiseen ja vanhainkoti on muutettu palveluasunnoiksi. Kaupunki on tehnyt päätöksen siitä että 25% kaikista asuntojen uudisrakentamisesta ja saneeraamisesta on tehtävä liikkumiseesteettömäksi ja vanhukselle ja vammaiselle soveltuvaksi. Päätöstä valvoo sosiaalivirasto, joka tarkastaa kaikki asuntorakennusten rakennussuunnitelmat liikkumiseesteettömän ympäristön kannalta.

Suomessa juuri valmistuneessa tutkimuksessa on analysoitu Hämeenlinnassa ja Tampereella nykyisten asuinrakennusten ja asuntojen soveltuvuutta vanhuksille sekä arvioitu tarvittavia korjaustoimenpiteitä. Joensuussa suunnitellaan Marjalan uutta kaupunginosaa kaikkia asukkaita varten ja suunnittelussa hyödynnetään kaupungin aiempia kokemuksia vanhusten ja vammasten asumisen ratkaisuista.

Juuri sosiaali- ja asumisasioiden tutkimuksen ja yhteisten kokeilu- ja kehittämisprojektien kautta voidaan arvioida asumisen ja hoitopalvelujen vaihtoehtoisten mallien toimivuutta ja taloudellisuutta sekä levittää tietoa rakennuttajille ja rakentajille. Määräysten sijaan kunnat ja kuntien asukkaat nyt tarvitsevat tietoja mahdollisista asumisen ja palvelujen vaihtoehtoista, asukkaiden elämänkaarta ajatellen fyysisen ympäristön hyvistä ratkaisuista ja asuttavuuden relevanteista laatumittareista.

Ulla Saarenheimo
Asuntohallitus
24.9.1992

SOSIAALI- JA TERVEYSMINISTERIÖ
Palvelurakennetyöryhmä
Asumisen teemakokous

Muistio

Vanhukset

Sen jälkeen kun asuntohallitus ja Raha-automaattiyhdistys vuonna 1990 sopivat järjestöjen toimesta rakennettavien vanhustenasuntojen uusista rahoitusperiaatteista, on vanhuksille tarkoitettujen asuntojen rakentamisen luonne myös käytännössä muuttunut. Näiden periaatteiden mukaan Raha-automaattiyhdistys tulee vastaisuudessa keskittymään yksinomaan huonokuntoisille vanhuksille tarkoitettujen asuntojen sekä palvelutilojen rakentamisen tukemiseen. Näissä asunnoissa Raha-automaattiyhdistyksen avustuksen osuus on 30 % investointikustannuksista, ja asuntohallituksen lainaosuus vastaavasti 70 %. Vanhuksille tarkoitettujen yleisten palvelutilojen rakentamiseen myönnettävän RAY-avustuksen osuus on 70 % investointikustannuksista. Kuntien omistuksessa olevien vanhustentalojen rakentamiseen myönnettävä valtion laina on edelleen 90- 95 % hankinta-arvosta.

Käytännössä järjestöjen omistamien vanhustenasuntojen rahoitusperiaatteet ovat johtaneet siihen, että hyväkuntoisille vanhuksille tarkoitettut normaaliasunnot toteutetaan muun vuokra-asuntotuotannon yhteydessä, ja vain huonokuntoisille vanhuksille tehdään yksinomaan vanhuksille tarkoitettuja, vammaismitoituksen mukaan rakennettuja taloja.

Periaatteessa nykyinen rahoitusmenettely on selkeä. Yksittäisten hankkeiden kohdalla rajanveto on kuitenkin tuottanut ongelmia. Tämä koskee erityisesti dementeille tarkoitettuja asumisyksiköitä. Kun kuntien rahoitustilanne on vaikea, pyritään dementeille tarkoitettujen asuntojen rakentaminen yhä enemmän antamaan järjestöille, joilla nykyinen järjestelmä mahdollistaa 100-prosenttisen yhteiskunnan rahoituksen. Yksittäistapauksissa tällöin asuntohallituksen lainoitettavaksi esitetään usein myös sellaisia hankkeita, jotka toimintaperiaateiltaan ovat enemmän laitoksia kuin asuntoja.

Asuntotuotantolain mukaan asuntolainamäärärahoilla tuetaan asuntojen rakentamista. Näin ollen myös vanhuksille tarkoitettuja hankkeita käsitellään asuntohallituksessa ensisijassa asuntoina, jolloin myös niiden suunnitteluun kohdistuvat vaatimukset ovat sen mukaiset.

Periaatteessa on sopimuksenvarainen kysymys, rahoitetaanko dementeille tarkoitettut asumisratkaisut jatkossa ensisijaisesti valtion-osuusjärjestelmän puitteissa vai valtion asuntolainoin. Niin kauan kuin asuntolainoitus on kunnalle taloudellisesti edullisempi vaihtoehto, tämä vaihtoehto valitaan, vaikka käytännössä olisikin kysymys vanhainkodin toimintaperiaatteita vastaavan yksikön rakentamisesta. Jos tämä menettely hyväksytään myös valtionhallinnon tasolla, siitä olisi tehtävä selkeä päätös esim. asuntolainoja koskevan

käyttösuunnitelman yhteydessä.

Tähän asti dementeillemme tarkoitettut ryhmäasunnot ovat pääosin olleet pieniä, 5 - 6 hengen yksiköitä, jolloin ne on voitu toteuttaa asunmista koskevien suunnitteluperiaatteiden mukaisesti. Tämän kokoisen yksikön hoitamisesta aiheutuvat henkilöstökustannukset ovat kuitenkin nousseet suhteellisen korkeiksi. Kuntien ja järjestöjen taloudelliset ongelmat ja myös dementtejä koskevat uudet hoitoideologiat ovatkin lisänneet paineita ryhmäkoon suurentamiseen. Asuntohallituksessa on tällaisia hankkeita käsiteltäessä pidetty kuitenkin lähtökohtana sosiaalishallituksessa hyväksyttyä periaatetta, jonka mukaan ryhmäkoko ei saisi ylittää em. 5 - 6 henkilöä.

Dementtiasuntoja samoin kuin asuntojen yhteyteen rakennettavia palvelutiloja suunniteltaessa järjestöt ovat tähän asti lähteneet siitä, että näiden tilojen käytöstä tehdään kunnan kanssa ostopalvelusopimus. Raha-automaattiyhdistyksen avustusta myönnettäessä tämä yleensä tarkistetaan, mutta ei asuntohallituksessa. Näin ollen ei kaikissa tapauksissa ole täyttä varmuutta hankkeen taloudellisista toimintaedellytyksistä.

Vanhusten asumisedellytykset normaaliasunnoissa muun väestön joukossa ovat ennen kaikkea riippuvaiset siitä, miten liikuntaesteiden poistaminen on kyseisessä talossa otettu huomioon. Uustuotannossa asuntohallituksessa on lähdetty pääsääntöisesti siitä, että maastalukien kolmikerroksiset ja sitä korkeammat kerrostalot tulisi varustaa hissillä. Yleisiin rakentamismääräyksiin tällaista periaatetta ei ole sisällytetty, ja myös asuntohallituksen omaksumaa periaatetta on kritisoitu kaupunkikuvallisista syistä.

Vanhassa asuntokannassa hissien rakentaminen peruskorjauksen yhteydessä olisi erittäin tärkeää. Valtion varoista voidaan myöntää avustusta vanhojen kerrostalojen hissien rakentamiseen. Avustuksen suuruus on ollut keskimäärin 150 000 markkaa hissiä kohden. Kuluvana vuonna hissiavustuksiin varattiin yhteensä 2 mmk. Hakemuksia on jätetty yhteensä 20 hissien rakentamiseen. Vuoden 1993 tulo- ja menoarviossa on myös tavoitteeksi asetettu noin 20 hissien rakentaminen.

Vanhusten asumisen edellytyksenä on lisäksi riittävien avopalvelujen turvaaminen. Tulevaisuudessa olisikin pyrittävä löytämään sellaisia uusia sovellutuksia, joissa yksityiset ja julkiset resurssit voidaan joustavasti yhdistää. Tällainen ratkaisu on esim. nk. sosiaalitalonmiesjärjestelmä, jossa lähtökohtana on nykyisten kiinteistönhoidon tehtävien ja asukkaisiin kohdistuvien palvelujen jäsentäminen uudella tavalla. Joissakin suurissa huoltoyhtiöissä tätä kysymystä onkin jo pohdittu, ja valmiutta yhteistyöhön olisi.

Vanhusten omien asuntojen korjaamista on valtion varoin tuettu jo usean vuoden ajan. Tulevan talvikauden aikana pyritään erityisesti edistämään työllisyysvaroin palkatun työvoiman käyttämistä korjaustoimintaan.

Mielenterveyspotilaat

Yksi vaikeimmista asumisen ongelmista on tällä hetkellä mielenterveyspotilaiden asumisen järjestäminen. Laitosasumista vähennettäessä ei ole samanaikaisesti huolehdittu riittävien avohuollon asumis-

Hilkka Summa
4.12.1992

SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON PALVELURAKENTEN KEHITTÄMINEN

Pyydetty kommentti sosiaali- ja terveydenhollon rakennetyöryhmän asumisen teemakokouksessa 24.9.1992.

1. Palvelurakenteen keskitetyn ohjauksen ongelmat

Työryhmä toteaa väliraportissaan, että palvelurakenteen keskeisimmät ongelmat ovat palvelujen laitospainotteisuus, hoidon ja palvelujen epätarkoituksenmukainen järjestäminen sektoreittain lohkoutuneessa palvelujärjestelmässä sekä se, että asuntopolitiikka ei tue sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämistä. Työryhmän kanta on, että palvelurakenteen muutosta avoimuuden suuntaan tulee nopeuttaa. Asumisen teemaseminaarissa 24.9.92 pyydettiin ulkopuolisilta kommentoijilta vastauksia kysymykseen miksi asumiseen liittyviä ratkaisuja ei ole saatu toteutettua siten, että laitossijoituksia voitaisiin vähentää, mitä olisi tehtävä ongelman poistamiseksi ja mitä STM voisi tehdä asian hyväksi.

Valtakunnantasoisten lukujen ja kansainvälisten vertailujen valossa tarkasteltuna suomalaisen palvelurakenteen laitospainotteisuus ja "väärän tasoisten" hoitoratkaisujen yleisyys ovat epäilemättä keskeisiä ongelmia, jotka johtavat epätaloudellisuuteen sosiaali- ja terveydenhuollon resurssien käytössä ja todennäköisesti myös huonoon palvelutasoon kansalaisten kannalta. Käytännössä ongelmat ovat kuitenkin monimuotoisia ja yksilökohtaisia, ja niiden ratkaisumahdollisuudet sidoksissa paikallisiin erityispiirteisiin. Valtakunnallisten tilastolukujen valossa tapahtuva tarkastelu on tarpeen politiikan yleisten suuntaviivojen määrittelyssä, mutta se ei ole riittävä tarkastelukulma strategian toimeenpanolle eikä muutoksen edistämiseksi paikallistasolla.

Valtionosuusuudistuksessa on vastikään omaksuttu ajatusmalli, joka lisää kuntien itsenäistä ratkaisuvalltaa palvelutuotannon muotojen suhteen. Toisaalta kuntien vastuu ratkaisujen taloudellisuudesta lisääntyy. Kuntia koskevaa erityislainsäädäntöä ollaan myös kehittämässä siihen suuntaan, että kunnat saavat entistä suuremman vapauden palvelujen järjestämisessä.

Palvelurakenteen kehittyminen on näin ollen viime kädessä kuntien tekemien ratkaisujen varassa, ja mahdollisuudet vaikuttaa siihen keskushallinnon ohjelmoinnilla vähenevät. Paine menokehityksen hillitsemiseen ohjaa todennäköisesti kuntia etsimään mahdollisimman taloudellisia ratkaisuja palvelujen järjestämiseksi, mikä pitkällä tähtäyksellä todennäköisesti suuntaa palvelurakenteen kehitystä haluttuun suuntaan. Keskushallinnon suunnitteluvalltaa ja -vastuuta palvelutuotannon toteutusratkaisujen suhteen on valtionosuusuudistuksella tietoisesti vähennetty.

palvelujen järjestämisestä. Käytännössä mielenterveyden hoitolaitoksista kotiutettuja on sijoitettu tavallisiin aravavuokra-asuntoihin. Huolimatta siitä, että asuminen näissä tapauksissa katsotaan tukiasumisen luonteiseksi, tuki- ja muiden asumispalvelujen hakeminen on käytännössä jäänyt asukkaiden oman aktiviteetin varaan. Kun aktiviteettia ei ole riittävästi, ja esim. säännöllinen lääkitys tästä syystä laiminlyödään, seurauksena on jatkuva laitospätkä ja muiden asukkaiden häiriintyminen. Taloudellisen tilanteen heikkenemisen myötä myös mielenterveyden asuntoloita on vähennetty, joten normaaliasuntoihin kohdistuvat paineet kasvavat entisestään.

Mitä STM voisi tehdä?

- Käynnistää neuvottelu sosiaali- ja terveyshallinnon sekä ympäristö- ja asuntohallinnon välisestä vastuunjaosta vanhusten, vammaisten ja muiden erityisiä asumispalveluja tarvitsemien asuntojen rahoituksessa.
- Täsmentää vanhusten palveluasumista ja erityisesti dementtien ryhmäasumista koskevat suunnitteluperiaatteet.
- Antaa ohjeet tai suositukset mielenterveyspotilaiden asumisen ja palvelujen järjestämisestä.

Työryhmä pyysi seminaarin alustajilta näkemystä myös siitä, mitä ovat pahimmat kompastuskohdat palvelurakenteen kehittämisessä. Syvimmät ongelmat liittynevät toisaalta hyvinvointipalvelujen talouteen yleensä ja toisaalta itse ongelman luonteeseen: jokainen "turha" laitossijoitus ja sen mahdolliset vaihtoehdot ovat viime kädessä yksilöllisiä ja paljon monimuotoisempia kuin mitkään aggregaattitasoiset kuvaukset voivat ilmaista. Näiden yleisten "kompastuskivien" lisäksi voidaan kiinnittää huomiota myös keskushallinnon perinteiseen käsitykseen omasta roolistaan yhteiskunnallisten palvelusektorien toiminnan ohjauksessa.

Valtakunnantasoinen ongelmien poistamisen ohjelmointi ja objektiivisuutta tavoitteleva tilastollinen kuvailu ovat perinteisiä keskitetyn suunnittelun työotteita. Keskitetyn suunnittelun voima hyvinvointipoliittisten tavoitteiden toteutumiseen vaikuttamisessa on kuitenkin todettu vähäiseksi sekä tutkimuksissa että kokemuksesta. Esimerkkejä keskushallinnon ohjelmallisesta toiminnasta, jonka vaikuttavuus on jäänyt kyseenalaiseksi, on lukuisia; mainittakoon asunnottomuuden "poistamisprojekti" 1987–1991 ja terveyttä kaikille vuoteen 2000 ohjelma. Policy-tasoinen tavoitteiden toimeenpanon edellytyksiin ja toimeenpanon seurantaan on meillä yleensä kiinnitetty liian vähän huomiota. Suunnittelun, ohjelmoinnin ja säädöstämisen lisäksi keskushallinnon olisi kehitettävä uusia, välittömämmin toimeenpanoa tukevia työmuotoja.

2. Voiko asuntopoliittikka ratkaista palvelurakenteen ongelmat

Palvelurakennetyöryhmä asettaa väliraportissaan tavoitteeksi, että "asuntopoliittikkaa kehitetään siten, että sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaille turvataan asunto". Valtiollisen asuntopoliittikan velvoittaminen tällaiseen tehtävään on tuskin realistista. Valtion budjetista asumisen tukemiseen ohjattavaa tukea ei ole mahdollista lisätä, eikä se asuntosektorin perusongelmien ratkaisemiseksi ole tarpeenkaan.

Asuntosektorin toimivuuden tärkeimmät ongelmat ovat rahoitusmuotojen kehittymättömyys, kilpailun puute ja vaihtoehtojen vähäisyys asuntomarkkinoiden tarjonnassa. Valtiollisen asuntopoliittikan tulisi keskittyä rahoitusinstituutioiden ja asuntorahoituksen muotojen kehittämiseen sellaisiksi, että päästään normaalisti toimiviin "ostajan markkinoihin" sekä vuokra- että omistusasuntomarkkinoilla. Nykyinen valtakunnallisen asuntopoliittikan kokonaisuus, joka muodostuu lukuisista vuosien kuluessa kertyneistä, pikkutarkasti säädöstetyistä, kapeasti rajatuista erillisistä tukimuodoista, pitäisi perusteitaan myöten kyseenalaistaa. Erilliset yksittäisten asuntosektorin ongelmien poistamiseen tarkoitettut, asuntotoimen budjettiin 80-luvun kuluessa kerätyt erilliset määrärahat tuskin ovat vaikuttavuudeltaan kovin merkittäviä. (Tosin niiden vaikuttavuutta ei ole koskaan riittävästi tutkittu.)

Palvelurakenteen kehittämisessä odotusten suuntaaminen asuntopoliittikkaan tuntuu epärealistiselta myös sikäli, että laitossijoitusten vähentämisessä ensisijainen tarve kohdistunee itsenäistä asumista tukevien *palvelujen* järjestämiseen eikä asumisen rahoittamiseen. Palvelurakenteen haluttu muutossuunta tarkoittanee käytännössä sitä, että halutaan joko

- edistää laitoksista kotiuttamista tai
- vähentää uusia laitossijoituksia edistämällä kotona asumista mahdollisimman pitkään.

Molemmissa tilanteissa tarvittavien avohuollon palvelujen turvaaminen lienee tyypillisempi ongelma kuin varsinaiset asumisongelmat. Laitossijoituksen välttäminen tai sellaiselle mahdollisen vaihtoehdon etsiminen edellyttää kussakin tapauksessa yksilöllisiä ratkaisuja, joiden toteutuminen lienee paremminkin ratkaistavissa paikallistason viranomaisten, kansalaisjärjestöjen ja muiden toimijoiden yhteistyöllä ja kuin valtiollista asuntopolitiikkaa ohjelmoimalla.

Tarve palvelurakenteen uudelleen suuntaamiseen voidaan tosin asuntopolitiikan kannalta esittää lisäperusteluna sille, että valtion tukeman asuntorahoituksen suuntaamisessa olisi lisättävä joustavuutta. Nykyinen käytäntö, jossa lainoituksesta päätetään vuositasolla kiintiöiden erikseen alueittaiset, hallintamuodoittaiset ja korjaustoiminnan ja uustuotannon lainamäärät, ei johda valtion tukeman rahoituksen parhaaseen mahdolliseen kohdentumiseen. Aravalainojen myöntämisessä olisi siirryttävä jatkuvaan hakuun, ja vuositasoisten lukumäärien kiintiöimisen sijasta riittäisi tarveharkinnan yleisistä perusteista päättäminen, jolloin valtion tukema asuntorahoitus suuntautuisi nykyistä paremmin paikallisten tarpeiden mukaisesti.

3. Mitä STM voi tehdä asian hyväksi

Palvelurakennetyöryhmän ongelma ei näytä enää olevan strategian sisältö, vaan toimeenpano. Työryhmän väliraportissaan esittämistä suuntaviivoista vallitsee ilmeisesti suhteellisen laaja yksimielisyys. Palvelurakenteen suuntaaminen laitospainotteisuudesta avohuoltoon ja sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen sektoroituneisuuden vähentäminen ovat kehittämisperiaatteina jo pitkään olleet yleisesti hyväksytyjä. Ne on kirjattu keskushallinnon suunnitelmiin ja erilaisiin ohjelmadokumentteihin lukuisia kertoja jo vuosikymmenen ajan. Muutosta haluttuun suuntaan ei kuitenkaan ole tapahtunut ainakaan niin nopeasti kuin olisi toivottu.

Ongelman ydin on samantapainen kuin organisaatioiden ja johtamisen kehittämisen yhteydessä käsitelty muutoksen johtamisen ongelma – miten vaikuttaa autonomisten toimijoiden tekemiin ratkaisuihin ja toimintatapoihin. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriöllä hallinnonalansa johtajana on velvollisuus luoda sellaisia uusia toimintatapoja, joilla valittujen strategioiden toimeenpano voidaan varmistaa.

Työryhmätyöskentelynä tapahtuva asioiden selvittäminen ja toimenpiteiden määrittely on keskushallinnolle ominainen työtapo. Sen ongelmana on erityisesti se, että toimenpiteitä koskevat esitykset jäävät helposti niin yleiselle ja abstraktille tasolle, etteivät ne johda muutoksiin. Silloin, kun strategian sisältö on periaatteellisella tasolla selvä ja hyväksytty, tarvittaisiin ilman toimeenpanovastuuta tehtävän asiantuntijaselvittelyn sijasta enemmänkin muutoksen toteuttamisesta vastuuttavia hankkeita. Palvelurakennetyöryhmän väliraportin perusteella voisi arvioida, että asiaa on jo selvitetty riittävästi, olisi siirryttävä toimeenpanoon. Työmuodot ovat tällöin muita kuin keskushallinnolle perinteisesti ominaisia "keskusvalvomo"¹ -tyyppisiä toimintatapoja.

¹ Termi on Risto Tainion erilaisia konserniohjauksen malleja tarkastelevasta artikkelista (Tainio: Tulosityksikkörakenne ja kehitys suomalaisissa yrityksissä, julkaisussa Tulosajattelu etenee valtionhallinnossa VKK 1990)

SOSIAALI- JA TERVEYSHALLITUS

ELINYMPÄRISTÖOSASTO / kehittämispäällikkö Annikka Tapaninen

Puheenvuoro STM:n palvelurakennetyöryhmän asumisen teemakokouksessa 24.9.1992 annettujen kysymysten pohjalta

1. Mistä kiikastaa, että tärkeitä asumiseen liittyviä ratkaisuja ei saada toteutetuksi?

- Mikä itse asiassa on näkemys ja strategia "tärkeistä asumiseen liittyvistä ratkaisuista"?
Mitä pitää toteuttaa? Mitä ei saada toteutetuksi?

- Onko sosiaali- ja terveystoimella tai -hallinnolla selvä ohjelma, mitä se vaatii itseltään ja muilta asumiseen ja asumisympäristöön liittyen vaihtoehtoista,
päämääristä,
keinoista,
vastuujaosta
tuloksista?

- Onko sosiaali- ja terveystoimen "alueellista" työtä tekevillä saati muilla kokonaisnäkemystä
* asumisen ja hoidon tai asumisen ja asuinympäristön erilaisten palvelumahdollisuuksien yhteensovittamisesta käytännön tasolla,
* lähipalveluverkostojen aikaansaamisesta asumisen tueksi,
* hoitosuunnitelman, -toteutuksen ja -arvioinnin aikaansaamisesta, sellaisen, joka sisältää mahdolliset ja vaihtoehtoiset resurssit: niin ihmisympäristön (virkamiestiimin, naapurit, työtoverit, omaiset) kuin fyysisen ympäristön (lähellä ja kaukana sijaitsevat, eri hallintokuntien ja järjestöjen jne palvelu- tai toimintilojen käytön) mahdollisuudet.

- Onko edellisen lisäksi kunnan kiinteistö- ja asuntotoimella sosiaalipoliittisia tai terveystoimittaisia arkipäivän tavoitteita kuten "elämänkaarinasuminen" vai vastaako se vain siitä, että "asuntoja on", ja "muut hoitavat heikot".

- Mikä on itsekunkin tahon hahmotustapa: kuuluvatko lapset tai vanhuksat yhteiskuntaan vai yhteiskunnan hoidettaviksi?

Esim: kuka kantaa vastuun ympäristövaikutuksista, kun X:n kaupungin päätävät -rahapulassa tärkeässä risteyksessä olevan tontin myymisestä automarketin rakennusmaaksi ja samalla aiheuttavat läheisen lähiön palvelurakenteen tuhoutumisen? Sosiaalitoimenko vastuulla on korvata lähikauppa lisäämällä kotipalveluhenkilöstöä; millä rahoilla?

Tai: kuka kantaa vastuun vaikutuksista, kun Z:n kaupungin sosiaali- ja terveystoimen luottamusmiehet päätävät -rahapulassa olla vastaanottamatta vanhusten palveluasuntoryhmää ja asunto-ohjelmassa "tilaamia" ja sen mukaisesti toteutettuja asunottomille tarkoitettuja asuntoja ja "tienaavat" samalla myös käyttö- ja toimintakustannukset?

Muutoksen toimeenpanoa tukevia mahdollisia toimintamalleja ovat esimerkiksi

- ongelmalähtöiset kokeiluprojektit yhteistyössä paikallistason kanssa, niiden tuloksista tiedottaminen ja julkinen arviointi
- laajapohainen yhteistyö kuntien, sosiaali- ja terveydenhuollon järjestöjen ja yksityisten palvelujen tarjoajien välillä avohuollon palvelujen toteuttamisessa (konkreettisia hankkeita)
- onnistuneiden uusien ratkaisujen tai toimintatapojen, "mallikeisien" tuottaminen ja julkistaminen
- julkiset evaluaatiot, seurantatiedon monimuotoinen ja aktiivinen tuottaminen ja julkistaminen.

Lisäksi STM voisi tutkia, miten se voi edistää sellaisen pienyrittäjyyteen perustuvan palvelutuotannon laajenemista, jolla voidaan täydentää viranomaisten järjestämiä avohuollon palveluja. Kansalaistoiminnan, yrittäjätoiminnan ja viranomaistoiminnan monimuotoinen yhteistyö voi yleensäkin olla suunta, josta löytyy uusia, toimivia ratkaisuja sosiaalitoimen palvelutuotannon kehittämiseen.

2. Mitkä ovat pahimmat kompastuskivet?

Seuraavassa pari selvitystyötä, joissa saattaa olla evästä esitetyille kysymyksenratkaisulle:

1. "Uudentyyppisten asumismuotojen rakentamisen esteistä" nimisessä (STH, tekijänä erikoissuunnittelija Pirjo Vesanen) pikku selvityksessä tarkasteltiin aihetta. Luonnoksessa todetaan seuraavia esteitä ja tarjotaan suosituksia (luonnoksen pohjalta ollaan parhailaan järjestämässä neuvottelutilaisuutta, jossa myös selvitys ajankohtaistuu). Selvitys sai alkunsa ns Dementia-projektin esityksestä (STH, erikoissuunnittelija Marja Vaarama). Siinä näyttäytyivät ongelmallisimmiksi

- yli 120 neliömetrin suuruisen asunnon, esimerkiksi huonokuntoisten vanhusten ryhmäpalveluasunnon, lainoittaminen.

Suositus: "asuntotuotantolakia on muutettava siten, että asunnoksi katsotaan myös yli 120m² suuruiset asunnot"

ja

- sivuasunnon lainoittaminen.

Suositus: "sivuasuntojen lainoittamista olisi helpotettava niissä tapauksissa, joissa se on sosiaalipoliittisesti tarkoituksenmukaista",

Muita esteitä:

- asuntojen rahoitus, erityisesti ratkaisun koti vai laitos vaikutukset siihen, mikä taho rahoituksesta vastaa.

Suositus: "tilastointia on selkiytettävä ja uudistettava vastaamaan todellista tilannetta uusien asumismuotojen kannalta"

- hissittömyys ja muut liikkumisen esteet.

Suositus: "uustuotantokohteet on varustettava hissillä ja turvattu liikuntaesteisten pääsy kaikkiin tiloihin" sekä "Oleellista asuntojen suunnittelussa on se, että asukas mahtuu ja pääsee kulkemaan ja että tilat ovat sovitettavissa eri henkilöille kullekin soveltuvin apuvälinein ja tukirakentein" Suosituksia tulisi ulottaa myös esim. perusparannuslainoja koskeviksi

- asuntohallituksen kustannusvalvontamenettely,
Suositus: " asuntohallituksen kustannusvelvontamenettelyn tulee joustaa uudentyyppisiä asumismuotoja toteutettaessa."

- vanhojen asuntojen hankinta.

Suositus: "Hankintalainoitusta olisi lisätävä ja laajennettava koskemaan useampia saajaryhmiä ja kohderyhmiä kuin nykyisin.

- tulo- ja varallisuusrajat

Suositus: " Tulo- ja varallisuusrajojen tarkastelussa

tulee voida joustaa silloin, kun kyse on sosiaalipoliittisesti tarkoituksenmukaisesta rakentamisesta, peruskorjaamisesta tai -parantamisesta tai asuntojen hankinnasta kuten esimerkiksi sivuasuntojen rakentamisen yhteydessä".

- asumistuen saamisen edellytykset
Suositus: "Asumistukea on kehitettävä joustavammaksi ainakin niissä tapauksissa, joissa kyse on itsenäisen asumisen mahdollistamisesta laitoshoidon vaihtoehtona ja palvelujen saannin kannalta tavallista isommasta tai kalliimmasta asunnosta"
- kotipaikkakysymys
Suositus: "Väestökirjalaksia on uudistettava vastaamaan uudentyyppisiä vanhusten asumismuotoja"
- asenneilmasto
- epäselvä ja kirjava ohjeistus.

2. Valmistumaisillaan oleva "Ikäihmisten arkiympäristö" selvitys (Asuntohallitus, tutkimus- ja suunnitteluosasto 6:1992, tekijänä arkkitehti Bengt-Vilhelm Levon, julkistamistilaisuus 5.10.) tullee sisältämään toimenpide-ehdotuksia arkiympäristön parantamiseksi nykyisessä rakennus- ja asuntokannassa sekä välillisesti uudis- ja korjausrakentamisen kautta.

3. "Kaikille soveltuva asuinympäristö" (B-V Levon, Helsingin sosiaaliviraston julkaisu A 5 1989) sisältää lyhyesti kerrottuna seuraavat suositukset:

- yhteys kadulta asuinkerrostalon porrashuoneisiin, hissiin ja edelleen ensimmäisen kerroksen huoneistoihin sekä talon yhteistiloihin on suunniteltava siten, että se soveltuu myös henkilöille, joiden kyky liikkua, toimia tai suunnistautua on iän, vamman tai sairauden johdosta rajoittunut.
- asuinkerrostaloissa, joissa on kolme tai yli kolme kerrosta, on oltava hissiyhteys asuinkerrokseen ja yhteistilojen kerrokseen. hissikorin on oltava niin iso, että mm lastenvaunut ja pyörätuolit mahstuvat.
- kaikki asunnot on suunniteltava siten, että ne soveltuvat myös henkilöille, joiden kyky liikkua, toimia tai suunnistautua on iän, vamman tai sairauden johdosta rajoittunut. Asunnon huonejaon sekä tilojen mitoituksen on oltava joustava ja monikäyttöinen.

Ehdotusten ja suositusten yksityiskohtaiseen sisältöön kannattaa tutustua em teoksesta, jossa on pyritty kohtuuteen kannanotoissa.

3. Miten ja milloin vanhusten ja vammaisten omien asuntojen korjaustoiminta saadaan hoidetuksi?

Haluan tuoda esiin tässä yhteydessä pari näkökohtaa kysymyksen taustaksi:

1. Asunto on aina jossain ympäristössä. Kysymys on myös siis asuntoon pääsemisestä (esim. Suomessa on n 45 000 hissitöntä porrashuonetta taloissa, joissa on kolme kerrosta tai enemmän. Yhden hissien kustannus sarratuotantona lienee n 350 000 mk. Kaikkiin em rakennuksiin ei hissiä voi sijoittaa).

Kysymys on myös kokonaistilanteesta, kuten asuinrakennuksen yhteisten tilojen saavutettavuudesta ja käyttökelpoisuudesta sekä esimerkiksi ulkotilojen esteettömyydestä.

2. Asunnon ja asuinympäristön korjaamisella luodaan vain edellytyksiä itsenäiselle selviämiselle ja avun mahtumiselle.

Pelkkä edellytysten aikaansaaminen ei riitä. Samanaikaisesti fyysisen korjausten kanssa tulee tarkastella ja hoitaa toimimaan myös asumispalvelut ja asumiseen liittyvät lähipalvelut. Vaihtoehtoja on enemmän kuin yleensä huomataan ja ne muuttuvat tilanteiden muuttumisen myötä.

4. Mitä muuta tähän teemaan liittyvää haluatte tuoda esiin?

1. Fyysinen struktuuri ja toiminnallinen struktuuri kytkeytyvät yhteen.

Asumista, palveluita -niiden ennaltaehkäisevää ja korjaavaa vaikutusta-, työntekoa, aikaa, taloutta tai yhdyskuntasuunnittelua ei voida tarkastella toisistaan erillisinä ja riippumattomina. Elinkaari on yhtähyvin ihmistä, yhteisöä kuin fyysistä ympäristöä kuvaava ajattelutapa, jossa oleellista on aikaperspektiivi.

2. Palvelurakenteen aikaansaaminen on pitkä prosessi, johon on vaikutettava koko ajan.

Palvelurakenteen suunnittelu alkaa yhdyskuntasuunnittelulla. Kaavoitustyön fyysiset vaikutukset ulottuvat satoihin vuosiin. Samanaikaisesti väljyys kasvaa, tehokkuus vähenee, lapset varttuvat, aikuiset vanhenevat, julkisille palveluille ja asumiselle osoitettu raja hämärtyy, viranomaisille ja väestölle muovautuneet toimien rajat häviävät jne.

Jos lasten päivähoitoa, vanhusten ja vammaisten palveluita jne halutaan toteuttaa tiiviisti asumiseen liittyvinä, tarvitaan myös fyysisiä edellytyksiä. Ne liittyvät asuntojen mitoittamiseen, joustavuuteen, materiaalien terveellisyyteen ja, jotta erilaisia tuki- tai lähipalveluja tarvitsevat voisivat asua kodissaan.

Mikäli jokin kehityssuunta, esimerkiksi asumispalvelujen lisääminen ja laitospalveluiden vähentäminen, otetaan todesta ja huomioon ainoastaan tilallisena varautumisena, mutta ei toiminnallisina tai taloudellisina resursseina ja muutoksina, saadaan kaupunkirakenne ilman julkisia palvelutontteja ja siis mahdollisesti ilman palveluitakin.

Mikäli taas samaan päämäärään pyritään vain toiminnan suunnittelun avulla ja unohdetaan fyysiset rakenteet, ei liiain saada toimivaa rakennetta. Asunnot ja asuinympäristö ei jousta, on ajateltu vain "normaalia" asumista. Toiminta ei siis mahdu lähelle ei asumispalveluina tai lähipalveluina vaan joutuu kauas julkisille palveluille varatuille tonteille.

Jo kaavoitustyön yhteydessä määräytyy siis suunta, johon esimerkiksi palvelut voivat kehittyä. Kertaan vielä: jos palvelut käsitetään taloiksi ja laitoksiksi, ne näkyvät kaavassa "korkean asteen palveluina" kun taas saman volyymin omaavina, mutta asumiseen liittyvinä, ne jäävät piiloon.

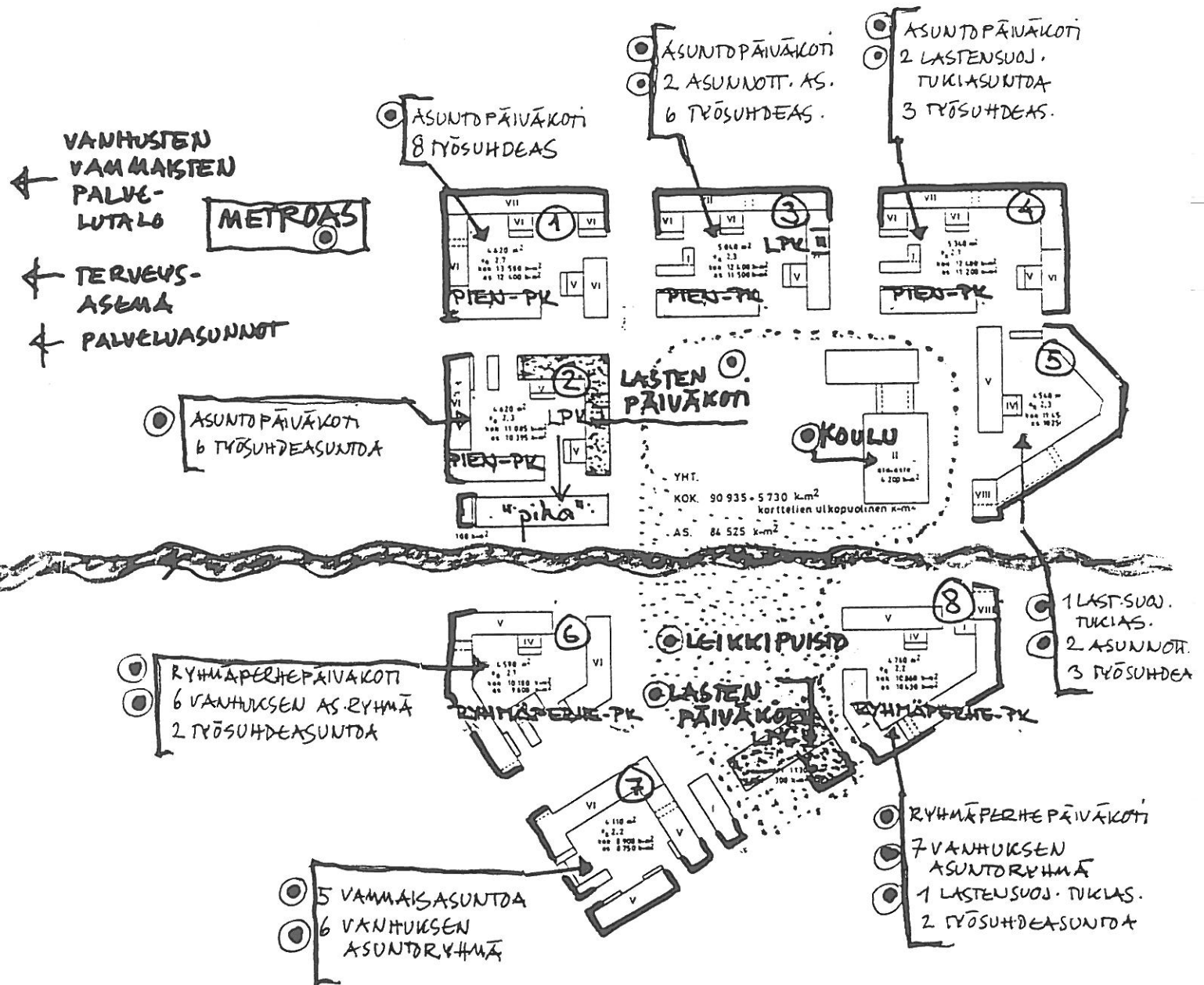
Seuraava vaihe on asuntojen, palveluiden, teiden, kaapeliverkostojen jne suunnittelemine, rakentaminen, kunnossapitäminen ja korjaaminen, joka realisoii kaavoituksella luodut mahdollisuudet. Prosessissa syntyvät asumisen ja elämisen ulkoiset kehykset, hyvinä tai pahoina koetut, arkielämän sujumista helpottavat tai vaikeuttavat. (Kts myös kuva)

ESIMERKKI ASUINALUEEN PALVELURAKENTEESTA

HELSINKI, RUOHOLAHDEN "ALOITUSKORTTELI" SUUNNITELMA 1989
 ~ 90 000 k-m² ~ 3000 ASUKASTA (~ 1/3 KOKO ALUESTA)

1. VÄESTÖVASTUISEN SOSIAALI- JA TERVEYSTIIMIN TYÖSKENTELYALUE

- KORTTELEISSA 6, 7 JA 8 VANHUSTENJA VAMMAISTEN ASUNTORYHMÄT ON Sijoitettu LASTEN PÄIVÄKODIN LÄHELLE (ATERIAT, PIHA)
- TYÖNTEKIJÄTIIMIN "TUUKKOITA" ASUNTORYHMÄN YHTEYDESSÄ.



24.9.1992

Amilla Järvi

Sosiaali- ja terveysministeriö
Palvelurakennetyöryhmä
Helsinki 24.9.1992
TkL Matti Väisänen

HAJAUTETTUUN ASUNTOJEN HANKINTAJÄRJESTELMÄÄN

Selkein puute - vuokra-asuntopula

Vuokra-asuntopolitiikka on Suomessa ollut pitkään "eipäs-juupas" tilanteessa. Samaan aikaan kuin asunto-oikeutta on käyty, ovat vuokra-asunnot hävinneet ns. yleisiltä markkinoilta. Suomessa on liian harvoja ammattimaisia vuokranantajia ja tästä syystä vuokranantaja-vuokralainen suhde on jäänyt perin kehittymättömäksi. Toisaalta vuokralainen pystyy vaikuttamaan asumiseensa liian vähän. Esimerkiksi huoneistossa tehtävät parannukset ovat harvinaisia, koska selkeitä pelisääntöjä ei ole. Toisaalta vuokranantaja on epävarmassa tilanteessa vuokrasaatavien ja huonosti käyttäytyvien vuokralaisten kanssa.

Hajautettuun asuntojen hankintajärjestelmään

Erityisesti sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaiden, asunnontarvitsijoiden kannalta katsottuna hajautettu vuokra-asuntojen ja myös omistusasuntojen hankintajärjestelmä on avainasemassa. Kaupunkiyhteisöissä sopeutuminen muiden kaupunkilaisten joukkoon on usein välttämätöntä ja toisaalta tänä päivänä vielä liian vaikeaa.

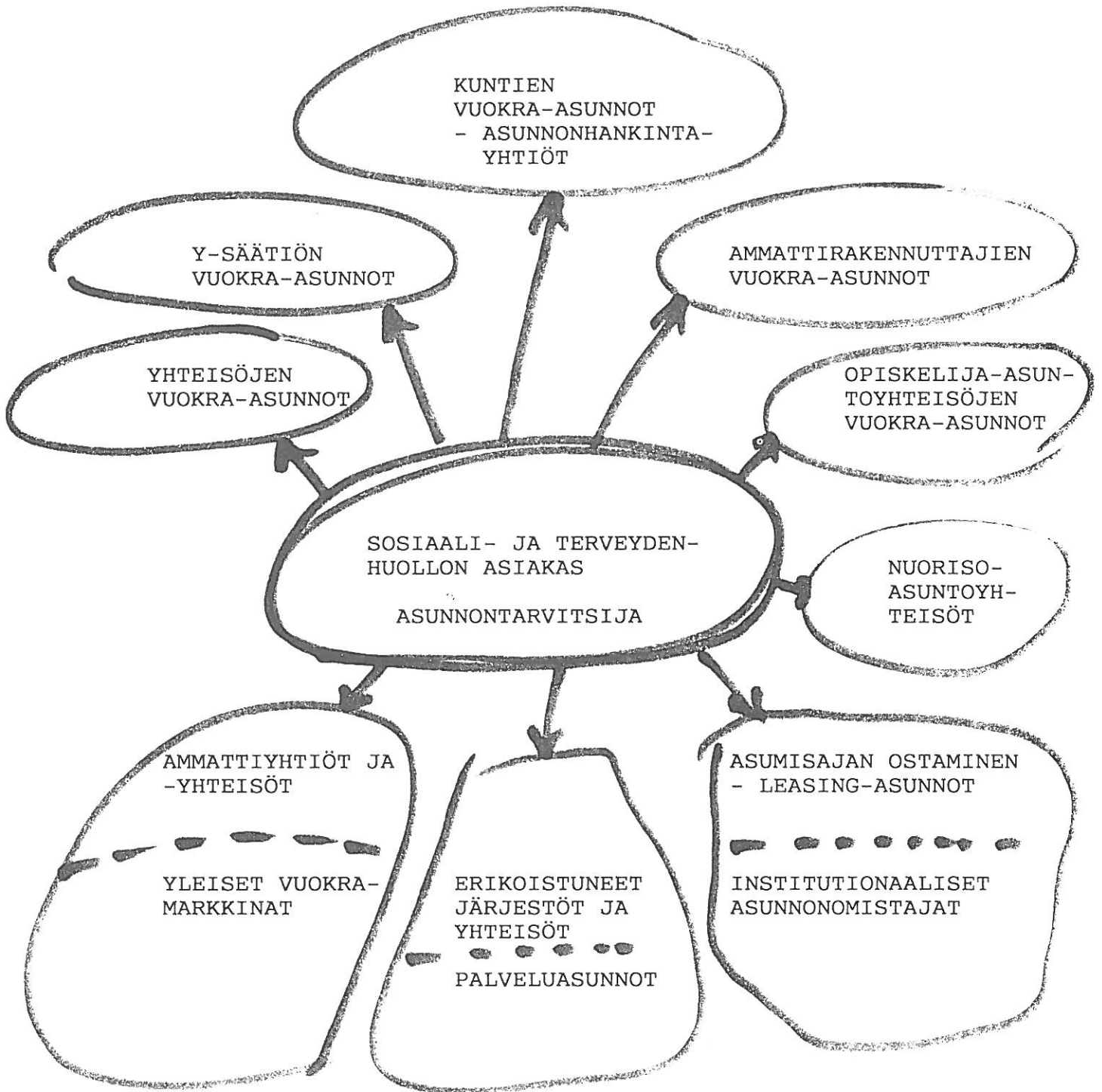
Hajautetun järjestelmän pääperiaatteena tulisi olla, että sosiaali- ja terveydenhuolto vastaa ammattimaisiin asunnonvuokraajiin ja hankkijoihin päin vuokrasaatavista, mikäli ei ole kysymys itsenäiseen asumiseen täysin pystyvistä asunnontarvitsijasta. Pääosa asunnoista hankitaan olemassa olevan asuntokannan kautta eikä erillisiä kortteli- tai taloyhteisöjä yleensä rakenneta.

Oheinen kaaviokuva pyrkii havainnollistamaan ehdotuksen.

Asuntopolitiikan tulevaisuuden haaste

Asuntorahoitus on keskeisessä asemassa myös tulevaa asuntopolitiikkaa kehitettäessä. Ellei asuntorahoitusta, muutoinkin kuin aravalainoitusta, asuntorahastoa, pystytään pikaisesti irrottamaan yleisistä rahamarkkinoista, niin asuntopolitiikan kehittäminen ja erityisesti sosiaali- ja terveyshuollon asiakkaiden asuntotilanteen parantaminen ei onnistu. Ihmisen asuminen ei saa kellua heliborien armoilla, vaan asuntorahoitus pitää vakauttaa vähintään 5 vuoden, mieluummin 8-10 vuoden ajaksi. Tämä edellyttää asunto-obligaatiomarkkinoita ja erilaisia rahasto- tai asuntopankkijärjestelmiä, mitkä erikoistuvat vain asuntorahoitukseen. Asuntorahoituksen hankinnan tulee verotuksellisesti olla hieman edullisempaa kuin rahojen makuuttaminen pankkien tileillä.

HAJAUTETTUUN ASUNTOJEN HANKINTAJÄRJESTELMÄÄN



VUODEN 1992 AIKANA ILMESTYNEET TYÖRYHMÄMUISTIOT

1. Ehkäisevän huumeiden yhteistyöryhmän muistio (Järjestöjen ja viranomaisten työnjako ja yhteistoiminta ehkäisevässä huumeiden käytössä)
2. Lääkelaitostyöryhmän muistio
3. Henkivakuutuksen solvenssityöryhmän muistio
4. Luonnos hallituksen esitykseksi eduskunnalle laiksi pakolaisten ja turvapaikanhakijoiden vastaanotosta
5. Ulkomaisten vakuutusyhtiöiden ETA-työryhmän muistio
6. Vanhuksen, vammaisen ja pitkäaikaissairaalan kotihoidontukea selvittäneen työryhmän muistio
7. Palvelurakennetyöryhmän väliraportti
8. Opetussosiaalikeskusten seurantatyöryhmän muistio
9. Sosiaali- ja terveysministeriön Baltia- ja lähialue-työryhmän muistio
10. Mielenterveystyön porrastustyöryhmän muistio
11. Vaajasalo-työryhmän muistio
12. STUK-työryhmän muistio
13. Työntekijän eläkemaksutyöryhmän muistio
14. Ehkäisevän sosiaalipolitiikan työryhmän muistio
15. Alkoholilain uudistamistyöryhmän muistio (osa 1)
16. Nuorten päihteidenkäytön ehkäisyn tehostamistyöryhmän muistio (osa 1)
17. Palvelurakennetyöryhmän muistio

